



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

TEMA:

**“PARTO VAGINAL HUMANIZADO, NIVEL DE APLICACIÓN Y SATISFACCIÓN
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DR. JUAN MONTALVÁN
CORNEJO-RICAURTE, OCTUBRE 2018-ABRIL 2019”.**

AUTORA:

EVELYN YADIRA CHONANA SALVATIERRA

TUTOR:

DR. HUGO ALVARADO FRANCO, PhD

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2018-2019



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DR. CESAR BERMEO NICOLA, MSC
DELEGADO (A) DECANA**

HOSPITAL MATERNIDAD BABAHOYO
Escuela de Obstetricia
CARRERA DE OBSTETRICIA
BARRIO S. FUSIL 0907 Babahoyo

**DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR, MCS
DELEGADO (A) CARRERA**

**DR. DANNY GUERRERO ICAZA, MSC
DELEGADO (A) CIDE**



**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **DR. HUGO ALVARADO FRANCO**, en calidad de Tutor del Informe Final del Proyecto de investigación (Tercera Etapa): **"PARTO VAGINAL HUMANIZADO, NIVEL DE APLICACIÓN Y SATISFACCIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DR. JUAN MONTALVAN CORNEJO-RICAURTE, OCTUBRE 2018-ABRIL 2019"**, elaborado por **EVELYN YADIRA CHONANA SALVATIERRA**, con **CI. 1205275033**, de la Carrera de Obstetricia, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 08 días del mes de abril del año 2019.


Dr. Hugo Alvarado Franco
Babahoyo 445 BABAHOYO
Celular: 088762289

Dr. Hugo Alvarado Franco

CI. 1200348041



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Babahoyo, 08 de abril del 2019

YO, **DR. HUGO ALVARADO FRANCO**, en calidad de tutor del Proyecto de Investigación (tercera etapa) con el tema: "**PARTO VAGINAL HUMANIZADO NIVEL DE APLICACIÓN Y SATISFCCIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL Dr. JUAN MONTALVAN CORNEJO-RICAURTE, OCTUBRE 2018- ABRIL 2019**".

Elaborado por, **EVELYN YADIRA CHONANA SALVATIERRA**, con CI. **1205275033**, de la Carrera de Obstetricia, Escuela de Salud y Bienestar, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, ha sido sometida al sistema de análisis de **URKUND** obtenido un 5% de similitud.

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	Tesis Parto vaginal humanizado nivel de aplicación y satisfacción elaborado por Evelyn Chonana para URKUND.docx (D50388552)
Submitted:	4/6/2019 1:10:00 AM
Submitted By:	evelynyad27@gmail.com
Significance:	5 %


Dr. Hugo Alvarado Franco
BABAHOYO
099/41227



Babahoyo, 08 de abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar**

Por medio de la presente declaro ser autora del Informe final del Proyecto de Investigación titulado:

"PARTO VAGINAL HUMANIZADO, NIVEL DE APLICACIÓN Y SATISFACCIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DR. JUAN MONTALVÁN CORNEJO-RICAURTE, OCTUBRE 2018-ABRIL 2019".

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de Obstetriz en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativo.

Así mismo damos fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de Obstetricia exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autora:

Firma

Evelyn Yadira Chonana Salvatierra
CI.1205275033

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación, lo dedico principalmente a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme brindado los medios necesarios para lograr mis objetivos, además por su infinito amor y bondad, ya que ha estado siempre a mi lado, en todo el camino de mi profesión y de mi vida.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por su infinito amor, por sus valores inculcados, sus consejos, motivación, y por sus ejemplos de perseverancia y constancia que me ha permitido salir adelante y ser una persona de bien.

Evelyn Chonana Salvatierra

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien supo guiarme por el buen camino, quien siempre estuvo a mi lado en todos los momentos de mi vida, nunca me desamparo, por darme la oportunidad de llegar a cumplir mis metas brindándome sabiduría e inteligencia, salud, fuerza para seguir adelante y no desmayar en los momentos difíciles en mi carrera y en todos los aspectos de mi vida.

Agradezco también a mis padres quienes son el pilar fundamental en mi vida, por su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos, consejos, comprensión, que a pesar de todos los obstáculos presentados en mi vida siempre me brindaron su apoyo incondicional.

A mis familiares, amigos, personal de salud y pacientes del Hospital Juan Montalván Cornejo. Todos ellos quienes de una u otra manera estuvieron a mi lado dispuestos a extenderme su mano desinteresadamente.

Evelyn Chonana Salvatierra

TEMA

Parto vaginal humanizado, nivel de aplicación y satisfacción en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

RESUMEN

Antecedentes: El parto humanizado aún no tiene un considerable nivel de aceptación de parte de las gestantes, por la falta de conocimiento, miedo, entre otras causas, dado que durante sus partos algunas sin saberlo han sufrido de violencia o violación de sus derechos, conducta, acción u omisión que ejerce el personal de salud.

Objetivo: Determinar el porcentaje de aplicación y satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

Metodología: La investigación es de modalidad básica, descriptiva, observacional, retrospectiva, no experimental, cuantitativa, el estudio comprende un universo de 628 gestantes que fueron atendidos sus partos en dicho hospital, la muestra de estudio, un grupo de 207 pacientes las que fueron encuestadas para obtener la aplicación, satisfacción y factores que intervienen en la aplicación del parto vaginal humanizado del hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, 2018-2019.

Resultados: Se reportó que un 52% de las pacientes encuestadas no sabían que es parto humanizado, un 54% no sabía que era plan de parto. Se aplicó el parto humanizado en un 78% de las pacientes, y un 73% refirió tener miedo de optar una postura poco conocida.

Conclusiones: El estudio demostró que si se aplicó el parto vaginal y un 89% quedo satisfecha con su parto. La posición para el parto fue en un (71%) a elección de la paciente y que la posición más utilizada es la sentada con un (58%), sin embargo la posición de litotomía ocupa un gran porcentaje con el (39%) a pesar de que la OMS no la recomienda. Se demostró que el parto humanizado si disminuye la mortalidad materno fetal.

PALABRAS CLAVES: Parto vaginal humanizado, Intercultural, Cesáreas, Aplicación y Satisfacción.

ABSTRACT

Background: Humanized childbirth still does not have a considerable level of acceptance on the part of pregnant women, due to lack of knowledge, fear, among other causes, given that during their births some unknowingly have suffered violence or violation of their rights, conduct, action or omission exercised by health personnel.

Objective: To determine the percentage of application and satisfaction of humanized vaginal delivery in pregnant women attended at the Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte Hospital, October 2018-April 2019.

Methodology: The research is basic, descriptive, observational, retrospective, non-experimental, quantitative, the study includes a universe of 628 pregnant women who were attended their births, the study sample, a group of 207 patients who were surveyed to obtain the application, satisfaction and factors that intervene in the application of humanized vaginal delivery of the Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte hospital, January 2018-January 2019.

Results: It was reported that 52% of the patients surveyed did not know that it was humanized delivery, 54% did not know that it was a delivery plan. Humanized delivery was applied in 78% of patients, and 73% reported being afraid to opt for a little known position.

Conclusions: The study showed that if vaginal delivery was applied and 89% were satisfied with their delivery. The position for delivery was one (71%) at the patient's choice and the most used position is sitting with one (58%), however the lithotomy position occupies a large percentage with (39%) Although WHO does not recommend it. It was shown that humanized delivery decreases maternal and fetal mortality.

KEYWORDS: Vaginalized humanized, intercultural, Cesareans, Application and Satisfaction.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO	
DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO	
TEMA.....	
RESUMEN.....	I
ABSTRACT	II
ÍNDICE GENERAL	
INTRODUCCIÓN.....	III
CAPITULO I	1
1 PROBLEMA.....	1
1.1 Marco Contextual.....	1
1.1.1 Contexto Internacional:.....	1
1.1.2 Contexto Nacional:	3
1.1.3 Contexto Regional:.....	4
1.1.4 Contexto institucional:.....	4
1.2 Situación problemática.....	6
1.3 Planteamiento del Problema	7
1.3.1 Problema General.....	7
1.3.2 Problemas Derivados.....	7
1.4 Delimitación de la Investigación.....	8
1.4.1 Delimitación Espacial: Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte.....	8
1.4.2 Delimitación Temporal: Octubre 2018 - abril 2019.	8
1.5 Justificación de la investigación.....	9
1.6 Objetivos	10
1.6.1 Objetivo General.....	10
1.6.2 Objetivos Específicos.....	10
CAPITULO II	11

2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Marco teórico.....	11
HISTORIA DEL PARTO	11
Mujer primitiva.....	11
Aparición de la cirugía aplicada a la atención de partos complicados.....	12
Parto domiciliario a parto hospitalario.....	12
Aparición de la violencia en la atención de los partos.....	13
Actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:.....	14
PARTO VAGINAL	16
Definición de parto según la OMS.....	16
Indicaciones del MSP para el parto eutócico, espontáneo.....	17
El parto vaginal también puede ser:.....	17
Etapas del trabajo de parto	18
Primera etapa (dilatación y borramiento)	18
Expulsivo (segunda etapa del parto)	19
Alumbramiento (tercera etapa)	20
PARTO HUMANIZADO	20
Según las prácticas recomendadas por la OMS.....	21
DOCUMENTO DE APLICACIÓN UNIVERSAL BASADO EN EVIDENCIA CIENTIFICA SOBRE PARTO HUMANIZADO	22
BENEFICIOS DEL PARTO HUMANIZADO.....	24
RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO	25
IMPLEMENTOS UTILIZADOS DESDE LA ANTIGÜEDAD PARA EL TRABAJO DE PARTO CULTURAL.....	26
Silla de partos en la Antigua	26
PARTO CULTURALMENTE ADECUADO	27
Parto culturalmente seguro	27
Guía de uso del MSP de equipamiento de sala de parto	28
POSICIÓN PARA EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO	29
POSICIONES PARA EL PARTO	29
Horizontal.....	29
Vertical	29
Litotomía o ginecológica.....	29
De pie.....	29

Decúbito lateral izquierdo.....	29
Sentada.....	29
Decúbito lateral derecho.....	29
En cuclillas.....	29
Arrodillada	29
En cuatro apoyos o cuadrupedia.....	29
COMPROMISO VASCULAR.-.....	29
PUJOS.-.....	30
SANGRADO.-.....	30
DESGARROS.-.....	30
DOLOR MATERNO.-.....	30
SITUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA MADRE.-.....	30
DURACIÓN DEL PARTO.....	31
INSTRUMENTACIÓN.-.....	31
POSICIÓN DE LITOTOMÍA, SUPINA, O GINECOLÓGICA	31
Ventajas.....	34
Desventajas.....	34
Decúbito Lateral Izquierdo	35
Ventajas.....	37
Desventajas.....	37
Decúbito lateral derecho.....	38
Desventajas.....	38
Posición Vertical.....	38
Posición de pie.....	41
Sentada.....	42
Ventajas.....	43
Desventajas.....	43
Cuclillas.....	44
Ventajas.....	44
Desventajas.....	45
Posición de rodillas	45
Cuadrupedia.....	46
Desventajas.....	47
Plan de parto	49

2.1.1 Marco conceptual	50
2.1.2 Antecedentes investigativos.....	51
2.2 Hipótesis.....	53
2.2.1 Hipótesis general.....	53
2.2.2 Hipótesis específicas.....	53
2.3 Variables	54
2.3.1 Variables Independientes:	54
2.3.2 Variables Dependientes:.....	54
2.3.3 Operacionalización de las variables.....	55
CAPITULO III	56
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	56
3.1 Método de investigación	56
3.2 Modalidad de investigación	57
3.3 Tipo de Investigación.....	57
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información	58
3.4.1 Técnicas.....	58
3.4.2 Instrumento.....	58
3.5 Población y Muestra de Investigación.....	59
3.5.1 Población	59
3.5.2 Muestra	59
3.6 Cronograma del Proyecto	60
3.7 Recursos	61
3.7.1 Recursos humanos.....	61
3.7.2 Recursos económicos.....	61
3.8 Plan de tabulación y análisis	62
3.8.1 Bases de datos	62
3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos.....	62
CAPITULO IV	63
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	63
4.1 Resultados obtenidos de la investigación.....	63
OBJETIVO GENERAL:	63
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:	64
OBJETIVO ESPECÍFICO 1:.....	64
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	65

OBJETIVO ESPECÍFICO 2:.....	77
OBJETIVO ESPECIFICO 3:.....	88
ANALISIS E INTERPRETACIÓN:.....	89
ANALISIS E INTERPRETACIÓN:.....	90
ANALISIS E INTERPRETACIÓN:.....	91
4.2 Conclusiones	92
4.3 Recomendaciones	93
CAPITULO V	94
5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	94
5.1 Título de la Propuesta de Aplicación.....	94
5.2 Antecedentes.....	94
5.3 Justificación	96
5.4 Objetivo	97
5.4.1 Objetivos generales.....	97
5.4.2 Objetivos Específicos.....	97
5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación	98
5.5.1 Estructura general de la propuesta	98
5.5.2 Componentes	99
5.5.3 Alcance de la alternativa.....	100
Bibliografía	101
ANEXO	106
ANEXO 1 Matriz de consistencia.....	106
ANEXO 2 Posturas para el parto humanizado.....	107
ANEXO 3 Test de aplicación, satisfacción y factores que intervienen en el parto humanizado.....	108
ANEXO 4 Indicaciones de la guía práctica clínica del MSP para la atención del parto.....	110
ANEXO 5 Plan de parto y transporte	112
ANEXO 5 Documento de plan de parto del MSP	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Posiciones para el parto.....	29
Tabla 2. Nivel de aplicación y satisfacción del parto humanizado	63
Tabla 3. Pregunta 1 de aplicación del parto humanizado	64
Tabla 4 Pregunta 2 de aplicación del parto humanizado	65
Tabla 5. Pregunta 3 aplicación del parto humanizado	66
Tabla 6. Pregunta 4 de aplicación del parto humanizado	66
Tabla 7. Pregunta 4 de aplicación del parto humanizado	67
Tabla 8. Pregunta 6 de aplicación del parto humanizado	68
Tabla 9. Pregunta 7 de aplicación del parto humanizado	68
Tabla 8. Pregunta 7 de aplicación del parto humanizado	68
Tabla 9. Pregunta 8 de aplicación del parto humanizado	69
Tabla 10. Pregunta 9 de aplicación de parto humanizado	70
Tabla 11. Pregunta 10 de aplicación del parto humanizado	70
Tabla 12. Pregunta 11 de aplicación del parto humanizado	71
Tabla 13 . Pregunta 12 de aplicación del parto humanizado	72
Tabla 14. Pregunta 13 de aplicación del parto humanizado	72
Tabla 15. Pregunta 14 aplicación del parto humanizado	73
Tabla 16. Pregunta 14 aplicación del parto humanizado	73
Tabla 17. Pregunta 15 elección de la postura para el parto.....	74
Tabla 18. Pregunta 16 ¿que posición utilizó en su parto?	75
Tabla 19. Nivel de aplicación de parto humanizado.....	76
Tabla 20. Pregunta 1 satisfacción del parto humanizado	77
Tabla 21. Pregunta 2 satisfacción del parto humanizado	78
Tabla 22. Pregunta 3 satisfacción del parto humanizado	78
Tabla 23. Pregunta 4 satisfacción del parto humanizado	79
Tabla 24. Pregunta 5 satisfacción del parto humanizado	80
Tabla 25. Pregunta 6 satisfacción del parto humanizado	81
Tabla 26. Pregunta 7 satisfacción del parto humanizado	81
Tabla 27. Pregunta 2 satisfacción del parto humanizado	82
Tabla 28. Pregunta 9 satisfacción del parto humanizado	83
Tabla 29. Pregunta 10 satisfacción del parto humanizado	84
Tabla 30. Pregunta 11 satisfacción del parto humanizado	84
Tabla 31. Pregunta 12 satisfaccion del parto humanizado	85
Tabla 32. Pregunta 13 satisfacción del parto humanizado	86
Tabla 33. Satisfacción del parto humanizado.....	87
Tabla 34. Factores que intervienen en la aplicación del parto humanizad	88
Tabla 35. Factores que intervienen en la aplicación del parto humanizado	88
Tabla 36. Factores que intervienen en la aplicación del parto humanizado	89
Tabla 37. Factores que intervienen en la aplicación del parto humanizado	90
Tabla 38. Factores que intervienen en la aplicación del parto humanizado	91

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Encuesta aplicación del parto humanizado	63
Ilustración 2. Encuesta pregunta 1	64
Ilustración 3. Encuesta pregunta 2.....	65
Ilustración 4. Encuesta pregunta 3.....	66
Ilustración 5. Encuesta pregunta 4.....	66
Ilustración 6. Encuesta pregunta 5.....	67
Ilustración 7. Encuesta pregunta 6.....	68
Ilustración 8. Encuesta pregunta 7.....	68
Ilustración 9. Encuesta pregunta 8.....	69
Ilustración 10. Encuesta pregunta 9	70
Ilustración 11. Encuesta pregunta 10	70
Ilustración 12. Encuesta pregunta 11	71
Ilustración 13. Encuesta pregunta 12	72
Ilustración 14. Encuesta pregunta 13	72
Ilustración 15. Encuesta pregunta 14	73
Ilustración 15. Encuesta pregunta 14	74
Ilustración 16. Encuesta pregunta 15	74
Ilustración 17. Encuesta pregunta 16	75
Ilustración 18. Encuesta aplicación parto humanizado	76
Ilustración 19. Encuesta pregunta n°1.....	77
Ilustración 20. Encuesta pregunta n°2.....	78
Ilustración 21. Encuesta pregunta n°3.....	79
Ilustración 22. Encuesta pregunta n°4.....	79
Ilustración 23. Encuesta pregunta n°5.....	80
Ilustración 24. Encuesta pregunta 6	81
Ilustración 25. Encuesta pregunta n°7.....	82
Ilustración 26. Encuesta pregunta n°8.....	82
Ilustración 27. Encuesta pregunta n°9.....	83
Ilustración 28. Encuesta pregunta n°10	84
Ilustración 29. Encuesta pregunta n°11	85
Ilustración 30. Encuesta pregunta n°12.....	85
Ilustración 30. Encuesta pregunta n°12.....	85
Ilustración 31. Encuesta pregunta 13	86
Ilustración 32. Encuesta de satisfacción del parto humanizado	87
Ilustración 33. Encuesta de satisfacción del parto humanizado	88
Ilustración 34. Encuesta de satisfacción del parto humanizado	89
Ilustración 35. Encuesta de satisfacción del parto humanizado	89
Ilustración 36. Encuesta de satisfacción del parto humanizado	90
Ilustración 37. Encuesta de satisfacción del parto humanizado	91

INTRODUCCIÓN

El parto vaginal es fisiológico sin embargo al pasar los años ha tenido grandes cambios, estos se volvieron institucionales en si una práctica médica, en muchos casos con atención violenta. En vista de las tasas de mortalidad materna se consideró el embarazo como una enfermedad, debido a los riesgos que este presentaba fue más fácil someterlas a procedimientos quirúrgicos o sea la cesárea, sin ser necesarias esta se la realizo, con el propósito de salvar vida y así lograr disminuir la morbi-mortalidad materno fetal. Sin embargo la OMS no la considera una práctica que ayuda en la disminución de dichas tasas, ya que las causas de mortandad materna varían. (OMS, 2015)

Según la OMS en el 2015 en su declaración sobre las cesáreas, afirma que una de cada cinco embarazadas realiza su parto por cesárea, estos porcentajes a nivel mundial es de 21%, Situación alarmante ya que supera el porcentaje, recomendado por la Organización Mundial de la Salud ya que esta solo debería estar justificada entre un 10% y 15% de los partos para todas las instituciones de salud. (Valencia, 2018)

Según la (BBC, 2018) “Del total de nacimientos: en América del norte (32%,) Oceanía (32%), Europa (27%) Asia (21%), Latinoamérica y Caribe (15%), África (10%). Mayor tasa por países según la OMS: Republica Dominicana 58,1%, Brasil 55,5 % Egipto 55,5, EE.UU 32,9%”.

Otra de las causas de la mala atención, insatisfacción del parto vaginal y el aumento de cesáreas es, la violencia obstétrica esta constituye la forma más invisible de intimidar el género, la mujer pierde el derecho sobre la toma de decisiones con respecto a su cuerpo, siendo ella objeto en algunas ocasiones de agresiones físicas, y verbal. La mujer entra en un estado de sumisión y dependencia de los conocimientos del personal de salud. Las pacientes han

justificado las malas prácticas obstétricas, ellas piensan que “si se portan bien, y son sumisas, recibirán buena atención por parte del que la atiende” dejando que sean tratadas como enfermas incapaces de tomar decisiones. (ORDÓÑEZ, 2016).

Según la (OMS, 2014) el maltrato es “más probable en las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras”.

Una de las causas que se creen que influye en la violencia obstétrica y la mala calidad del servicio de salud prestado, es llevar los problemas personales al lugar de trabajo, disminuyendo la satisfacción en las atenciones recibida por las embarazadas. Según el libro de Administración hospitalaria dice que, los problemas del personal de salud se los conoce por los siguientes síntomas, renuncias al trabajo, ausencia del puesto de trabajo, retrasos, bajos rendimientos en los servicios que este preste, quejas de insatisfacción de los pacientes, recomendando a “no llevar los problemas personales al trabajo”. (Malagon)

El parto vaginal humanizado es una estrategia de la OMS y el MSP para disminuir la mala atención al trabajo de parto vaginal, esta modalidad de parto se da de manera no violenta donde se respeta los derechos reproductivos y sexuales, cultura, tradiciones y costumbres dando el papel protagonista a la gestante en el momento del parto.

Según las prácticas recomendadas por la OMS permite que las mujeres tomen decisiones de su cuidado, acompañamiento, libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto, no hacer episiotomía, rasurado y enema de rutina, no hacer monitoreo fetal electrónico de rutina innecesariamente, permitir toma de líquidos y alimentos en el trabajo de parto, restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia, inducción a la lactancia en la primera hora de vida del recién nacido (RN), apego precoz, y limitar la tasa de cesárea al 10-15%. (Edianez, 2017)

La humanización también permite a la gestante realizar ejercicios de psicoprofilaxis antes del parto. La psicoprofilaxis obstétrica no tiene contraindicaciones, sin embargo, podrían existir algunas limitaciones de tipo física o mental que dificulte alguna parte del proceso de la preparación integral. También permite a la gestante optar libre posición, entre esta se ofrece a las pacientes posición vertical como; cuclillas, arrodillada, de pie sentada, u horizontal como; litotomía decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo. (OMS, 2007)

En el catón Urdaneta se estima que en el año 2018 hubo un total 767 ingresos de gineco-obstetricia de los cuales 560 fueron partos por vía vaginal sin complicaciones, entre ellos; (248 *litotomía*, 308 *sentadas*, 3 *cuclilla* ,1 *arrodillada*), 177 cesáreas y 30 transferencias. Parte de la estructura del proyecto es identificar el porcentaje de aplicación y satisfacción del parto vaginal humanizado en el Hospital Dr. Juan Montalván cornejo-Ricaurte.

El proyecto de investigación tiene como objeto de estudio la población de mujeres gestantes que realizaron sus partos en el hospital ya mencionado, lo que se pretende es actualizar la información acerca de la aplicación, satisfacción del parto humanizado y los factores que intervienen en su aplicación. Utilizando datos de entidades públicas y privadas, son materiales que justificaban la importancia del proyecto investigativo.

CAPITULO I

1 PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.1 Contexto Internacional:

Según (Garrido, 2017) el parto sigue siendo uno de los sucesos más significativa en la vida del ser humano es el alumbramiento de un nuevo ser. La experiencia del parto es importante en la vida de la mujer y su familia ya que representa el aumento de su descendencia, y a través de esta el futuro de la población. El alumbramiento se basa fundamentalmente durante todo el embarazo y el parto constituyendo poderosas y profundas experiencias, teniendo en cuenta que estas si son malas pueden influir afectando al resto de la vida de la madre y su familia, de forma física y emocional. (Franas, 2015)

Según datos recolectados por la OMS, A nivel mundial de cinco embarazadas una da a luz por cesárea. El porcentaje mundial es de 21%. La situación del mundo es alarmante ya que sobrepasa la taza recomendada por la OMS que considera que la práctica de cesáreas solo está justificada entre un 10% y 15% de los partos para todas las instituciones. (Valencia, 2018)

Según estudios de la BBC en su investigación tomó datos de la OMS. Afirma que en el continente americano y europeo son los que presentan altas tasas de cesáreas, pero la ausencia de la disminución de estos porcentajes es en general. Aunque el parto por cesárea, por ser más compleja que un parto vaginal

es propia de países ricos, ya que en los países pobres, en su mayoría se realizan más partos vaginales que por cesárea.

