



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

TEMA O PERFIL DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE OBSTETRA

TEMA

“TRABAJO DE PARTO HUMANIZADO, IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL NICOLÀS COTTO INFANTE DE VINCES, LOS RIOS, ENERO – JUNIO 2019”

AUTOR

ALEXANDRA MICHEL FIGUEROA LEÓN
IRIS GABRIELA LEÓN CHÁVEZ

TUTOR:

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2019 – 2020

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	3
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	8
TEMA	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO I	¡Error! Marcador no definido.
1. PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Marco Contextual	¡Error! Marcador no definido.
1.1.2 Contexto Internacional	¡Error! Marcador no definido.
1.1.3 Contexto nacional	¡Error! Marcador no definido.
1.1.4 Contexto regional	¡Error! Marcador no definido.
1.1.5 Contexto local y/o institucional	20
1.2 Situación Problemática	21
1.3 Planteamiento del problema	22
1.3.1 Problema General.	22
1.4 Delimitación de la Investigación	23
1.5 Justificación	24
1.6 Objetivos	¡Error! Marcador no definido.
1.6.1 Objetivo General.....	¡Error! Marcador no definido.
1.6.2 Objetivos Específicos.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II	¡Error! Marcador no definido.
2. Marco Teórico	¡Error! Marcador no definido.
2.1 Marco Teórico	¡Error! Marcador no definido.
2.1.1 Marco Conceptual	48
2.1.2 Antecedentes Investigativos.....	50
2.2 Hipótesis	52
2.2.1 Hipótesis General.....	52

2.3	Variables	53
2.3.1	Variables independientes	53
2.3.2	Variables dependientes.....	53
2.3.3	Operacionalización de las variables	53
	Trabajo de parto humanizado	54
	Acompañamiento.....	54
	Violencia Obstetrica.....	54
CAPITULO III.....		56
3.	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	56
3.1	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	56
3.2	MODALIDAD DE INVESTIGACION	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	INSTRUMENTOS	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.....	62
CAPITULO IV		63
4.	Resultados de la Investigación	63
4.1	Resultados obtenidos de la Investigación.....	63
4.2	Análisis e interpretación de datos.....	¡Error! Marcador no definido.
4.3	Conclusiones.....	72
4.4	Recomendaciones	73
CAPITULO V		74
5	PROPUESTA TEORICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	74
5.1	Título de la propuesta de Aplicación.....	74
5.2	Antecedentes	74

5.3	Justificación	76
5.4	Objetivos.....	77
5.4.1	Objetivo General	77
5.4.2	Objetivos Específicos	77
5.5	Aspecto básico de la propuesta de aplicación.....	78
5.5.1	estructura general de la propuesta.....	78
5.5.2	componentes.....	79
5.6	Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	80
5.6.1	Alcance de alternativa	80
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	81
	ANEXOS	83
	INDICE DE CUADROS	94
	INDICE DE GRAFICOS	95

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios por haberme dado la vida, salud, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento y por haber permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

A mis padres Alexander Figueroa y María León por su apoyo, por sus consejos, por su comprensión, y su gran amor, por ayudarme en los momentos difíciles. Me han dado todo lo que soy como persona mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi coraje para seguir con mis objetivos.

Por otra parte, a quien veo como mi segunda madre Carmen Araujo por brindarme consejos positivos los cuales me han servido para seguir adelante.

A mi hermano Kevin Figueroa y a mi hermana Angie Pinela el cual los adoro con mi vida.

Dando gracias a Dios por concederme la mejor familia del mundo por esa calidez y cariño de hogar.

ALEXANDRA FIGUEROA L.

DEDICATORIA

A Dios, mis padres, mis hermanas, mi hijo Iván Miranda León, y a las personas que estuvieron al comienzo de este proceso, pero ahora ya no están físicamente.

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios por guiarme en un camino de paz y confianza.

A mis padres por su cariño inmenso y apoyo incondicional en todos estos años de estudio.

Mi agradecimiento a la Universidad Técnica de Babahoyo Facultad Ciencias de la Salud, escuela de Obstetricia por la oportunidad de conseguir los sueños de superación.

A mi tutor Dr. Hugolino Orellana Gaibor por brindarme su apoyo y dedicación en este proyecto.

A las personas que de una u otra manera han estado presente.

ALEXANDRA FIGUEROA L.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la fortaleza que me ha dado a lo largo de este proceso, a mi hijo Iván Miranda León que ha sido pilar fundamental para no rendirme, a mi madre Lic. Iris Chávez Gaitán, mi padre Lic. Florestán León Solórzano, a mis hermanas Andrea, Fernanda y Mishelle por siempre estar junto a de mi hijo, asistir a eventos cuando yo me encontraba lejos y por sobre todo cuidarlo y guiarlo como yo lo haría.

Gracias a la Universidad Técnica de Babahoyo por abrirme las puertas para estudiar una de las carreras más hermosas “OBSTETRICIA”, a mis docentes que han sido parte fundamental en este proceso en especial a la Dra. Ana Pasos Baños quien siempre nos brindó su apoyo siempre más que docente como una amiga, al Dr. Hugolino Orellana Gaibor principal colaborador de este proceso, por la paciencia que ha tenido como tutor de tesis.

Finalmente, a los amigos que me dio la universidad Jefferson Colcha, Arelis Martínez, mi compañera de tesis Alexandra Figueroa, y sobre todo a mi muy querida amiga Carolina Castro con quien compartí duros momentos mientras residí en la ciudad de Babahoyo durante un año. A Sebastián Aguirre compañero de guardia durante el año de internado, cuando uno caía, ahí estaba el otro para levantarlo. Gracias

IRIS LEÓN CHÁVEZ

TEMA

“TRABAJO DE PARTO HUMANIZADO, IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL NICOLÀS COTTO INFANTE DE VINCES, LOS RIOS, ENERO – JUNIO 2019”

RESUMEN

La importancia del acompañamiento durante el trabajo de parto para evitar la violencia obstétrica se basa en el apoyo brindado por la persona de confianza de la gestante, de este modo el acompañante mediante la observación del trabajo del equipo de salud evitará que se dé cualquier tipo de violencia obstétrica.

Cabe recalcar que según estudios realizados previamente el apoyo que brinda el acompañante no solamente es físico, sino también emocional, informativo y representativo; así durante la labor de parto las gestantes experimentarán menos dolor al sentirse seguras en todo momento. De esta manera sabremos cuál es la importancia del acompañamiento en el parto humanizado en el Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces.

Objetivo: determinar la importancia del acompañamiento en el trabajo de parto humanizado como prevención de violencia obstétrica. Bajo la tesis de que las pacientes sufren violencia obstétrica en el Hospital Nicolás Coto Infante se plantean una serie de preguntas que permiten abordar la importancia del acompañamiento durante el trabajo de parto. Se plantean estudios internacionales donde es una obligación estar acompañada en la sala de parto de lo contrario se impondrá denuncias por cuantiosas sumas de dinero. Y dentro del ámbito nacional es un derecho de la gestante de este modo se evitara la violencia obstétrica en sí y se previene que durante cualquier complicación que exista en el trabajo de parto, no sea señalada como “negligencia médica”.

Metodología: estudio de corte aplicado, descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental, se ha seleccionado una totalidad de puérperas que se encuentran hospitalizadas en la sala de maternidad del Hospital Nicolás Coto Infante, incluyéndose en el estudio un total de 73 puérperas.

Resultados: A través de una encuesta realizada a una muestra de 73 mujeres hospitalizadas en el área de maternidad del Hospital Nicolás Cotto Infante, para establecer las causas que influyen en un grupo de mujeres sobre la importancia del acompañamiento en el trabajo de parto humanizado para prevenir la violencia obstétrica, se puede deducir que el factor que tiene más incidencia.

Palabras claves: parto, parto humanizado, trabajo de parto, gestación, acompañamiento, contracciones, puerperio, violencia obstétrica, morbilidad, mortalidad.

ABSTRACT

The importance of accompaniment during labor to avoid obstetric violence is based on the support provided by the person of trust of the pregnant woman, thus the companion by observing the work of the health team will prevent any type of obstetric violence.

It should be emphasized that, according to previous studies, the support provided by the companion is not only physical, but also emotional, informative and representative; Thus, during labor, pregnant women will experience less pain when feeling safe at all times. In this way we will know what is the importance of the accompaniment in humanized childbirth at the Nicolás Cotto Infante de Vines Hospital.

Objective: to determine the importance of accompaniment in humanized labor as prevention of obstetric violence. Under the thesis that patients suffer from obstetric violence at the Nicolás Coto Infante Hospital, a series of questions are raised that allow addressing the importance of accompaniment during labor. International studies are raised where it is an obligation to be accompanied in the delivery room otherwise complaints will be imposed for large sums of money. And within the national scope it is a right of the pregnant woman in this way, obstetric violence itself will be avoided and it is prevented that during any complication that exists in labor, it is not indicated as “medical negligence”.

Methodology: applied, descriptive, cross-sectional, retrospective, non-experimental study, a total of postpartum patients who are hospitalized in the maternity ward of the Nicolás Coto Infante Hospital have been selected, including a total of 73 postpartum women in the study.

Results: Through a survey of a sample of 73 women hospitalized in the maternity area of the Nicolás Cotto Infante Hospital, to establish the causes that influence a group of women on the importance of accompaniment in humanized labor to prevent Obstetric violence, it can be deduced that the factor that has more incidence.

Keywords: childbirth, humanized birth, labor, pregnancy, accompaniment, contractions, puerperium, obstetric violence, morbidity, mortality.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo se intenta determinar si durante el trabajo de parto humanizado es importante el acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica en las pacientes atendidas en el Hospital Nicolás Infante de Vinces durante el periodo Enero

– Junio 2019. Este tema nos llamó la atención debido a las experiencias vividas en el periodo de nuestro internado rotativo septiembre del 2018 – agosto del 2019, ya que en el mencionado hospital observamos que si se cumplen estas normas, el cual nos permitió conocer de forma clara los beneficios de parte del personal de salud hacia las pacientes.

Se ha evidenciado que son pocas las gestantes que conocen sobre el parto humanizado y violencia obstétrica en el Ecuador; pese a ser un parto de mucha importancia y relevancia en la actualidad, por los beneficios y aportes que este comprende.

El Parto Humanizado implica que el nacimiento del bebé 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 lo requieran. (Macias et al, 2018)

Es importante en el proceso de Psicoprofilaxis Obstétrica integrar a la pareja de la gestante, principalmente, también puede integrarse cualquier otro familiar cercano, que brinde la confianza y el apoyo suficiente a la madre durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido, de esta forma se garantiza un mejor desarrollo de la gestación, mejores resultados en los trabajos de parto y mayores probabilidades de una buena salud para la madre y el recién nacido, fomenta los vínculos familiares y todo ello representa mejoras al momento de la atención para el personal de salud, ya que disminuye el número de complicaciones. (Zambrano, Torres, Brito, & Pazmiño, 2018)

Se considera como violencia obstétrica a las acciones que traumatizan a la madre en su labor de parto, como la práctica indiscriminada de cesáreas. (Pàrraga, 2018)

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.2 Contexto Internacional

En 1996, la OMS publicó la Guía de Atención del Parto Normal, en la que establece que durante el trabajo de parto y parto las mujeres tienen derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado, a estar acompañadas, a tener libertad de movimiento y posición, a tomar líquidos y alimentos, a que no se les practique de rutina: episiotomía, rasurado, enema ni monitoreo fetal electrónico; así como a recibir analgesia y a limitar el número de cesáreas. (Càceres & Nieves, 2017)

Según (Càceres & Nieves, 2017) en el 2011, se publicaron los derechos universales de la mujer en edad fértil, donde se sustenta que la inequidad y la violencia de género impactan la maternidad, y se recomienda considerar aspectos biopsicosociales de la materna. A pesar de los anteriores acuerdos, los derechos de las mujeres se ven vulnerados por las conductas de quienes las atienden, tanto por la revisión repetitiva de sus órganos genitales sin su consentimiento, como por la exhibición a la que se ven obligadas en las salas de partos. Es frecuente la falta de sensibilidad ante el dolor, o el hecho de silenciar, insultar o hacer burlas de la materna. Así como la realización de exámenes e intervenciones que tienen efecto limitado o nulo sobre los desenlaces fetales y maternos.

(Johannsen, 2016) dice que el parto humanizado o parto respetado es una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de parto. Este tipo de partos reduce los nacimientos sobremedicados, empoderando a las mujeres y los usos de prácticas de maternidad basados en la evidencia como estrategia para humanizar el parto. Desde el punto de vista de la madre, un parto humanizado, sea por parto natural o incluso por cesárea en caso de una indicación médica justificada significa, sobre todo, una cosa: respeto hacia la mujer, su cuerpo, su intimidad, sus posibles miedos, su voluntad y necesidad de ser informada de los riesgos y beneficios, y sus deseos y expectativas para concluir el embarazo, es decir, hacerla protagonista de las decisiones acerca de su parto.

