



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y APLICACIÓN DE LA NORMATIVA “ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMYN)”, COMPONENTE PARTO Y POSPARTO, DE LOS ESTUDIANTES DE INTERNADO ROTATIVO DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR DURANTE EL 2023.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

Karla Stefanny Naranjo Calvachi

DIRECTORA

Dra. Betzabé Magdalena Tello Ponce

QUITO, 2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Orlando, Jacqueline y Cristina que, durante esta travesía académica, han sido una fuente constante de inspiración, apoyo y motivación. Su presencia y amor incondicional han sido pilares fundamentales en mi camino hacia la culminación de este logro. Ellos han sido mi refugio en los momentos de agotamiento y desánimo y su fe en mí, ha sido un faro de luz, que me ha impulsado a superar los obstáculos y a nunca renunciar a mis sueños.

La dedicación y entrega inquebrantable a la profesión médica, y su vocación de servicio a los demás ha dejado una profunda huella en mi camino, que ha sido imprescindible en mi crecimiento personal y académico. Con mucho amor y gratitud, les dedico este logro como un testimonio de nuestro legado como familia de médicos, y como una expresión de mi admiración, respeto y cariño a cada uno de ustedes.

Karla Naranjo

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la bendición de tener a mi familia a lo largo de este proceso, por permitirme servir a los demás a través de la medicina y utilizarme como instrumento de esperanza y consuelo para aquellos que están sufriendo.

A mis padres, Orlando Naranjo y Jacqueline Calvachi, por su sacrificio y entrega para brindarme la mejor educación posible. Mi éxito es su éxito, y cada paso que doy es un reflejo de su amor y dedicación como padres.

A mi hermana, Cristina Naranjo por ser mi roca, mi confidente, mi consejera, mi colega y mi mejor amiga. Su amor incondicional me ha dado fuerzas para enfrentar los desafíos y me ha recordado constantemente que no estoy sola en este camino. Gracias por ser mi mayor motivación.

A mis abuelitos, Rodrigo Naranjo y Evita Mañay, Enrique Calvachi y Aidita Cadena, por todo el amor que siempre he recibido desde muy pequeña, me han enseñado el valor del esfuerzo, la perseverancia y la dedicación. Sus palabras de aliento y sus sabios consejos me han impulsado a ser mejor cada día y alcanzar mis objetivos.

A mis padrinos, German Jácome, Anita Cadena y Matilde Cueva y a mis tíos Reinaldo Ruiz y Gladys Cadena por su apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida. Su legado de sabiduría y generosidad continuará inspirando mis acciones y motivándome a ayudar a quienes más lo necesitan.

A mis tíos, Huguito, Enrique, Estelita y Diego Naranjo por alentarme en tiempos de dicha y sostenerme en tiempos de adversidad. A mis primos, Ma. Emilia, José Enrique, Sebastián y Kerly Naranjo, Tamia y Surya Angulo porque desde que nacieron transformaron mi camino en una travesía llena de ternura, amor y felicidad.

A mis primos, Cristian Ruiz y Antoñito Jácome, porque a través de los años, nuestra relación como primos hermanos ha crecido y se ha fortalecido, convirtiéndonos en cómplices, confidentes y amigos inseparables a pesar del tiempo y la distancia.

A mis amigos, Nathaly Robles, Vianca Corella, Daniel Barreno, Mercedes Pomasqui, Abigail Padilla, Karen Becerra y Emilia Landázuri, por ser una fuente constante de inspiración y por impulsarme a superar mis propios límites, su apoyo incondicional y su amistad han sido fundamentales en mi éxito.

A mi querida Luna, mi fiel compañera, por su amor desinteresado y su presencia constante durante los momentos de estrés y agotamiento.