Del total de nacimientos en América del norte (32%), Oceanía (32%), Europa (27%) Asia (21%), Latinoamérica y Caribe (15%), África (10%). Mayor tasa por países según la OMS Y BBC: República Dominicana 58,1%, Brasil 55,5 % Egipto 55,5, EE.UU 32,9%. (BBC, 2018)

También se destacan los países latinoamericanos entre los primeros 15 países del mundo, tenemos, Chile (46%), Cuba (40,4%) Colombia (45,9%), Paraguay (45,9%), Ecuador (45,5%), México (40,7%), y Venezuela (52,4%). (PAIS, 2018)

La razón de este incremento se enlaza a un sin número de causas practicadas por el servidor de salud que varían entre país, entre ellas; Miedo de perder la vida de la paciente y su producto, falta de experiencia, por escasez de obstetras que eviten o detecten problemas a tiempo, por falta de habilidades médicas para poder asistir con confianza y competencia un parto vaginal potencialmente difícil, por cuestiones médico-legales, violencia obstétrica, no realizar plan de parto, a la comodidad de programar el día del parto, o por mayores beneficios económicos para las instituciones privadas, etc. (Valencia, 2018)

Para ello se da todo tipo de iniciativas y campañas encaminadas a crear una mayor conciencia social sobre la actual situación mundial. Vale recalcar que la violencia que sufren las mujeres en las salas de parto del mundo. Supuestamente este es uno de los motivos, de que las mujeres muchas veces prefieren cesáreas incluso cuando no son necesarias, al negarles esta práctica, se les ofrece el parto vaginal estas oh sus familiares rechazan este tipo de parto por mala atención y experiencias, por haber quedado insatisfechas durante sus anteriores partos. (OMS, 2014)

La (OMS, 2015) "afirma que Las cesáreas salvan vidas cuando son necesarias, pero se ha demostrado que las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal".

1.1.2 Contexto Nacional:

En nuestro país, según los datos básicos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU, se estimó que alrededor de 17661 mujeres se encuentran en edad fértil, de las cuales en un 93.7 % tuvieron un parto, según el último registro del censo 2010 indicado por el INEC. Se estima que las mujeres gestantes en nuestro país fallecen aproximadamente 45 por cada 100.000 recién nacidos vivos. La muerte en el posparto llega a un 67.7 % del total de nacimientos. Por diferentes causas entre ellas, como uno de los objetivos principales es erradicar la muerte materna en el Ecuador y brindar atención oportuna adecuada de calidad y calidez en todas las etapas de su embarazo parto y post-parto. Por otra parte se entiende que los nacimientos sin violencia son la base para una vida libre, con el menor riesgo de morbilidad materno-fetal. Según datos del (MSP, Boletín nacimientos por cesareas, 2015), las provincias de residencia de la madre, en donde existen mayor número de nacimientos por cesárea para el año 2015. Los Ríos (62,31%), Guayas (61,79%), Manabí (60,14%), Morona Santiago con (20,04%), Napo (23,53%) y Orellana (24,22%). (INEC, 2012)

(Menendez, 2018) “Teniendo en cuenta que actualmente según informe estadístico de la OMS el índice de cesáreas a nivel mundial, el país refleja un importante porcentaje con un (45.5%) dentro de América latina, sobrepasando la cantidad mínima recomendada”.

En base a esta problemática el MSP, se basa en la ley orgánica integral para la atención del parto humanizado junta a las recomendaciones de la OMS se propuso desde el 2016 erradicar la violencia obstétrica juntamente el porcentaje del incremento de cesáreas innecesarias y devolver el papel protagonista de la mujer en el parto. En Ecuador se reconoce la atención de ese tipo. En el 2017 se registraron 81 663 partos ginecológicos, lo que significa un 2% más que en el 2016, cuando hubo 80 149. El parto humanizado, reportó un incremento importante, pasando de 66 233 nacimientos en el 2016 a 88 779 en el 2017, sin embargo aún es muy poco sus resultados. (Vega, 2018)

1.1.3 Contexto Regional:

La problemática sobre nivel de aplicación y satisfacción del parto en gestantes atendidas, aun representa un porcentaje significativo de pacientes supuestamente insatisfechas con el parto vaginal, un sin número de paciente por varias causas exigen al obstetra o personal de salud se les practique cesáreas, porque no desean padecer los mismos síntomas actos o experiencias vividos en sus anteriores alumbramientos, primigestas que escuchan comentarios consejos oh experiencia, muchas de estas se niegan a practicar el parto vaginal.

La provincia de Los Ríos juntamente con el país y el Ministerio de Salud Pública afirman que la mayor cantidad de partos deberían ser de la forma más natural, regida a la ley orgánica de atención del parto humanizado donde se desea brindar a las gestantes un parto seguro de buena calidad. Los centros de salud de la provincia obtienen la mayor información con respecto al parto humanizado con áreas creadas para la atención de ese tipo incluyendo la guía de parto del MSP y recomendaciones de la OMS para la atención del parto humanizado.

Según el boletín de nacimientos por cesáreas del MSP (2017): Los Ríos en el 2014 (63,90%), 2015 (62,31%), 2016 (57,70%).vemos que a medida de los años el nivel de cesáreas va disminuyendo sin embargo aún sobrepasa los valores de referencia de la OMS". (MSP, 2015)

1.1.4 Contexto institucional:

Hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo, fue construido en 1976; inició sus actividades con su apertura oficial el 21 de mayo del mismo año, jurídicamente en

1978, centro de salud de tipo b, ubicado en Ricaurte. El Hospital básico del MSP Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte pertenece a la zona 5 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – DIRECCION DISTRITAL N° 12D02 URDANETA-PUEBLOVIEJO, se encuentra ubicado en Ricaurte parroquia del catón Urdaneta, brinda sus servicios en horarios de atención en: consulta externa de lunes a viernes de 8:00 am a 5 pm. Emergencia de lunes a domingo las 24 horas al día.

Actualmente, cuenta con infraestructuras, tiene diferentes áreas; emergencia; consulta externa (medicina general, medicina interna, pediatría, gineco – obstetricia, psicología, rehabilitación física, laboratorio clínico; hospitalización (salas de medicina interna, salas de gineco – obstetricia, cirugía, pediatría), además, cuenta con otros servicios como laboratorio clínico, servicios de imagenología (ecografía y RX), farmacia, terapia respiratoria, servicio de consejería VIH, nutrición, y servicios de epidemiología. Tiene a cargo 10 centros de salud de primer nivel en área urbana y rural; como Anidado Ricaurte, Catarama, Los Sauces, Pueblo Viejo, San Juan, Nuevo San Juan, Pijullo, Salampe, Santo Domingo.

En el área de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo, se implementa el modelo de atención integral al parto humanizado, este consta de una sala culturalmente adecuada, equipada para esta modalidad de parto como; El monitor fetal, balón suizo, kit de parto, barras de madera que ofrecen apoyo, dispensador de agua fría y caliente, espejo, ducha, tela suspendida, silla de parto, banquito para parto, camas de recuperación, colchones etc., que no solo ayuda al trabajo de parto sino que también brinda seguridad y comodidad a la paciente, logrando un ambiente agradable. Diariamente llegan al área de gineco- obstetricia aproximadamente 44 pacientes, de las cuales se atenderán en consulta externa, en la sala de maternidad y emergencia de gineco – obstetricia; durante las 24 horas en emergencia gineco – obstetricia. Según los datos estadísticos del Hospital Juan Montalván en el año 2018 hubo un total 767 ingresos de gineco-obstetricia de los cuales 560 fueron partos por vía vaginal sin complicaciones, entre ellos; (248 *litotomía*, 308 *sentadas*, 3 *cuclilla* ,1 *arrodillada*) y 177 cesáreas 30 referencias.

1.2 Situación problemática

El parto humanizado, tiene como finalidad brindar a las gestantes un parto de calidad y calidez en el que la madre y el feto experimente buen trato por parte del personal de salud, priorizando las necesidades de la paciente donde se respeta sus culturas tradiciones y costumbres, este permite a la gestante deambular, tener acompañamiento, elegir libre posición en su parto, mejor manejo con los recursos adecuados, criterios técnicos y académicos según los protocolos y guías al respecto, ayudando en la reducción de complicaciones obstétricas y permitir que la mujer viva, una experiencia satisfactoria. (FENOE, 2013)

El parto humanizado aún no tiene un considerable nivel de aceptación de parte de las gestantes, por la falta de conocimiento, miedo, entre otras causas, dado que durante sus partos algunas sin saberlo han sufrido de violencia o violación de sus derechos, conducta, acción u omisión que ejerce el personal de salud de manera directa o indirecta. (Garrido, 2017)

La actitud de muchos profesionales de salud juega un papel importante, existen casos que por evadir el labor de parto de 10 a 20 horas, orientan a las pacientes someterse a cesárea, que tiene un tiempo de más o menos 45 minutos, otros con fines comerciales. Incluyendo el trato que se les brinda a mujeres que ingresan a centros de salud en labor de parto con miedos e inseguridades y por ende con una mentalidad llena de comentarios populares no beneficiosos con respecto al parto aumentando el dolor, las posibilidades de desgarros perineales, episiotomía, y el uso de instrumentos en el parto, miedo e inseguridad en los futuros partos, aumentando la elección de cesáreas. (ZIMMER, Dr. Sergio, 2018). Teniendo en cuenta que aquellas mujeres que se someten a un parto humanizado gozan de beneficios entre ellos mayor seguridad en sus partos, no son sometidas a prácticas innecesarias, menor riesgo materno-fetal, ya que se brinda la posibilidad de ofrecer los mejores procedimientos y procedimientos, como analgesia, anestesia durante y después del parto si el caso lo amerita, mejorando la atención que recibe la gestante. (Jardim, 2015)

1.3 Planteamiento del Problema

1.3.1 Problema General

¿Cuál es el porcentaje de aplicación y satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuál es el porcentaje de aplicación del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019?

¿Cuál es el porcentaje de satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019?

¿Cuál es la postura más utilizada en el parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019?

¿Cuáles son los factores que impiden a las gestantes se les aplique la modalidad de parto vaginal humanizado en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019?

1.4 Delimitación de la Investigación

1.4.1 Delimitación Espacial: Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte.

1.4.2 Delimitación Temporal: Octubre 2018 - abril 2019.

1.5 Justificación de la investigación

Como parto humanizado se entiende al proceso de calidad y calidez en el que la madre y el feto experimentan buen trato por parte del personal de salud y se desarrolla en un ambiente propicio, disminuyendo la violencia obstétrica. Sin embargo el número de violencia obstétrica de todas las formas de presentación aún existe en nuestro país. Además un sin número de causas que impiden que las gestantes realicen su parto de manera fisiológica cómo, el miedo al parto vaginal, mal estado de salud materno-fetal, no asistir a los controles. En Ecuador, según el anuario de nacimientos del INEC en el 2015 a nivel nacional el número de cesáreas fue de 45,5%, superando el índice establecido por la OMS, que establece que solo está justificada entre el 10 y 15%. (ZIMMER, Dr. Sergio, 2018)

Este proyecto investigativo va dirigido a gestantes y personal de salud en general con el fin de investigar: Nivel de aplicación y satisfacción del parto humanizado los beneficios, aceptación de parte de las pacientes y los factores que intervienen en su aplicación, con el propósito de brindar información basada en propuestas y sugerencias para mejorar el nivel de atención a las pacientes que estén respaldadas por el Ministerio de Salud Pública.

Teniendo como finalidad que a futuro el parto humanizado se incremente dentro del área obstétrica, es necesario realizar este estudio con la finalidad de que las pacientes tengan la mayor información sobre el parto vaginal humanizado sus ventajas y desventajas durante el trabajo de parto y postparto, experiencia utilizándolo, para así tratar de disminuir el miedo sobre el parto natural y el incremento de cesáreas innecesarias.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General.

Determinar el porcentaje de aplicación y satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

1.6.2 Objetivos Específicos.

- Determinar el porcentaje de aplicación del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.
- Determinar el porcentaje de satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.
- Identificar la postura para el parto vaginal más utilizada por las gestantes en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.
- Identificar los principales factores que intervienen en la aplicación y satisfacción, del parto humanizado en las gestantes atendidas en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

HISTORIA DEL PARTO

Mujer primitiva

La mayoría de los datos parecen apuntar a que las mujeres primitivas parían solas, por la teoría de que esta se retiraba a un lugar solitario para dar a luz, probablemente en posición de cuclillas, en ríos o apoyadas de una piedra grande sin la presencia de nadie, tal vez el primero en atender los partos fue su pareja, pero como este a causa de su salida en busca de alimentos pasaba gran parte de su tiempo fuera de casa, y el parto natural no indica fecha exacta la mujer quedaba sola o en compañía de otra mujer, por la cual se dice que en la antigüedad el papel de la mujer era recolectar frutos, cuidar de la casa, de los niños y asistir partos. Textos antiguos incluyendo la biblia, esta nos relata que las mujeres asistían los partos de otras. (EFESALUD, 2016)

Aparición de la cirugía aplicada a la atención de partos complicados

Teniendo en cuenta que desde la antigüedad la cesárea fue creada de forma obligatoria para salvar vidas, en vista de las presentaciones fetales anormales o por la incapacidad de la madre en poder parir, se aplicaba la cirugía esta era la última opción utilizada para la atención del parto, según los historiadores parecen señalar que ya era conocida desde el año 715 a.c, Existía una ley Romana dictada por Numa Pompilio llamada la “la lex caesarea” esta ordenaba utilizarla en toda mujer que fallecía en la fase final de su embarazo o durante el parto, se le extrajera con el fin de sepultarlos de forma separada en raros casos era para salvar la vida de los fetos y tuvieran la oportunidad de vivir. (Montejo, 2017)

“El primer dato que se ha obtenido de una mujer que sobrevivió a una cesárea hecho que se realizó en Alemania en el año de 1500, se cree que la realizó Jacob Nufer, un castrador de cerdos, la cual opero a su esposa tras una prolongada labor de parto”. (SEAAV, 2015)

Parto domiciliario a parto hospitalario

Es un proceso natural de la mujer siendo un periodo vulnerable para está. A mediados del siglo XX se institucionalizó el proceso de parto domiciliario pasando a ser parto hospitalario, con el principal objetivo de reducir la muerte materno-infantil. (al M. e., 2018) En este proceso se incluyeron prácticas de rutinas institucionalizando el proceso de parto, pasando de partos domiciliarios o caseros a partos hospitalarios o institucionales, ya habiendo impuesto esto conllevó a utilizar prácticas y protocolos como la episiotomía, enemas, se colocó en casi obligatoria la posición de litotomía, la estimulación del parto sin estar avaladas por evidencia científica, se incluyó el parto como una enfermedad tratando a la embarazada como una enferma. Ante esta situación en 1985, con la recomendación de la OMS sobre el nacimiento, se inicia un proceso de normalización del parto reconociendo el papel protagonista de la mujer en el parto haciendo que cada mujer elija la posición de parto que desea o sienta más cómoda (al M. S., 2015).

En Ecuador el establecimiento de salud llamado MSP “ creado el 16 de junio de 1967 por mandato de la Asamblea Constituyente de aquel entonces, creada para mejorar la atención de salud juntamente para aplicar a los partos vaginales debidamente equipados para el parto.”

Aparición de la violencia en la atención de los partos

Según la declaración de las Naciones Unidas en 1993, se define como violencia hacia la mujer cualquier acto de violencia que posiblemente resulten daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer que incluyan amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea esta pública o privada. (N.U, 1993).

Después de convertir en parto institucional la asistencia del parto domiciliario. Según (Gutiérrez, 2016) , muchas mujeres de todas los países sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante la labor de parto y el parto en centros de salud pública y privados, que no solo viola los derechos de la mujer, sino que también amenazan sus derechos a la vida, la salud, la integridad física, emocional y la no discriminación. Esta declaración reclama una acción más enérgica, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos. (Jardim, 2015)

Según Hutter Epstein (2010), parir en un hospital hace que la mujer se separa de sus amigos, familia, que a menudo eran este grupo quienes cuidaban este proceso, dejando de parir en sus casas para parir en hospitales, significo no solo un cambio físico sino cultural, pasando de lo familiar a lo desconocido. Este hecho, se concibe como un acontecimiento aislado del entorno familiar y social, siendo igual para todas las gestantes, basado fundamentalmente en su carácter biológico (Santos, 2016)

(OMS, 2014) En sus informes sobre la revención y erradicación de la falta de respeto en todas sus presentaciones y el maltrato durante la atención del parto, en todas las centros o unidades de salud se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento, falta de confidencialidad, incumplimiento del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Hay una mayor probabilidad que las mujeres adolescentes, las solteras, las inmigrantes las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.

En si se trata de un hecho, que está presente en todos los niveles de atención de la salud, tanto públicos como privados. Entre estos se citaran algunos países donde desde hace algunos años ya vienen sometiéndose a dichas normas etc. Bolivia, Colombia, Perú, México y Venezuela (1998); Nicaragua (1996); Panamá (1995); Paraguay, Las Bahamas y República Dominicana (1997).

En la mencionada Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Dicho artículo legal señala textualmente lo siguiente:

Actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender de manera rápida y eficaz las emergencias obstétricas.
2. Exigir a la mujer a parir en posición de litotomía con las piernas levantadas, teniendo medios y recursos necesarios para la realización del parto vertical.
3. Impedir el apego precoz del recién nacido madre e hijo, sin causa médica que lo justificada, negándole la posibilidad de cargarlo(a) y amamantarlo(a) inmediatamente al nacer.

4. Interrumpir o alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expresado e informado de la mujer gestante.

5. Practicar el parto por cesárea, existiendo la posibilidad para realizar el parto vaginal, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Jardim, 2015)

La violencia obstétrica constituye la forma más invisible de intimidar el género, la mujer pierde el derecho sobre la toma de decisiones con respecto a su cuerpo. Se genera una relación de poder entre médico-mujer, siendo ella objeto en algunas ocasiones de agresiones físicas, y verbal. La mujer entra en un estado de sumisión y dependencia de los conocimientos del personal de salud y es tratada como un “cuerpo enfermo que necesita de ayuda y atención”. (Gutiérrez, 2016).

El problema central en muchos casos, se basa en que los profesionales de salud, piensan que las mujeres embarazadas o en trabajo de parto no son participantes que puedan tomar sus decisiones. Las pacientes han justificado las prácticas obstétricas inadecuadas, creyendo que es lo mejor para ellas, siendo coautoras de su propios maltratos. Ellas piensan que “si se portan bien, y son sumisas, recibirán buena atención por parte del que la atiende” (ORDÓÑEZ, 2016).

Según la (OMS, 2014) el maltrato es “más probable en las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras”.

Una de las causas que se creen que influye en la violencia obstétrica y la mala calidad del servicio de salud prestado, es llevar los problemas personales al lugar de trabajo, disminuyendo la satisfacción en las atenciones recibida por las embarazadas. Según el libro de Administración hospitalaria dice que, los problemas del personal de salud se los conoce por los siguientes síntomas, renuncias al trabajo, ausencia del puesto de trabajo, retrasos, bajos rendimientos

en los servicios que este preste, quejas de insatisfacción de los pacientes, recomendando a “no llevar los problemas personales al trabajo”. (Malagon)

“Según los casos reportados y las necesidades de disminuir la violencia obstétrica en diferentes países del mundo se crea junto a la OMS la humanización durante la atención del parto”. (Garrido, 2017)

La mejora de la salud materna se prioriza de tal manera que ocupa uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con la finalidad de cumplir los ODM, los países se comprometieron a adoptar medidas para disminuir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, pero desde 1990 la mortalidad materna se ha reducido solo un 45% por lo que el objetivo no se alcanzará hasta el año 2020, unos 15 años más tarde de lo previsto. (Menendez, 2018)

El desarrollo de la tecnología y su implantación para la atención del trabajo de parto, ha mejorado la morbilidad materna e infantil en los países occidentales. En la actualidad, parir en nuestro medio, se considera medicamente seguro ya que la mortalidad materna aún prevalece. Sin embargo, esta medicalización y tecnificación de la asistencia sanitaria ha comportado que la atención se centrara casi de forma exclusiva en el útero gestante olvidando en demasiadas ocasiones es imparcial de la mujer. Asimismo, también se ha constatado que, un enfoque centrado únicamente en “la seguridad” y en la evidencia científica no garantiza la humanización de los cuidados. (Garrido, 2017)

PARTO VAGINAL

Definición de parto según la OMS

“Parto normal o vaginal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación entre las semanas gestación 37 y 42 a partir de la última fecha de menstruación”. (Valdez, 2015), Con la expulsión de uno (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior”. Se considera un

parto a término, (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas desde la fecha de última menstruación). Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros o pre-termino y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término. (Zuarez, 2017)

Indicaciones del MSP para el parto eutócico, espontáneo

- “Se sugiere calcular o precisar, el embarazo a término por vía vaginal, deben encontrarse sin patología o estado materno-fetal que contraindique parir por esta vía”. (Yépez, 2014)
- “Se sugiere hacer la prueba de trabajo de parto a las embarazadas a término, en trabajo de parto, con patología no complicada, bajo severa vigilancia, del especialista en Obstetricia y Ginecología”. (Yépez, 2014)
- Se sugiere llevar a cabo la prueba de trabajo de parto a la gestante a término, en trabajo de parto con cesárea anterior, sin patología o estado materno-fetal que contraindique el parto por la vía vaginal, bajo supervisión de especialista en Obstetricia y Ginecología. (Yépez, 2014)
- Se sugiere parto vaginal a las embarazadas a término con patología asociada no complicada: hipertensión crónica, pre-eclampsia, diabetes mellitus, diabetes gestacional, hepatitis, , trombocitopenias enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal; bajo vigilancia del especialista en Obstetricia y Ginecología; a menos que exista contraindicación materno-fetal para ella. (Yépez, 2014)

El parto vaginal también puede ser:

Parto inducido: Este se da cuando se obtiene el labor de parto a través del inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical, dado por la administración de medicamentos, y el emplear técnicas o procedimientos como maniobras que produzcan contracciones. (Yépez, 2014)

Parto inmaduro: “Se da entre las 20 y las 28 semanas de gestación”. (Yépez, 2014)

Parto pretérmino o prematuro: “Se da entre las 28 y las 36 semanas de gestación”. (Yépez, 2014)

Parto a término: “Se da entre las 37 y 42 semanas de gestación, con atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato” (Yépez, 2014)

Parto postérmino: “Se da luego de las 42 semanas de gestación o más de 294 días, calculados a partir del FUM (la fecha de la última menstruación) de preferencia esta debe ser confiable”. (Yépez, 2014)

En base a evidencias científica la (OMS) recomienda que la parturienta no debe ser colocada en posición litotómica durante el trabajo de parto y parto ya que la considera ineficaz o perjudicial, esta debe tener libertad de escoger la posición que le brinde mayor comodidad a la hora de este (Edianez, 2017)

Etapas del trabajo de parto

El parto va acompañado de síntomas vagos e inespecíficos naturales propios de él, y se divide en tres etapas:

Primera etapa (dilatación y borramiento)

Segunda etapa (expulsivo)

Tercera etapa (alumbramiento) (Yépez, 2014)

|

Primera etapa (dilatación y borramiento)

Etapa de iniciación del parto y esta termina con la dilatación completa, esta primera etapa, se subdivide en dos fases: la fase latente y activa.