La OMS, detalla una serie de recomendaciones a fin de evitar que ciertas prácticas, que no están justificadas, sean realizadas de una forma sistemática; entre ellas se indica, que toda mujer como persona tiene derecho a recibir una atención adecuada en el trabajo de parto y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención, así como también solicitar el acompañamiento de su pareja o de un familiar en dichos procesos. (González, 2018)

El término violencia obstétrica se acuñó hace poco tiempo en el ámbito del activismo feminista por los derechos reproductivos. El primer caso de reconocimiento institucional de este concepto se dio en Venezuela, con la aprobación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el año 2006. Este concepto fue acogido más tarde en otros países latinoamericanos, dentro de los marcos legislativos dirigidos a erradicar la violencia de género. En algunos estados de México se introdujo este concepto en 2008 y en Argentina en 2009, al votarse afirmativamente la Ley Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. (Arguedas, La violencia obstétrica, 2014)

1.1.3 Contexto Nacional

El proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Posparto según el artículo 15, se considera violencia obstétrica “a toda acción u omisión que se exprese en maltrato, abuso de medicalización o acciones que consideren a los procesos naturales de embarazo, parto y puerperio como una patología”. Además, inobservar los criterios normativos de atención materna, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y omitir el consentimiento informado, voluntario y expreso de la mujer, son criterios a considerar. (Eluniverso, 2016)

Práctica ancestral

Según cifras del Ministerio de Salud, en el Ecuador, sólo el 30,1% de partos de mujeres indígenas acuden en hospitales o centros de salud. Más del 40% de mujeres de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, alrededor del 30% de las mujeres de toda la región amazónica parieron en su casa. El 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifestaron haber tenido partos domiciliarios, las razones para preferir este tipo de alumbramiento están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo. (Lahora, 2010)

Partos en hospitales

El servicio de parto culturalmente adecuado ya se implementó en los hospitales de Otavalo, Loreto, Nabón, Loja, entre otros. En el caso de Otavalo se ha incrementado la atención en un 9% con relación a 2007, para llevar a cabo este proceso, el Ministerio de Salud ha promovido políticas de salud intercultural y la construcción de modelos de gestión y de atención en salud con enfoque intercultural. (Lahora, 2010)

1.1.4 Contexto Regional

La guía práctica clínica sobre la atención del trabajo de parto, parto y postparto del Ministerio de Salud Pública, recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección; sin embargo, eso tampoco es adoptado por los centros médicos. “Es un derecho que tiene la paciente. Al ser un derecho hay que sensibilizar a las pacientes y que ellas exijan sus derechos”, recalca la obstetra Jacqueline Torres. El acompañamiento tiene muchos beneficios, como que el parto sea más rápido, que la mujer sienta tranquilidad, que tenga confort mientras está en ese proceso. (Extra, 2019)

En la costa Ecuatoriana en la provincia de los Ríos en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo, como parte de la atención integral de salud tanto de la madre como del niño, mediante socializaciones busca incentivar a mujeres embarazadas hacer uso del parto respetuoso-humanizado en libre posición. La obstetra Germanía Montes resalta en la socialización que al momento del parto se apunta hacia una atención humanizada del mismo. El permitirle que tenga acompañamiento, que pueda elegir la posición del parto o usar la vestimenta adecuada a su cultura, son opciones que definitivamente inciden en la seguridad de la madre y la reducción de complicaciones obstétricas. (LaHora, 2019)

Se cuestiona que “El parto es algo normal, algo fisiológico y con los años, se lo ha estado tratando como una enfermedad, pero no es así”.

1.1.5 Contexto local y/o institucional

Hospital Nicolás Cotto Infante de la ciudad de Vinces

El Hospital Nicolás Cotto Infante de la ciudad de Vinces en la provincia de Los Ríos desde el 2014, cuenta con una nueva sala de parto humanizado con varios implementos para que las gestantes se sientan en un ambiente cálido y con el confort necesario para traer una nueva vida al mundo, esta sala de parto alberga aproximadamente de 20 a 30 partos humanizados al mes.

La sala de parto es algo novedoso para muchas gestantes, ya que al pensar en una sala de parto sólo piensan en un cuarto con una camilla.

Esta sala de parto humanizado cuenta con varios insumos como:

- taburetes para atención al parto de cuclillas,
- pelotas de dilatación,
- sillas mecedoras,
- silla para el acompañante,
- colchoneta,
- cojines en forma de cilindro y de rollo,
- barras de madera fijadas en la pared,
- dispensador de agua caliente y fría,
- cobijas,
- un ambiente con colores vivos y música de fondo.

Estos insumos junto a la compañía que la gestante escoja ayudan a superar el momento traumático y doloroso del trabajo de parto, escogiendo la libre posición del parto convirtiéndose en la protagonista de este proceso. Siguiendo de esta manera las normas para un parto respetado y evitar la violencia obstétrica.

1.2 Situación Problemática

Desde 2012, El Parto es Nuestro Ecuador han trabajado incansablemente para que las mujeres que buscan quedarse embarazadas, que ya lo están o que ya son madres, sean conscientes de la existencia de la violencia gineco-obstétrica, pues sólo sabiendo a lo que se enfrentan serán capaces de evitarlo. Buscamos que estén informadas de sus derechos sexuales y de sus derechos reproductivos, de sus derechos como usuarias del Sistema Nacional de Salud, que conozcan las recomendaciones de la OMS y del MSP sobre buenas prácticas. Que sepan lo que es un parto respetado, en el que la mujer es la protagonista de su embarazo y parto, donde se respetan sus tiempos, donde se le

brindan toda la información y las opciones para que tenga libertad de elección. (Barriga, 2016)

1.3 Planteamiento del problema

1.3.1 Problema General.

¿Cuál es la importancia del acompañamiento en el parto humanizado en el hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces?

1.4 Delimitación de la Investigación

Campo: Salud Publica

Área: Gineco-Obstetricia

Aspecto: Acompañamiento durante el trabajo de parto humanizado para prevenir la violencia obstétrica

Delimitación Espacial: Hospital Nicolás Cotto Infante

Delimitación Temporal: Periodo Enero-Junio 2019

1.5 Justificación

Los motivos que nos llevaron a investigar la importancia del acompañamiento durante el trabajo de parto para prevenir la violencia obstétrica, se centran que en el Ecuador el personal de salud no aplica completamente los conocimientos adquiridos, las gestantes

conocen muy poco sobre estos términos, es casi nula la información que poseen, y son blanco fácil para vulnerabilizar sus derechos, tales como: posición de su elección en el parto, el apego precoz, pinzamiento oportuno del cordón umbilical, y sobre todo respetando la decisión de un parto natural en las condiciones adecuadas, ya que el Ecuador cuenta con un alto índice de cesáreas injustificadas.

Esta investigación tendrá como finalidad dar a conocer los beneficios que aportan a la gestante el acompañamiento durante la labor del parto y evitar prácticas no adecuadas por el personal de salud. La presencia de un acompañante en la sala de parto también evitará crear conceptos erróneos sobre la “negligencia médica”, ya que en muchos casos todo está previsto para un parto espontáneo, pero la paciente se niega a colaborar viendo el parto como un momento traumático y muy doloroso.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Determinar la importancia del acompañamiento en el trabajo de parto humanizado como prevención de violencia obstétrica en el hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces

1.6.2 Objetivos Específicos

- Comprobar el nivel de conocimiento sobre la importancia del acompañamiento durante el parto humanizado en el Hospital Nicolás Cotto Infante.
- Establecer la frecuencia de acompañamiento de las gestantes.
- Mencionar a las pacientes en qué casos ocurre la violencia obstétrica.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

En 1996, la OMS publicó la Guía de Atención del Parto Normal, en la que establece que durante el trabajo de parto y parto las mujeres tienen derecho a tomar decisiones acerca

de su cuidado, a estar acompañadas, a tener libertad de movimiento y posición, a tomar líquidos y alimentos, a que no se les practique de rutina: episiotomía, rasurado, enema ni monitoreo fetal electrónico; así como a recibir analgesia y a limitar el número de cesáreas. Aunque existan guías para los partos, estos derechos hacia las mujeres se ven vulnerados, debido que existen ciertos personales de la salud que no lo cumplen y al Humanizar la asistencia en salud durante el parto se entiende cómo aplicar el conocimiento técnico científico y, simultáneamente, propiciar el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia (Càceres & Nieves, 2017).

El parto humanizado o respetado según Johannsen (2016) es un modo en la cual se caracteriza por el respeto de los derechos del parto durante su nacimiento de los padres y niños. En el momento del parto se considera los valores de la mujer, respetando su dignidad y autonomía, sea parto natural o cesárea debe existir respeto hacia la mujer, intimidad, miedos, y además hay que lograr que ella sea la protagonista de las decisiones, y esto se lo puede lograr dando información, así como los riesgos y beneficios, también cumplir con las expectativas para concluir el embarazo. La madre debe ser quien tome las decisiones y el personal de salud solo debe intervenir para situaciones que lo requieran, el parto debe ser tratado como un proceso natural (Macias et al, 2018).

La madre debe optar por una posición cómoda (parada, de rodillas, semisentada o cuclillas) mientras el personal de salud o partera le presta la debida asistencia, esto se denomina un parto culturalmente adecuado. Durante las primeras horas de nacido, existe un vínculo grande entre la madre e hijo, existiendo un ambiente familiar agradable.

El Ministerio de salud pública, piensa que con la educación prenatal se promueve la importancia de los controles prenatales, en estos espacios incentivamos también la estimulación temprana para crear un vínculo de madre e hijo desde el inicio del embarazo (MSP, 2017).

Evolución de la posición del parto

Durante el parto, se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno, en diferentes épocas existen diversas formas las cuales el parto muestra evolución.

El parto se realiza en medio hospitalario y con asistencia personal especializado, además la posición que tienen sus partos la mayoría de las mujeres se encuentran en posición dorsal, esto ayuda al médico para controlar mejor el estado del feto y así poder asegurar el parto. De esta manera, se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad (Lugones & Ramírez, 2012).

Posición del parto

En la siguiente tabla nº 1, según Lugones & Ramírez (2012), hablan cuáles son las diferentes posiciones verticales.

- Sentada (pueden utilizar silla o banqueta obstétrica).
- Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical).
- De rodillas
- En cuclillas (sin ayuda o usando barras de cuclillas).
- Acucullada (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto).
- Parada (sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca, cuerda, etcétera).

Tabla nº 1

Posición	Ventajas
1. Decúbito supino	Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias posparto. Más cómoda para el obstetra.

2. De pie	Mayor eficacia de las contracciones uterinas. Mejor oxigenación fetal. Menor necesidad de analgesia y oxitocina. Menor tasa de episiotomías.
3. Decúbito lateral	Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.
4. Sedestación	Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas. Alivia el dolor de la parte baja de la espalda.
5. Cuadripedia	Menos trauma perineal ya que la gravedad aleja la presión del periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal. La elasticidad perineal es mayor en esta postura.
6. Cuclillas	Diámetros pélvicos aumentados. Necesaria menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales. Disminuyen las laceraciones perineales (si hay un buen apoyo del suelo pélvico).

Fuente: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología

Autores: (Lugones & Ramirez, 2012)

Inicio del Parto

Entre la semana 37ava a 42ava semana de gestión se inicia el parto el cual el tapón mucoso cervical es expulsado, aparecen espasmos ligeros en el útero, la frecuencia pélvica aumenta y se rompen las membranas que envuelven al líquido amniótico. (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007)

Etapas del parto

Se deduce que en el parto se desencadena gran producción de sustancias que pudieran venir del feto, la madre o la placenta. El tamaño del feto tiene incidencia en especial sobre el efecto que el mismo pudiera tener en el músculo uterino. La sinergia de condiciones como las contracciones del útero, el acortamiento del cérvix y la dilatación del cuello uterino, también da lugar al parto (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007).

- **Prodrómico o preparto:**

Puede aparecer progresivamente por medio de una serie de síntomas que son un indicio para la madre que el parto ha llegado, aunque el mismo no se dé inmediatamente. Su duración oscila alrededor de dos semanas hasta que el útero llega a dilatarse. El cual aquí las contracciones se intensifican y se vuelven más frecuentes, es posible que el tapón mucoso sea expulsado y que las molestias a nivel de la pelvis se incrementen (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007).

- **Dilatación:**

El primer periodo de parto busca que el cuello uterino se dilate. Una dilatación propiamente dicha se da con el incremento de las contracciones uterinas en frecuencia e intensidad. El cuello del útero se dilata, de donde bien el nombre de este periodo. Para mujeres primerizas puede durar hasta 18 horas. Las fases de la dilatación consisten en: fase latente, activa y de desaceleración. Una dilatación completa da culminación a esta etapa, pudiendo ser la dilatación de alrededor de 10 cm (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007).