Agradezco especialmente a la Dra. Betzabé Tello por su disposición para brindarme dirección y retroalimentación constante, así como por su guía en la estructuración y enfoque de la tesis. Sus comentarios y sugerencias han sido de gran valor para mejorar la calidad y rigurosidad de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	10
CAPÍTULO 3: MÉTODOS	31
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	31
3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	34
3.2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	36
3.3 OBJETIVOS.....	36
3.3.1 GENERAL	36
3.3.1 ESPECIFICOS	36
3.4 TIPO DE ESTUDIO.....	36
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	37
3.5 MUESTRA.....	39
3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION	39
3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION	40
3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	40
3.7 PLAN DE ANALISIS DE DATOS	41
3.8 ASPECTOS BIOETICOS	41
CAPITULO 4: RESULTADOS.....	43
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN	51
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
6.1 CONCLUSIONES	54
6.2 RECOMENDACIONES	56
6.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	57
CAPÍTULO 7: BIBLIOGRAFÍA.....	58
CAPÍTULO 8: ANEXOS	63
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
ANEXO 2: ENCUESTA.....	66

RESUMEN

La normativa ecuatoriana Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN) tiene como objetivo proporcionar una atención segura y respetuosa a las mujeres y los recién nacidos durante el embarazo, el parto y el posparto, siguiendo principios de derechos humanos y evitando intervenciones innecesarias.

Objetivo: Este estudio examinó los conocimientos, actitudes y aplicación de los pasos recomendados en el componente de parto y posparto de la normativa ESAMyN por parte de los estudiantes del internado rotativo de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el año 2023.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con la participación de 200 estudiantes. Los participantes completaron una encuesta basada en los formularios de ESAMyN y los datos se analizaron en el programa SPSS V29. Las variables cualitativas se presentan en frecuencia y proporción, y las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central.

Resultados: El nivel de conocimientos, actitudes y aplicación fue bajo, con porcentajes del 81%, 80% y 91%, respectivamente. La edad promedio de los participantes fue de 24.4 ± 1.2 años. Además, los hombres mostraron un mejor conocimiento y actitudes en comparación con las mujeres. También se observó que los estudiantes que rotaban en hospitales públicos tenían un mejor conocimiento en comparación con aquellos en hospitales privados, y esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Conclusión: Este estudio destaca la necesidad de mejorar los conocimientos, actitudes y aplicación de las recomendaciones en el componente parto y postparto de la normativa ESAMyN de los estudiantes de medicina para brindar una atención adecuada a las mujeres y a las familias que acuden a los establecimientos de salud.

Palabras clave: Parto, post parto, conocimientos, actitudes y prácticas en salud

ABSTRACT

The Ecuadorian regulation known as "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño" (ESAMyN) aims to ensure safe and respectful care for women and newborns throughout the pregnancy, childbirth, and postpartum period, guided by principles of human rights and a commitment to minimizing unnecessary interventions.

Objective: This study aimed to assess the knowledge, attitudes, and implementation of recommended practices outlined in the childbirth and postpartum component of the ESAMyN regulation among medical interns at the Faculty of Medicine of the Pontifical Catholic University of Ecuador in 2023.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted, involving 200 participating students. The participants completed a survey based on the ESAMyN forms, and the data were analyzed using SPSS V29. Qualitative variables were presented as frequencies and proportions, while quantitative variables were analyzed using measures of central tendency.

Results: The study found a low level of knowledge, attitudes, and implementation, with percentages of 81%, 80%, and 91%, respectively. The average age of the participants was 24.4 ± 1.2 years. Interestingly, male students demonstrated better knowledge and attitudes compared to their female counterparts. Additionally, students rotating in public hospitals exhibited better knowledge compared to those in private hospitals, and this difference was statistically significant.

Conclusion: This study highlights the pressing need to enhance the knowledge, attitudes, and implementation of recommended practices outlined in the childbirth and postpartum component of the ESAMyN regulation among medical students. Improving these aspects is crucial to ensure the provision of appropriate care to women and families seeking healthcare services during this critical period.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

En los países de la región de las Américas, se aprobó la Declaración del Milenio por las Naciones Unidas en el año 2000, comprometiendo a la comunidad internacional a cumplir con los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) que ofrecían un programa de acción sanitaria mundial, en el que la salud materna ocupaba un lugar privilegiado. Uno de los desafíos planteados fue la meta 5A que proponía una reducción de un 75% de las muertes maternas entre los años 2000 y 2015, a pesar del progreso que lograron varios países de América Latina y el Caribe muchos no alcanzaron la meta. La mortalidad materna prevenible sigue siendo parte de una agenda inconclusa y uno de los mayores desafíos del mundo.