Fase latente.- Comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4 cm. Aproximadamente se necesitan de La duración es de

aproximadamente 6.4 horas en la nulípara y 4.8 horas en las múltiparas, aunque a veces en algunos casos la duración varía. Las contracciones son más acentuadas, pero aún son irregulares (cada 10 o 12 minutos). (Yépez, 2014)

Fase activa.- La particularidad de esta fase es el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la acelerada progresión de la dilatación. Las contracciones son más seguidas más o menos cada tres minutos, comienza con una dilatación de más de 4 cm y termina cuando la paciente dilata por completo alcanzando los 10 cm, Esta fase puede ser: En las primíparas es de 8 horas, tiene menor probabilidad de durar más de 18 horas. (Lugo, 2014). En las múltiparas: Él puede durar 5 horas, es poco probable que dure más de 12 horas. Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1.1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1.3 cm/hora en las múltiparas. En ambas fases en caso de no existir contraindicaciones medicas se pueden realizar ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica tales como uso de balón suizo, caminatas, bailes etc., para alcanzar un mejor progreso de dilatación. (Yépez, 2014)

Expulsivo (segunda etapa del parto)

Es la segunda etapa del parto, comienza cuando finaliza la dilatación ya alcanzado ya los 10 centímetros con un borramiento apto para que pueda pasar el feto, y la cabeza fetal se sitúa al final del canal del parto. La mujer pueda optar la postura más cómoda para ella. Durante el expulsivo las contracciones son más espaciadas se producen al menos cada tres minutos, pero también son más largas (un minuto y medio) y más dolorosas. Los pujos deben ser espontáneos, el instintivo de forma fisiológica, no se recomienda el pujo dirigido. Una vez que el nuevo ser ha salida, se deposita al recién nacido sobre el pecho de la madre, se corta el cordón umbilical después que este deje de latir. (Yépez, 2014)

Alumbramiento (tercera etapa)

Tras el nacimiento del nuevo ser y la separación de la madre mediante el corte del cordón umbilical, se producen unas contracciones, menos intensas y dolorosas que las del periodo de dilatación, que provocan una reducción del tamaño del útero y éste, al contraerse, ayuda a que la placenta, las membranas y el resto del cordón se desprendan de la pared uterina y sean expulsados al exterior. Este proceso puede tardar desde minutos hasta media hora, por ello, muchas mujeres optan por un alumbramiento dirigido mediante la administración de oxitocina, lo que disminuye el riesgo una atonía uterina y reduce el tiempo de expulsión de la placenta. Después del parto se inicia la fase del puerperio o postparto. (Yépez, 2014)

PARTO HUMANIZADO

“Es una práctica no violenta de atención del embarazo, parto y nacimiento. Asegura el respeto de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, reduciendo complicaciones perinatales, la mortalidad materna y los costos de la asistencia médica” (Minsal, 2016).

Denominado también como parto respetado, es un modo de atención en el proceso que se respeta la toma de decisiones y tiempos fisiológicos para el alumbramiento teniendo como objetivo crear un espacio familiar confortable en el momento del parto donde se le da el papel protagonista a la gestante y a su producto y que su parto se desarrolle de la manera más natural y donde no se realicen intervenciones quirúrgicas, o procedimientos médicos innecesarias. (Argentina, 2016)

En 1985, en Brasil la Oficina Regional de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud realizaron una conferencia con el objetivo de evaluar el modelo biomédico de atención del embarazo y parto; contó con la participación de médicos, obstetras, matronas, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, economistas, entre otros. Se trató acerca de la falta de respeto por parte del personal de salud encargado a las mujeres gestantes, sus necesidades, expectativas y se consiguió

que la OMS establezca recomendaciones para evitar ciertas prácticas sistematizadas que se consideraron innecesarias para este proceso. De igual manera se tomó a consideración que la paciente estuviese en plena libertad de participar activamente en planificación y valoración de los procesos que se decidan durante su embarazo y posterior parto, siempre respetando su interculturalidad, valores sociales y religiosos. (OMS, 2014)

La mujer debe estar involucrada en todo el proceso, teniendo el control sobre decisiones y todo lo que suceda durante su embarazo y parto, mediante el diálogo continuo entre personal médico y paciente. Involucra una disponibilidad permanente de los servicios de salud para atender todas las necesidades que se presentasen en la gestante y parturienta. (OMS, 2007)

Según las prácticas recomendadas por la OMS

Permite que las mujeres tomen decisiones de su cuidado, acompañamiento, libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto, no hacer episiotomía, rasurado y enema de rutina, no hacer monitoreo fetal electrónico de rutina innecesariamente, permitir toma de líquidos y alimentos en el trabajo de parto, restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia inducción a la lactancia en la primera hora de vida del recién nacido (RN), apego precoz, y limitar la tasa de cesárea al 10-15%. (OMS, 2007)

En Ecuador 236 centros se realiza parto humanizado reconociendo la atención de ese tipo, permitiendo a la mujer decidir sobre la posición para su parto de forma ginecológica, sentada, acostada de lado, cuclillas, arrodillada o de pie. En el 2017 se registraron 81 663 partos vaginales, lo que significa un 2% más que en el 2016, cuando hubo 80 149. Parto humanizado, reportó un incremento de 66 233 alumbramientos en el 2016 a 88 779 en el 2017. Una de las razones de este crecimiento es que el alumbramiento humanizado brinda atención integra. (HEREDIA, 2018)

DOCUMENTO DE APLICACIÓN UNIVERSAL BASADO EN EVIDENCIA CIENTIFICA SOBRE PARTO HUMANIZADO

En 1996, la Organización Mundial de la Salud publica un primer documento de aplicación universal en el que se establecen las bases de los cuidados que deben recibir las mujeres con un parto normal. Más adelante este documento se actualiza, promoviéndose un profundo cambio en el modelo de atención al parto, basado en la evidencia científica, en el que se atienden las necesidades de la parturienta y del recién nacido, es respetuoso con la fisiología del parto y defensor del menor intervencionismo posible. (Valencia, 2018)

Además, en dicho documento se refleja que:

- No existe evidencia de que la administración de enemas mejore las tasas de infección neonatal o materna o resultados como la dehiscencia de la episiotomía, la duración del trabajo de parto o la satisfacción materna.
- No existen diferencias en las tasas de infección entre mujeres rasuradas y no rasuradas, con aparición de efectos secundarios entre las primeras, como irritación, enrojecimiento, rasguños, ardor y prurito.
- Las mujeres que reciben un apoyo continuo presentan menor probabilidad de recibir analgesia, de presentar un parto vaginal instrumentado o una cesárea, menor insatisfacción y mayor probabilidad de un parto vaginal espontáneo.
- No existe evidencia de calidad que permita recomendar la movilidad o una determinada posición en la primera fase de parto, por lo que la mujer deberá adoptar aquella postura en la que se encuentre más cómoda.
- El número de tactos vaginales es un factor muy relacionado con la infección materna o neonatal, existiendo mayor riesgo a mayor número de exploraciones vaginales.

- El uso de partogramas con una línea de acción aumenta los partos vaginales y reduce la morbilidad materna. Incluir una línea de acción antes de lo recomendado por la OMS (4 horas) incrementa las intervenciones sin ningún beneficio en los resultados de la mujer y del neonato.
- La posición de litotomía produce un mayor número de partos instrumentados e incrementa el dolor, lo que puede aumentar la incidencia de anomalías en la frecuencia cardíaca fetal. La posición de manos en rodillas disminuye el dolor y no aumenta los efectos adversos maternos o neonatales. La utilización de sillas o de taburetes para dar a luz, aunque no la posición vertical, se asocia con pérdidas sanguíneas superiores a 500ml.
- En la segunda etapa de parto, la estrategia de pujos espontáneos o no dirigidos parece ser la más adecuada, ya que aumenta la seguridad y la efectividad del parto, aumenta los partos vaginales y se reducen los partos instrumentados así como el tiempo de pujo.
- No existen estudios que avalen la efectividad de la maniobra de Kristeller.
- Los resultados indican que, en comparación con el uso restrictivo, la utilización rutinaria de la episiotomía no es beneficiosa para la mujer, ni a corto ni a largo plazo. De ser necesaria, se aconseja realizar episiotomía medio-lateral con sutura continua de material reabsorbible.
- El pinzamiento tardío del cordón parece ser una técnica segura y el método fisiológico de tratar el cordón. Además, mejora el estado hematológico del recién nacido, ya que la policitemia sería el único efecto adverso. En caso de partos con complicaciones, sería más indicado realizar el pinzamiento temprano.
- El contacto piel con piel entre madre y recién nacido tiene beneficios sobre la duración de la lactancia, la termorregulación del neonato y los vínculos madre-hijo. Permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre. No se han encontrado efectos adversos en el contacto piel con piel. Los recién nacidos saludables a término presentan

comportamientos de alimentación en la primera hora de vida. El contacto temprano piel a piel incluyendo inmediatamente la succión, se asocia a una mayor duración de la lactancia.

- A pesar de no existir suficiente evidencia, parece razonable posponer el baño hasta la estabilización de la temperatura del recién nacido y únicamente limpiar el exceso de vórnix con suavidad.
- La mecánica respiratoria y el ritmo cardíaco no se benefician de la aspiración oro-nasofaríngea. (Garrido, 2017)

BENEFICIOS DEL PARTO HUMANIZADO

En el 2017 la Dra. Calderón en su estudio describe los beneficios que brinda el parto humanizado a las gestantes que son:

- Vivir la inolvidable experiencia de poder tener el parto que tanto se ansia tener en compañía de la pareja, familiar o acompañante de confianza en la sala de pre-parto y parto, para la mayoría de las parturientas es una experiencia maravillosa, porque le brinda apoyo, la alienta o estimula a tener ganas de pujar durante el trabajo de parto, lo que resulta más cómodo para ella si es una voz conocida quien la alienta a hacerlo. Además el permitir que el padre este presente tiene la oportunidad de verlo el nacimiento y cortar el cordón umbilical de su hijo(a) si así él lo desea. (Calderón, 2017)
- Mientras se da el trabajo de parto, parto y recuperación se ofrece a la paciente comodidad, se respeta su intimidad, sus creencias, costumbres y tradiciones. No se debe acelerar este proceso y disponer de buenas condiciones para recibir al recién nacido. (Calderón, 2017)
- En la sala de dilatación y parto, deben tener equipos para diagnóstico, como monitor materno-fetal y para la atención, recuperación pronta de la madre y su hijo(a). (Calderón, 2017)

- La humanización del parto permite alojamiento conjunto, que es el contacto piel a piel de madre e hijo(a). Una vez nacido, el profesional que estuvo a cargo de la atención del parto lo coloca en el abdomen materno para que esta lo pueda sentir rápidamente. (Calderón, 2017)
- El personal de salud colocan a él o los recién nacido en cuneros cercanos a la cama donde se encuentra la madre para realizarles las valoraciones médicas además este permite que durante las valoración los padres permanezcan con su hijo(a). (Calderón, 2017)
- Beneficia la lactancia materna si esta se da al recién nacido durante las primeras horas y esto crea un vínculo afectivo entre madre e hijo asegurando su crecimiento y desarrollo. (Calderón, 2017)
- El parto humanizado en su mayoría no son partos traumáticos, discriminatorios o violentos. En el momento del parto se realizan masajes que ayudan a aliviar los dolores. (Calderón, 2017)

RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA ATENCION DEL PARTO HUMANIZADO

En 2007 La Organización Mundial de la Salud da recomendaciones postula las prácticas que son claramente útiles y que deberían promoverse:

- Elaboración de un plan personal (plan de parto) que determine donde y por quien será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dando a conocer a su esposo o pareja, y si procede a su familia.
- Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
- Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en el lugar del parto
- Apoyar a las mujeres durante el parto por parte de los proveedores de salud.
- Brindar a las mujeres información y explicación cuando estas lo desean.
- Dar libertad de posición y movimiento durante el parto.
- Contacto inmediato piel a piel de madre e hijo(a) y apoyo al inicio de la lactancia materna en la primera hora después del parto.
- Limitar la tasa de cesárea al 10-15%.

IMPLEMENTOS UTILIZADOS DESDE LA ANTIGÜEDAD PARA EL TRABAJO DE PARTO CULTURAL

Silla de partos en la Antigua

Según los arqueólogos y los historiadores que han existido sillas o muebles para parir desde la época egipcia y mesopotámica. Hipócrates siglo V a.c recomienda el sillón obstétrico para parir. Existe un vaso en el Museo de Atenas donde se dibuja un parto en silla. Además existe un bajorrelieve en el Museo de Cesirola. Chipre, que se ve una mujer pariendo en un sillón. En el papiro de Westcar (1800 a.C.) describe la silla obstétrica del Antiguo Egipto esta consistía en dos ladrillos o piedra paralelas cerradas con una transversal en forma de “U”. (Bramall, 1997)

- Sorano de Efeso, siglo II d.C., describe en sus libros la silla obstétrica. Además de los bajorrelieves encontrados de partos en sillas.
- En las cantiga de Alfonso X el Sabio, en un ejemplar que se encuentra en la Biblioteca del Escorial dibuja una mujer pariendo en una silla.
- Rosslin en su obra “Rosengarten” dibuja una mujer en una silla explorando las comadronas esperando un parto.
- Existen códices árabes donde la mujer paría en sillón obstétrico.
- Jacob Rueff en su obra “De conceptu et generatione hominis” en su portada es una mujer en una silla asistida por comadronas.
- Las sillas de parto o sillón obstétrico la tenían la nobleza real y familias con grandes recursos económicos. (Tostado.)

Mauriceau comenzó a impulsar la cama de parto en lugar de la silla obstétrica oh la forma tradicional que tenían las mujeres para parir. Se fue perdiendo la costumbre de las sillas continuo la cama hasta que posteriormente fueron desarrollando los Hospitales y se realizan los primeros partos distócicos, para

mediados del siglo XX comienzan también los partos normales hasta la actualidad. (Cabacas, 2014)

PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

Según la Guía Técnica del MSP para la atención del parto culturalmente adecuado el parto culturalmente adecuado es la expulsión del producto en una posición cómoda para la madre, posición vertical (de pie, sentada, semisentada, de rodillas o cuclillas) mientras es atendida de manera humanizada por el personal de salud. (al P. e., 2014)

Volviendo a la cultura que tenían las mujeres ancestrales en sus partos se recolecta información de las distintas posturas adoptadas y tradiciones por las mujeres a la hora de parir. Se realizó el Intercambio de experiencias para el parto culturalmente seguro, surge de la necesidad de describir y analizar las experiencias respecto a los abordajes interculturales en la atención del parto, que promueven la autonomía y el empoderamiento de las mujeres indígenas, así como de identificar los logros, las lecciones aprendidas y proyectar perspectivas para la replicabilidad de modelos de Intercambio de experiencias. De esta manera se descubren los beneficios que tienen las diferentes posturas que se usaron por los ancestros logrando traer a la actualidad dichas costumbres (OMS O. &, 2016)

Parto culturalmente seguro

“Se aplica en la atención de parto normal, en caso de no sospechar o presentar complicaciones, la gestante puede adoptar la posición que ella crea más conveniente o cómoda para recibir a su hijo (a)”. (Yépez, 2014)

Guía de uso del MSP de equipamiento de sala de parto

El monitor fetal.- Es necesario para verificar la actividad de contracciones uterinas y el estado de bienestar fetal, se lo utiliza en la gestante en posición Acostada o acostada de lado izquierdo, también se puede realizar sentada.

Buena iluminación .- esta debe ser equilibrada.

Ambiente.- Un ambiente cálido y acogedor estimula adecuadamente las hormonas necesarias para tu parto.

Balón suizo.- se lo utiliza para realizar ejercicios de psicoprofilaxis o de apoyo en alguna postura para el parto.

Kit de parto.- debidamente esterilizado

Barras de madera que ofrecen apoyo antes y durante el parto.

Dispensador de agua fría y caliente.- para hidratación materna en caso de que esta lo desee.

Espejo.- motiva a la paciente ya que si esta durante el expulsivo desea ver la cabeza de su hijo(a).

Ducha.- puedes recibir una ducha con la temperatura adecuada (caliente) para aliviar los dolores de espalda.

Tela suspendida.- ayuda a optar la posición que más le guste a la paciente.

Silla de parto.- En casa de parir sentada.

Vaquito para parto.- utilizado para comodidad del personal de obstetricia para la atención del parto.

Cama, colchones y otros.- ayudan al parto y su recuperación. (MSP, 2015)

POSICIÓN PARA EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

Existen más de 30 posiciones para el parto entre estas con apoyo y sin apoyo incluyendo el uso de almohadas, balón, telas suspendidas, barras, apoyada sobre su pareja entre otras, pero, de forma general se dividen en posiciones horizontales y verticales, de las cuales todas tienen sus ventajas y desventajas a la hora de parto. (Vera, 2017)

Para que sea una postura en parto humanizado culturalmente adecuado debe ser escogida por la gestante, con libertad (libre posición), teniendo la oportunidad de escoger materiales de apoyo a su elección.

TABLA 1. POSICIONES PARA EL PARTO

POSICIONES PARA EL PARTO	
Horizontal	Vertical
Litotomía o ginecológica	De pie
Decúbito lateral izquierdo	Sentada
Decúbito lateral derecho	En cuclillas
	Arrodillada
	En cuatro apoyos o cuadrupedia

Fuente: Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado (al P. e., 2014)

“Con el límite de revisar cada posición, se han analizado unos ítems que tienen mucha relevancia en el trabajo del parto. A la hora de elegir una posición se debe tomar en cuenta lo siguiente”: (Esbrí, 2014)

COMPROMISO VASCULAR.- Es importante porque en la segunda fase activa del parto, mientras se está expulsando el feto, el útero se retrae, y el feto recibe menos cantidad de sangre. Si se adopta una posición que produce más

estenosis, se puede alterar de manera significativa la circulación lo que puede provocar daños a nivel fetal, requiriendo un parto instrumentado. (Esbrí, 2014)

PUJOS.- Si la duración del tiempo de pujos se extiende, pueden provocar daños añadidos. Por lo que elegir una posición en la que los pujos sean efectivos, es importante ya que quizás se podría disminuir los tiempos de expulsivo, beneficiando a la madre y al recién nacido. (Esbrí, 2014)

SANGRADO.-La cantidad de sangre que pueda perder la madre es de vital importancia para su temprana recuperación y bienestar además podrá brindar los nutrientes necesarios a su hijo(a) a través de la lactancia, teniendo en cuenta que los sangrados (hemorragias) son una causa de mortalidad materna documentada. Todas las variaciones que se puedan realizar para disminuir esas pérdidas sanguíneas resultaran beneficiosas en el proceso de parto, como optar una posición donde el uso de episiotomías no sea tan necesario. (Esbrí, 2014)

DESGARROS.- Existen posiciones que conllevan a laceraciones y desgarros en el periné materno. Es importante detectar en qué posiciones ocurre más frecuentemente, para tratar de prevenir, según la gravedad del desgarro este provoca disfunciones en el cuerpo de la mujer además la estética se verá afectada y, esa zona habrá que rehabilitarla para evitar más daños a futuro. (Esbrí, 2014)

DOLOR MATERNO.-Juega un papel importante en su estado y cooperación en el proceso del expulsivo. Existen distintos métodos, estos pueden ser farmacológicos, o bien, masajes como los ejercicios de psicoprofilaxis. Todo se realiza para el mayor bienestar y comodidad de la gestante. Las posiciones que reduzcan los dolores del parto, o posiciones en la que se puedan realizar de manera fácil un masaje serán de gran ayuda para la parturienta. (Esbrí, 2014)

SITUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA MADRE.- El estado de ánimo y psicológico de la mujer en este proceso es muy importante para la cooperación entre los profesionales y la madre, y por tanto, para el buen desarrollo del parto.se

debe elegir posiciones en las que la madre esté cómoda, tranquila y en confianza, serán muy beneficiosas para el curso natural del parto. (Esbrí, 2014)

DURACIÓN DEL PARTO.- La duración en la fase del expulsivo es muy importante. Existen partos largos y otros más cortos, pero se estableció una duración media de parto, para primíparas de 45 minutos. En cuanto a la relación de tiempo/daño, cuanto más dure el expulsivo más probabilidad de daños existe. Cuando el parto se alarga mucho, se debe instrumentalizar para finalizarlo, y así evitar complicaciones, optar una postura que ayude a tener un parto rápido será beneficioso para la parturienta y su producto teniendo en cuenta que las posturas verticales son buenas para evitar trabajos de parto largos. (Esbrí, 2014)

INSTRUMENTACIÓN.- Debe utilizarse en raras ocasiones en las que sea de gran necesidad, si no es necesaria no se debería utilizar. Una buena posición puede evitar la necesidad de intervención, y por tanto, que el parto finalice de forma natural, sin complicaciones. (Esbrí, 2014)

POSICIÓN DE LITOTOMÍA, SUPINA, O GINECOLÓGICA

Según datos históricos antes mencionados, esta posición no fue de las más utilizadas en la antigüedad, recalca en su estudio que se la evitaba, para eligiese la posición que a la madre le resultara más confortable. A pesar de ello, esta posición se introdujo en las últimas épocas, a pesar de que no tiene evidencia científica. (OMS O. &., 2016)

Uno de los beneficios que tiene esta posición, es la posición de las piernas en máxima flexión, esta beneficia el diámetro pelviano, aumentando sus dimensiones y de esta manera, hace más fácil la salida del feto. Pero esta es una de las posiciones menos adecuada para el proceso del parto, probablemente esta posición se aplicó por ser una de las posiciones más cómodas para el profesional obstétrico, ya que tienen buen acceso al periné materno y se observa mejor el progreso del feto así controlando mejor el buen desarrollo del parto y ayuda en la reparación de desgarros. Aun no se muestran evidencias de que existan

diferencias en las puntuaciones del Apgar, comparándolo con otras posiciones del parto. (Franas, 2015)

Cuando se evidencio como una de la postura más utilizada, la Organización mundial de la salud Intervino y dando la opinión de sus expertos, la desaconsejaron para la dilatación y el expulsivo. Para estas recomendó caminar durante la dilatación, y en el expulsivo, y que la madre elija la posición que desee, en cuanto a comodidad y bienestar de la misma. (OMS O. &, 2016)

Compromiso vascular.- La posición ginecológica tiene muchas consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto, el compromiso del flujo sanguíneo, en esta posición es la parte más crítica e importante. En cuanto al feto, esta posición hace que se compriman los vasos sanguíneos de la zona abdominal, que están conformados por la arteria aorta y vena cava, por el peso del feto y el útero, provocando deficiencia en el nivel sanguíneo fetal, ya que disminuye el aporte de sangre que llega al útero esto significa insuficiencia útero-placentaria. Teniendo consecuencias graves en el recién nacido. Porque existirán cambios en cuanto a oxigenación, a nivel nutricional y descenderá los niveles del ph de la arteria umbilical. En cuanto a la madre, la compresión de la arteria aorto-ilíaca no presenta complicaciones inmediatas, solo a la perfusión placentaria. Sin embargo, una deficiencia en la vena cava, disminuye el retorno venoso de la sangre que va en dirección al corazón, causando edemas en los miembros inferiores. (Esbrí, 2014)

Pujos.- Las contracciones maternas en esta posición tienen menor intensidad, y son menos efectivas, tampoco se presentaran pujos efectivos. Además de esto, la disminución del aporte sanguíneo también afecta a que las contracciones no sean lo intensas, y todo en conjunto, es perjudicial para el parto. (Esbrí, 2014)

Sangrado.- La pérdida sanguínea, en esta posición resulta beneficiosa en si disminuye la cantidad de sangre que se pierde durante el parto, y en el postparto". (Esbrí, 2014)

Desgarros.- Presenta una taza mayor de daño perineal porque existe un

aumento de laceraciones de segundo grado, sumado al mayor índice de episiotomías. Sin embargo no hay evidencia de que haya más laceraciones de tercer grado. (Esbrí, 2014)

Dolor materno.- Esta posición fue calificada como la que produce más dolor. Se puede deber a varios motivos tales como: el feto no encaja con facilidad, produce una tensión en los ligamentos sacroilíacos tensión, que se percibe como una sensación nociceptiva por parte de la madre. Todas estas circunstancias tienen como consecuencia que se retrase el curso natural del parto, por lo que la madre, estará más cansada y aumentando el dolor, necesitando más analgesia. (Esbrí, 2014)

Psicología de la madre.- La madre presentará mucho dolor y cansancio. Además tendrá falta de movilidad libre, no se puede mover fácilmente en esta posición y no podrá participar activamente en su proceso de concepción, afectando negativamente su estado de ánimo. A pesar de que las posiciones en las que la madre se coloca oh es colocada horizontalmente, es beneficioso ya que la madre puede descansar fue calificada como la más incómoda, e incluso, a madres que habían adoptado esta posición en un primer parto, comunicando la preferencia de adoptar otra posición en su siguiente parto. Por otra parte, son bien aceptadas porque la madre puede ver su periné y a su producto, lo que resulta beneficioso y positivo. (Esbrí, 2014)

Duración del parto: La posición no facilita el encajamiento del feto, se restringe el movimiento, ni el sacro no se puede movilizar y adaptarse, todo ello causa un enlentecimiento del proceso del parto. Como las contracciones tampoco son eficaces ni intensas, se enlentece aún más el proceso. La madre cada vez está más cansada y nota más el dolor, por lo que cada vez, sus contracciones serán, aún menos fuertes, y se va prolongando el final del parto. (Esbrí, 2014)

Instrumentación.- En esta posición, son muchos los motivos que conducen a un parto instrumental. En primer lugar, los compromisos vasculares, influyen en detrimento de la circulación sanguínea, por lo que existe más riesgo de alteraciones en la frecuencia del corazón, que pueden desencadenar en la necesidad de un parto operatorio. En el caso que la madre tenga mucha curva lumbar y sacra, no facilita el expulsivo, y además la posición ginecológica restringe el movimiento, así que, existe la probabilidad de que, se alargue el labor de parto, o bien haya que utilizar instrumental para continuar de manera

adecuada el proceso. Se ha documentado, que en esta posición, se encuentra un aumento de tasa de episiotomías y demás ayudas. También esta postura afecta a la lactancia. (Esbrí, 2014)

Ventajas

- La posición de las piernas en máxima flexión es beneficiosos ya que aumento del diámetro pelviano, facilitando la expulsión del feto.
- Disminuye la cantidad de sangre que se pierde durante el parto, y postparto.
- Es una posición cómoda para los profesionales del área obstétrica, ya que tienen buen acceso al periné de la madre, y monitorizan mejor al feto, de manera que controlan mejor el buen desarrollo del parto.
- Como la madre se coloca de forma horizontal, son beneficiosas para descansar.
- Hasta la actualidad no se han mostrado diferencias significativas en las puntuaciones de Apgar después del parto.
- No hay evidencia de más laceraciones de tercer grado. (Ralph, 2017)

Desventajas

- Aumenta de tasa de episiotomías y demás ayudas a la práctica de partos instrumentales.
- El parto es más lento ya que la posición no facilita el encajamiento del feto, imposibilidad de libertad de movimiento, y la madre se cansa y con mucho dolor
- Afecta negativamente al estado de ánimo de la madre a causa del dolor, el cansancio físico, no se puede mover con facilidad y no puede participar activamente en su parto.