- **Nacimiento o expulsión**

Este periodo es el paso del recién nacido a lo largo del canal de parto hacia el exterior del útero. Una serie de contracciones uterinas de tipo involuntario, así como las contracciones abdominales o pujos permiten este proceso. Se pueden diferenciar dos fases: la fase temprana es de tipo no expulsivo y en el mismo la dilatación ha sido completada, carece de deseo de pujo, y ausencia de descenso del feto; la fase avanzada en cambio, es donde el feto llega al suelo del pelvis, en esta fase se presenta el pujo materno (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007).

- **Alumbramiento**

La placenta junto con el cordón y las membranas son expulsada en un lapso de 5 a 30 minutos. Una vez que desciende el cordón umbilical la placenta finalmente se desprende en un signo conocido como signo de Ahlfeld (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007).

Fisiología de parto

Aun no se han definido los procesos fisiológicos que regulan el parto. El comienzo del trabajo de parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino. Éstos se deben a señales endocrinas y paracrinas que proceden de la madre y el feto. Sus aportaciones relativas varían entre distintas especies y son estas diferencias las que complican la dilucidación de los factores exactos que regulan el parto humano, cuando el parto es anormal, puede haber trabajo de parto prematuro, distocia o embarazo postérmino. De éstos, el trabajo de parto prematuro es aún el principal factor que contribuye a la mortalidad y morbilidad neonatales en países desarrollados (Corton, 2014).

Las contracciones uterinas se dan por un posible incremento de la concentración de cierto tipo de prostaglandinas y debido a un incremento en el número de receptores de la oxitocina. Los eicosanoides prostaglandina I (PGI) y F (PGF), que aumentan durante el parto humano son metabolizados del ácido araquidónico producido a través de fosfolípidos derivados de los amnios y el corion. Los cambios bioquímicos que preceden a la labor de parto tienen la finalidad de liberar al miometrio los elementos que causan inhibición y que están presentes en el embarazo, como son la progesterona, prostaciclina, relaxina, lactógeno placentario humano y el óxido nítrico. Así mismo existe una activación del útero por diversas proteínas que tienen asociación con la contracción muscular (Bonilla-Musoles, 2007).

Control del trabajo de parto

Reece (2007) comenta que son diversos los procedimientos de los centros médicos que brindan asistencia durante el parto. Dentro de los más usuales se tiene:

- **Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF)**

Se utiliza un estetoscopio o ultrasonido. Algunos centros realizan una impresión del control de los latidos del feto, en cambio, otros se anotan en un partograma por personal especializado. Es recomendable la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal durante 60 segundos, 40 como mínimo, en el período de dilatación cada quince minutos y en el periodo expulsivo cada cinco (Reece, 2007).

- **Dinámica uterina**

Se recomienda que este proceso lo ejecute la obstetra, debido que en el proceso del parto valore el número de tactos se limitarán a los necesarios, debido a que pudieran causar ansiedad en la parturienta. La vigilancia clínica puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido (Reece, 2007).

Apoyo y alivio del dolor en el parto

El alivio del dolor tiene una gran importancia durante el parto, esta va a contribuir con el aumento del bienestar físico y emocional, además ocupa un lugar prioritario entre los cuidados que proporciona la obstetra. Para afrontar esto, varios factores van a influir así como la preparación, conocimientos antes brindados sobre el proceso del parto, experiencias anteriores, confianza con el propio cuerpo, y lo más esencial el apoyo que se esté recibiendo (Dominguez & Martinez, 2002).

Técnicas de soporte no farmacológicas:

- **Libertad de movimiento**

Una gran ayuda para afrontar las sensaciones dolores es la movilidad durante el parto. Si la mujer se encuentra en posición vertical el dolor que sentirá será menor, los latidos de alteraciones del feto y el tiempo será menos durante la primera fase. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que la criatura tenga el máximo espacio posible en la pelvis. Durante este proceso, no existe una postura exacta; en cada momento el

cuerpo necesitará unos gestos y posiciones diferentes, puede ir al baño, caminar, apoyarse en la pared, sentarse, ponerse a cuatro patas o en cuclillas, usar las pelotas si disponen de ellas. La utilización de una pelota de tamaño adecuado permite una gran amplitud de movimientos a la pelvis y puede disminuir el dolor lumbar (Dominguez & Martinez, 2002).

- **Apoyo continuo a la gestante**

Es importante elegir un buen acompañante, teniendo en cuenta las necesidades propias y lo posible que esa persona que se elige haya estado acompañándola durante el proceso de su embarazo, puede ser amiga, pareja, hermana, entre otros, además la ayuda que presentará la obstetra en ese momento, este apoyo se ha demostrado que es muy beneficioso y proporciona mayor satisfacción personal. La preocupación por la humanización en la experiencia del parto y por el aumento de la calidad y calidez asistencial, ha hecho que los y las profesionales de la salud se planteen la participación del acompañante en el proceso de parto. Como consecuencia se van modificando las normas existentes en los centros hospitalarios, para potenciar que la mujer esté acompañada por la persona elegida (Dominguez & Martinez, 2002).

- **Uso del agua**

Con el pasar del tiempo, existen un mayor número de hospitales que cuentan con duchas o bañeras para que mujeres en fase de parto puedan hacer el uso de las mismas. La utilización del agua caliente durante la dilatación reduce la ansiedad, ayuda en la relajación, acorta el periodo de dilatación y estimula la producción de endorfinas, entre otras ventajas. Las endorfinas (analgésicos segregados por nuestro propio cuerpo) alivian el dolor de manera natural (Dominguez & Martinez, 2002).

- **Masaje**

Durante el parto facilita la relajación y reduce el dolor debido que es una buena ayuda para reducir la tensión muscular y con esto mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos. Para esto la mujer debe indicar la zona deseada a masajear, por ejemplo, la zona baja de la espalda, los hombros, entre otras zonas elegidas por la paciente, además se debe elegir la intensidad que se requiere para el masaje, se pueden utilizar aceites naturales o cremas (frotándolos entre las manos antes de aplicarlos, para que estén templados). Existen ocasiones que el acompañante no sabe realizar masajes o lo hace de una manera errónea que en vez de relajar, pone a la paciente más tensa, ante estos casos simplemente se puede aplicar calor con bolsas de agua caliente, sacos de lavanda, paños secos que puede contribuir también a la disminución del dolor y a aumentar la sensación de bienestar (Dominguez & Martínez, 2002).

Trabajos publicados por la OMS sobre el Acompañamiento de la gestante durante el Trabajo de Parto Humanizado

La OMS, detalla una serie de recomendaciones a fin de evitar que ciertas prácticas, que no están justificadas, sean realizadas de una forma sistemática; entre ellas se indica, que toda mujer como persona tiene derecho a recibir una atención adecuada en el trabajo de parto y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención, así como también solicitar el acompañamiento de su pareja o de un familiar en dichos procesos (González, 2018).

Según la OMS los efectos del apoyo intraparto continuo y personalizado en las madres y el recién nacido comparándolo con la atención habitual, la institucionalización y medicalización del parto fue el factor determinante para separar a la familia en el momento del nacimiento. La estructura física de las instituciones y las rutinas hospitalarias fueron diseñadas para atender más a las necesidades de los profesionales de la salud que a las parturientas y sus familias (el parto es nuestro , 2014).

Recomendaciones

- Debe ser un proceso interrumpido, se debe facilitar que las etapas inicien más tempranas.
- Promover una política institucional, para que, en momentos del parto, la gestante pueda elegir libremente a la acompañante durante el proceso del parto.

Importancia de la psicoprofilaxis

Según Morales, Guibovich, & Yábar (2014) dicen que la psicoprofilaxis obstétrica es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y feto. Se debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética, además disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal.

Según Zambrano, Torres, Brito, & Pazmiño (2018) dicen que es importante en el proceso de Psicoprofilaxis Obstétrica es importante integrar a la pareja de la gestante, o cualquier otro familiar cercano, la cual brinde confianza y el apoyo suficiente a la madre durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido, de esta forma se garantiza un mejor desarrollo de la gestación, mejores resultados en los trabajos de parto y mayores probabilidades de una buena salud para la madre y el recién nacido.

Morales, Guibovich, & Yábar (2014) **detallan cual es el VÍNCULO AFECTIVO Y ESTIMULACION PRENATAL**

- **Estimulación intrauterina (EIU):**

Es el uso de procesos, métodos, instrumentos y/o técnicas diversas con la finalidad de lograr una respuesta real y objetiva en el embrión/feto. Clínicamente la EIU es empleada con fines diagnósticos. Ejemplo: estimulación vibro acústica para facilitar pruebas de bienestar fetal.

- **Patrones de reactividad fetal:**

Es la observación de la respuesta objetiva de las reacciones del feto intraútero mediante el uso de la tecnología como equipos ecográficos, para apreciar su respuesta frente a algún estímulo intrauterino.

- **Vínculo prenatal (VPN):**

Lazo afectivo que se propicia en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para que su llegada sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto.

- **Apego:**

Es la relación y vínculo afectivo estrecho que desarrolla el niño o niña con sus padres, lo cual influirá en su seguridad emocional, necesarios para un buen desarrollo de su personalidad.

Según (Morales, Guibovich, & Yábar, 2014) **las técnicas y métodos son las siguientes:**

Técnicas de relajación (TRj):

Son técnicas que logran un estado de reposo en la madre, así puede ahorrar energía, aliviar molestias, mejorar la capacidad de concentración y molestias. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda o progresiva (técnica de Jacobson y Shultz), utilizadas como técnicas básicas en sofrología, para un mejor autocontrol de las molestias.

Técnicas de respiración (TRs):

Es otro tipo de técnica para mejorar la oxigenación pulmonar, esto ayuda a mejorar la oxigenación celular en la madre y feto con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto.

Técnicas de vinculación prenatal (TVpn):

En esta técnica se buscan lazos efectivos en la gestante/pareja respecto de la llegada de su hijo o hija, para ésta sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto.

Calistenia (Clt):

Se utilizan al inicio de una preparación física con unos movimientos suaves, rítmicos y progresivos con el fin que la madre logre un estiramiento natural mayor, sea as flexible y mayor elasticidad.

Visualización:

Se crean visualizaciones (imágenes) para la motivación durante la relajación, así logrando un mayor estado emocional y placentero.

MÉTODOS ALTERNATIVOS

Aromaterapia:

En este método se usan aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. Esto puede brindar la armonía a la gestante.

Esferodinamia:

Se usa una esfera o pelota de plástico de aire, con esta modalidad facilita algunos movimientos y posturas prenatal y postnatal en la madre.

Masoterapia:

Este método sirve para aliviar molestias, mejorar la circulación, oxigenación, relajación. Esto consiste en manipular los tejidos blandos del cuerpo especialmente con las manos, además puede favorecer un descanso adecuado, el estado emocional y la disminución de la fatiga tanto física como emocional en la gestante o puérpera.

Matronatación Prenatal:

Es el uso del agua, puede usarse el hidromasaje en todo el cuerpo, para sí poder reducir molestias y genera una sensación de bienestar, además de tener otros beneficios, así como facilitar los movimientos, reducir esfuerzos físicos, entre otros.

Musicoterapia:

Este método terapéutico, usa sonidos, melodías, estructuras y otros, cuya finalidad es darle a la gestante una relajación, estimulación durante la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, logrando así un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante o puérpera y su pareja durante su preparación.

Acompañante: Concepto y Función

Este concepto se basa en el apoyo durante el proceso del parto brindado por personas capacitadas y con información recibida acerca del procedimiento en el que participarán, pudiendo tener un aporte distinto en la atención hacia la madre.