Ecuador fue uno de los países que no cumplió con esta meta, sin embargo, organismos internacionales reconocieron el descenso significativo de muertes maternas en las últimas décadas, aunque se presume que esa reducción ocurrió en las mujeres privilegiadas de mejor condición social y económica, y mayor acceso a servicios, información y otros recursos. Si bien el Ecuador, con una razón de muerte materna de 64 x 100.000 nacidos vivos en ese periodo, se posicionó en una situación intermedia en relación con otros países, sin embargo, las diferencias al interior del país son importantes.

En las últimas estimaciones de mortalidad materna en todo el mundo sigue existiendo desigualdad en todos los niveles. Por ende, es importante centrar la atención en abordar las desigualdades en los subgrupos vulnerables a medida que disminuyen las tasas de mortalidad. Es imprescindible que todos los países avancen de forma continua, instaurando y manteniendo sistemas de atención de salud que puedan ofrecer una atención de salud materna y neonatal disponible, aceptable, accesible, y de buena calidad para responder a las necesidades de salud, así como a sus valores y preferencias.

En el año 2015, la Organización Naciones Unidas (ONU) aprobó la Agenda 2030 que consta de 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) que establecen estrategias transformadoras hacia la sostenibilidad social, económica y ambiental de todos los países tanto a nivel nacional como local. Para lograrlo, es esencial cumplir con lo estipulado en el Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, que considera la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

En concordancia, esta también es una de las prioridades en las políticas nacionales del Ministerio de Salud Pública (MSP), por lo cual se elaboró el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal que pretende promover una atención materna

y neonatal integral e intercultural, optimizar el acceso informado a los servicios de salud, informar sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de las usuarias, entre otros. Además, tiene como objetivo reforzar los sistemas de vigilancia de la mortalidad materna que lo prioriza en el Plan Decenal de Salud 2022-2031. Con este fin, se están redefiniendo las responsabilidades de varios sectores de la salud para abordar mejor las causas de la mortalidad materna e influir con diferentes estrategias locales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció recomendaciones para que las prácticas en la atención del parto y posparto vayan más allá de la sobrevivencia del binomio madre-neonato, centrándose en una política de atención respetuosa a la maternidad mediante un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Evitando las intervenciones médicas sin indicación clínica realizadas sin consentimiento o de forma colectiva, la imposición de la posición de parto y la medicalización excesiva, que constituyen formas de abuso e irrespeto en la atención del parto.

Acorde a estas recomendaciones se plantea la normativa ESAMyN (Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño), que establece directrices que fomentan una adecuada, oportuna y segura atención a las mujeres y los recién nacidos, durante el embarazo, parto y posparto, en la que también se incluye las recomendaciones que promueven y protegen la lactancia materna de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Se espera que la implementación progresiva de esta normativa garantice el cumplimiento de los mandatos constitucionales, así como los lineamientos del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud con enfoque Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

NORMATIVA ESAMyN

Es una normativa sanitaria para la Certificación de Establecimientos de la Salud como Amigos de la Madre y del Niño, emitida en una primera versión mediante Acuerdo Ministerial No. 00000108 registrado el 23 de septiembre del 2016 por el MSP, con la intención de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, a través de una atención integral y de calidad a la madre y al recién nacido durante el embarazo, proceso de parto y fomento de la lactancia materna. Sin embargo, en el año 2021 se vio la necesidad de establecer una actualización de los parámetros de la normativa para garantizar su implementación en todas las unidades sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que atienden partos, públicas o privadas, y que deseen o no la certificación. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

Objetivos

Objetivo general

“Proporcionar al personal de salud, directrices que le permitan brindar una adecuada, oportuna y segura atención a las mujeres y los recién nacidos, durante el embarazo, parto y posparto en los establecimientos de salud que atienden partos, como una estrategia para contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal.” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