- Las contracciones maternas son de menor intensidad, provocando que sean menos efectivas.
- Produce más dolor, a causa de que el feto no encaja fácilmente, se produce una tensión en los ligamentos sacroilíacos, produciendo más dolor de lo normal, por lo que la madre necesitará más analgesia.
- Afecta a la lactancia.
- La posición hace comprimir la arteria aorta y vena cava por el peso del útero y del feto, provocando en el feto: insuficiencia útero-placentaria, falta de oxigenación fetal, deficiencia nutricional y disminución del ph de la arteria umbilical. En la madre, causa disminución del retorno venoso de la sangre, que lleva dirección hacia el corazón, causando edemas en los miembros inferiores. (Ralph, 2017)

Decúbito Lateral Izquierdo

“En el decúbito lateral izquierdo (DLI), resulta ser una posición fácil de adoptar, la parturienta se colocará apoyándose, de su lado izquierdo, y la pierna que queda superior ósea la pierna derecha reposara, en posición de abducción, sobre una pernera o sobre una superficie u objeto que mantenga la pierna elevada”. (Jiménez, 2017)

Compromiso vascular.- No se produce compresión de la vena cava y aorta, por lo que, la madre tiene menos probabilidad de sufrir hipotensión y el retorno venoso de la circulación que vuelve al corazón no se ve afectado. En cuanto al producto de la gestación, esto supone que no existan insuficiencias sanguíneas y que no tenga una frecuencia cardiaca alterada. (Esbrí, 2014)

Pujos.- La evidencia científica, concluye que las contracciones en esta posición son más intensas, más eficaces, conllevando al feto encaje con más rapidez y por tanto, serán necesarios menos pujos que en posición supina. (Esbrí, 2014)

Sangrado.-“Existen más pérdidas de sangre, cuantifican esta pérdida de sangre como mayor 500 ml, a pesar de que no son pérdidas muy significativo”. (Esbrí, 2014)

Desgarros.- En cuanto a laceraciones y desgarros, en esta posición ocurren menos laceraciones, a causa del mejor control del parto y por la relajación en la que se encuentra la musculatura. También se destaca, que esta diferencia solo se encuentra en mujeres nulíparas, y que en mujeres multíparas no se encuentra esta condición. (Esbrí, 2014)

Dolor materno.- En lo referente a la sensación dolorosa sostienen que el dolor percibido es menos intenso, en el caso de necesitar analgesia, se puede utilizar los masajes y presiones en la zona pélvica para aliviar esa percepción nociceptiva sin recurrir a ninguna medida farmacológica. (Esbrí, 2014)

Situación psicológica de la madre.- “Para la madre, le resulta una posición cómoda y que puede mantener cierto tiempo prolongado, por lo que estará indicada durante todas las fases del parto”. (Esbrí, 2014)

Duración del parto.- “Existe una disminución en cuanto al tiempo de duración del expulsivo, aunque se considera no significativo, ya que es una reducción de un promedio de 4 minutos”. (Esbrí, 2014)

Instrumentación.- Sí existe unanimidad en lo referente a la disminución de instrumentación (que se ha estimado en un 20%.41). Existe una reducción del número de episiotomías. Se estima una disminución del 17%, cercano al 19% que se estima en el artículo de Paternotte .En el caso de necesitar de intervención, por ejemplo, anestesiarse con la epidural, la posición permite dicha intervención y supone sencillo para los profesionales obstétricos. En ocasiones, se pueden dar casos, en las que la madre no pueda adoptar esta posición de forma mantenida (mucho cansancio por parte de la madre, partos muy lentos, etc.) por lo que se puede alternar la posición. (Esbrí, 2014)

Ventajas

- Fácil de adoptar
- A la madre le resulta una posición cómoda
- Muy cómoda para los profesionales obstétricos ya que tienen un bueno y directo acceso al periné materno
- Una posición ideal para realizar otras técnicas como por ejemplo: masajes de psicoprofilaxis obstétrica
- Son más los porcentajes de perinés intactos a diferencia de la posición ginecológica ya que esta presenta mayores números de episiotomías.
- Mejor circulación sanguínea, la compresión de la vena cava y aorta no se produce en esta posición.
- Contracciones son de mayor intensidad, y eficaz por tanto, se necesitaran menos pujos que en posición ginecológica.
- El dolor percibido por la madre es de menor intensidad, existiendo menos necesidad de medicamentos de analgesia.
- El feto encajará con mayor rapidez.
- En cuanto a variables hemodinámicas, según Tacuri C en el 2015. no existen ventajas con respecto a posición supina.
- Disminución en cuanto al tiempo de duración del expulsivo, aunque se considera no significativo, ya que es una reducción de un promedio de 4 minutos.
- Ideal para antecedentes maternos de hipertensión gestacional. (Vives, 2015)

Desventajas

“Disminuye la estimulación o asistencia del parto en esta posición”.
(Vives, 2015)

Decúbito lateral derecho

La postura de decúbito lateral derecho (DLD) en sí, es igual que la postura decúbito lateral izquierda (DLI) la diferencia, es que el apoyo se lo realiza en el lado contrario que en la anterior (DLI). (Jiménez, 2017)

Desventajas

- Problemas en la circulación, la posición hace que se compriman la arteria aorta y vena cava causada por el peso del útero y del feto, de la misma manera que ocurre en la posición ginecológica.
- Falta de oxigenación fetal, insuficiencia útero-placentaria, deficiencia nutricional y disminuye los niveles del ph de la arteria umbilical.
- Disminución del retorno venoso de la sangre materna, que lleva dirección hacia el corazón, provocando edemas en los miembros inferiores.
- Comprime el uréter homolateral. (Esbrí, 2014)

Posición Vertical

Se considera posición vertical, cuando este ángulo es mayor de 45° esta posición se califica como “más confortable, más efectiva y más segura que la posición de horizontal”, sin embargo, a pesar de que se puedan obtener mejores resultados que en la posición supina, no hay diferencias significativas. Uno de los principales aspectos positivos de las posiciones verticales, y que más interesa en esta revisión, es que disminuye el trauma perineal. Incluso se ha recomendado incluir su práctica de esta posición durante el parto para disminuir el daño en el suelo pélvico, y una disminución de las infecciones, mejora la salud fetal, ya que existe menor porcentaje de Apgar inferiores a 7. (Jiménez, 2017)

En esta posición, es necesario que el profesional obstétrico que asista el parto, tenga un buen conocimiento y práctica de la posición, para que el parto suceda de forma natural. Si se realiza una mala puesta en práctica de la posición, no habrá

tantos beneficios sobre la madre y el feto. Y además de la experiencia del profesional es necesaria la ayuda de otra persona, sobretodo en posiciones en cuclillas o de pie. (SN, 2018)

Compromiso vascular.- se comprime la arteria aorta y las venas cavas es menor, por lo que el feto le produce menor alteración de la frecuencia cardíaca, y un mejor resultado ácido-base. Sobre la arteria umbilical, el Grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud, comenta que el pH es superior en esta posición, sin embargo en la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal se expone que no se encuentran diferencias significativas. Existen referencias que sustentan que, debido a que el intercambio gaseoso en los pulmones de la madre es mayor, hay un aumento de la oxigenación fetal. (Esbrí, 2014)

Pujos.- Más sencillos de llevar a cabo las contracciones, los pujos, al realizarse en dirección de la gravedad, resultan más eficaces y por tanto, existe una reducción de la frecuencia de las contracciones en un porcentaje alto de mujeres. (Esbrí, 2014)

Sangrado.- Las posibles hemorragias son una de las desventajas que ofrece la posición. Se ha descrito pérdidas mayores de sangre causado por un aumento de presión en las venas del periné, las pérdidas de sangre son en muchos casos postparto, siendo pérdidas mayores a 500 ml. Sin embargo, en la Guía Práctica Clínica sobre atención al parto normal, hace referencia a que no son pérdidas graves, ya que no necesitaron ninguna transfusión de sangre. (Esbrí, 2014)

Desgarros.- Los desgarros son otro de los aspectos negativos de adoptar esta posición. A pesar de que el Dr. Walker en 2014. Afirma que no hay diferencias en los desgarros. Dentro de las posiciones verticales, se ha encontrado que los desgarros suceden con mayor frecuencia en posiciones verticales sin apoyo, que en las posiciones con apoyo. (Esbrí, 2014)

Dolor materno.- “El dolor percibido por la madre disminuye durante el parto, gracias a que el feto encaja rápido” (Esbrí, 2014)

Situación psicológica de la madre.- “Las que optaron la postura vertical quedan satisfechas con la posición, porque les resulta una muy cómoda y no referían tanto dolor”. (Esbrí, 2014)

Duración del parto.- En esta posición se facilita al feto la acomodación en la pelvis, y que al aumentar las dimensiones pélvicas se facilita el parto y su duración es menor. Y también existen estimaciones en cuanto a esa variación de tiempo, que sustenta una disminución del parto. En concreto, Priddis estima una reducción en la primera etapa del parto de aproximadamente 1 h en comparación con las posiciones horizontales. (Esbrí, 2014)

Instrumentación.- La intervención es más segura, de manera que, existe un menor porcentaje de asistencia al parto, y de la utilización de instrumental, se encuentra una reducción de la episiotomía un menor uso de oxitocina. Las madres por tanto, están más satisfechas por ese aumento de partos espontáneos y naturales, características concretas de algunas posiciones verticales. (Esbrí, 2014)

Ventajas

- Beneficia la relajación, la capacidad respiratoria y la oxigenación de la materno-fetal.
- La fuerza de gravedad favorece el descenso y acomodación del feto.
- Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la de la expulsión.
- La culminación espontánea es más frecuente, reduciendo la necesidad de episiotomías y desgarros. (SN, 2018)
- Reducción en nacimientos instrumentados
- Menor anormalidad en patrones de frecuencia cardiaca fetal
- Proporciona beneficios importantes para la madre, como la disminución del dolor, refiere sensación de libertad, protagonismo, control, participación, satisfacción durante y después del parto.

- Para casos de más gravedad, como de muerte fetal no se han encontrado diferencias entre la posición vertical. (SN, 2018)

En la actualidad se logra encontrar distintas posiciones en las que el cuerpo de la gestante se encuentra beneficiada por la gravedad, o sea, esta puede ser vertical, 45 ° y 90° respecto al plano horizontal, las posiciones más comunes son:

Verticales sin apoyo: De pie, en cuclillas.

Verticales con apoyo: Sentada en banqueta de partos, En cuatro apoyos o cuadrupedia. (Jiménez, 2017)

Posición de pie

En esta posición la gestante esta parada con las piernas separadas flexionando las rodillas. La gestante puede realizar variaciones a la postura las que ella crea necesarias para su comodidad, como rotaciones, inclinación del tronco hacia delante o hacia atrás, entre otras. Pero como no existe ningún apoyo, únicamente los pies, hay completo movimiento y libertad pelviana. Por lo que los iliacos y sacro se pueden mover sin dificultad para que el feto se encaje siendo supone una de las posturas que más facilita la ubicación del feto para su expulsión. (MSP, 2015)

Ventajas

Expulsión.- “Es menos dolorosa, la posición permite que la gravedad haga su trabajo, reduciendo la frecuencia de las contracciones uterinas y resultando de esta manera en menor dolor para la madre”. (Esbrí, 2014)

Duración del parto.- Es más cortó por las mismas razones que los anteriores mencionados. Esto, además, se traduce en una reducción en la necesidad de uso de analgesia y oxitocina. Al resultar en una expulsión más rápida y menos

dolorosa, esta postura aumenta la probabilidad de llevar a cabo un parto natural. (Esbrí, 2014)

Instrumentación.- “Diversos estudios demuestran una relación entre esta postura y una reducción en las episiotomías, además por ser segura disminuye el uso de partos instrumentales”. (Esbrí, 2014)

Respiración.- “Permite una mejor ventilación en los pulmones maternos, lo que conlleva una mejor oxigenación fetal”. (Esbrí, 2014)

Para la madre.- Es una posición más activa de la madre en el parto, que le permita moverse, dando a esta mayor comodidad siendo beneficiosa. Especialmente en la fase inicial del parto. La postura de pie permite un mayor papel protagónico de la madre. (Esbrí, 2014)

Desventajas

- En esta postura existe la posibilidad de un incremento en la pérdida de sangre de la madre, pudiendo superar los 500 ml.
- Hay que renunciar a la anestesia epidural para poder mantener el control de la fuerza y el movimiento corporal.
- Para la madre le resulta una posición difícil sobre todo si no está bien apoyada, y no le resulta cómoda mantenerla durante todo el parto, es preferible que la gestante este apoyada en algo o alguien y que este le brinde seguridad y confianza. (SN, 2018)

Sentada

En esta posición se colocada en la silla para partos, o sentada sobre la superficie de una silla, con las piernas abiertas. Estará apoyada únicamente en los muslos, aunque esta se puede apoyarse sobre alguna superficie colocada detrás de su espalda, a modo de respaldo, o bien, reclinada sobre una persona que ayudara en el parto. (Doris, 2017). Esta posición es destacada para la fase

de dilatación, ya que los ilíacos y el resto de la pelvis está libre, por lo que aumenta la presión uterina para el expulsivo y la pelvis, llega a dilatar su espacio hasta un 28%. Pero, si se coloca en una superficie dura la pelvis no estará con libertad de poderse abrir para albergar al feto en su expulsión. En cuanto a la percepción de la madre mientras se produce el parto. (SN, 2018)

Hay evidencia que defiende que alivia el dolor en la zona baja de la espalda, y otros matizan que está sensación de analgesia solo ocurre en casos de presentación en occipucio posterior. Para el equipo obstétrico, esta posición es muy positiva ya que permite acceso al periné. Se ha descrito la incidencia de más sangrado en esta posición, clasificándola como una de las posiciones en las que más sangre se pierde, aunque solo se produce más sangrado de lo habitual si ha recibido oxitocina. Cabe destacar que se ha encontrado una referencia sobre el uso de las pelotas de parto, en la que la madre se sitúa en sedestación sobre la pelota. (SN, 2018)

Ventajas

- Las dimensiones pélvica, llega a dilatarse hasta un 28% su espacio.
- El uso del balón suizo o pelotas obstétricas para parto, se han demostrado mejoras en la disminución del dolor y las episiotomías.
- El profesional obstétrico tiene buen acceso al periné materno.
- Rápida expulsión del feto gracias a la gravedad. (Esbrí, 2014)

Desventajas

- Si se coloca alguna superficie dura bajo la pelvis de la gestante, esta no tendrá libertad para abrirse libremente y de esta manera no para acoger al feto en su descenso al exterior.
- La posición no resulta cómoda a las gestantes, ya que esta debe mantenerse por mucho tiempo produciendo más cansancio de lo normal,

ocurre con mayor frecuencia cuando esta no consta de una superficie o instrumento de apoyo. (Vera, 2017)

Cuclillas

En esta posición la gestante se agacha hacia el suelo manteniendo la columna vertical con las piernas completamente flexionadas, como si esta estuviera sentada en el suelo con la diferencia de que no es sobre este, sino, sobre sus talones, y solo apoya los pies en el suelo, no tiene ningún apoyo debajo de la pelvis, pueden realizarse a nivel del suelo o sobre la camilla en este último, brinda mayor comodidad y seguridad a la madre al momento de parir. La posición puede ser mantenida por sí misma, pero puede haber una persona que la sujete, o suspendida de algo como cabos, telas, hamacas. Puede resultar una posición difícil de mantener, por el equilibrio o bien por la flexión máxima de rodillas, que interfiere en la circulación sanguínea. Si la madre muestra cansancio, sería mejor, adoptar variaciones como, apoyarse adelante, o atrás, elevar los talones, entre otras, o cambiar de posición. (SN, 2018)

La fuerza que realiza la madre en esta postura, tiene cierto parecido con los pujos al defecar. La abducción de cadera aumenta las dimensiones de la pelvis, ya que el suelo pélvico se encuentra muy estirado separando las paredes de la vagina. Esta situación, junto con el aumento de la intensidad de los pujos más la gravedad, hace más fácil la fase de expulsión, colocándola como una posición muy indicada en los casos de partos prolongados, y distocias de hombros. Para los partos que no presentan complicaciones, trae beneficios como: menos necesidad de administrar oxitocina y menos necesidad de realizar el parto con el uso de instrumentos. (Minsal, 2016)

Ventajas

- La abducción de cadera, aumenta la dimensión pélvica.

- Tiene una estimación del 42% de perinés intactos, un 7% de menos uso de fórceps y reduce el tiempo del parto, alrededor de un promedio de tiempo de 15 minutos.
- La fase del expulsivo resulta más fácil, por lo que estará indicada en partos con complicaciones.
- El expulsivo resulta más fácil, por lo que estará indicada en partos con complicaciones.
- La salida pélvica se abre a su máxima capacidad de entre 1 a 2 centímetros masa de lo normal.
- La postura aprovecha la gravedad para el descenso del feto.
- Se puede requerir menos pujos.
- Puede mejorar la rotación fetal y su descenso en un parto difícil. (Cabacas, 2014)

Desventajas

- El profesional que asiste el trabajo de parto, debe tener buen conocimiento de la técnica que demanda la postura, caso contrario podría resultar peligroso para el parto.
- Si la gestante no tiene apoyo extra a la postura, puede resultar incómoda. (Cabacas, 2014)

Posición de rodillas

La posición de rodillas, postura incluida en el grupo de posiciones verticales, la parturienta se coloca en el suelo o bien sobre una superficie acolchada (cama, colchoneta, camilla, entre otros.) y se coloca sólo con el apoyo de sus rodillas. Existen variables dentro de la misma posición, ya que el tronco o los brazos, pueden colocarse donde la gestante prefiera. Se puede inclinar hacia delante y

apoyarse sobre alguna superficie que le aporte comodidad, o bien, puede tener la asistencia de dos personas, que le confieran seguridad y ayuda en el mantenimiento de la postura en todo el parto. (SN, 2018)

Cuadrupedia

La gestante que adopta esta posición para optarla esta se apoya sobre sus rodillas y manos, las caderas separadas ligeramente. Los codos pueden estar extendidos o se pueden apoyar en el suelo, como superficie se puede utilizarse el suelo, colchón, cama etc. Es una de una de las posiciones menos usuales, por lo que el profesional que asista el parto debe tener experiencia en este tipo de parto, porque es una postura que vuelve difícil escuchar el latido cardiaco fetal. En lo referente al trauma en el suelo pélvico, existe una disminución del traumatismo ya que aleja el peso del feto disminuyendo la presión. (Doris, 2017) Evidencias científicas determinan que en las presentaciones fetales posterior, o sea, el feto mira hacia la parte posterior de la madre (hacia la espalda), pero, adoptando la postura en cuadrupedia mantenida unos 10 minutos, hace que esa posición cambie o desaparezca, lo cual resulta realmente beneficiosa para evitar instrumental para recolocar al feto, o bien, puede hacer que se prolongue en exceso la duración del parto. (SN, 2018)

Pujos.- La gravedad aleja el peso fetal y disminuye la presión al periné, favoreciendo el descenso del feto y puede resultar el parto más sencillo, sin necesidad de tantos pujos. (Doris, 2017)

Dolor materno.- Las mujeres que han adoptado esta posición han presentado menos dolor lumbar durante el parto y también en el postparto en los tres primeros días sugirieron menos dolor. (Esbrí, 2014)

Situación psicológica de la madre.- Las madres que dieron a luz en esta posición, describieron como la posición más cómoda para el parto con un expulsivo más corto. (Esbrí, 2014)

Duración del parto.- La gravedad aleja el peso fetal disminuyendo la presión del periné, favoreciendo el descenso del feto y puede resultar un parto rápido.

Ventajas

- Disminución del traumatismo que sufre el suelo pélvico porque la gravedad en esta postura no es directa evitando el peso fetal disminuyendo la presión sobre este.
- Favorece el descenso fetal.
- disminuye el uso de partos instrumentales.
- Las madres la describieron como una posición cómoda para el parto, expulsivo más corto.
- Se considera que es una posición hace sentir menos dolor en lo que es la zona de las lumbares y también en el postparto en los tres primeros días.
- Contribuye a que se produzca un notable aumento de lo que es la oxigenación fetal.
- Quienes respaldan ese tipo de alumbramiento no dudan en subrayar que contribuye a reducir las posibilidades de que la mujer pueda sufrir una infección.
- Reduce el tiempo de parto. (Merino, 2018)

Desventajas

- El profesional a cargo del parto debe tener experiencia en la asistencia de este tipo de parto, por la dificultad que presenta la posición. (Doris, 2017)

A continuación se van a detallar de manera general, las ventajas de las posiciones.

TABLA N°2. LAS POSTURAS PARA EL PARTO HUMANIZADO

PRINCIPALES VENTAJAS DE LAS DISTINTAS POSTURAS PARA EL PARTO HUMANIZADO	
POSICIÓN	VENTAJAS
Litotomía	Menos riesgo de pérdida sanguínea o hemorragias intra-parto y hemorragias post-parto. Mayor comodidad para el obstetra.
De pie	Disminuye los desgarros del periné porque se puede mejorar el control de la cabeza fetal durante su expulsión y la mayor relajación de la musculatura perineal.
Decúbito lateral	Eficacia para las contracciones uterinas. Mayor oxigenación fetal. Menor necesidad de administración de oxitocina y menos partos instrumentales.
Sentada	Brinda mejor la eficacia y dirección de las contracciones uterinas. Alivia el dolor de la región baja de la espalda materna.
Cuclillas	Aumenta los diámetros pélvicos. Proporcionando menos uso de oxitocina y se producen menos partos instrumentales.