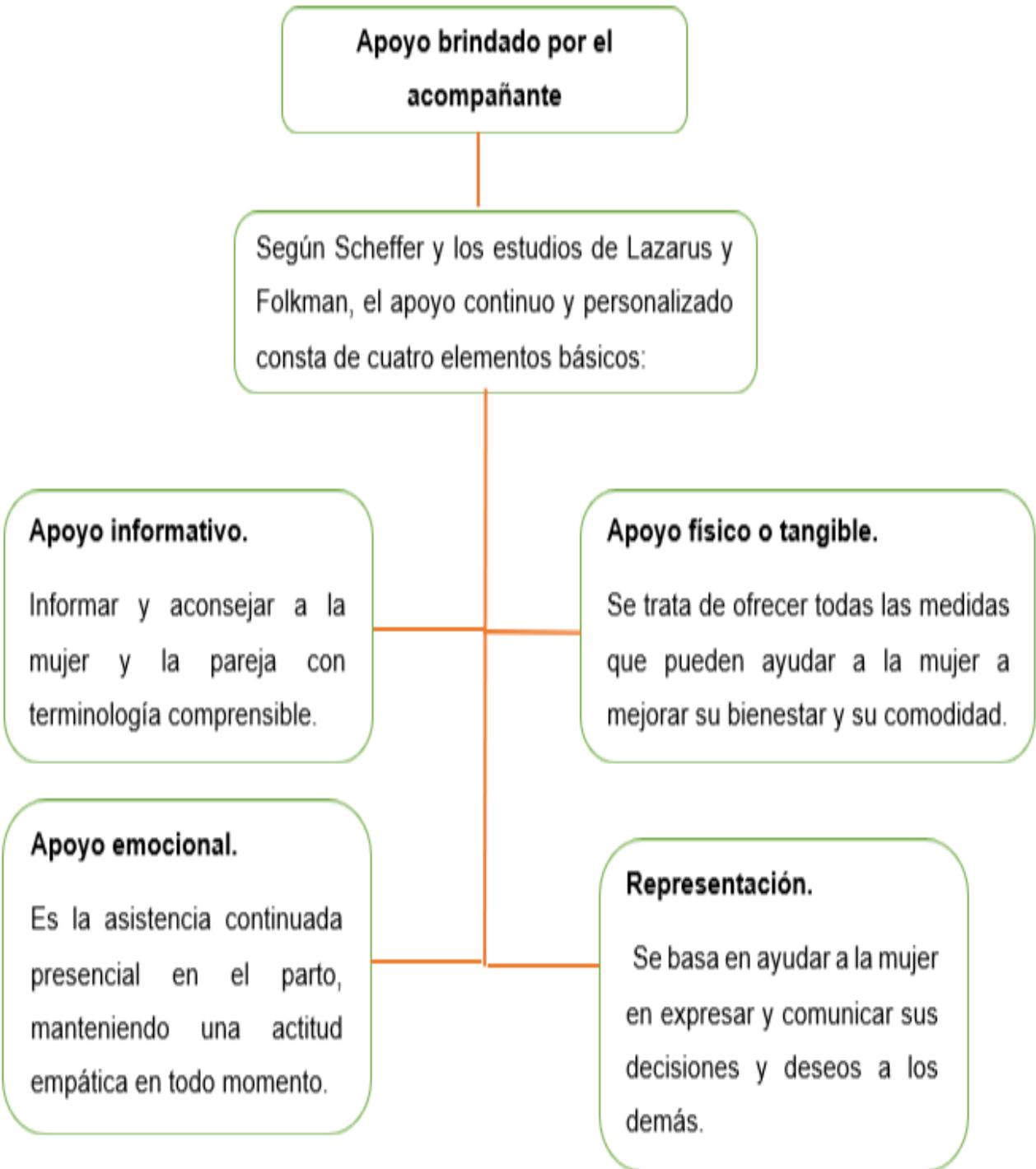
Se dice que se busca proveer a la madre de apoyo emocional, compuesto por elogios, palabras relajantes u otras medidas que buscan incrementar la comodidad para que la paciente tenga en el momento, así como apoyo de tipo físico representado en toma de manos o la realización de masajes relajantes a nivel de espalda y cuello.

El apoyo continuo a la paciente se realiza con el fin de crear un ambiente seguro y relajante, disminuyendo considerablemente los niveles de ansiedad y estrés previo, durante y posterior al trabajo de parto, reflejándose en resultados positivos tanto en los momentos inmediatos seguidores del parto como en el mediano y largo plazo.

La paciente debe elegir una persona para que la acompañe durante todo el proceso de parto, esta persona debe brindar apoyo físico, emocional y representativo, cuando se requiera, debe existir una gran seguridad.

Se dice que cuando las mujeres son acompañadas por su pareja u otro familiar durante el trabajo de parto experimentan menos dolor, se reduce la necesidad de analgésico y el tiempo de trabajo de parto es más corto que las mujeres sin acompañamiento. En el siguiente grafico nº 1 se menciona los cuatros elementos básicos para el apoyo brindado por el acompañante a la gestante.

Grafico nº 1



Fuente: Matronas

Autores: (Ramírez & Rodríguez, 2014)

Prácticas clínicas no recomendadas durante el trabajo de parto

En las últimas dos décadas, el proceso para la práctica del parto va mejorando, permite iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para la mujer como para el producto. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer en el momento del parto y afecta de manera negativa su experiencia de parto (OMS, 2018).

¿Es la Atención Humanizada en el Parto igual para todas las gestantes?

¿Cuáles son los grupos más afectados?

La falta de humanización es diferencial según algunas condiciones de las gestantes, **en primer lugar**, las adolescentes. La violencia verbal, el regaño y la ejecución de procedimientos sin consentimiento informado, es mayor en ellas que en embarazadas adultas. El maltrato se agudiza, en parte, porque el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo, y porque es visto como un problema de salud pública, o, como una forma de perpetuar el círculo de la pobreza. (Càceres & Nieves, 2017)

El segundo grupo donde más falla la Atención Humanizada en el Parto (AHP) es durante la atención de partos de alto riesgo. En este caso aumenta la oportunidad de maltrato, en parte debido a que el personal de salud enfrenta la presión de la responsabilidad, lo cual no solo disminuye la posibilidad de que la madre pueda participar en la Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna toma de decisiones sobre sí misma, sino que afecta la conducta de quien la atiende, ante la posibilidad de demandas legales en caso de un mal desenlace. (Càceres & Nieves, 2017)

El tercer grupo de gestantes más propensas a recibir maltrato son quienes tienen bajos ingresos, habitan en estrato socioeconómico bajo, o quienes están obligadas a recibir subsidios para atención en salud. Para algunas de ellas, las posibilidades de acompañamiento por parte del familiar durante el trabajo de parto están limitadas. También son más propensas a recibir maltrato quienes han hecho uso de medicinas tradicionales, quienes son multíparas o quienes han tenido un parto anterior en casa. La mayoría de ellas cuentan con menores ingresos, menor escolaridad o pertenecen al estrato socioeconómico más bajo. (Càceres & Nieves, 2017)

Violencia Obstétrica

Según la (OMS, 2014) “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”.

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Villegas, 2009)

Consideramos trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.

Según la OMS, el índice aceptable de cesáreas debe estar entre el 5% y el 15% de los alumbramientos. En el Ecuador las cifras son alarmantes, están alrededor del 80% en el

sector privado y del 42% en el sector público, según datos periodísticos. Actualmente se cursa en el Congreso (Asamblea Nacional) un Proyecto de Ley impulsado por el Ministerio de Salud para humanizar el parto, disminuir la muerte materna, precautelar la salud del neonato y evitar la violencia obstétrica. (Carrillo, 2016)

Según Fornes” El parto como escenario de familia pasó a ser entonces un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación”. (Belli, 2013)

Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta. (Galimbert & Diana, 2015)

En el artículo 2 de la ley de parto respetado se considera lo siguiente:

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

(Galimbert & Diana, 2015) **Los Derechos Humanos que se vulneran en el Parto**

- A la intimidad, por la intromisión no consentida en la privacidad de las mujeres, mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. Un ejemplo son los tactos vaginales repetidos y realizados por distinto personal de salud.

- A la integridad corporal que se relaciona con los principios básicos de privacidad, autonomía y dignidad.
- A no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes. Con la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y malos tratos .
- Al más alto nivel de salud posible, cuando no se aplican los conocimientos más actualizados y se causa daño e iatrogenia.
- Atención Humanizada del Parto y Nacimiento: Una práctica no violenta de atención del embarazo, parto y nacimiento, asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, reduciendo complicaciones perinatales, la mortalidad materna y los costos de la asistencia médica.

2.1.1 Marco Conceptual

Parto: el parto o nacimiento, es el punto final del embarazo en el ser humano, cuando el feto sale del útero materno al exterior.

Parto Humanizado: es el proceso de la atención de parto e que se busca tomar las opiniones y necesidades de la mujer además de adoptar medidas y procedimientos que sea beneficios con la finalidad crecer en un momento especial.

Trabajo de parto: contracciones uterinas suficientes en frecuencias, intensidad y duración, que produce borramiento y dilatación del cérvix.

Gestación: es el desarrollo del nuevo ser desde la fecundación hasta el parto, durante 40 semanas.

Acompañamiento: presencia de la persona elegida por la mujer durante todo el proceso del parto y nacimiento, desde el ingreso en servicio de atención (familiar, conyugue o persona de confianza).

Contracciones: Agarrotamiento o acortamiento del músculo, comúnmente en referencia a las contracciones uterinas durante el parto.

Puerperio: periodo de tiempo que transcurre desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación.

Violencia obstétrica: es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización de los procesos naturales.

Morbilidad: morbilidad es la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado, es un dato estadístico

importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Mortalidad: proceso natural mediante el cual desaparece una población a lo largo del tiempo, se estudia a partir de una información de flujo: las defunciones que ocurren durante el periodo considerado. El fenómeno de la mortalidad se analiza mediante una fuente dinámica de información.

2.1.2 Antecedentes Investigativos

El apoyo continuo en el trabajo de parto aumentó la probabilidad de un parto vaginal espontáneo, no identificó efectos adversos y produjo resultados de mayor satisfacción en las mujeres

Históricamente, las mujeres han sido asistidas y apoyadas por otras mujeres durante el trabajo de parto y el parto. Sin embargo, en muchos países actualmente, dado que más mujeres paren en hospitales en lugar de hacerlo en la casa, el apoyo continuo durante el trabajo de parto se ha convertido en la excepción en lugar de la norma. Este hecho ha planteado inquietudes acerca de la deshumanización consiguiente de las experiencias de parto de las mujeres. La atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto. La atención de apoyo durante el trabajo de parto puede incluir apoyo emocional, medidas de alivio, información y defensa. Esta atención puede mejorar el proceso normal de trabajo de parto, así como el sentimiento de control y competencia de las mujeres y, por lo tanto, reducir la necesidad de intervención obstétrica. Según (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & C, 2007) en la revisión de estudios incluyó 16 ensayos de 11 países, con más de 13 000 mujeres en una amplia diversidad de ámbitos y circunstancias. Las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de dar a luz de manera "espontánea", es decir, parir sin cesárea, instrumental ni fórceps. Además, las mujeres tenían menor probabilidad de recibir analgésicos, tenían mayor probabilidad de sentirse satisfechas y pasaban por un trabajo de parto levemente más corto. En general, el apoyo en el trabajo de parto pareció ser más eficaz cuando era suministrado por mujeres que no eran a parte del personal del hospital. También pareció ser más eficaz cuando se comenzaba al iniciarse el trabajo de parto. No se identificaron efectos adversos. (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & C, 2007)

En el debate del proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Posparto en el que, además de requerir un informe para la realización de cesáreas, se establecen seis causales para determinar la existencia de "violencia obstétrica".

Según el artículo 15, se considerará como tal a toda acción u omisión que se exprese en maltrato, abuso de medicalización o acciones que consideren a los procesos naturales de embarazo, parto y puerperio como una patología.

Las tres primeras conductas señaladas como “violencia obstétrica” son inobservar los criterios normativos de atención materna, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y omitir el consentimiento informado, voluntario y expreso de la mujer.

También obstaculizar sin causa médica el apego del recién nacido con su madre, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas y prácticas innecesarias, y practicar la cesárea cuando existan condiciones para el parto vaginal, sin obtener el consentimiento de la mujer, o en caso contrario, limitar su derecho a que se le practique una cesárea cuando el parto vaginal sea complicado. (Nacional, 2016)

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis General

Al permitir el acompañamiento durante el trabajo de parto, se previene la violencia obstétrica en el hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces, Los Ríos, enero – junio 2019

2.3 Variables

2.3.1 Variables independientes

- Trabajo de Parto Humanizado

2.3.2 Variables dependientes

- El acompañamiento
- Violencia Obstétrica

2.3.3 Operacionalización de las variables

Tabla n° 2

Variable	Dimensión	Definición	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de verificación	Codificación
Trabajo de parto humanizado	Salud Materna	Hace referencia al vínculo entre madre e hijo en las primeras horas de nacido, de manera especial, garantizado un ambiente familiar placentero, solo con la implementación de dispositivos invasivos y la administración de medicamentos en caso de ser necesario.	Cualitativa - Cuantitativa	Nominal	-Información sobre el trabajo de parto humanizado -Conocimiento de las ventajas del trabajo de parto humanizado -Diferentes posiciones de parto -Ingesta de líquido	Encuesta	SI () NO ()
Violencia Obstétrica	Salud Materna	es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización de los procesos naturales.	Cualitativa - Cuantitativa	Nominal	Vestimenta Acompañamiento	Encuesta	SI () NO ()
El acompañamiento	Salud Materna	Se define a la presencia de la persona elegida por la mujer durante todo el proceso del parto y	Cualitativa - Cuantitativa	Nominal	-Pareja -Familiar	Encuesta	SI () NO ()

		nacimiento, desde el ingreso en servicio de atención (familiar, conyugue o persona de confianza).			-Amigo de confianza		
--	--	---	--	--	---------------------	--	--

CAPITULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

El método empleado para el presente proyecto de investigación fue el método inductivo: este método aplicado al presente proyecto de investigación ayudó a recolectar toda la información necesaria para la elaboración del mismo, ya que este proyecto va de lo particular a lo general, así como describir lo que es el trabajo de parto humanizado y los beneficios del acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.