Objetivos específicos

- “Mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal
- Promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido
- Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales
- Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis
- Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna”

(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

Componentes

La Normativa ESAMyN está constituida por 4 componentes y cada componente está integrado por algunos pasos, en total 21. Los establecimientos de salud públicos y privados deben cumplir con estos parámetros en un porcentaje significativo para alcanzar el puntaje requerido para la certificación. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

COMPONENTES	PASOS
GENERAL	1. Capacitación de profesionales de salud
PRENATAL	2. Educación prenatal
	3. Controles prenatales
	4. Asesoría, tamizaje y tratamiento de VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas
PARTO Y POSTPARTO	5. Promover el acompañamiento durante la labor de parto, parto y posparto
	6. Brindar respeto, dignidad, privacidad y confidencialidad
	7. Garantizar la atención de partos en libre posición
	8. Proporcionar estrategias para el alivio del dolor
	9. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias
	10. Garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto
	11. Realizar los procedimientos médicos al recién nacido frente a la madre
	12. Identificar riesgos y manejar complicaciones
	13. Permitir el contacto de la madre y el padre o familiar con el recién nacido
	14. Asesorar y garantizar métodos de planificación familiar e informar signos de alarma antes del alta médica
	15. Iniciar y mantener la lactancia materna

LACTANCIA MATERNA	16. No dar al recién nacido alimentos o líquidos que no sea la leche materna
	17. Practicar alojamiento conjunto de madres y recién nacidos las 24 horas del día
	18. Fomentar la lactancia a demanda, sin horas ni duración de toma
	19. No dar biberones ni chupones a neonatos que amamantan
	20. Referir a las madres a grupos de apoyo a la lactancia materna
	21. No entregar material de propaganda o muestras gratis de leches de fórmula

Fuente:(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021). Elaboración: Autora

Todos los componentes de la normativa son importantes porque tienen un efecto sobre la salud y el bienestar de la madre, el feto y el recién nacido. La normativa se fundamenta en la integración a nivel organizacional, de servicios y de profesionales (Van Der Werf et al., 2022) La integración organizacional implica coordinar los servicios de atención materna y neonatal dentro de un único sistema de atención. La integración de servicios se refiere a la combinación de diversos servicios de atención materna y neonatal en un mismo lugar. Por su parte, la integración profesional se relaciona con la colaboración entre distintos profesionales de la salud con el propósito de brindar atención materna y neonatal, buscando reducir la mortalidad materno-neonatal en entornos seguros y con servicios de calidad. (Van Der Werf et al., 2022) La Normativa es de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud que atienden partos a nivel nacional, sin embargo, el tema de interés en esta investigación será el componente parto y posparto, enfocada en la calidad de la atención integral del parto, la adecuada atención del recién nacido y en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.

COMPONENTE PARTO Y POSPARTO

PASOS

1. Promover el acompañamiento durante la labor de parto, parto y posparto por una persona de su elección

Directriz: “Permitir el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, parto (vaginal o cesárea) y posparto por una persona de su elección a excepción que la mujer no lo desee o exista una indicación clínica que lo contraindique y se informe a la mujer y/o acompañante”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

Según la definición de la OMS, la calidad de la atención se refiere a brindar una atención competente y garantizar que el parto sea una experiencia positiva tanto para las mujeres como para sus familias. La comunicación eficaz, el respeto y el apoyo emocional se reconocen como elementos fundamentales para mejorar la salud materna. A nivel global, existe un interés en mejorar la calidad de la atención materna y neonatal, y uno de los componentes clave para lograr una atención respetuosa es el acompañamiento durante el parto, recomendado por la OMS.

(Organización Mundial de la Salud , 2019)

La Organización Mundial de la Salud (2019) define el “acompañamiento durante el trabajo de parto como al apoyo brindado a una mujer durante el trabajo de parto y el parto, y que puede ser el cónyuge o pareja, amiga/o, familiar, miembro de la comunidad o partera”. (pág. 38)

En ciertos entornos la compañía puede no estar permitida continuamente durante el trabajo de parto y el parto, pero puede estar permitida intermitentemente (durante el trabajo de parto pero no durante el nacimiento). Puede variar en el espectro completo de contextos y situaciones en los que las mujeres pueden ser acompañadas y apoyadas durante el trabajo de parto.