Fuente: Las posiciones maternas durante el parto (Jiménez, 2017)

Plan de parto

Para la satisfacción de la mujer se elaboró el plan de parto a nivel del MSP. Se trata de un documento legal que tiene como propósito actuar como herramienta de comunicación para que las mujeres puedan expresar de forma escrita sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir en su parto. El plan de parto puede elaborarse en cualquier momento durante el embarazo, siendo entre la semana 28-32 lo más adecuado. (Ralph, 2017)

Este documento es completado con la ayuda de un profesional sanitario, especialista en gineco-obstetricia, el cual informa a la paciente de manera objetiva y clara de las opciones disponibles para el parto y potencia la comunicación de los deseos y necesidades de la mujer para facilitarle la toma de decisiones informada y de ese modo elaborar un plan realista de atención durante el parto que consiga lograr una mayor satisfacción de la experiencia en su parto. (Garrido, 2017)

Mediante el plan de parto o nacimiento se procura evitar tener que expresar en el momento del parto, (momentos de vulnerabilidad emocional y física), los deseos de la gestante, puesto que ya han sido escritos con anterioridad. Se debe tomar en cuenta que este documento podrá ser modificado por la embarazada en cualquier momento, incluso el mismo día del parto si así esta lo desea. (al P. e., 2014)

2.1.1 Marco conceptual

Parto.- Proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación con la expulsión de uno (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior, (Valdez, 2015)

Cesárea.- Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto. (Valdez, 2015)

Partera.- La partería abarca la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido.

Parto humanizado.- Modalidad de parto vaginal aprobada por la OMS donde se brinda atención a la mujer en etapa de parto respetando sus derechos cultura tradición y costumbre de la mujer.

Fisiológico.- Está relacionado con el funcionamiento biológico de los seres vivos, que está presente de forma natural.

Embarazo.- También denominado “embarazo, gestación, preñez o gravidez” al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto, que tiene una duración de más o menos unas 37 y 42 semanas dentro de esta fecha es considerado a término.

Vérnix caseosa.- Es una sustancia natural de color blanco o grisáceo que recubre la piel del RN cuando nace.

Psicoprofilaxis.- Es la preparación integral de la gestante para lograr un embarazo, parto y post parto sin temor y en las mejores condiciones.

2.1.2 Antecedentes investigativos

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud en el 2018, el Parto Humanizado para obtener sus mejores resultados, debe implicar el nacimiento de un nuevo ser, debe ser una experiencia segura y positiva para toda la familia. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y sólo se debe intervenir cuando el equipo de salud así lo disponga por situaciones que verdaderamente lo requieren.

En los estudios realizados por el Dr. Hott en 2017 sobre los beneficios del parto normal frente al incremento de cesáreas. Este en su estudio afirma que el parto normal es lo más fisiológico, posee menos complicaciones, y la madre queda más capacitada para atender a su hijo recién nacido y hacer sus cosas”, además reconoce que el apego del recién nacido con la madre es mucho mayor en un parto normal. En definitiva, hay muchos menos riesgos, lo que se explica en las ventajas que este proceso natural conlleva al parir a través del canal de parto normal, con todo lo que su desarrollo significa.

Los riesgos asociados al nacimiento por cesárea son científicamente más evidentes y confirmados en las pacientes de estudio, en las operaciones efectuadas a madres que no tienen una indicación clínica para realizarlas. Además del menor apego precoz que tienen los recién nacido con su madre, la cesárea conlleva a los riesgos de cualquier operación, como la anestesia, desangramiento e infección por incisión además de no tener una recuperación rápida.

Del total de pacientes que tuvieron su parto por cesárea fue por la mala información del parto vaginal, que les lleva a solicitar cesárea. Es básicamente por ignorancia que las madres prefieran realizarse una cesárea sin una indicación clínica. La falta de educación sobre el tema las hace pensar que la cesárea es mejor, sobre todo en embarazos inducidos, donde también se carga con la

preocupación e impaciencia de la familia, además del concepto de planificación del parto.

Este estudio sugiere hacer, es derribar los mitos de que es mejor la cesárea que el parto normal. Esto se puede lograr con mayor educación al respecto. La educación es una forma de fomentar el deseo de las madres y padres de tener un parto normal. Además de planificar un embarazo, prevenir y detectar los riesgos maternos fetales. (Hott, 2017)

Según estudios realizados por Tamara Franco en el (2018) con el tema Nivel de aplicación del parto humanizado en pacientes adolescentes atendidas en el centro de salud materno infantil Francisco Jácome.

Objetivo general: Determinar la frecuencia del Parto Humanizado en gestantes adolescentes de acuerdo a la edad en el Centro De Salud Materno Infantil Francisco Jácome en el periodo agosto 2017 a enero del 2018. De las 100 adolescentes que aplicaron al parto humanizado, se obtuvo el porcentaje de aplicación (50%) en aquellas que están entre los 18 – 19 años. Se determinó que la mayor procedencia de las adolescentes fue para la zona rural en un 65%, que el nivel cultural de estas pacientes fue en mayoría bajo en un 60% y que la actitud de los familiares con respecto al parto humanizado fue positiva en un 63%. En cuanto a la posición en que se realizó el parto fue en un 55% a elección de la paciente y que la posición más utilizada por las adolescentes durante el parto fue la posición de litotomía en un 50%, lo que significa que el otro 50% lo representan diferentes posiciones de parto adoptadas por las adolescentes. Las adolescentes en su mayoría refirieron no tener libertad de movimiento durante el trabajo de parto en un 59 %, un total de 53% de las adolescentes tuvieron una buena estabilidad emocional durante el parto en los que incluye compañía de un familiar durante el parto. Con esto la hipótesis se comprueba en que la aplicación del parto humanizado disminuye la morbimortalidad materno neonatal. (Bermello, 2018)

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

- La aplicación, y satisfacción del parto vaginal humanizado a las gestantes, disminuirá la violencia obstétrica, la morbimortalidad materno-fetal y el incremento de cesáreas innecesaria.

2.2.2 Hipótesis específicas

- Si se aplica el parto vaginal humanizado disminuirá la tasa asociada a cesáreas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.
- Si se determina el porcentaje del nivel de satisfacción del parto vaginal humanizado, tendrá mayor aceptación de parte de las gestantes, en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.
- Las posturas optadas por las gestantes, antes y durante el parto vaginal ayudara a mejorar la atención del parto vaginal en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.
- Si se identifican los factores que intervienen en la aplicación del parto vaginal humanizado, ayudara a mejorar la atención materno-fetal en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes:

Nivel de aplicación y satisfacción

2.3.2 Variables Dependientes:

Parto vaginal humanizado

2.3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLES	CONCEPTOS	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS O INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
Parto vaginal humanizado	Proceso natural de calidad y calidez en el que la madre y el feto experimentan buen trato por parte del personal de salud y se desarrolla en un ambiente propicio donde se respetan los derechos, tradiciones y costumbres.	Valoración de parto vaginal humanizado frente a las cesáreas innecesarias.	% de gestantes atendidas con parto vaginal humanizado	Revisión de base de datos de las elecciones de modalidad parto Revisión de porcentaje de parto, cesárea, y referencias.
Nivel de aplicación Nivel de satisfacción	Es un término que hace referencia a la acción y el efecto de aplicar o ejecutar algo de manera descrita. Este cubre las necesidades, y deseos dejando a la persona a gusto con la experiencia vivida de manera descrita.	Educación a gestantes y sus familiares o acompañantes. Escala de satisfacción	Encuestas Encuestas	Guía de encuesta de 16 preguntas Guía de encuesta de 13 preguntas Nivel de satisfacción sobre el tema (porcentaje)

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Para la realización del trabajo investigativo sobre parto vaginal humanizado, nivel de aplicación y satisfacción en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019. El método de investigación es de tipo inductivo ya que a través de esta se conocerá la realidad mediante la percepción directa de las gestantes. Se realizó una revisión bibliográfica de artículos médicos, guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, Organización Mundial de la Salud, Federación internacional de ginecología y obstetricia, entre otras.

La información se recopiló de acuerdo a las variables de estudio, extrayendo la información de encuestas realizadas a las pacientes tomando como fuente las recomendaciones de la OMS para la atención del parto humanizado y datos estadísticos de atenciones de hospitalización gineco-obstétricas del Hospital de estudio, con su respectiva autorización de parte de las autoridades del Hospital en conjunto con las pacientes quienes accedieron a responder las encuestas voluntariamente, una vez expuesto el perfil de investigación en el que se demostró que la información necesaria para la realización de la misma no atentó contra la seguridad de los usuarios internos ni externos ya que se utilizara una base de datos anonimizada que cuenta con información verídica de las gestantes atendidas en la sala de Gineco-obstetricia del Hospital lo que permitiría en cualquier momento repetir la investigación y obtener resultados similares. Estos datos extraídos fueron sometidos a un proceso de observación en una hoja de cálculo de Excel donde se obtuvo los resultados de acuerdo a los objetivos de investigación.

3.2 Modalidad de investigación

El trabajo investigativo sobre parto vaginal humanizado, nivel de aplicación y satisfacción en gestantes atendidas en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019 es de modalidad descriptiva, retrospectiva, no experimental, observacional, cuantitativa.

3.3 Tipo de Investigación

La investigación sobre parto vaginal humanizado, nivel de aplicación en gestantes atendidas en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018 - abril 2019, fue de tipo básica, descriptiva, retrospectiva, no experimental, observacional, cuantitativa.

- **Cualitativo:**

Este enfoque permitirá el análisis del problema del nivel de aplicación del parto vaginal humanizado definiendo sus valores de manera clara, en base a un análisis de las gestantes del hospital correspondiente, buscando los factores que impiden su aplicación y los benéficos que conlleva su aplicación en relación al incremento de cesáreas.

- **Cuantitativo:**

Este enfoque aporta el análisis estadístico del tema de estudio; mediante técnicas y herramientas de cuantificación, con el propósito de medir el impacto de aplicación en la población, mediante frecuencias que representa el número de casos, los porcentajes que pueden ser representados mediante pasteles para obtener una mejor interpretación de resultados y finalmente la comprobación de la hipótesis.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

La técnica que se utilizó para el presente estudio fue la encuesta, la cual se desarrolló de manera personalizada. Para la recolección de los datos del proyecto de investigación se observó, describió y revisó la información contenida en las encuestas y archivos de las pacientes atendidas para parto en el área de obstetricia, de acuerdo a los objetivos ya planteados, utilizando como fuente de información historias clínicas del repositorio, en el departamento de admisiones y estadísticas e información directa a través de un cuestionario de 34 preguntas aplicadas a las gestantes del Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018 - abril 2019, se obtendrán datos anónimos para garantizar el derecho de confidencialidad de las pacientes.

3.4.2 Instrumento

El instrumento estuvo conformado por: un cuestionario estructurado donde se le ofreció a la paciente alternativas de respuesta, en escala tipo Likert modificada, que permitió evaluar la aplicación, satisfacción y los factores que intervienen en la aplicación del parto humanizado.

Para la recolección de los datos se elaboró en una hoja de cálculo en Excel, una base de datos que se describen las variables de estudio que sirvió para vaciar los datos contenidos en el libro de partos y las respuestas del cuestionario de 34 preguntas, (16 son dirigidas a la aplicación, 13 a la satisfacción y 5 a los factores que intervienen en la aplicación del parto vaginal humanizado), cuestionario aplicado a las pacientes que tuvieron sus partos en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte durante el periodo 2018-2019, de acuerdo a los objetivos de la investigación, lo que permitió observar el comportamiento de las variables de acuerdo a la población y muestra del estudio.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población de estudio comprende las gestantes atendidas en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo- Ricaurte, durante el periodo de estudio siendo un total de 628 pacientes que acuden en fase activa para trabajo de parto vaginal.

3.5.2 Muestra

Para el cálculo de la muestra se realizó el Muestreo Aleatorio simple, con las siguientes restricciones: tamaño de la población: 628 pacientes atendidas en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo, durante el periodo de estudio 2018- 2019, con un nivel de confianza de 95%, un error de estimación máximo aceptado de 5%, con estos parámetros se calcula una muestra de 207 pacientes con trabajo de parto vaginal.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

N= tamaño de la población

Z= factor probabilístico dado por el nivel de confianza que se decide trabajar.

$p \cdot q$ = Varianza de la proporción

e= El error máximo permitido

n=?

N=628

1-X=95%

Z=1.96

e=5%

P=0.5

q=0.5

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2} = \frac{(1.96^2 * 0.5 * 0.5)}{(0.05)} = \frac{096}{0.0025} = 384$$

Ajuste:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{(n-1)}{e^2}} = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{628}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{628}} = \frac{384}{1 + 0.68} = \frac{384}{1.68} = 207$$

3.6 Cronograma del Proyecto

Nº	Meses Sem Actividades	Octubre				Noviembre				Diciembre				enero				Febrero				Marzo				Abril			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		1	Selección de Tema																										
2	Aprobación del tema																												
3	Recopilación de la Información																												
4	Desarrollo del capítulo I																												
5	Desarrollo del capítulo II																												
6	Desarrollo del capítulo III																												
7	Elaboración de las encuestas																												
8	Aplicación de las encuestas																												
9	Tamización de la información																												
10	Desarrollo del capítulo IV																												
11	Elaboración de las conclusiones																												
12	Presentación de la Tesis																												
13	Sustentación de la previa																												
14	Sustentación																												

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

	RECURSOS HUMANOS	N° DE PERSONAL
	Investigadores	1
	Tutor de tesis	1
	Personal del departamento de Admisión y Estadística del Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo.	1
	Pacientes encuestadas	207
	TOTAL	210

3.7.2 Recursos económicos

	MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Alimentación	50	\$2,00	\$100,00
	Anillado	4	\$1,00	\$4,00
	Cuaderno	1	\$3,00	\$6,00
	CD con caratula del perfil	1	\$ 2,50	\$2,50
	CD con caratula II etapa	1	\$ 2,50	\$2,50
	CD con caratula proyecto de investigación	2	\$ 5,00	\$5,00
	Esferos	8	\$0,30	\$2,40
	Fotocopias para encuesta	210	\$0,03	\$6,30
	Impresiones perfil del proyecto	15	\$0,10	\$2,50
	Impresiones II etapa	180	\$0,10	\$18,00
	Impresiones del proyecto de investigación	15	\$0,10	\$2,50
	USB	1	\$8,00	\$8,00
	TOTAL			159,70

3.8 Plan de tabulación y análisis

3.8.1 Bases de datos

Para alcanzar los objetivos de la investigación sobre: Parto vaginal humanizado, nivel de aplicación y satisfacción en gestantes atendidas en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018 abril 2019. Se realizó una base de datos anonimizada, para garantizar la confidencialidad de las pacientes se asignó un código numérico de 3 dígitos, en una hoja de cálculo de Excel que contiene las variables de estudio.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

Para el procesar los datos, fueron buscados según la muestra de estudio y las variables, se identifica la aplicación y satisfacción de parto vaginal humanizado, en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019, lo que permitió obtener los resultados del estudio de acuerdo a los objetivos planteados, se analizaron los resultados obtenidos para plantear la propuesta de la investigación.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el porcentaje de aplicación y satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

Tabla 2. NIVEL DE APLICACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

Parto vaginal humanizado	Encuestadas	Porcentaje
Aplicación	2582	78%
Satisfacción	2698	89%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada e historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte

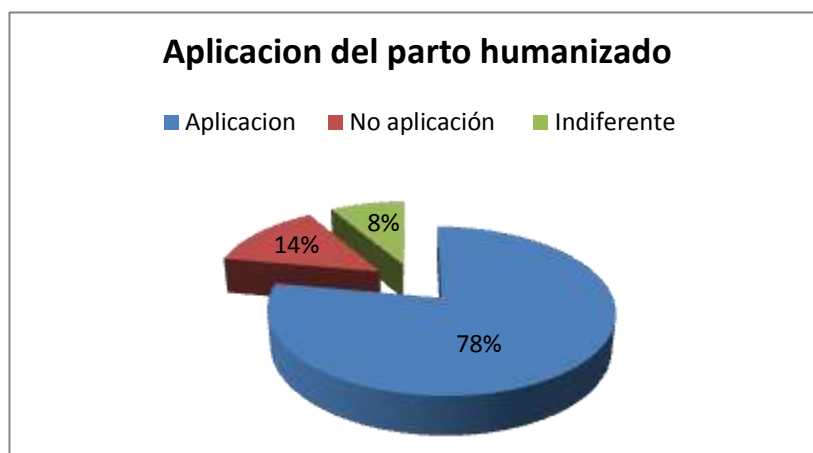


Ilustración 1. Encuesta aplicación del parto humanizado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Durante el periodo 2018 – enero 2019, se generaron 628 registros de historias clínicas de pacientes que realizaron sus partos vaginales, de estas pacientes fueron seleccionados 207 que fueron encuestadas entre las que presentaron aplicación y satisfacción del parto humanizado, entre estos se evidenció una incidencia del 78% de las pacientes atendidas se aplicó el parto humanizado. Y las pacientes que quedaron satisfechas al recibir la aplicación de este, representan una incidencia del 89%. Llegando a la conclusión, se determina que mientras más se humanice el parto mejores resultados obtendrán las pacientes dejándolas satisfechas y deseando que sus futuros partos sigan siendo por vía vaginal.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1:

Determinar el nivel de aplicación del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

Tabla 3. PREGUNTA 1 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
¿Le hicieron ejercicios durante su dilatación?		45	31	35	31	65	207
		22%	15%	17%	15%	31%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 2. Encuesta pregunta 1

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determinó que del 100% de las pacientes encuestadas el 31% definitivamente si (DS) recibieron ejercicios psicoprofilaxis durante el periodo de dilatación. Un 22% dijo que definitivamente no (DN) recibieron ejercicios, un 17% refirió indiferencia (I), el 15% probablemente no (PN), y un 15% probablemente si (SI).

TABLA 4 PREGUNTA 2 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
2.	¿Le realizaron monitoreo fetal muchas veces?	108	59	35	5	0	207
		52%	29%	17%	2%	0%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 3. Encuesta pregunta 2

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determinó que del 100% de las pacientes encuestadas el 52% definitivamente no (DN) recibió monitoreo fetal de manera excesiva, 29% probablemente no (PN), un 17% muestra indiferencia con la pregunta, el 2% probablemente si (PS), y un 0% definitivamente si (SI) recibió monitoreo fetal de manera excesiva.

TABLA 5. PREGUNTA 3 APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
3. ¿Le realizaron enema?		124	68	12	3	0	207
		60%	33%	6%	1%	0%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

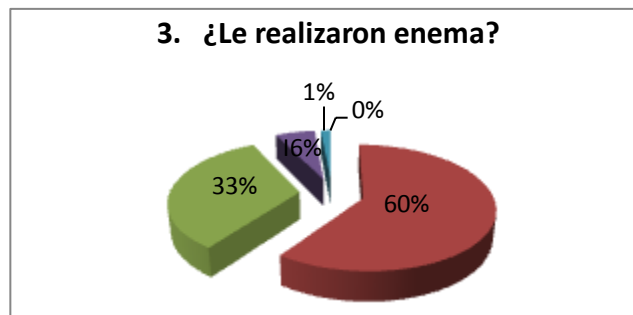


Ilustración 4. Encuesta pregunta 3

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determinó que del 100% de las pacientes encuestadas el 60% definitivamente no (DN) le realizaron enema en el parto, 33% probablemente no (PN), un 6% muestra indiferencia en su respuesta, el 1% probablemente si (PS), y un 0% respondió definitivamente si (SI).

TABLA 6. PREGUNTA 4 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
4. ¿Rasuraron su vello público?		173	23	11	0	0	207
		84%	11%	5%	0%	0%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

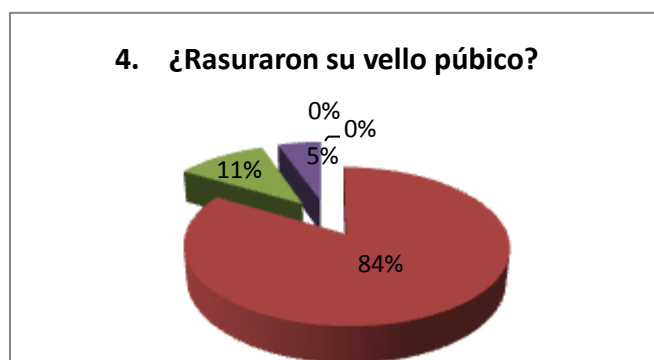


Ilustración 5. Encuesta pregunta 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 84% definitivamente no (DN) rasuraron su vello púbico antes ni durante su trabajo de parto, porcentaje a favor de la aplicación correcta del parto humanizado seguido del 11% probablemente no (PN), un 5% muestra indiferencia en su respuesta, el 0% probablemente si (PS), y un 0% respondió definitivamente si (SI).

TABLA 7. PREGUNTA 4 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
5. ¿Le permitieron optar la posición que usted sentía más cómoda para el parto?		10	7	31	44	115	207
		5%	3%	15%	21%	56%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 6. Encuesta pregunta 5

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 55% definitivamente si (DS) le permitieron optar la posición que le brindaba mayor comodidad durante el parto humanizado, el 21% probablemente si (PS), un 15% muestra indiferencia en su respuesta, el 5% respondió definitivamente no (NO), y un 3% probablemente no (PN).

TABLA 8. PREGUNTA 6 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
6.	¿Fue violento su parto?	142	51	12	1	1	207
		69%	25%	6%	0%	0%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

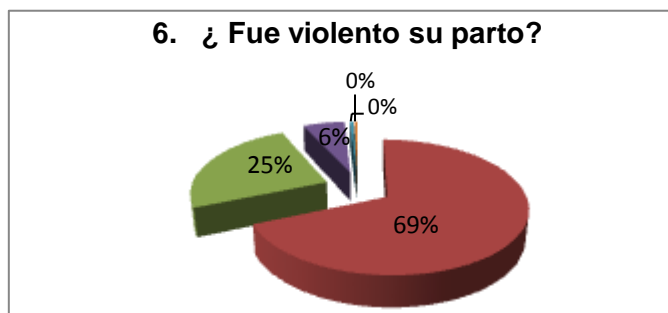


Ilustración 7. Encuesta pregunta 6

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 69% definitivamente no (DN) tuvo un parto violento, porcentaje significativo a favor de la aplicación correcta del parto humanizado seguido del 25% probablemente no (PN), un 6% muestra indiferencia en su respuesta, el 0% probablemente si (PS), y un 0% respondió definitivamente si (SI).

TABLA 9. PREGUNTA 7 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
7.	¿Recibió oxitocina para acelerar su parto?	67	47	47	30	16	207
		32%	23%	23%	14%	8%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

TABLA 10. PREGUNTA 7 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

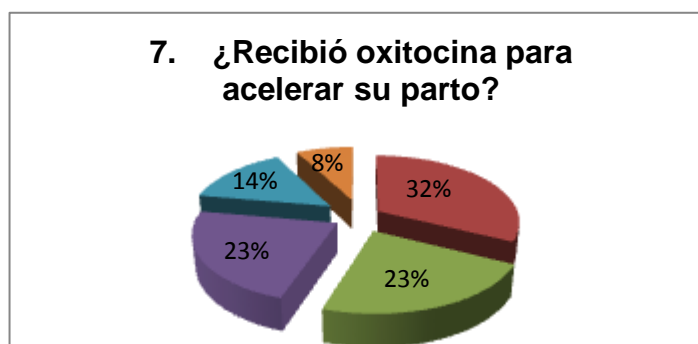


Ilustración 8. Encuesta pregunta 7

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 32% definitivamente no (DN) recibió oxitocina para acelerar el parto, 23% probablemente no (PN), un 23% muestra indiferencia en su respuesta, el 14% probablemente si (PS), y un 8% respondió definitivamente si (SI)

TABLA 11. PREGUNTA 8 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
8.	¿Le realizaron episiotomía?	112	0	10	0	85	207
		54%	0%	5%	0%	41%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encueta realizadas e historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte"



Ilustración 9. Encuesta pregunta 8

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 54% definitivamente no (DN) le realizaron episiotomía en su parto, el 41% definitivamente si (DS), un 5% muestra indiferencia en su respuesta, el 0% probablemente si (PS), y un 0%, probablemente no (PN).