La definición de lo que es la violencia obstétrica mediante la observación individual de los hechos en cada parto que se presentó en el periodo enero-junio del Hospital Nicolás Cotto Infante de la ciudad de Vinces.

3.2 Modalidad de investigación

Para la investigación es necesaria aplicar el método cuantitativa y cualitativa.

Cuantitativa ya que a través de la encuesta se pudo obtener información sobre el cuestionario que se les realizó a las pacientes en la sala de maternidad del Hospital Nicolás Cotto Infante, y Cualitativa porque la información que nos brindan las pacientes a través de un método aleatorio simple.

3.3 Tipo de investigación

El tipo de investigación para este trabajo será tipo:

- Aplicada
- Descriptiva
- Transversal
- Retrospectiva
- No experimental

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

Gestantes con embarazo a término con trabajo de parto fase activa que llegan al área de emergencia y las que estén en periodo de puerperio mediato e inmediato que se encuentran hospitalizadas en el área de maternidad del Hospital Nicolás Cotto Infante de la Ciudad de Vinces.

3.4.2 Instrumento

En la investigación se realizó la recolección de datos, mediante un cuestionario que consiste en un conjunto de preguntas en relación a las variables. A través de un método aleatorio simple.

3.5 Población y muestra de la investigación

3.5.1 Población

La técnica de estudio será de observación y descripción a base de encuesta por el cual se recoge información y para aquello se aplicará los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: se incluirán a todas las gestantes con embarazo a término que lleguen al Hospital Nicolás Cotto Infante y que desencadenen en un parto eutócico.

Criterios de exclusión: se excluirán a todas las gestantes que tengan un parto distócico en el Hospital Nicolás Cotto Infante.

Excluiremos a las pacientes que no desean colaborar de forma voluntaria.

3.5.2 Universo y Muestra

El universo de estudio estuvo delimitado por 180 pacientes que tuvieron un parto eutócico en el Hospital Nicolás Cotto Infante de la ciudad de Vinces en el periodo Enero – Junio 2019, con una muestra de 73 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión para esta investigación.

3.6 Cronograma del Proyecto

Tabla n°3

N°	ACTIVIDADES	MES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
		SEM	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	Inscripción en la página web-saiutb.edu.ec recepción y legalización de expedientes					■	■	■																		
2	Socialización del tema con el tutor							■																		
3	Selección del tema.								■																	
4	Entrega y revisión de tema de proyecto de investigación									■																
5	Aprobación del tema										■															
6	Recopilación de información del perfil del proyecto de investigación											■														
7	Elaboración del perfil (I etapa)												■													
8	Registro en el Sai del Perfil de Investigación													■												
9	Desarrollo del Capítulo I														■											
10	Desarrollo del Capítulo II															■										
11	Desarrollo del Capítulo III																■									
12	Registro en el Sai de la II etapa																	■								
13	Sustentación de la II etapa																		■							
14	Validación y aplicación de instrumentos																			■						
15	Tabulación de encuesta																				■					
16	Desarrollo capítulo IV y V																					■				
17	Presentación y sustentación de informe																									

2.1 Recursos

2.1.1 Recursos humanos

Tabla n° 4

Recursos Humanos:	Nombres
Investigador	Alexandra Figueroa Leòn Iris Leòn Chàvez
Asesor del proyecto de investigación	Dr. Hugolino Orellana Gaibor

2.1.2 Recursos económicos

Tabla n° 5

Recursos Económicos	Inversión
Movilización y transporte	30.00
Impresiones	15.00
Hojas de papel bond	5.00
Internet	20.00
Pendrive	10.00
Total	80.00

CAPITULO IV

3 Resultados de la investigación

3.1 Resultados obtenidos de la investigación

A través de una encuesta realizada a una muestra de 73 mujeres hospitalizadas en el área de maternidad del Hospital Nicolás Cotto Infante, para establecer las causas que influyen en un grupo de mujeres sobre la importancia del acompañamiento en el trabajo de parto humanizado para prevenir la violencia obstétrica, se puede deducir que el factor que tiene más incidencia es el desconocimiento de las puérperas sobre lo que implica un parto humanizado obteniendo un 81% de desconocimiento.

3.2 Análisis e interpretación de datos

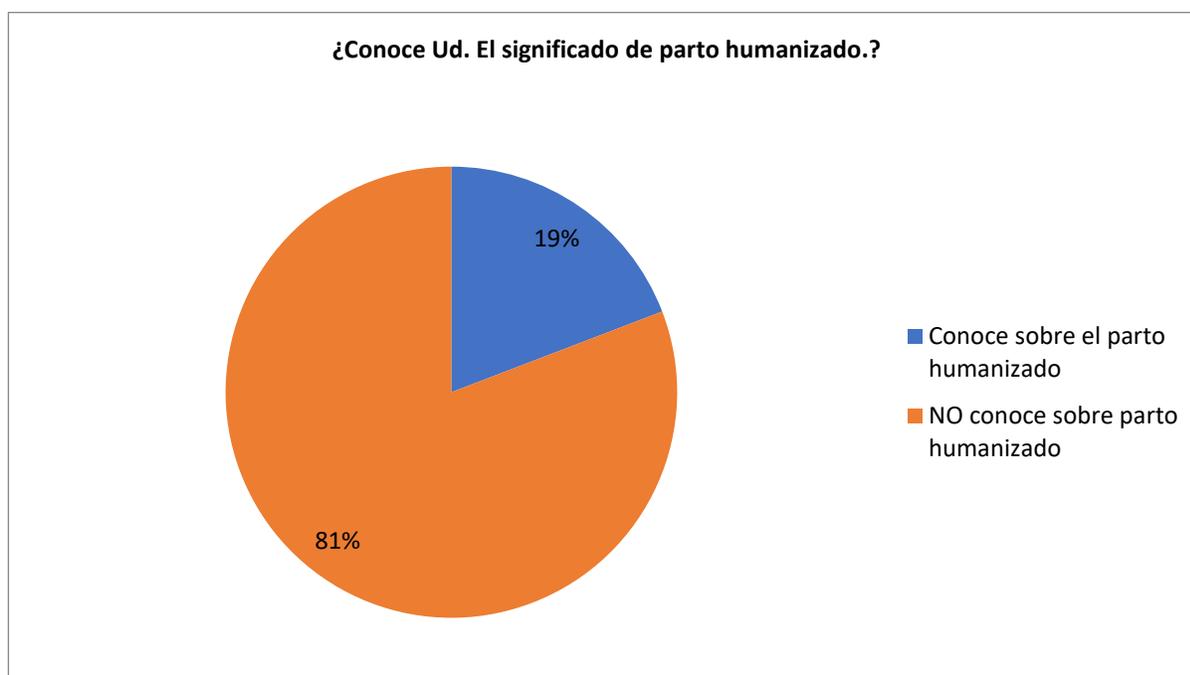
Tabla n° 6

¿Conoce Ud. El significado de parto humanizado?

Consideración	Número	Porcentaje (%)
Conoce sobre el parto humanizado	14	19
NO conoce sobre parto humanizado	59	81
Total	73	100

Elaborado por: (Alexandra Figueroa/ Iris León)

Gráfica n° 2



En términos generales, el parto y nacimiento humanizado puede entenderse como el respeto hacia la madre, hijo\hija, padre y familia en los procesos del embarazo, parto, nacimiento y alumbramiento. En la gráfica n° 2 podemos constatar que la mayoría de las gestantes y puérperas el 81% no conocen lo que es un parto humanizado y tan solo el 19% conoce sobre el tema a tratar.

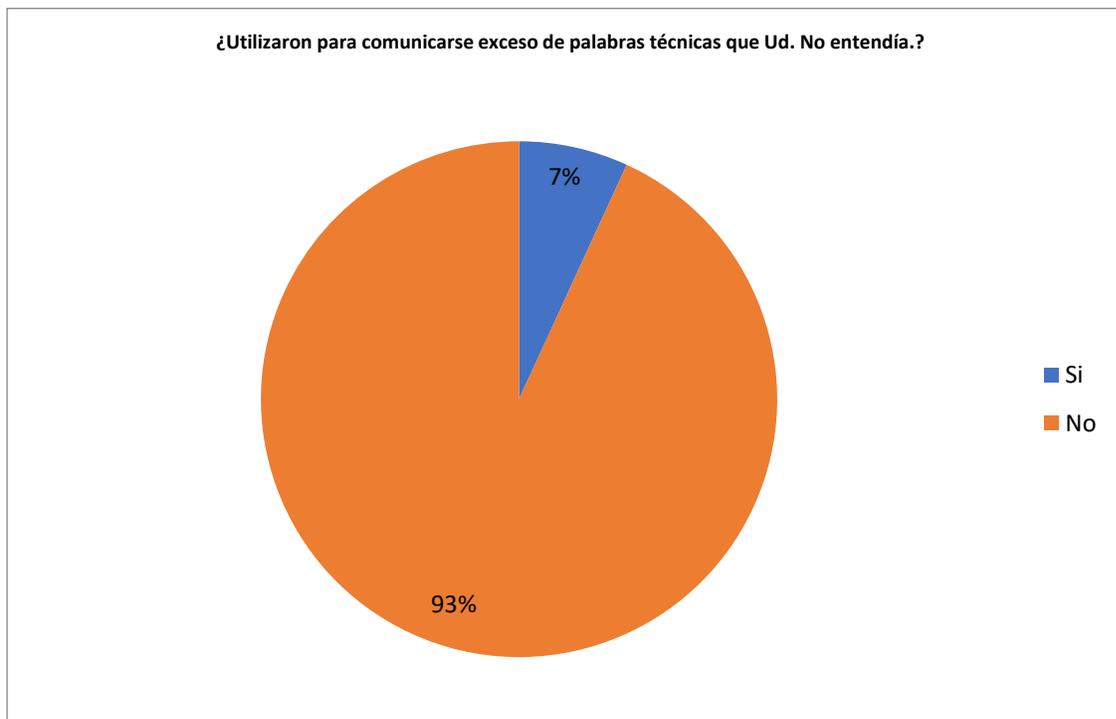
Tabla n°7

¿Utilizaron para comunicarse exceso de palabras técnicas que Ud. No entendía?

Consideración	Número	Porcentaje (%)
Si	5	7
No	68	93
Total	73	100

Elaborado por: (Alexandra Figueroa/ Iris León)

Gráfica n° 3



El personal médico utiliza palabras técnicas que han adquirido a lo largo de su carrera, pero hay que saber llegar a los pacientes ya que ellos no están socializados con ciertos términos. En la gráfica n°3 evidenciamos que son pocos los profesionales que utilizan palabras técnicas que se le dificulten entender a las pacientes en el trabajo de parto un 93% por otro lado el 7% si utilizan palabras técnicas.

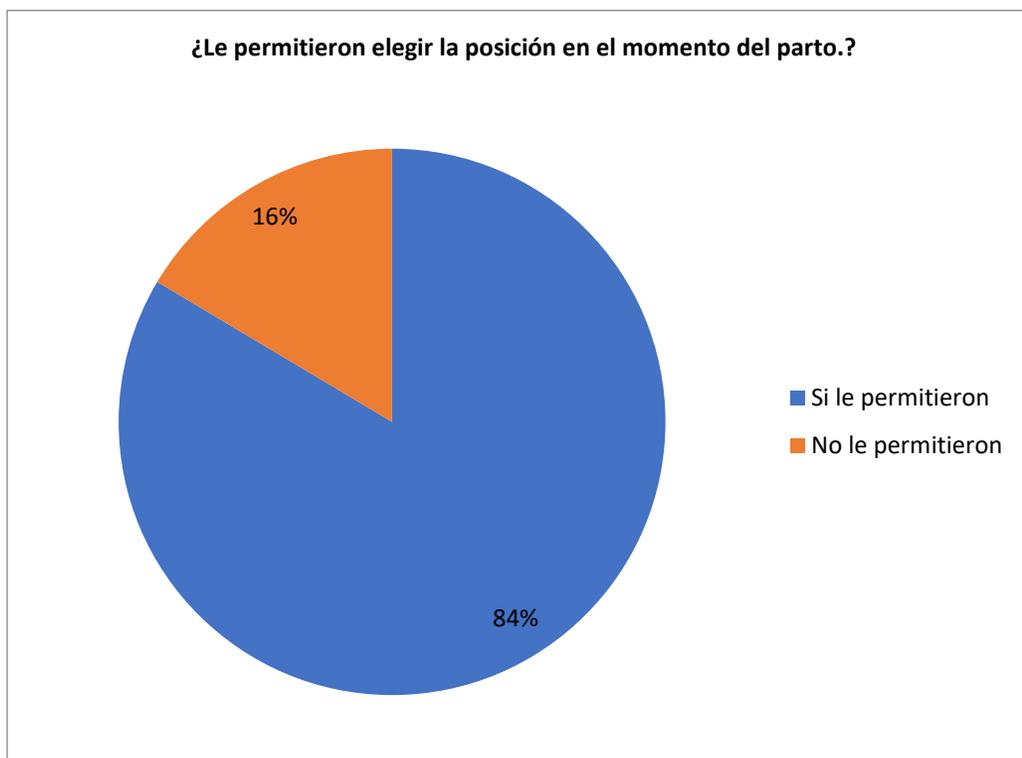
Tabla n° 8

¿Le permitieron elegir la posición en el momento del parto?

Consideración	Número	Porcentaje (%)
Si le permitieron	61	83
No le permitieron	12	17
Total	73	100

Elaborado por: (Alexandra Figueroa/ Iris León)

Gráfica n° 4



A lo largo de la historia las posiciones durante el trabajo de parto han evolucionado, la gestante elige la posición que más le favorezca y con la que se sienta libre esto es parte del parto humanizado. En esta gráfica podemos observar que la mayor parte de los partos fueron respetados al momento de elegir la posición del mismo, con un total de 83%, mientras que el 17% de las encuestadas se les impuso la postura de su parto.

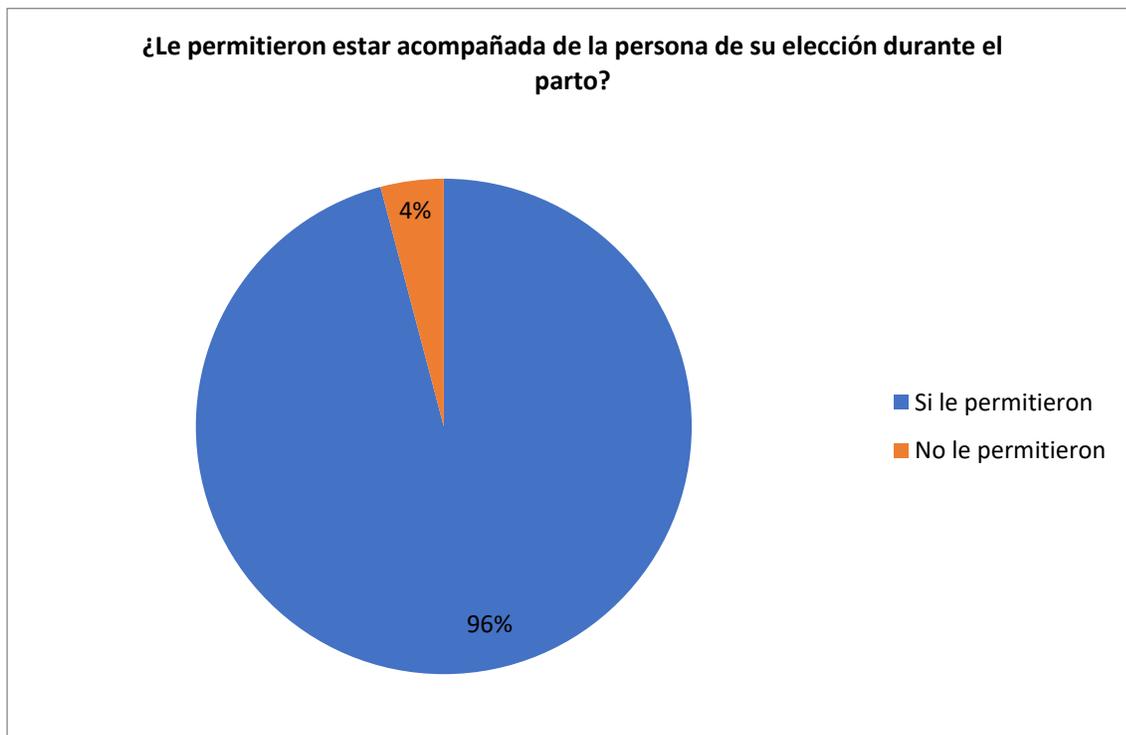
Tabla n° 9

¿Le permitieron estar acompañada de la persona de su elección durante el parto?

Consideración	Número	Porcentaje (%)
Si le permitieron	70	95
No le permitieron	3	5
Total	73	100

Elaborado por: (Alexandra Figueroa/ Iris León)

Gráfica n° 5



El acompañamiento durante el trabajo de parto brinda apoyo a la gestante, tanto físico como emocional, se sienten en un ambiente seguro y confiable, versus estar sola frente al personal médico. En la gráfica n°5 demuestra que el 95% de las pacientes estuvieron acompañadas por la persona de su elección en la sala de parto, en contraste al 5% de las pacientes que no se les permitió estar acompañadas.

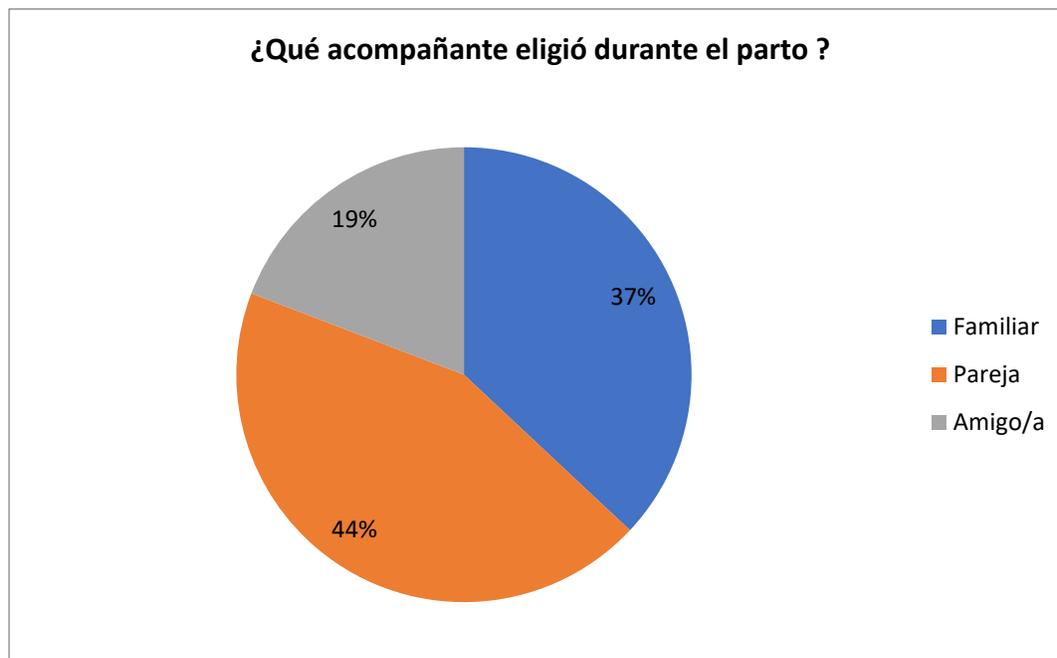
Tabla n°10

¿Qué acompañante eligió durante el trabajo de parto?

Consideración	Número	Porcentaje (%)
Familiar	27	37
Pareja	32	44
Amigo/a	14	19
Total	65	100

Elaborado por: (Alexandra Figueroa/ Iris León)

Gráfica n°6



La gestante al momento de elegir el acompañante no puede exclusivamente optar por la pareja, puede escoger a la persona con la que ella se sienta a gusto, ya sea la mamá, la prima, incluso hasta la vecina, con la finalidad que la gestante perciba el beneficio del apoyo brindado. En esta gráfica verificamos en las encuestas el tipo de acompañante que las pacientes eligieron, obteniendo al familiar con 37% la pareja 44% y amiga/o el 19%, siendo la pareja el acompañante de elección.

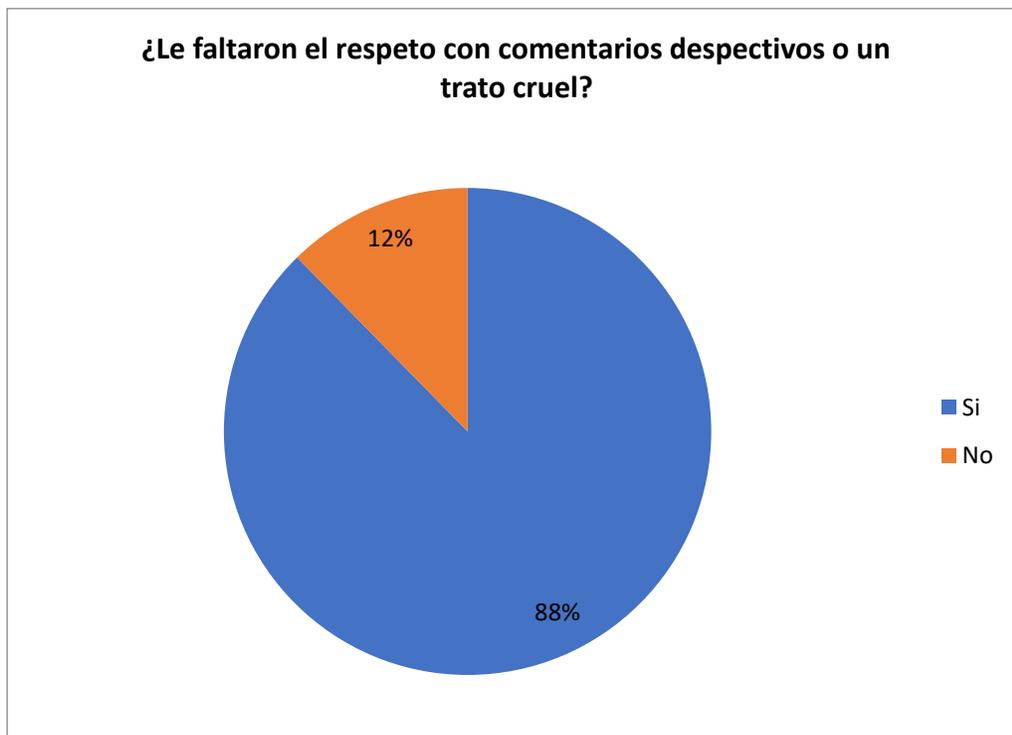
Tabla n° 11

¿Le faltaron al respeto con comentarios despectivos o un trato cruel?

Consideración	Número	Porcentaje (%)
Si	64	13
No	9	87
Total	73	100

Elaborado por: (Alexandra Figueroa/ Iris León)

Gráfica n° 7



La humanización del parto incluye tratar con respeto a las gestantes, sin importar clase social, multiparidad, y edad al momento de la concepción Según los resultados de la gráfica #6, el 87% de las pacientes fueron tratadas con respeto en la sala de parto, al contrario, el 13% de las encuestadas (adolescentes en su mayoría) recurrieron haber recibido comentarios despectivos en la sala de parto por su embarazo a corta edad.

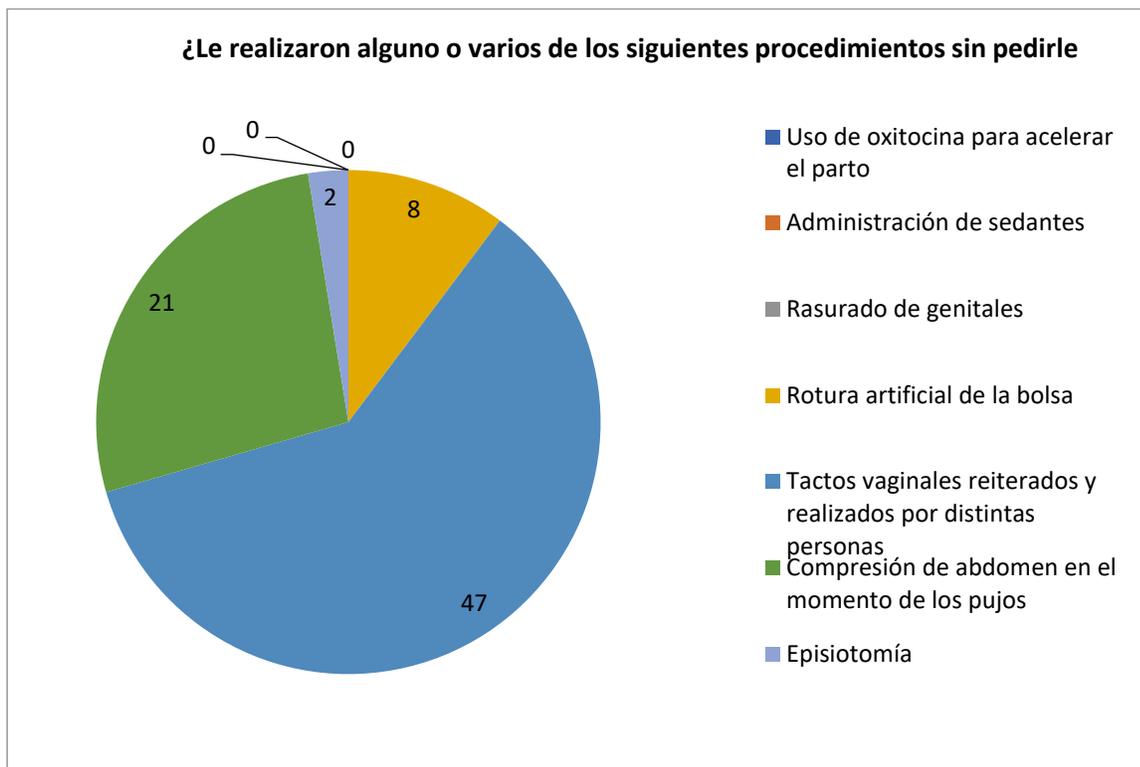
Tabla n° 12

¿Le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento y sin explicarle por qué eran necesarios?