TABLA 12. PREGUNTA 9 DE APLICACIÓN DE PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
9.	¿Le impidieron ingerir líquidos o alimentos ligeros?	147	20	40	0	0	207
		71%	10%	19%	0%	0%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas e historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

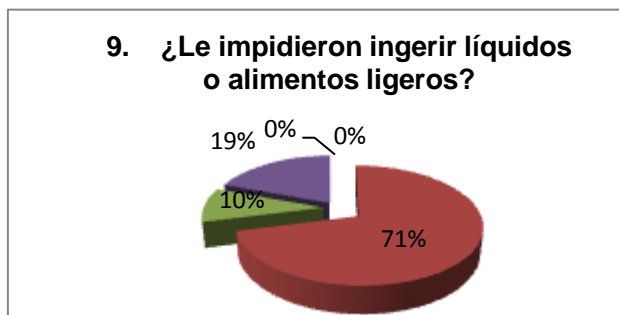


Ilustración 10. Encuesta pregunta 9

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determinó que del 100% de las pacientes encuestadas el 71% definitivamente no (DN) le impidieron ingerir alimentos o líquidos ligeros durante su labor de parto, 23% probablemente no (PN), un 23% muestra indiferencia en su respuesta, el 14% probablemente si (PS), y un 8% respondió definitivamente si (SI).

TABLA 13. PREGUNTA 10 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	Total
10.	¿Cogió a su bebe los primeros minutos de su nacimiento?	0	0	0	10	197	207
		0%	0%	0%	5%	95%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas e historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 11. Encuesta pregunta 10

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 95% definitivamente si (DS) cogió a su bebe los primeros minutos de su nacimiento, 5% probablemente si (PS), un 0% muestra indiferencia en su respuesta, 0% probablemente no (PN), y un 0% respondió definitivamente no (SN).

TABLA 14. PREGUNTA 11 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	Total
11.	¿Le dieron a su bebe para amamantarlo durante la primero hora de nacido?	9	18	0	0	180	207
		4%	9%	0%	0%	87%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encueta realizadas e historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte"



Ilustración 12. Encuesta pregunta 11

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 87% definitivamente si (DS), le dieron a su bebe para amamantarlo durante la primera hora de nacido, 0% probablemente si (PS), un 0% muestra indiferencia en su respuesta, 9% probablemente no (PN), y un 4% definitivamente no (SN).

TABLA 15 . PREGUNTA 12 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	TOTAL
12.	¿Respetaron la elección de su vestimenta cultura y tradición durante todo el proceso de parto?	0	0	8	4	187	207
		0%	0%	4%	2%	94%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

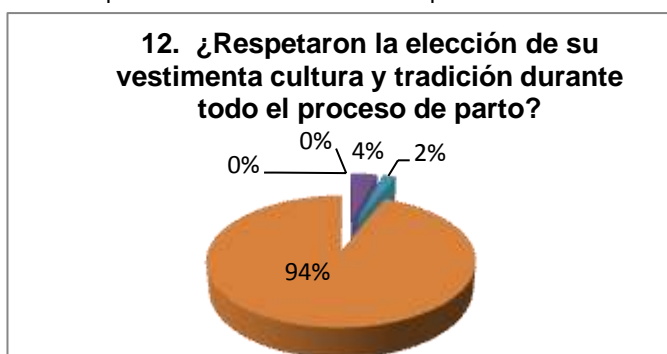


Ilustración 13. Encuesta pregunta 12

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 94% definitivamente si (DS), respetaron la elección de su vestimenta cultura tradición durante todo el proceso de parto, 2% probablemente si (PS), un 4% muestra indiferencia en su respuesta, 0% probablemente no (PN), y un 0% definitivamente no (SN).

TABLA 16. PREGUNTA 13 DE APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	Total
13.	¿Obtuvo información cuando lo requirió?	27	7	15	0	158	207
		13%	4%	7%	0%	76%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo Ricaurte



Ilustración 14. Encuesta pregunta 13

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 76% definitivamente si (DS), obtuvo información cuando lo requirió, 13% definitivamente no (DN). El 7% muestra indiferencia en su respuesta, 4% probablemente no (PN), y un 0% probablemente si (PS).

TABLA 17. PREGUNTA 14 APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	Total
14. ¿Recibió buen trato por parto del obstetrix/obstetra?		0	9	0	62	136	207
		0%	4%	0%	30%	66%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo Ricaurte



Ilustración 15. Encuesta pregunta 14

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 66% definitivamente si (DS), recibió buen trato por parte del obstetrix a cargo de su atención, 30% probablemente si (PS), el 4% probablemente no (PN), 0% definitivamente no (DN). Y un 0% muestra indiferencia (I) en su respuesta

TABLA 18. PREGUNTA 14 APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS	Total
14. ¿Recibió buen trato por parto del obstetrix/obstetra?		0	9	0	62	136	207
		0%	4%	0%	30%	66%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo Ricaurte



Ilustración 16. Encuesta pregunta 14

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 66% definitivamente si (DS), recibió buen trato por parte del obstetriz a cargo de su atención, 30% probablemente si (PS), el 4% probablemente no (PN), 0% definitivamente no (DN). Y un 0% muestra indiferencia (I) en su respuesta

TABLA 19. PREGUNTA 15 ELECCIÓN DE LA POSTURA PARA EL PARTO

POSICIÓN	N° PACIENTES	PORCENTAJE
Elección de la paciente	147	56%
Indiferente	42	13%
Elección del profesional	18	31%
TOTAL	207	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

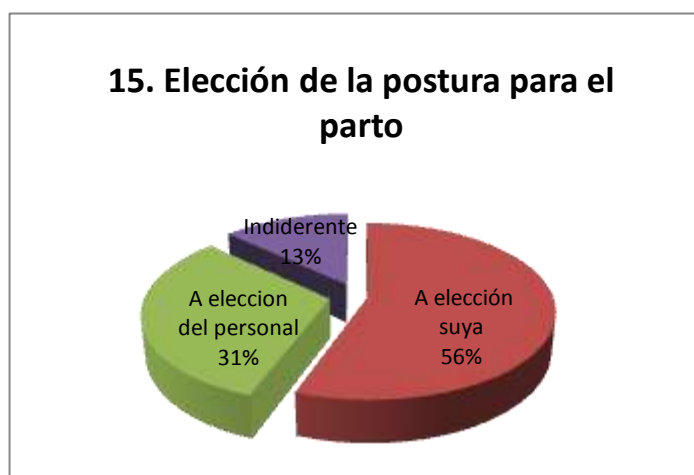


Ilustración 17. Encuesta pregunta 15

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas, determinó que estas refieren que la posición de su parto fue a su elección en un 56% y elegida por el profesional de salud en un 31%, y el 13% de las pacientes refirieron indiferencia respecto al tema.

TABLA 20. PREGUNTA 16 ¿QUE POSICIÓN UTILIZÓ EN SU PARTO?

POSICIÓN	FRECUENCIA	%
LITOTOMÍA	70	39%
SENTADA	130	58%
CUCLILLAS	4	1%
DE PIE	0	0%
DECUBITO LATERAL	1	1%
ARRODILLADA	2	0%
CUADRUPEA	0	0%
TOTAL	207	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas e historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”.

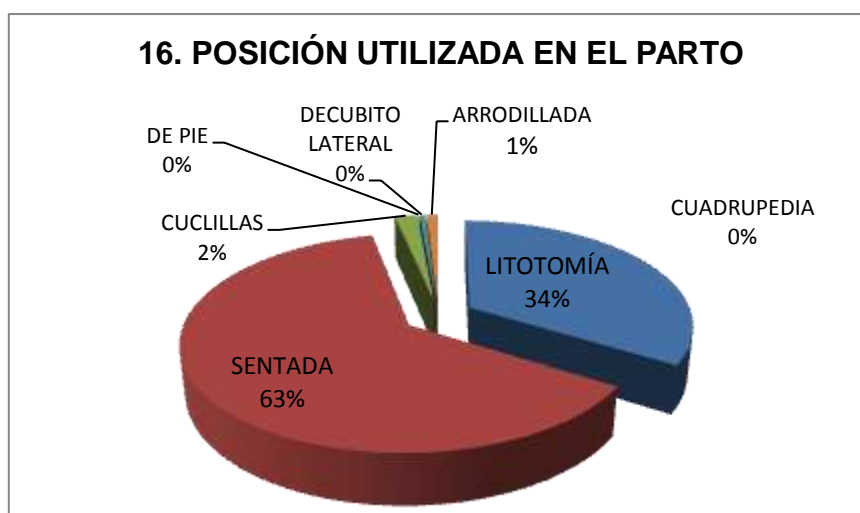


Ilustración 18. Encuesta pregunta 16

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este gráfico se observa que del 100% de las pacientes encuestadas, datos también verificados en historias clínicas, la posición más utilizada durante el parto es sentada con el 58%, seguido de un 39% la posición de litotomía, el 2% tuvo su

parto en cuclillas, el 1% parto de rodilla, el 0% corresponde a la posición de decúbito lateral y el 0% a parto en posición de cuadrupedia. Lo que muestra que la posición de litotomía ya no ocupa el mayor porcentaje de las posturas para el parto, dato que demuestra que las gestantes están teniendo aceptación de optar la postura más cómoda para ellas, sin embargo el porcentaje que se obtuvo de litotomía ocupó el segundo lugar, porcentaje elevado, a pesar de las pacientes se sienten segura en esta postura, pero evidencias de la OMS no la recomienda por no ser beneficiosa para el parto.

TABLA 21. NIVEL DE APLICACIÓN DE PARTO HUMANIZADO

Nivel de aplicación del parto vaginal humanizado		
Aplicación	2582	78%
No aplicación	451	14%
Indiferente	283	8%
TOTAL	3316	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

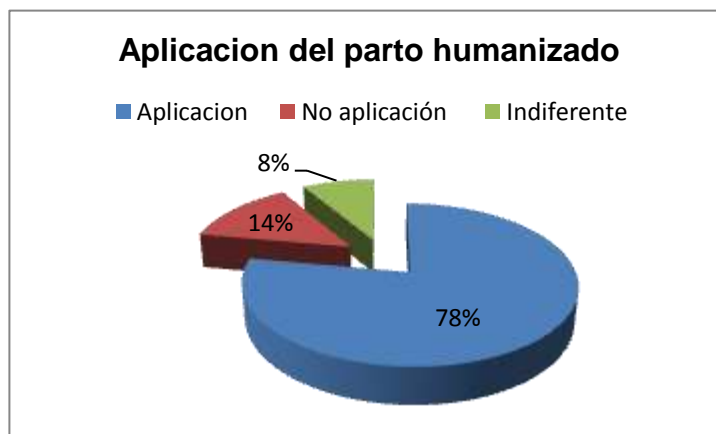


Ilustración 19. Encuesta aplicación parto humanizado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Una vez analizadas las encuestadas dirigidas a las gestantes que corresponden al 100% se puede notar que el 78% de las gestantes si le aplicaron parto humanizado, un 14% no tuvo apelación y en 8% mostro indiferencia en su respuesta.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2:

- Determinar el porcentaje de satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

TABLA 22. PREGUNTA 1 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente Satisfecha	
1) Con la información recibida por el obstetrix/obstetra en la sala de parto		0	22	0	86	109	207
		0%	10%	0%	40%	40%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte"



Ilustración 20. Encuesta pregunta n°1

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 50% le dio el puntaje de 5 puntos quedando (TS) con la información recibida por el obstetrix/obstetra en la sala de parto. El 40 % dio un puntaje de 4 puntos (S), 3% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 10% dio un puntaje de 2 puntos y un 0% el puntaje de 1 (TI).

TABLA 23. PREGUNTA 2 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente Satisfecha	
2) Con el trato que recibió por parte de la obstetrix/obstetra		2	42	0	66	97	207
		1%	20%	0%	32%	47%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 21. Encuesta pregunta n°2

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 47% le dio el puntaje de 5 puntos quedando (TS) con el trato que recibió por parte de la obstetrix/obstetra. El 32 % dio un puntaje de 4 puntos (S), 0% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 20% dio un puntaje de 2 puntos y un 1% el puntaje de 1 (TI).

TABLA 24. PREGUNTA 3 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
3) Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por parte de la obstetrix/obstetra		0	20	0	86	101	207
		0%	10%	0%	41%	59%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

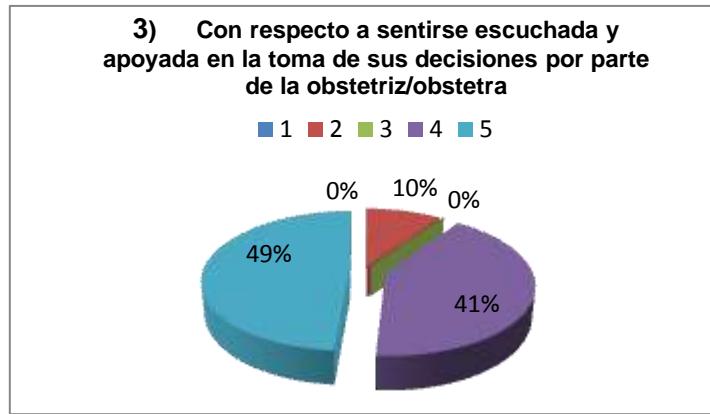


Ilustración 22. Encuesta pregunta n°3

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 49% le dio el puntaje de 5 puntos quedando (TS) al sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por parte de la obstetriz/obstetra. El 41 % dio un puntaje de 4 puntos (S), 0% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 10% dio un puntaje de 2 puntos y un 1% el puntaje de 1 (TI).

TABLA 25. PREGUNTA 4 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
4) Con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo.		0	29	0	88	90	207
		0%	14%	0%	43%	43%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 23. Encuesta pregunta n°4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 43% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo (Romeral, 2019). El 43 % dio un puntaje de 4 puntos (S), 0% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 14% dio un puntaje de 2 puntos y un 0% 1 punto (TI).

TABLA 26. PREGUNTA 5 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
5) Con la cantidad de tactos		0	17	0	101	89	207
		0%	8%	0%	49%	43%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte"

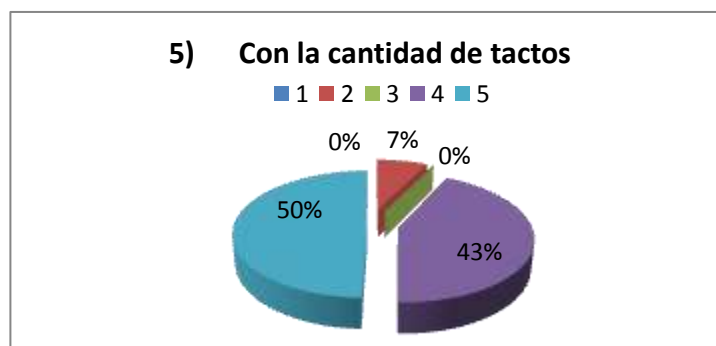


Ilustración 24. Encuesta pregunta n°5

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 43% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS). 49 % dio un puntaje de 4 puntos (S), con la con la cantidad de tactos recibidos en su labor de parto. El 0% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 8% dio un puntaje de 2 puntos y un 0% 1 punto (TI).

TABLA 27. PREGUNTA 6 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente Satisfecha	
6) Con la vivencia del nacimiento		0	0	0	26	181	207
		0%	0%	3%	13%	87%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 25. Encuesta pregunta 6

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 87% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) Con la vivencia del nacimiento. 13 % dio un puntaje de 4 puntos (S). El 0% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 0% dio un puntaje de 2 puntos y un 0% 1 punto (TI).

TABLA 28. PREGUNTA 7 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
7) Con el respeto a su intimidad por parte de los profesionales que la atendieron en el parto		0	15	0	89	102	207
		0%	7%	0%	50%	43%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 26. Encuesta pregunta n°7

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 50% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) con el respeto a su intimidad por parte de los profesionales que le atendieron en el parto. 43 % dio un puntaje de 4 puntos (S). El 0% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 7% dio un puntaje de 2 puntos y un 0% 1 punto (TI).

TABLA 29. PREGUNTA 2 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
8) Con el tiempo que pasó con usted el obstetrix/obstetra para cubrir sus necesidades		5	21	0	80	101	207
		2%	10%	0%	39%	49%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

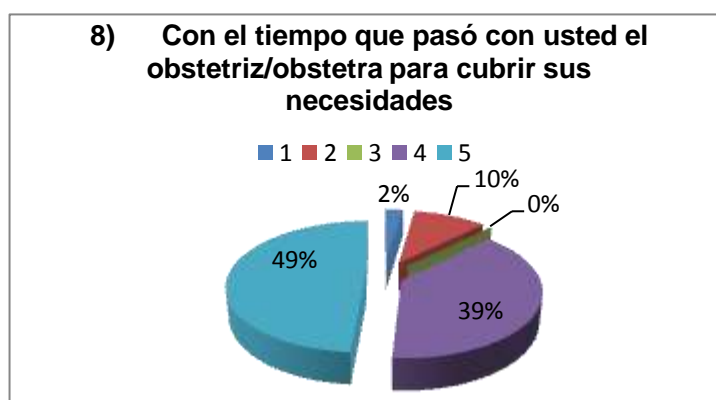


Ilustración 27. Encuesta pregunta n°8

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 49% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) con el tiempo que pasó con usted el obstetriz/obstetra para cubrir sus necesidades. (Romeral, 2019) , 39 % dio un puntaje de 4 puntos (S). El 0% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 10% dio un puntaje de 2 puntos y un 2% 1 punto (TI).

TABLA 30. PREGUNTA 9 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente Satisfecha	
9) Con relación a la respuesta del obstetriz/obstetra a sus necesidades durante el parto		4	23	2	70	108	207
		2%	11%	1%	34%	52%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte"

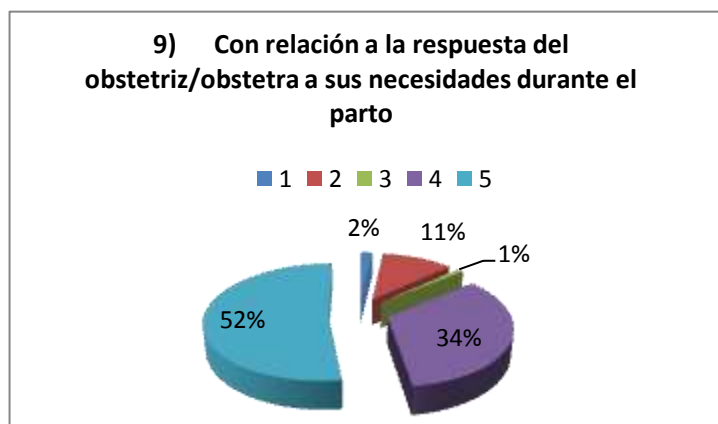


Ilustración 28. Encuesta pregunta n°9

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 52% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) con relación a la respuesta del obstetriz/obstetra a sus necesidades durante el parto, 34 % dio un puntaje de 4 puntos (S). El 1% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 11% dio un puntaje de 2 puntos y un 2% 1 punto (TI).

TABLA 31. PREGUNTA 10 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
10) Con el apego piel a piel de usted y su bebe		0	0	0	81	126	207
		0%	0%	0%	39%	61%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

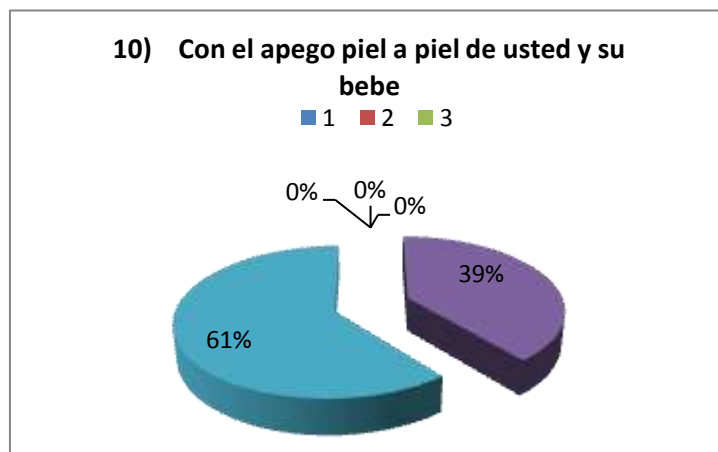


Ilustración 29. Encuesta pregunta n°10

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 61% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) con el apego piel a piel de usted y su bebe. 39 % dio un puntaje de 4 puntos (S). El 0% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 0% dio un puntaje de 2 puntos y un 0% 1 punto (TI).

TABLA 32. PREGUNTA 11 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
11) Con la información dada del estado de salud de su bebe		2	10	17	86	92	207
		1%	5%	8%	42%	44%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

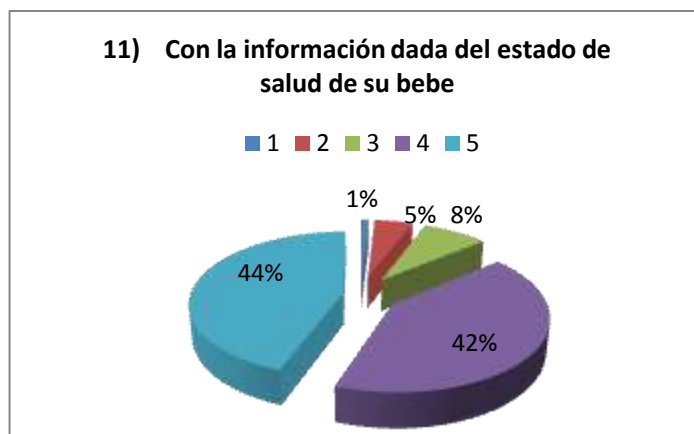


Ilustración 30. Encuesta pregunta n°11

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 44% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) Con la información dada del estado de salud de su bebe. 42 % dio un puntaje de 4 puntos (S). El 8% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 5% dio un puntaje de 2 puntos y un 1% 1 punto (TI).

Tabla 33. PREGUNTA 12 SATISFACCION DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
12) Con la medicación recibida después del parto para su recuperación compresas, pañales, etc.)		1	21	23	71	91	
			1%	10%	11%	34%	44%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

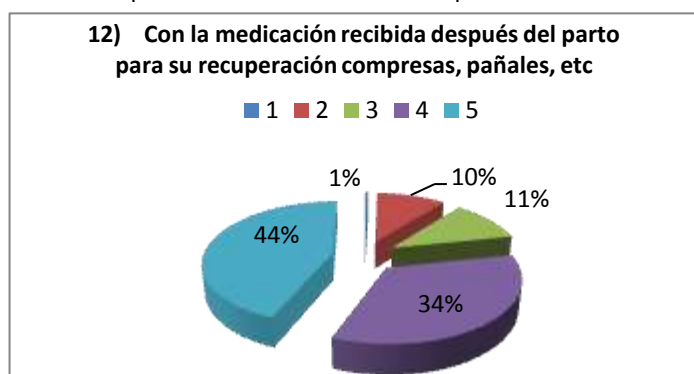


Ilustración 32. Encuesta pregunta n°12

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 44% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) Con la medicación recibida después del parto para su recuperación compresas, pañales, etc... 34 % dio un puntaje de 4 puntos (S). El 11% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 10% dio un puntaje de 2 puntos y un 1% 1 punto (TI).