Consideración	Número	Porcentaje (%)
Uso de oxitocina para acelerar el parto	0	0
Administración de sedantes	0	0
Rasurado de genitales	0	0
Rotura artificial de la bolsa	8	11
Tactos vaginales reiterados y realizados por distintas personas	47	64
Compresión de abdomen en el momento de los pujos	21	29
Episiotomía	2	3

Elaborado por: (Alexandra Figueroa/ Iris León)

Gráfica n° 8



La violencia obstétrica se da en muchos ámbitos desde no respetar la vestimenta hasta realizar maniobras para acelerar el parto. En la gráfica n° 8 analizamos varios puntos de violencia obstétrica, donde se realizan procedimientos sin previo consentimiento, donde el 3% es de episiotomía, el 29% de compresión de abdomen en el momento de pujos, tomando en cuenta el tacto vaginal con el 64% a repetición como uno de los procedimientos más invasivo a las pacientes.

3.3 Conclusiones

Durante el trayecto de nuestro trabajo de investigación pudimos confirmar que si se cumple en gran parte el acompañamiento durante el trabajo de parto, la persona de confianza que elija la paciente durante el trabajo de parto brindará apoyo físico y emocional a la gestante.

El parto humanizado comprende a la parturienta como el centro de todas las decisiones desde la postura de su preferencia, vestimenta, ingesta de líquidos, entrega de placenta, elección de acompañante, entre otros.

Dentro del Hospital Nicolás Cotto Infante un 81% de las gestantes no saben el significado de parto humanizado y dentro de este grupo en un porcentaje considerado, pudimos constatar que las pacientes sufren violencia obstétrica en varios procedimientos obteniendo en primer lugar los tactos vaginales reiterados y realizados por distintas personas con el 64% y en segundo lugar compresión de abdomen en el momento de los pujos (maniobras de kristeller) con el 29% total de las encuestas.

2.1 Recomendaciones

- Educar a las futuras gestantes sobre todo lo que respecta al parto humanizado.
- Incentivar a que las pacientes acudan a la profilaxis obstétrica con el acompañante de su elección para que sea de apoyo en todo momento.
- No solo se debe explicar a la paciente y al familiar los derechos, sino también las obligaciones para que no interfieran en los procedimientos que realice el personal de salud.
- La carrera de obstetricia tiene muchos beneficios en el ámbito práctico, el parto en sí se ha vuelto un negocio tanto como para el personal médico ya que genera mayores ingresos una cesárea que un parto natural, y por otro lado las pacientes optan por la cesárea ya que este es un método “más rápido”, nosotros como futuros profesionales debemos motivar e incentivar a las gestantes y futuras gestantes el parto vaginal como prioridad, por los beneficios que este aporta a la madre y al recién nacido durante el parto respetado.

- Promover campañas de Psicoprofilaxis obstétrica los beneficios del parto humanizado.
- Tomando en consideración los resultados que se obtuvieron en las encuestas realizadas, que se llevaron a cabo en nuestro proyecto de investigación, podemos sugerir a la Universidad Técnica de Babahoyo que sea considerado como un tema de mayor relevancia en nuestra preparación académica, de tal manera que se vea reflejado en nuestras pacientes los conocimientos adquiridos.

CAPITULO V

3 PROPUESTA TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Título de la propuesta de aplicación

Plan de propagación para ilustrar a las pacientes del Hospital Nicolás Cotto Infante, sobre el conocimiento de la importancia del acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica durante el trabajo de parto humanizado.

3.2 Antecedentes

Al comienzo de la humanidad, unos 40.000 a.C., se tienen datos que indican que el parto era atendido por el marido; sin embargo, ya en el año 6000 a.C., se empieza considerar la ayuda al nacimiento como un "arte" y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras, por lo que son requeridas con más frecuencia durante el trabajo de parto. Ése fue el inicio de unos de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona, partera o, en griego, "obstetrix" (palabra de la que deriva obstetricia y obstetra). (Natalben, s.f.)

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde la mujer paría. Se comenzó a estudiar el parto como

una ciencia y pronto se desarrollaron instrumentos como el fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta. Los nuevos avances, además de los nuevos conocimientos de la anestesia y la asepsia en el siglo XIX, hicieron que disminuyera el riesgo de muerte en el parto del bebé y de la madre. (Natalben, s.f.)

En la actualidad, el parto en un sentido más tradicional, podemos hablar de parto natural como aquel parto que se desarrolla con normalidad a través de la vagina y que no requiere más asistencia médica que control y medicamentos suaves como pueden ser, por ejemplo, los analgésicos. (Natalben, s.f.)

Son muchas las corrientes de pensamiento que defienden este tipo de partos y hay multitud de variaciones, pero los puntos en común podrían ser:

- Ambiente y entorno apropiado, íntimo y seguro, y apoyo emocional
- Libertad de expresión, movimiento y postura de la parturienta
- La parturienta como protagonista del parto
- Procedimiento natural de abordar el dolor
- Intimidad y tiempo para recibir y acoger al bebé

Pues se dice que en el ambiente hospitalario la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo apoya, se ha abandonado la antigua idea de que "todo parto es complicado hasta que se demuestre lo contrario" y se apuesta por un parto humanizado, como un parto en el que, sin dejar de lado la vigilancia médica y su intervención si es pertinente, se mantiene a la parturienta y a su acompañante en un ambiente relajado y respetando el derecho ético de autonomía.

3.3 Justificación

En el presente trabajo justificamos que, por las experiencias vividas en nuestro internado rotativo, es importante impartir conocimientos acerca del trabajo de parto humanizado y la importancia del acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica.

Por tal razón optamos a la siguiente propuesta con el tema:

Plan de propagación para ilustrar a las pacientes del Hospital Nicolás Cotto Infante, sobre el conocimiento de la importancia del acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica durante el trabajo de parto humanizado.

Para así informar y propagar el trabajo de parto humanizado en sus variantes.

Este plan de propagación busca fortalecer los conocimientos referentes al trabajo de parto humanizado y la importancia del acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica en el Hospital Nicolás Cotto Infante.

3.4 Objetivos

3.4.1 Objetivos generales

Fomentar el conocimiento a las pacientes desde el control prenatal hasta el momento del parto sobre la importancia del acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica en el Hospital Nicolás Cotto Infante-Vinces.

3.4.2 Objetivos específicos

- Capacitar a las pacientes con información actualizada sobre el parto humanizado y las diferentes posiciones a elegir.
- Determinar la frecuencia y características de violencia obstétrica en las pacientes atendidas en el hospital Nicolás Cotto Infante de Vincés.

3.5 Aspectos básicos de la propuesta de aplicación

3.5.1 Estructura general de la propuesta

La propuesta de aplicación de este proyecto investigativo se fomentará en base a charlas enfocados en fortalecer el grado de conocimiento de las pacientes del Hospital Nicolás Cotto Infante, especialmente llegar a las pacientes que en la presente investigación se obtuvo como resultado que la mayoría de las encuestadas desconocían sobre dicho tema.

Esta propuesta de aplicación está estructurada de la siguiente manera:

- Presentación de la propuesta a través de charlas a las pacientes y autoridades del Hospital Nicolás Cotto Infante.
- Aprobación de la propuesta por autoridades del Hospital Nicolás Cotto Infante.

- Organizar con el personal del Hospital sobre el lugar y momento para impartir las charlas.
- Impartir las charlas sobre el trabajo de parto humanizado y la importancia del acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica y entregar material informativo como folletos con información precisa y actualizada.

3.5.2 Componentes

Tabla n° 13

OBJETIVOS	TEMAS	DIRIGIDOS A:	LUGAR
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a las pacientes con información actualizada sobre el parto humanizado y las diferentes posiciones a elegir. 	<p>importancia de los beneficios del parto humanizado.</p>	<p>Gestantes en cualquier trimestre de embarazo.</p>	<p>Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces.</p>
	<p>Ventajas y beneficios de las posiciones durante el parto humanizado</p>	<p>Gestantes en cualquier trimestre de embarazo.</p>	<p>Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la frecuencia y características de violencia obstétrica en las pacientes atendidas en el 	<p>Acompañamiento durante el trabajo de parto humanizado.</p>	<p>Gestantes en cualquier trimestre de embarazo.</p>	<p>Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces.</p>

hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces.			Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces.
---	--	--	---

3.6 Resultados esperados de la propuesta de aplicación

3.6.1 Alcance de la alternativa

A través de la propuesta de aplicación como es las charlas sobre el trabajo de parto humanizado a las pacientes del Hospital Nicolás Cotto Infante, se logrará un alto nivel de conocimiento de dicho tema, para que así las pacientes opten más por un parto natural, lo cual resultara satisfactoria evitando así los partos por cesárea y partos instrumentalizado.

Teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra desconocen dicho tema, se obtendrá buen resultado en las charlas, asesorándolas bien sobre las ventajas de un parto humanizado a las pacientes que acuden al Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Referencias

- Barriga, M. (7 de Julio de 2016). *el parto es nuestro Ecuador* .
- Belli, L. (2013). La violencia obstetrica otra forma de violacion a los derechos humanos . *Redbioetica/UNESCO*.
- Bonilla-Musoles, F. (2007). *Obstetricia, Reproduccion Y Ginecologia Basicas*. Madrid : Médica Panamericana, S. A.
- Cabero, L., Saldívar, D., & Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. España: Médica Panamericana S.A.
- Càceres, F., & Nieves, G. (2017). ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*.
- Carrillo, C. (22 de Octubre de 2016). Camino a la era del parto humanizado. *El universo*.
- Corton, M. (2014). *Williams. Obstetricia, 24e*. McGraw-Hill Education / Medical 2014-06-16.
- Dominguez, M., & Martinez, V. (2002). El alivio del dolor en el parto. *Federación de Asociaciones de Matronas de España*.
- el parto es nuestro* . (1 de septiembre de 2014).
- Franco, J., Calderon, L., Cujilan, M., & Salazar, J. (2018). Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes. *Mundo de la Investigación y el Conocimiento*.
- Galimbert, & Diana. (2015). Violencia Obstétrica. *Coordinadora del Comité de Violencia de Género*.
- González, E. (2018). PARTO HUMANIZADO. *Salud materno fetal*.
- GPC. (2009). control prenatal con enfoque de riesgo. En *control prenatal con enfoque de riesgo*. Mexico: maestros de Mexico.
- GPC. (2019). Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. En *Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. Mexico : Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., & C, S. (2007). poyo continuo para las mujeres durante el parto. *Biblioteca Cochrane Plus*.

- Lugones, M., & Ramírez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Morales, S., Guibovich, A., & Yábar, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos .
- MSP. (24 de Febrero de 2017). Educación prenatal a usuarias gestantes. *La hora lo que necesitas saber*.
- Nacional, A. (20 de Septiembre de 2016). Ley fija causales de 'violencia obstétrica'. *El Universo*.
- Natalben. (s.f.). *NatalbenLactancia* . Obtenido de <https://www.natalben.com/parto/que-es-parto-natural>
- OMS. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el. *Hrp*.
- OMS. (2018). Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?fbclid=IwAR0kZxzDWHIXZ4g8wvV_BlvAy5vCdZxRdjw4xBWZZdkar4WzDgq22qPljag
- Pàrraga, T. (22 de Junio de 2018). Las mujeres conocen poco sobre violencia obstetrica . *El tiempo*.
- Ramírez, H., & Rodríguez, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer. *Matronas* .
- Reece, H. (2007). *Obstetricia Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Villegas, A. (2009). LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA ESTERILIZACIÓN. *ESTUDIOS DE LA MUJER*.
- Zambrano, K., Torres, M., Brito, A., & Pazmiño, Y. (2018). Psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios para la gestante. *Mundo de la investigacion y el conocimiento*.

ANEXOS DE LA INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LAS AUTORAS DEL

**SERVICIO DE GINECO- OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL NICOLÁS COTTO INFANTE DE
VINCES**

Anexo# 1 Encuestas

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

Encuesta sobre: TRABAJO DE PARTO HUMANIZADO, IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL NICOLÁS COTTO INFANTE DE VINCES, LOS RIOS, ENERO – JUNIO 2019

1. **¿Conoce Ud. el significado de “Parto Humanizado”**
SI
NO
2. **¿Cuántos partos ha tenido?**
3. **¿Utilizaron para comunicarse exceso de palabras técnicas que ud no entendía?**
SI
NO
4. **¿Le permitieron elegir la posición en el momento del parto?**
SI
NO

Anexo#2 Socializando y encuestando a las pacientes en la sala de Maternidad del Hospital Nicolás Cotto Infante.





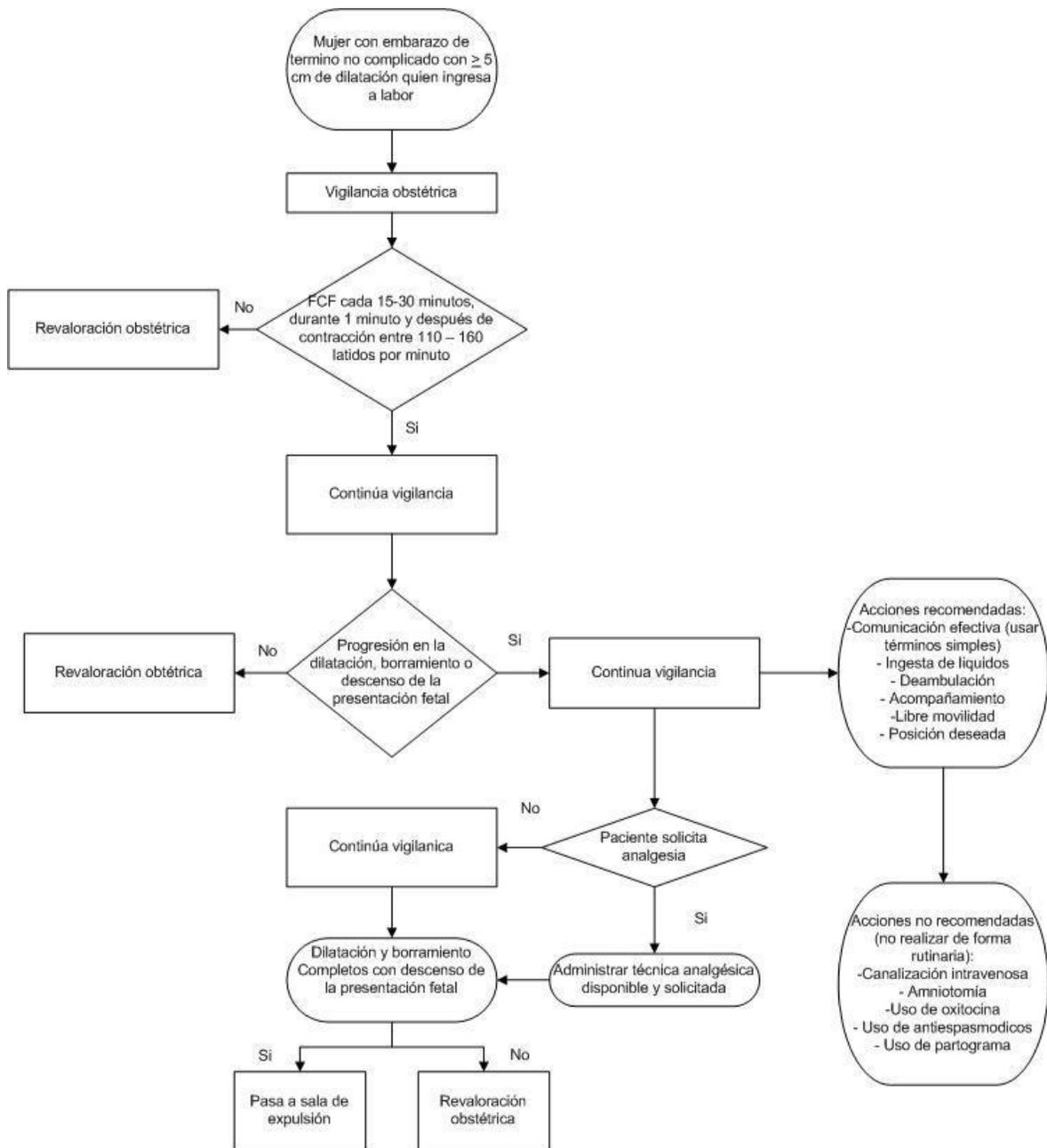
Anexo#3 Instalaciones de la Sala de Parto Humanizado del Hospital Nicolás Cotto Infante.



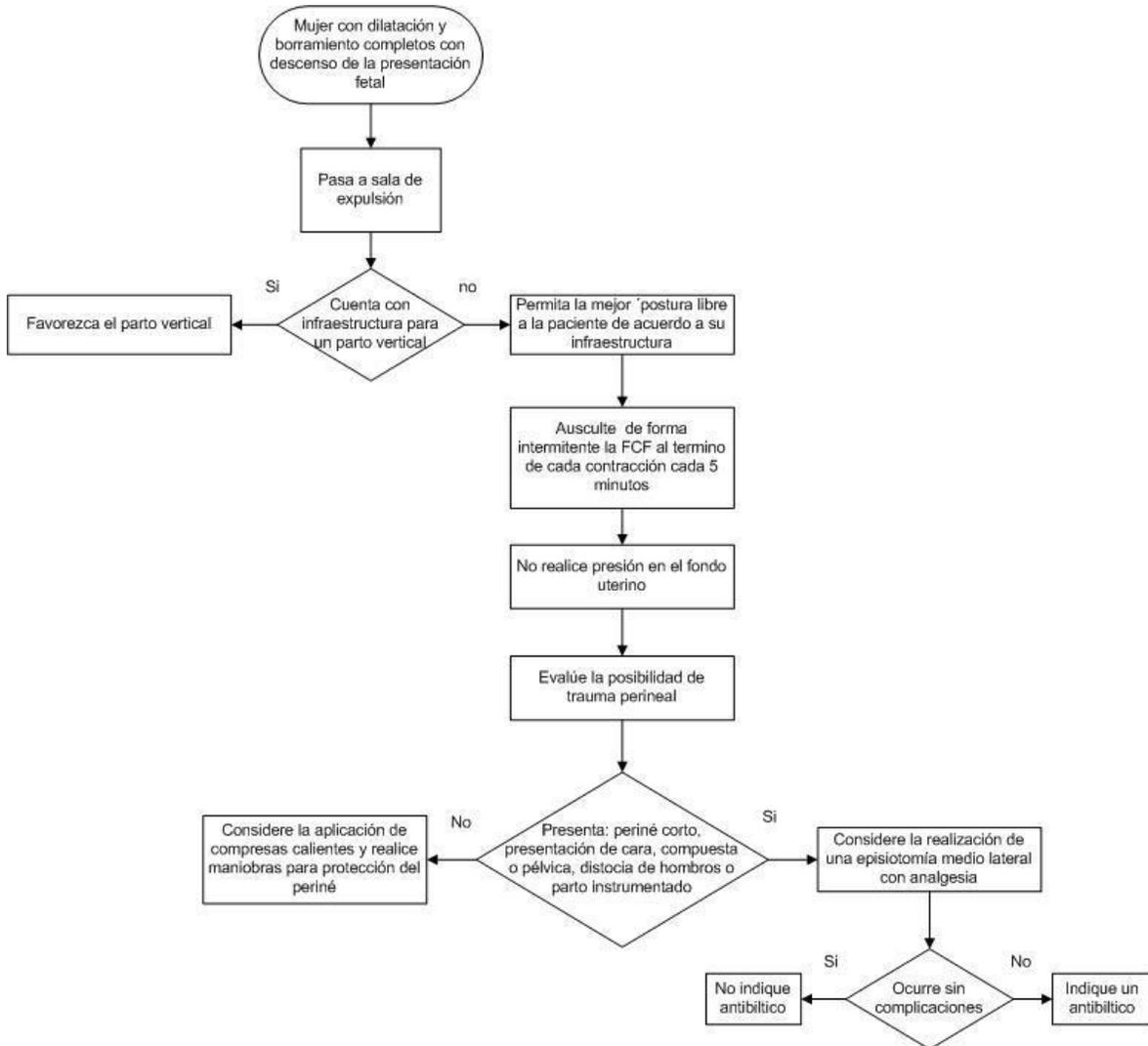




Anexo # 4 Vigilancia en la labor de parto
(GPC, 2019)

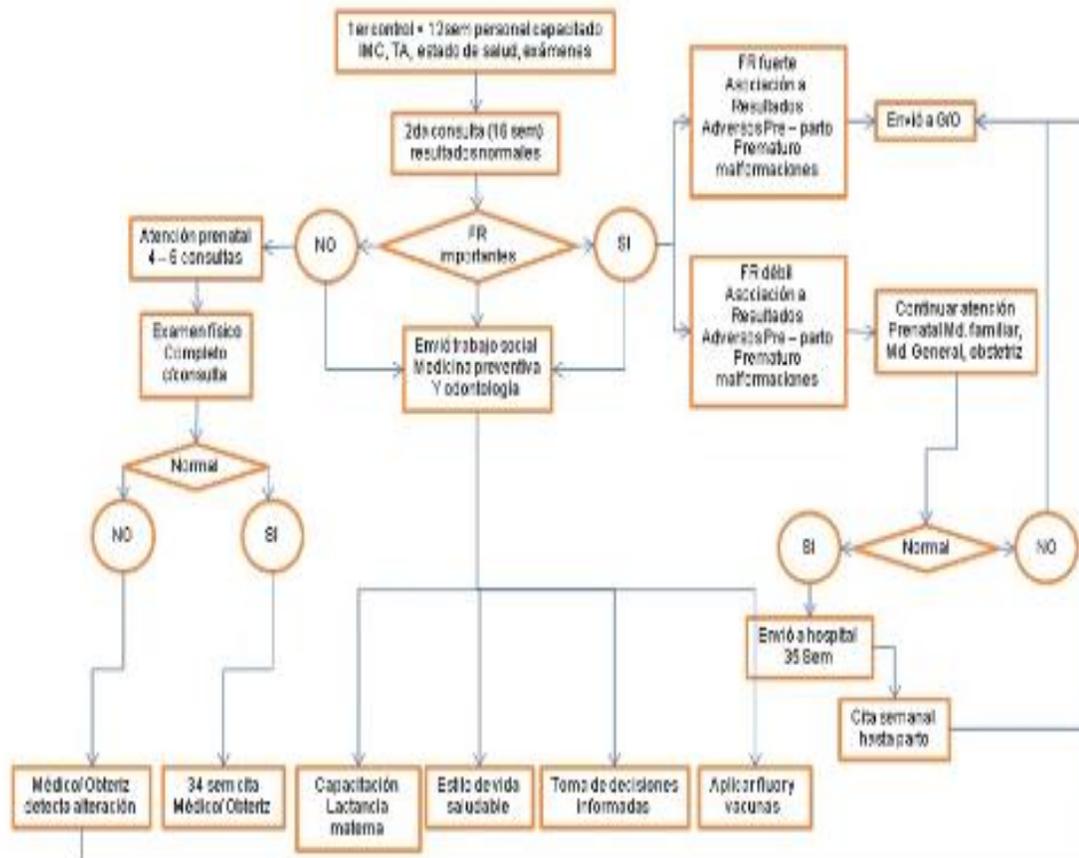


Anexo # 5 Algoritmo de vigilancia y manejo del periodo expulsivo
(GPC, 2019)



Anexo #6 Algoritmo de control prenatal
(GPC, control prenatal con enfoque de riesgo, 2009)

Algoritmo de controles prenatales



Anexo #7

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
<p>¿Cuál es la importancia del acompañamiento en el parto humanizado en el hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces?</p>	<p>Determinar la importancia del acompañamiento en el trabajo de parto humanizado como prevención de violencia obstétrica en el hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces</p>	<p>Al permitir el acompañamiento durante el trabajo de parto, se previene la violencia obstétrica en el hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces, Los Ríos, enero – junio 2019</p>
PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA
	<ul style="list-style-type: none"> -Comprobar el nivel de conocimiento sobre la importancia del acompañamiento durante el parto humanizado en el Hospital Nicolás Cotto Infante. -Establecer la frecuencia de acompañamiento de las gestantes. -Mencionar a las pacientes en qué casos ocurre la violencia obstétrica. 	

INDICE DE CUADROS

Tabla 1	28
Tabla 2	54
Tabla 3	60
Tabla 4	61
Tabla 5	62
Tabla 6	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 7	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 8	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 9	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 10	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 11	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 12	70
Tabla 13	79

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1..... 42
Gráfico 2..... 64
Gráfico 3..... 65
Gráfico 4..... 66
Gráfico 5..... 67
Gráfico 6..... 68
Gráfico 7..... 69
Gráfico 8..... 71