TABLA 34. PREGUNTA 13 SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5	TOTAL
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha	
13) Con la habitación (o sala de parto) donde la atendieron durante el parto		0	0	17	88	102	207
		0%	0%	0%	43%	49%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

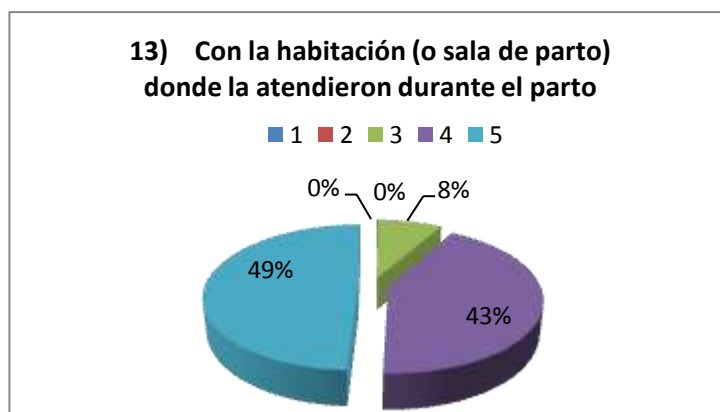


Ilustración 33. Encuesta pregunta 13

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico determino que del 100% de las pacientes encuestadas el 49% le dio el puntaje de 5 puntos, quedando (TS) con la habitación (o sala de parto) donde la atendieron durante el parto 43 % dio un puntaje de 4 puntos (S). El 8% dieron un puntaje de 3 puntos (I), 0% dio un puntaje de 2 puntos y un 0% 1 punto (TI).

TABLA 35. SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

satisfacción del parto vaginal humanizado		
Puntaje 1 y 2	234	9%
Puntaje 3	57	2%
Puntaje 4y5	2407	89%
TOTAL	2698	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”

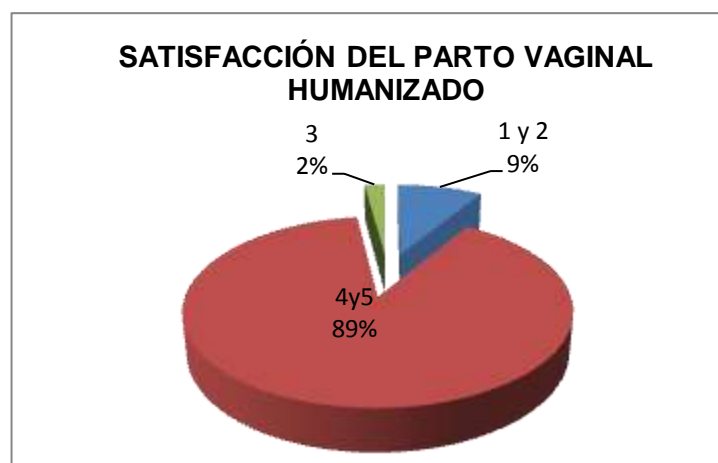


Ilustración 34. Encuesta de satisfacción del parto humanizado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Una de las causas de que las pacientes no eligieran el parto vaginal es su insatisfacción en sus partos anteriores, eligiendo cesárea. Este gráfico muestra el porcentaje total de pacientes satisfechas sometidas a parto vaginal humanizado del hospital del MSP Ricaurte, de las cuales se encuestaron a 207 pacientes, con un total de 13 preguntas que evaluaron el grado de satisfacción al haber recibido en su último parto, la modalidad de humanización en su parto. Del 100% de las pacientes el 89 % quedó satisfecho dándole a su satisfacción un puntaje de 4 y 5, demostrando que el parto humanizado brinda comodidad y seguridad tanto para la madre y su producto. El 9% clasificaron su satisfacción con un puntaje de 1 y 2, y el 2% mostró indiferencia en su respuesta. Como resultado final las pacientes sí estuvieron satisfechas al someterse al parto vaginal humanizado.

OBJETIVO ESPECIFICO 3:

Identificar los principales factores que intervienen en la aplicación y satisfacción, del parto humanizado en las gestantes atendidas en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.

TABLA 36. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	a)	b)	C)	d)	TOTAL
¿Parto humanizado es?		99	29	59	20	207
		48%	14%	28%	10%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte



Ilustración 35. Encuesta de satisfacción del parto humanizado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Este gráfico muestra que del total de 207 pacientes encuestadas a la opción (a) el 48% respondiendo correctamente demostrando que si sabe lo que es el parto humanizado, un 14% a la opción (b), el 28% a la opción (c), y un 10% a la opción (d). La falta de conocimiento sobre parto humanizado es notoria ya que más del 50% no respondió correctamente la pregunta.

TABLA 37. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	a)	b)	C)	d)	TOTAL
¿PLAN PARTO ES?		34	96	66	11	207
		17%	46%	32%	5%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 36. Encuesta de satisfacción del parto humanizado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Este gráfico muestra que del total de 207 pacientes encuestadas a la opción (a) el 17%, un 46% a la opción (b) respondiendo correctamente demostrando que si sabe lo que es el plan de parto, el 32% a la opción (c), y un 17% a la opción (d). La falta de conocimiento sobre parto humanizado es notoria ya que más del 50% no respondió correctamente la pregunta.

TABLA 38. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	SI	NO	N/A	TOTAL
3)	¿Le realizaron plan de parto en sus controles?	121	59	27	207
		58%	29%	13%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 37. Encuesta de satisfacción del parto humanizado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Este gráfico muestra que del total de 207 pacientes encuestadas a la opción (SI) el 58%, este porcentaje indica que las pacientes si tuvieron plan de parto en sus controles, porcentaje beneficiosos para la aplicación del parto humanizado, un 29% a la opción (NO), el 13% a la opción (N/A).

TABLA 39. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	SI	NO	N/A	TOTAL
¿Deseo tener su parto por vía vaginal?		121	59	27	207
		17%	46%	32%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizadas a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 38. Encuesta de satisfacción del parto humanizado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Este gráfico muestra que del total de 207 pacientes encuestadas a la opción (SI) el 49%, este porcentaje indica que las pacientes si desearon tener su parto por vía vaginal, un 48% a la opción (NO), el 3% a la opción (N/A). Estos porcentajes indica que casi la mitad de la pacientes deseo tener su parto vaginal porcentaje a favor que no impide la aplicación del parto humanizado, pero el porcentaje restante que no deseaba tener su parto vaginal a pesar de no ocupar el primer lugar, este representa un porcentaje importante ya que indica un factor que interviene la aplicación del parto humanizado.

TABLA 40. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

ÍTEM	PROPOSICIÓN	SI	NO	N/A	TOTAL
¿A tenido miedo de aplicar las posturas para el parto cultural, como, de pie, cuclilla, en agua etc...?		152	59	7	207
		73%	24%	3%	100%

Elaboración: Evelyn Chonana Salvatierra.

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte”



Ilustración 39. Encuesta de satisfacción del parto humanizado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Este gráfico muestra que del total de 207 pacientes encuestadas a la opción (SI) el 73%, este porcentaje indica que las pacientes tienen miedo a optar una postura no conocida o diferente a las que acostumbra la sociedad a utilizar en sus partos, un 24% no tiene miedo a optar una postura diferente (NO), el 3% no refirió respuesta (N/A). Datos alarmantes, ya que el mayor porcentaje es de la respuesta negativa, colocándolo como el principal factor que impide la aplicación del parto humanizado.

4.2 Conclusiones

- Por todo lo expuesto anteriormente concluimos que de las 207 pacientes que tuvieron su parto vaginal, se obtuvo en un mayor porcentaje de aplicación del parto humanizado (78%). En cuanto a la posición en que se realizó el parto fue en un (71%) a elección de la paciente y la posición más utilizada en el parto es la sentada con un (58%), sin embargo la posición de litotomía ocupa un gran porcentaje obteniendo un (39%) de frecuencia a pesar de que la OMS no la recomienda.
- Las gestantes en su mayoría refirieron satisfacción en ser aplicados en ella la modalidad de parto vaginal humanizado un 89 % quedaron satisfechas, sobre todo con respecto al apego precoz , (61%) totalmente satisfecha y un (39%) satisfecha. Datos que demuestran que el parto humanizado crea un ambiente cómodo, agradable convirtiéndolo en una experiencia satisfactoria para la madre.
- Los factores que intervienen en la aplicación del parto humanizado solo un 48% supo el concepto de parto humanizado, y un 46% supo que era un plan de parto. Así se logró comprobar el estudio de Garrido en el 2017 que en su estudio afirma que el parto humanizado no tiene aceptación de parte de las pacientes y sufren violencia o violación de sus derechos sin saberlo ya que muchas de ellas no tienen conocimiento de sus derechos y de la humanización en la asistencia al parto.
- Un 73% de las pacientes manifestó tener miedo de optar una postura diferente a las más utilizadas o convencionales, como de cuclillas en agua de pie entre otras.

- Con esto la hipótesis se comprueba en que la aplicación, y satisfacción del parto vaginal humanizado a las gestantes, disminuirá la violencia obstétrica, la morbimortalidad materno-fetal y el incremento de cesáreas innecesaria.

4.3 Recomendaciones

Se recomienda:

- Actualizar la información sobre parto humanizado, a través de estudios.
- Brindar atención humanizada, no solo por parte del personal médico sino también por todo el personal que labora en el hospital.
- Capacitar permanentemente a las gestantes sobre el parto humanizado a través del plan de parto, el cual debe ser modificado hasta el último día de gestación (parto), brindando la información más actualizada, para que la paciente al momento de su parto se encuentre segura y confiada.
- Promover la mayor información a las pacientes sobre los beneficios de la psicoprofilaxis en el momento de la dilatación.
- Informar a las pacientes sobre los beneficios y desventajas, materno-fetal de las posturas para el parto, para que así al momento del parto sepan elegir la que ellas creen más conveniente para ella.
- Debe permitirse a la gestante durante el parto la toma de decisiones sobre todo a la hora de elegir libre posición para su parto.
- Identificar de manera oportuna los riesgos maternos que podrían impedir la labor de parto normal, para así disminuir partos complicados y los valores de cesáreas.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

Promoción de parto humanizado, a las gestantes y sus familiares, sobre los beneficios que este brinda antes durante y después del parto.

5.2 Antecedentes

En este estudio sobre parto vaginal humanizado nivel de aplicación y satisfacción en gestantes atendidas en el hospital de Ricaurte, demostró, que si se aplicó el parto vaginal en una incidencia del 78% de las pacientes encuestadas y un 89% quedo satisfecha con su parto. La posición para el parto fue en un (71%) a elección de la paciente y que la posición más utilizada es la sentada con un (58%), sin embargo la posición de litotomía ocupa un gran porcentaje con el (39%) a pesar de no ser recomendada por la OMS. Un 52% de las pacientes encuestadas no sabían que es parto humanizado, un 54% no sabía que era plan de parto. Un 73% refirió tener miedo de optar una postura poco conocida.

Según la OMS, A nivel mundial una de cada cinco embarazadas da a luz por cesárea, siendo estadísticas de gran importancia. La media mundial es de 21%. La

situación sobrepasando la tasa recomendada por la OMS que considera que la práctica de cesáreas solo está justificada entre un 10% y un 15% de los partos para todas las instituciones. (Valencia, 2018)

El parto humanizado aún no tiene un considerable nivel de aceptación de parte de las gestantes, por la falta de conocimiento, miedo, entre otras causas, dado que durante sus partos algunas sin saberlo han sufrido de violencia o violación de sus derechos, conducta, acción u omisión que ejerce el personal de salud de manera directa o indirecta. (Garrido, 2017)

El problema erradica en que las mujeres no están informadas, sobre todo lo involucra una atención de parto humanizado, esto hace que al momento del parto no sepan que postura elegir y que esta brinde los mejores beneficios para ella y su producto, uno de los principales problemas es no acudir a sus controles en la cantidad que la OMS lo recomienda. El no acudir involucra no tener la suficiente información sobre parto vaginal humanizado, la elaboración de un buen plan de parto, además el personal obstétrico no podrá detectar riesgos y complicaciones gestacionales a tiempo, que podrían impedir tener un parto vaginal.

Mediante las capacitaciones tanto para las gestantes como para sus familiares, se logrará reducir el número de cesáreas, las complicaciones maternas y fetales. Y así el parto vaginal humanizado podrá tener mayor aceptación.

5.3 Justificación

Teniendo en cuenta que la cesárea es una de las tasas que el área de salud a nivel mundial desea disminuir a un 10 y 15% del total de nacidos vivos y aumentar los partos vaginales con atención humanizada. Según la base de datos obtenidos del área de estadística del Hospital Juan Montalván Cornejo se comprobó que durante el periodo 2018, se registró un 71% de partos vaginales y el 29% de partos por cesárea, pasando los valores recomendados. Además, según el estudio realizado en dicho hospital, se reportó que un 52% de las pacientes encuestadas no sabían que es parto humanizado, un 54% no sabía que era plan de parto. Se aplicó el parto humanizado solo en un 78% de las pacientes, y un 73% refirió tener miedo de optar una postura poco utilizada, las posturas para el parto las más utilizadas fueron posición sentada con 58% y posición de litotomía con 39%, el resto de las posturas obtuvo un porcentaje muy bajo. A pesar de que la posición de litotomía no ocupa el mayor porcentaje, está del todo no es recomendada por la OMS. Esto nos indica que las pacientes del no están totalmente informadas sobre los beneficios, y desventajas materno-fetal que brinda cada postura al momento del parto y post-parto.

Esta propuesta se justifica en base al resultado obtenido de la investigación, Por lo que es necesario fomentar al personal de salud del área Gineco- Obstetricia del hospital, sobre la importancia de aplicar e informar a las pacientes sobre el parto vaginal humanizado, el conocer no solo las diferentes posturas del parto, sino los beneficios y desventajas que trae consigo cada postura, para así brindar atención de calidad y seguridad a la paciente, para poder disminuir la tasa de partos por cesárea, y la práctica de partos vaginales violentos o poco satisfactorios.

5.4 Objetivo

5.4.1 Objetivos generales

Fomentar la importancia de conocer sobre el parto vaginal humanizado y sus beneficios, para así reducir los partos por cesáreas y partos vaginales insatisfechos.

5.4.2 Objetivos Específicos

- Concientizar a todo el personal que brinda sus servicios en el establecimiento de salud, a brindar atención humanizada a las gestantes, no solo para el equipo médico sino para todo aquel que ofrece sus servicios dentro de un establecimiento de salud.
- Proponer al personal de la salud a buscar técnicas o herramientas de mejora para la atención humanizada del parto.
- Brindar charlas sobre parto humanizado, posturas para el parto y la importancia de la colaboración médica, paciente y familiar, para lograr aplicar correctamente la humanización al parto.
- Verificar que las mujeres embarazadas acudan a sus controles prenatales para así detectar a tiempo algún factor de riesgo obstétrico que pueda impedir el trabajo de parto vaginal satisfactorio.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

5.5.1 Estructura general de la propuesta

- Elaborar charlas de educación obstétrica en los centros de salud al menos una vez al mes, en la que se explique las posturas para el parto y ejercicios de psicoprofilaxis no solo a gestantes sino al público en general.
- Utilizar información de fuentes confiables y actualizadas, más el uso de trípticos, gráficos, diapositivas. son herramientas útiles para realizar las charlas a las pacientes, sus acompañantes, y al público en general.
- Realizar visitas comunitarias de calidad, captando gestantes sin atención, a las que viven en zonas de difícil acceso, y que no acudan a los controles prenatales.
- Actualizar los conocimientos sobre la atención del parto humanizado, buscando nuevas técnicas o herramientas que puedan brindar mejoras al momento de la atención del parto.

5.5.2 Componentes

OBJETIVO	TEMAS	DOCENTES	DIRIGIDO	LUGAR
Fomentar la importancia de conocer el parto vaginal humanizado y sus beneficios, para así reducir los partos por cesáreas y partos vaginales insatisfechos.	Atención humanizada de calidad, antes durante y después del parto.	Médicos Obstetras Enfermeras Internos	Personal en general que laboran en la unidad de salud	Hospital y Centro de Salud
	Factores de riesgo gineco-obstétrico que pueden impedir contraindicar el parto vaginal	Médicos Obstetras Enfermeras laboratorista Internos	Pacientes embarazadas y sus acompañantes	Consulta externa del Hospital, Centro de salud y comunidad
	Ventajas, desventajas de las diferentes posturas para el parto y cómo optar correctamente las posturas.	Médicos Obstetras Enfermería Internos	Paciente embarazadas y sus acompañante	Sala de pre-parto y consulta externa del hospital
Brindar charlas sobre parto humanizado, posturas para el parto y la importancia de la colaboración médica, paciente y familiar, para lograr aplicar correctamente la humanización al parto.	Taller de cómo realizar correctamente los ejercicios de psicopropilaxis durante la dilatación, y los beneficios que brinda para el labor de parto	Médicos Obstetras Enfermeras internos	Paciente embarazadas y sus acompañante	Sala de pre-parto y consulta externa del hospital
	Factores de riesgo gineco-obstétrico que pueden contraindicar el parto vaginal	Médicos Obstetras Enfermeras Internos	Pacientes embarazadas y sus acompañantes	Sala de pre-parto y de consulta externa del hospital
	Plan de parto	Médicos Obstetras	Pacientes embarazadas y sus acompañantes	Consulta externa del hospital y centro de salud

Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

La información que se comparte en este proyecto de investigación, sirva de herramienta para futuros trabajos de investigación. Contribuir con las capacitaciones a las gestantes y a las futuras gestantes para brindar un parto, sin violencia dando el protagonismo a la mujer y esta quede satisfecha con su parto, para así lograr nuevas gestantes dispuestas a elegir parto vaginal y disminuir las cesáreas innecesarias . Por lo que es necesario que los Médicos, Obstetras y personal de Enfermería estén capacitados y capaciten a las gestantes al momento del parto y así brindar un parto seguro, de manera natural, satisfactoria con atención de calidad y calidez. Además que la atención humanizada venga de todas las áreas a las que acuda la gestante.

5.5.3 Alcance de la alternativa

El objetivo de esta propuesta es que el tiempo que dure el cronograma de actividades, se logre capacitar eficazmente sobre los temas planteados no solo a las pacientes en estado de gestación sino también a los acompañantes, mujeres en edad fértil y todo el personal que labore en el centro de salud, para que sepan cómo enfrentarse de manera que conlleve beneficios al momento del parto que actúen de manera responsable con su embarazo, sabiendo tomar buenas decisiones de cómo quieren tener su parto respetando las recomendaciones que brinda el personal obstétrico y así puedan educar a sus familiares y comunidad sobre los beneficios e importancia del parto vaginal humanizado, frente a las cesáreas innecesarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

- al, M. e. (3 de julio de 2018). *Importancia y beneficios del parto humanizado*. Obtenido de file:///C:/Users/Evelyn/Downloads/Dialnet-ImportanciaYBeneficiosDelPartoHumanizado-6560206%20(1).pdf
- al, M. S. (2015). USO E INFLUENCIA DE LOS PALANES DE PARTO Y NACIMIENTOS EN EL PROCESO DE PARTO HUMANIZADO. *REV.LATINO-AM,ENFERMAGEM*, 7.
- al, p. e. (2014). *Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. (L. P. Calderon, Ed.) Obtenido de Guías practica clínica del MSP: <https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guidapartoec.pdf>
- al, P. e. (2014). *Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. (L. P. Calderon, Ed.) Obtenido de Guías practica clínica del MSP: <https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guidapartoec.pdf>
- al., M. T. (2014). *Historia de la profecion de las matronas* . pdf.
- Argentina, M. d. (21 de agosto de 2016). «Parto Respetado.
- BBC. (15 de Octubre de 2018). Por qué preocupa el aumento de cesáreas en todo el mundo (y en América Latina en particular). *BBC*, 3.
- Bermello, T. F. *Nivel de aplicacion del parto humanizado en pacientes adolescentes atendids en el Centro de Salud materno infantil Francisco Jacome*. Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- Bramall, J. T. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Madrid (España): MASSON, S.A.
- Cabacas, T. (11 de agosto de 2014). *blog de Tomas Cabacas*. Obtenido de blog de Tomas cbacas sitio dedicados a la historia de la medicina: TEMA: Silla de parto <http://tomascabacas.com/silla-de-partos-en-la-antigua-roma/>
- Calderón, D. I. (24 de noviembre de 2017). *blog colsanitas*. Obtenido de Maternidad y Pediatría: <https://descubretusalud.com/5-beneficios-parto-humanizado/>
- Comercio, D. e. (3 de julio de 2018). Parto humanizado. *En 236 centros de Ecuador se realiza parto humanizado*, pág. 1.
- Doris, E. &. *Parto humanizado*. UTB.
- Edianez. (2017). Las organizaciones de salud desde la perspectiva de la complejidad de los sistemas de cuidado. *Revista cubana*, 4.
- EFESALUD. (2016). "Historia del parto". Cedida por la Real Academia Nacional de Medicina. 3.
- Esbrí, P. Análisis de las diferentes posturas en el parto. *Las diferentes posturas en el parto*. fisioterapia, Madrid. Obtenido de <https://www.fisioterapia.net/diferentes-posturas-parto>
- FENOE, e. a. (2013). PARTO HUMANIZADO. *OBSTETRICES/TETRAS* , 35.

- FIGO. (2018). *XXII FIGO 2018*. (X. F. Obstetras), Productor) Recuperado el 2018, de <https://figo2018.org/>
- Franas. (11 de diciembre de 2015). El parto es nuestro. España. Obtenido de CC BY-NC-ND 3.0.
- Garrido, A. B. (2017). La humanización de la asistencia al parto. En A. B. Garrido, *La humanización de la asistencia al parto* (pág. 246). Barcelona: Barcelona.
- Gutiérrez, C. C. (junio de 2016). LA VIOLENCIA OBSTETRICA. *tesis*. España, Catambria, España.
- HEREDIA, V. (3 de JULIO de 2018). En 236 centros de Ecuador se realiza parto humanizado . *EL COMERCIO*, pág. 5.
- Hott, H. Parto normal frente a las cesareas. s. Base de Valdivia.
- INEC. (2012). *Total de muertes maternas y cesareas en el Ecuador*. INEC.
- Jardim, B. (junio de 2015). violencia en la atencion de los partos. (S. d. Venezuela, Ed.) *Revista venezolana de Obstetricia y Ginecología, Rev Obstet Ginecol Venez vol.75 no.2, 2*.
- Jiménez, G. &. *Las posiciones maternas durante el parto*. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Lehner, M. (2016). Partos en la primera mitad del siglo XX.
- Lugo. (1 de junio de 2014). *Blog de embarazo y ginecología*. Obtenido de Cuándo comienza el trabajo de parto? Reconoce algunos síntomas y señales: <http://drfelixlugo.com/cuando-comienza-el-trabajo-de-parto-reconoce-algunos-sintomas-y-senales/>
- Malagon, G. (s.f.). Administracion hospitalaria. Panamericana.
- Menendez. (12 de octubre de 2018). Ecuador, el séptimo país con la mayor tasa de cesáreas del mundo, según estudio. *Ecuavisa*.
- Merino, M. (18 de 04 de 2018). ventajas y desventajas de parir en pocision cuadrupeda. *Diario ok*, pág. 5.
- Minsal, U. d. (2016). *parto humanizado violencia obstetrica*. Quito: Estilo de vida.
- Montojo, L. (2017). Historia del parto por cesarea . *GALENUS*, 3.
- Moschión. (siglo XI). *DE MULLIERUM PASSIONABUS ARTE ANTE, IN ET POSTPARTUM*,. Roma, Sorano.
- MSP. (2015). *Boletín nacimientos por cesareas*..
- MSP. (2015). *Guía de Uso de Equipamiento de las Unidades de Trabajo de Parto, y Recuperación*. Quito: Elaboración por SGA - 02 -267 - 3901.
- MSP, C. &. (2014). *Guiía Técnica para la atencion del parto culturalmente adecuado*. (L. P. Calderon, Ed.) Otavalo, imbabura, Ecuador.
- MSP, M. d. (2015). Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato(GPC). En MSP, & D. N. MS (Ed.). Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
- N.U, D. H. (1993). DECLARACION SOBRE LA ELIMINACION DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. 2. NACIONES UNIDAS.

- OMS. (2007). ATENCION DE PARTO HUMANIZADO. OMS, 2.
- OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Obtenido de OMS:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2015). *mas del 10 % de las cesareas no estan asociadas a la disminucion de la taza de mortalidad materno neonatal*. Obtenido de
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=5D9CA06A9EFB7C2A409C9C18F8BC518D?sequence=1
- OMS. (16 de febrero de 2018). Mortalidad materna.
- OMS, O. &. (29 y 30 de noviembre de 2016). Intercambio de experiencias: Parto culturalmente seguro. Honduras, Tegucigalpa.
- ORDÓÑEZ, E. &. (julio de 2016). Obtenido de UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13893/EVALUACION%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20ATENCION%20DEL%20PARTO%20VAGINAL%20HUG%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- PAIS, D. e. (12 de octubre de 2018). Uno de cada cinco partos en el mundo ya es por cesárea. (E. d. Benito, Ed.) Madrid, España.
- Paucar, E. (10 de septiembre de 2016). El parto humanizado es la opción para bajar la incidencia de cesáreas. *diario el comercio* , pág. 1.
- Ralph, C. &. (2017). Manual de obstetricia y ginecología. En F. d. Chile (Ed.). Chile.
- Romeral. *La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario*.
- Santos, K. d. (2016). *VIOLENCIA OBSTÉTRICA*. Montevideo.
- SEAAV. (2 de noviembre de 2015). Obtenido de <https://SEAAV.org/posts/sab%C3%ADas-que-la-primera-ces%C3%A1rea-documentada-de-la-historia-en-la-que-sobrevivieron/889307877811596/>
- SN. (2018). Postura vertical. Mexico.
- SUAREZ, A. (2015). USO E INFLUENCIA DE LOS PALANES DE PARTO Y NACIMIENTOS EN EL PROCESO DE PART HUMANIZADO. *REV.LATINO-AM,ENFERMAGEM*, 7.
- Tostado., f. (s.f.). *Parir en el antiguo Egipto*. Obtenido de
<https://franciscojaviertostado.com/2014/03/05/parir-en-el-antiguo-egipto/>
- Valdez, A. &. TESIS ESTUDIO COMPARATIVO PARTO VAGINAL VS PARTO QUIRURGICO. *TESIS ESTUDIO COMPARATIVO PARTO VAGINAL VS PARTO QUIRURGICO*. Universidad Tecnica de Babahoyo, Babahoyo.
- Valencia, L. (2018). *XXII FIGO 2018*. (X. F. Obstetras), Productor) Recuperado el 2018, de <https://figo2018.org/>
- Vega, A. (3 de julio de 2018). Parto humanizado. *En 236 centros de Ecuador se realiza parto humanizado*, pág. 1.

Vera, M. (2017). *30 posturas para el parto*. Obtenido de <https://blog.elembarazo.net/las-posturas-que-no-se-encuentran-en-el-kamasutra.html>

Vives, B. C. (2015). *Parir en movimiento*.

Yépez, e. a. (2014). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato(GPC)*. (D. N. MS, Ed.) Obtenido del Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica.: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf

ZIMMER, Dr. Sergio. (29 de NOVIEMBRE de 2018). PARTO HUMANIZADO. *PROYECTO SALUD*, pág. 1.

Zuarez, m. (2017). *Tesis Doctoral*. Obtenido de <file:///C:/Users/Evelyn/Downloads/Mar%C3%ADa%20Su%C3%A1rez%20Cort%C3%A9s%20Tesis%20Doctoral.pdf>

ANNEXO

ANEXO

Matriz de consistencia

IDEA O TEMA DE INVESTIGACION	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS
Parto vaginal humanizado, nivel de aplicación y satisfacción en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019.	¿Cuál es el porcentaje de aplicación y satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019?	Determinar el porcentaje de aplicación y satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019	La aplicación, y satisfacción del parto vaginal humanizado a las gestantes, disminuirá la violencia obstétrica, la morbimortalidad materno-fetal y el incremento de cesáreas innecesaria.
	Problemas Derivados <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el porcentaje de aplicación del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019? • ¿Cuál es el porcentaje de satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019? • ¿Cuáles son los factores que impiden a las gestantes se les aplique la modalidad de parto vaginal humanizado en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019? 	Objetivos Especificos <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el porcentaje de aplicación del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019. • Determinar el porcentaje de satisfacción del parto vaginal humanizado en gestantes atendidas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019. • Identificar los principales factores que intervienen en la aplicación y satisfacción, del parto humanizado en las gestantes atendidas en el Hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019. 	Hipótesis específicas <ul style="list-style-type: none"> • Si se aplica el parto vaginal humanizado disminuirá la tasa asociada a cesáreas en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019. • Si se determina el porcentaje del nivel de satisfacción del parto vaginal humanizado, tendrá mayor aceptación de parte de las gestantes, en el hospital Dr. Juan Montalván Cornejo-Ricaurte, octubre 2018-abril 2019. • Las posturas optadas por la gestante antes y durante el parto vaginal ayudaran a mejorar la calidad de atención del parto.

Posturas para parto



FUENTE: (Vera, 2017) <https://blog.elembarazo.net/las-posturas-que-no-se-encuentran-en-el-kamasutra.html>



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



TEMA: PARTO VAGINAL HUMANIZADO, NIVEL DE APLICACION Y SATISFACCION EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DR. JUAN MONTALVÁN CORNEJO-RICAURTE, OCTUBRE 2018-ABRIL 2019”.

Estimada paciente:

El presente cuestionario tiene como propósito recolectar información sobre una serie de preguntas acerca de parto vaginal humanizado. Al leer una de ellas, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea real y confiable. La información que se recolecte tiene por objetivo la realización de un trabajo de investigación relacionado con dichos aspectos.

No hace falta su identificación personal o ajena, solo es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y la presente recolección de información que emprende.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Fecha: _____ Edad: _____ Barrio o sector: _____

TEST DE APLICACIÓN DEL PARTO VAGINAL HUMANIZADO						
Instrucciones:						
En el siguiente cuestionario existen 5 respuesta, responda según su apreciación:						
<ul style="list-style-type: none"> • Señale con una (X) en la casilla correspondiente • Asegúrese de contestar una sola alternativa para cada pregunta • Por favor, no dejar un ítem sin contestar, para que exista una mayor confiabilidad en los datos recabados • En caso de existir duda , usted puede consultar al encuestador 						
Leyenda:	DN: Definitivamente NO		PN: Probablemente NO		I: Indiferente	
	PS: probablemente Definitivamente SI		DS: Definitivamente SI			
ÍTEM	PROPOSICIÓN	DN	PN	I	PS	DS
1.	Le hicieron ejercicios durante su dilatación					
2.	Le realizaron monitoreo fetal muchas veces					
3.	Le realizaron enema					
4.	Rasuraron su vulva					
5.	Le facilitaron optar la posición que usted sentía más cómoda para el parto					
6.	Fue violento su parto					
7.	Recibió oxitocina para acelerar su parto.					
8.	Le realizaron episiotomía					
9.	Le impidieron ingerir líquidos o alimentos ligeros					
10.	Cogió a su bebe los primeros minutos de su nacimiento					
11.	Le dieron a su bebe para amamantarlo durante la primero hora de nacido					
12.	Respetaron la elección de su vestimenta cultura y tradición durante todo el proceso de parto					
13.	Obtuvo información cuando lo requirió					
14.	Recibió buen trato por parto del obstetrix/obstetra					

¿Quién eligió la postura de su parto?

Fue a: A elección suya () A elección del profesional ()

¿Qué postura eligió?

Acostada () sentada () Cuclilla () De pie () De lado derecho () cuadrúpeda () Arrodillada ()

TEST DE SATISFACCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO						
<p>Instrucciones: En el siguiente cuestionario existen 5 respuesta, responda según su apreciación: Señale con una (X) en la casilla correspondiente Asegúrese de contestar una sola alternativa para cada pregunta Por favor, no dejar un ítem sin contestar, para que exista una mayor confiabilidad en los datos recabados En caso de existir duda , usted puede consultar al encuestador</p>						
LEYENDA:		TS: Totalmente satisfecha (5) T I: Totalmente insatisfecho (1)	S: Satisfecha (4)	I: Indiferente (3)	I: Insatisfecho (2)	
¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Puntaje	1	2	3	4	5
	Indicador	Totalmente insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Totalmente satisfecha
1) Con la información recibida por el obstetrix/obstetra en la sala de parto						
2) Con el trato que recibió por parte de la obstetrix/obstetra						
3) Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por parte de la obstetrix/obstetra						
4) Con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo						
5) Con la cantidad de tactos						
6) Con la vivencia del nacimiento						
7) Con el respecto a su intimidad por parte de los profesionales que la atendieron en el parto						
8) Con el tiempo que pasó con usted el obstetrix/obstetra para cubrir sus necesidades						
9) Con relación a la respuesta del obstetrix/obstetra a sus necesidades durante el parto						
10) Con el apego piel a piel de usted y su bebe						
11) Con la información dada del estado de salud de su bebe						
12) Con la medicación recibida después del parto para su recuperación (compresas, pañales, etc.)						
13) Con la habitación (o sala de parto) donde la atendieron durante el parto						

30 posturas

FACTORES QUE INTERVIENEN LA APLICACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

- 1) Parto humanizado es...
 - a. Parto sin violencia donde se respeta cultura tradiciones y costumbre.
 - b. Parto donde el obstetra/obstetrix elije su postura y comodidad al momento del parto.
 - c.
 - d. Ninguna de las anteriores
 - e. Todas las anteriores

- 2) Plan de parto es...
 - a. Documento sin importancia para su parto
 - b. Expresar de manera escrita como le gustaría su parto respondiendo las opciones que el personal de gineco/obstetricia le sugiere
 - c. Ninguna de la anteriores
 - d. Todas las anteriores

- 3) Le realizaron plan de parto en sus controles

SI NO N/A
- 4) Deseo tener su parto por vía vaginal

SI NO N/A

- 5) Tiene miedo de aplicar las posturas para el parto cultural, como, de pie, cuclilla, en agua etc...?

SI NO N/A

FUENTE: (Recomendaciones de la OMS para la atención del parto humanizado, 2018)

ANEXO 4 INDICACIONES DE LA GUIA PARACTICA CLINICA DEL MSP

Indicaciones para el parto eutócico, espontáneo

Se recomienda la resolución del embarazo a término por vía vaginal en embarazadas sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la misma. ¹	R-A
Se recomienda realizar la prueba de trabajo de parto a las embarazadas a término, en trabajo de parto, con patología asociada no complicada, bajo vigilancia estricta del especialista en Ginecología y Obstetricia. ^{9, 15}	R-A
Se recomienda realizar la prueba de trabajo de parto a la embarazada a término en trabajo de parto con cesárea previa, sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la vía vaginal, bajo supervisión de especialista en Ginecología y Obstetricia. ¹⁵	E-1 a
Se recomienda parto vaginal a las embarazadas a término con patología asociada no complicada: preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal; bajo supervisión del especialista en Ginecología y Obstetricia; a menos que exista contraindicación materna y/o fetal para ella. ¹⁵	E-1 a

Valoración de la FCF: monitorización fetal electrónica continua (MFEc) y auscultación fetal intermitente (AFI)

No existe evidencia científica que respalde que realizar la MFEc en la admisión comparada con la AFI sea beneficioso en embarazadas de bajo riesgo. ¹	E-1 a
La MFEc en la admisión no ha mostrado ser beneficiosa en mujeres de bajo riesgo, comparada con la AFI. ^{18, 19}	E-1 a
Tanto la MFEc como la AFI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.	R-B
Se recomienda valorar la frecuencia cardíaca fetal siempre al ingreso de la embarazada al establecimiento de salud.	R-✓
No es obligatoria la realización de MFEc al ingreso de la paciente de bajo riesgo; el método de valoración de la FCF durante el parto será determinado por el profesional de salud en dependencia de las características del trabajo de parto y de los antecedentes de la embarazada, pudiendo realizarse por técnica de AFI (véase anexo 3) o mediante un MFEc (véase anexo 4).	R-✓

Ingesta de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto

Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros (agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas durante el parto. La ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto no influye negativamente sobre la evolución del mismo, el tipo de parto, la duración y el empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del RN. Más bien se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementa las complicaciones maternas. ^{27, 28, 29}	R-A
Se recomienda que las mujeres sean informadas sobre la eficacia de las bebidas isotónicas para combatir la cetosis durante el trabajo de parto, y por ello es preferible a la ingesta de agua. ^{28, 29}	R-A
No se ha encontrado que la ingesta de sólidos durante el parto influya en los resultados obstétricos (tipo de nacimiento y duración del parto) ni en los neonatales. Los estudios no tienen suficiente potencia como para poder evaluar la seguridad materna frente a eventos y complicaciones graves y extremadamente raros como el síndrome de Mendelson, cuya incidencia es de 10% a 0,05%. ^{28, 29, 30, 31}	E-1 a
Se puede ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, sin restricción frente a una posible cesárea, ya que, en la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dejado paso a las técnicas neuroaxiales, que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas.	R-✓

Uso de enema

No se recomienda utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto. ¹	R-A
La utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía y tampoco mejora la satisfacción materna. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales. ³²	E-1 a

Frecuencia e indicación del tacto vaginal

El riesgo de infección se incrementa con el número de tactos vaginales. ^{44, 45, 46, 47}	E-2 a
El número de tactos vaginales en el manejo de la primera etapa del trabajo de parto, tras la rotura prematura de membranas, es el factor independiente más importante para predecir una infección materna y/o neonatal. ^{44, 45, 46, 47}	E-2 a
Se recomienda que las exploraciones vaginales se realicen cada cuatro horas, en condiciones normales.	R-✓

Rasurado perineal

No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto. ³³	R- B
No existen pruebas suficientes sobre la efectividad del rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos en los resultados neonatales, aunque se observó una menor colonización bacteriana Gram negativa en las mujeres en las que no se realizó el rasurado. ³³	E- 2a

Posición de la embarazada durante el trabajo de parto

Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres a la LIBRE POSICIÓN, que es la adopción de cualquier posición cómoda para la embarazada a lo largo de la fase activa y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo; incluso a las que utilizan analgesia epidural. ³⁴	R- B
Con la libre posición no se encuentran diferencias significativas en cuanto al uso de oxitocina y de analgésicos, tipo de parto y resultados maternos o neonatales. ^{35, 36, 37, 38, 39, 40}	E- 1b
La evidencia sobre el efecto de la adopción de diferentes posiciones en la duración de la primera etapa de parto y en el confort materno es inconsistente y no concluyente. ^{35, 37, 39}	E - 1b

Posición de la embarazada durante el período expulsivo

Se recomienda que, durante el trabajo de parto y expulsivo, las embarazadas adopten la posición que les sea más cómoda. ¹	R - A
Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o de litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la FCF. ⁶⁶	E- 1a
Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de la duración). ^{67, 68}	E- 1a
En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada con inclinación a más de 60 grados) frente a la posición supina durante el expulsivo. ⁶⁹	E- 1a
La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento. ⁷⁰	E- 1a

Pujos maternos (espontáneos) y pujos dirigidos

Se recomienda el pujo espontáneo, el instintivo de forma fisiológica.	R- A
No se recomienda el pujo dirigido, el que controla la intensidad y el tiempo del pujo desde la aparición espontánea de la contracción.	R- A
En mujeres con analgesia epidural, se recomienda dirigir los pujos solo de ser necesario cuando la presentación haya sobrepasado las espinas isquiáticas (tercer plano de Hodge). ¹	R- A
No hay diferencias a los tres meses en la incidencia de partos con una duración de la segunda etapa mayor de dos horas, tasa de episiotomías, desgarros del esfínter anal, analgesia epidural, fórceps ni en el uso de oxitocina en la segunda etapa, entre mujeres a las que se les dirigió el pujo y mujeres con pujos espontáneos (aunque en el grupo de mujeres con pujo dirigido se observa una disminución en la capacidad vesical que causa urgencia urinaria). ⁷¹	E- 1b
En mujeres con analgesia epidural, se ha observado que el parto con pujos no dirigidos incrementa los partos vaginales, reduce los partos instrumentales y el tiempo de pujo. ⁷²	E- 1b

FUENTE: (GPC de Atención del trabajo parto y posparto inmediato, 2015)

ANEXO 5 PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE

Para evitar riesgos antes de ir al centro de salud u hospital debes saber

A. ¿Quién te acompañará y cómo vas a ir al centro de salud u hospital para el parto?

B. ¿Quién cuidará de tus hijos y tus cosas cuando estés en el centro de salud u hospital?

C. ¿Tienes identificado el servicio de emergencias más cercano para acudir en caso de identificar riesgos?

D. ¿Tienes preparado un plan para transporte en caso de presentarse signos de peligro y a quién llamar en caso de emergencia?

Decide cómo dar a luz

De cuclillas Sentada Arrodillada

De costado En posición horizontal

Otro:

Debes tener listo para llevar al centro de salud u hospital

- a. Ropa y útiles de aseo para la madre.
- b. Ropa y útiles de aseo para el bebé.
- c. Dinero previsto para gastos de movilización.

ANEXO 6 PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Estándares e Indicadores para el Monitoreo de la Atención de Parto en Libre Posición con Pertinencia Intercultural

ANEXO 1

PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA FAMILIAR

Nombre y apellido de la gestante: _____ Edad: _____

Dirección y teléfono de referencia: _____

Nombre y apellidos del acompañante: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: _____

Nombre del profesional de Salud: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA Y CONSEJERÍA		ENTREVISTA (I TRIMESTRE)	ENTREVISTA (II TRIMESTRE)	ENTREVISTA (III TRIMESTRE)
1	¿Edad gestacional?			
2	Fecha probable del parto			
3	¿Dónde se atenderá su parto?	Hospital		
		CS-C		
		Domicilio		
		Otro		
4	¿Quién atenderá su parto? Anotar nombre y dirección			
5	¿En qué posición le gustaría dar a luz?	Acostada		
		Cuclillas		
		Sentada		
		Arrodillada		
		Otro		
6	¿Sabe cuándo debe ir urgente al hospital?			
7	¿Cómo llegará al establecimiento de salud para su parto o en caso de emergencia?			
	Transporte	¿A quién pertenece?	¿Qué tiempo tardaría en llegar al servicio de salud?	¿Cuál sería el costo?
	Camo			Otra información
	Acémilla			
	Bote/Canoa			
8	¿Quién le acompañará en el parto y en caso de emergencia? Especificar:			
	Nombre completo	Parentesco	Dirección de referencia	Teléfono
9	¿Quién cuidará su casa, a sus hijos y animalitos durante su ausencia? Especificar:			
10	¿Qué necesitará (objetos y enseres) para el momento del parto, la atención del recién nacido o en caso de emergencia? Especificar:			
11	Según su costumbre, ¿qué procedimiento o ritual le gustaría que le permitan durante la atención de su parto? Especificar:			
	FECHA	ENTREVISTA (I TRIMESTRE)	ENTREVISTA (II TRIMESTRE)	ENTREVISTA (III TRIMESTRE)
11	Firma de la gestante			
12	Firma del acompañante			
13	Firma del profesional de salud			

FUENTE: Documento utilizado en la actualidad por el MSP para estándares e indicadores para el monitoreo de la atención de parto en libre posición con pertinencia cultural.

ANEXO 7 SALA DE PARTO CULTURAL



FUENTE: (Pacientes atendidas en labor de parto)



FUENTE: (Parto cultural real , 2019)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DISTRITO DE SALUD # 12002 / PUEBLO Y JEJO - URDANETA
ATENCIÓN GINECO - OBSTÉTRICAS POR TIPO, SEGUN UNIDAD OPERATIVA
ANUAL - 2018

PERTENENCIA ÉTNICA	PARTO INTERCULTURAL - POSICIÓN										PARTOS	ABORTOS	CURETAJES	NACIMIENTOS						TIPO DE PARTOS		TOTAL PARTOS				
	MESTIZA	MONTAÑA	MIXTA	MONTAÑA	MESTIZA	BLANCA	OTRO	MESTIZADO	MONTAÑÉS	MIXTO				MONTAÑÉS	PARTOS			NACIDOS VIVOS			NACIDOS MUERTOS		Cesárea	Óvulo		
															Normal	Complicada	Cesárea	25.588 Gr.	Ignorada	TOTAL	25.588 Gr.				Ignorada	TOTAL
1	0	2	45	1	0	0	10	21	0	0	0	0	0	49	31	0	18	7	7	0	48	0	1	0	0	49
3	0	9	47	0	0	0	8	31	0	1	0	13	25	60	39	0	21	11	11	0	60	0	0	0	0	60
0	1	6	52	0	0	0	13	30	0	0	0	13	20	59	43	0	16	6	6	0	58	0	1	0	0	59
0	1	9	67	1	0	0	33	14	0	0	0	31	16	79	47	0	32	6	6	0	78	0	1	0	0	79
4	2	26	211	2	0	0	64	96	0	1	0	65	94	247	160	0	87	30	30	0	244	0	3	0	0	247
0	0	19	56	1	0	0	26	36	1	0	0	33	28	77	62	0	15	8	8	0	77	0	0	0	0	77
0	0	5	41	1	0	0	27	20	2	0	0	32	13	47	47	0	0	13	13	0	47	0	0	0	0	47
0	2	13	26	0	0	0	20	21	0	0	0	27	14	41	41	0	0	6	6	0	40	1	0	0	0	41
0	1	8	38	2	0	0	34	15	0	0	0	43	6	49	49	0	0	8	8	0	48	0	0	0	0	49
0	3	45	161	4	0	0	107	92	3	0	0	135	61	214	199	0	15	35	35	0	212	0	2	0	0	214
1	0	14	53	0	0	0	34	27	0	0	0	14	47	68	61	0	7	8	8	0	67	0	1	0	0	68
0	0	9	58	2	0	0	32	16	0	0	0	25	23	69	48	0	21	6	6	0	69	0	0	0	0	69
0	0	6	64	0	0	0	40	11	0	0	0	41	10	71	51	0	20	13	13	0	70	0	1	1	0	71
0	0	2	63	0	0	0	18	23	0	0	0	28	13	68	41	0	27	9	9	0	67	0	1	0	0	68
1	0	31	228	2	0	0	124	77	0	0	0	108	93	276	201	0	75	36	36	0	273	0	2	1	0	276
5	5	102	610	8	0	0	295	265	3	1	0	308	248	737	560	0	177	101	101	0	729	0	5	1	0	737

TOTAL DISTRITO DE SALUD # 12002													3	0	2	0	6	50	1	0	0	23	20	3	0	2	20	18	0	0	62	62	43	0	19	14	14	62	0	61	0	61	0	1	0	1	0	0
0	0	1	44	0	0	0	19	6	0	0	0	19	6	0	45	45	25	0	20	10	10	45	1	44	0	45	0	45																				

DIF. PARTOS / NACIMIENTOS



Ministerio de Salud Pública
COORDINACION ZONAL DE SALUD 5
DIRECCION DISTRITAL 12D02-PUEBLOVIEJO-URDANETA-SALUD

Oficio No. 034- DD12D02-2019
Ricaurte 20 de Marzo del 2019


Srta.
Evelyn Chonana Salvatierra.
EGRESADA DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

De mi Consideración:

Por la presente reciba un cordial saludo de parte de la Dirección Distrital 12D02 Puebloviejo-Urdaneta-Salud, a la vez le hago la entrega de la información requerida sobre Atención ginecológica Y PARTOS de las pacientes atendidas en nuestro hospital Dr. Juan Montalván C.

Sin Otro Particular.

Atentamente,


Dr. Carlos Luiz Guanoluiza
DIRECTOR DEL DISTRITO 12D02 PUEBLOVIEJO – URDANETA- SALUD



	NOMBRE	AREA/PROCESO	CARGO	SUMILLA
ELABORADO	Lcda. Marjorie Gamarra Chan	Ventanilla Único Secretaria	Servidor Público de Apoyo 1	
REVISADO	Dr. Carlos Luiz Guanoluiza	Gobernante	Director del Distrito de Salud 12D02	

Dirección: Eduardo Obando Entre Vidal Miranda y Bartolomé Bastida
052-942994 052-942018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



Babahoyo, 08 de abril del 2019

**A. COORDINADORA DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo **CHONANA SALVATIERRA EVELYN YADIRA**, con C.I. **1205275033**, egresadas de la Escuela Salud y Bienestar de la carrera de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida posible para realizar la entrega de los tres anillados requeridos del Informe Final del Proyecto de Investigación (tercera etapa), tema: **"PARTO VAGINAL HUMANIZADO, NIVEL DE APLICACIÓN Y SATISFACCIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DR.JUAN MONTALVAN CORNEJO-RICAURTE, OCTUBRE 2018- ABRIL 2019"**. Para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Saludos cordiales, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

Evelyn Yadira Chonana Salvatierra

CI.1205275033