En los establecimientos de salud de los países de ingresos altos, se alienta a la pareja, la familia o los amigos de la mujer a que la acompañen durante el trabajo de parto y el parto. En estos entornos siempre cuentan con salas de parto privadas y con apoyo personalizado constante. Por el contrario, en los países de ingresos medianos y bajos, la prioridad es la medicalización del

parto, la mayoría de hospitales públicos tienen una política que permite que los familiares de las mujeres esperen fuera de la sala de partos, con ciertas horas asignadas para permitir las visitas, generalmente durante el almuerzo o la cena. Además, con el avance de la tecnología y el mayor acceso a los teléfonos móviles, también surgen preocupaciones sobre las imágenes y grabaciones de audio y video que pueden utilizarse en posibles casos de demandas judiciales contra el personal de salud. Esto puede no permitir que las mujeres tengan a una persona de apoyo presente en la sala de partos. (Bohren et al., 2019)

Tradicionalmente la partería era el acompañamiento durante la atención de parto en el hogar de la mujer, la partera es la encargada de proporcionar una dieta especial y el consumo de abundantes líquidos para garantizar que la mujer cuente con la energía necesaria para el trabajo de parto y parto, permite la libre posición y fomenta el acompañamiento de la familia pues comprende que, si la mujer se siente apoyada, el proceso será más rápido y menos traumático. Al finalizar el nacimiento, el acompañamiento de la partera se prolonga hasta 40 días posparto, para procurar una lactancia materna eficaz y un adecuado cuidado del recién nacido. (Motta-León et al., 2020)

La compañía durante el trabajo de parto tiene importantes beneficios para la salud materna, que incluyen: menor número de cesáreas, menor tiempo del trabajo de parto, disminución de la ansiedad a través del apoyo e información, disminución de la angustia y soledad, disminución de la sensación de enfermedad y descontrol a partir de su participación activa en el proceso de parto. Los acompañantes del trabajo de parto pueden fomentar una mejor comunicación entre las mujeres, la familia y los profesionales de la salud, además pueden contribuir a aliviar el dolor con métodos no farmacológicos como masajes, movilidad y cambios de posición, además del apoyo emocional, transmitir tranquilidad a la mujer, y brinda una presencia física continua. La compañía durante el trabajo de parto empodera a las mujeres, porque representa un intercesor para ayudar a expresar las preferencias de la mujer. Todos estos beneficios en conjunto mejoran la experiencia del parto y generan confianza en las mujeres en sus habilidades para dar a luz. (Bohren et al., 2019)

En un estudio realizado en los centros de salud que brindan atención de partos en Quito, Ecuador, se observó que de un total de 388 mujeres, el 46,9% de las que tuvieron parto vaginal (121 mujeres) indicaron que no se les permitió ser acompañadas por personal de salud, mientras que en el caso de partos por cesárea, esta cifra fue del 92,1% (116 mujeres). En cuanto al

acompañamiento permitido durante el posparto inmediato, se encontró que, en el caso de partos vaginales, el 6,6% (17 mujeres) señaló que no se les permitió estar acompañadas durante el período de recuperación inmediata, y en el caso de cesáreas, este porcentaje fue del 8,8% (11 mujeres). Aunque la mayoría de las mujeres informaron que se les permitía tener compañía durante el posparto inmediato, esta práctica solo se permitía durante las horas de visita establecidas. (Meijer et al., 2020)

A pesar de los beneficios del acompañamiento para la salud materna y el bienestar de las mujeres, en la actualidad la cantidad de pacientes y el estrés laboral que viven los profesionales de salud hacen complicado el acompañamiento personalizado para cada mujer, especialmente en países de ingresos medianos y bajos. La implementación de esta intervención sigue siendo deficiente especialmente por las siguientes barreras: la limitada capacitación, sobre los beneficios del acompañamiento, que existe para las mujeres, las familias y los profesionales de salud, las políticas restrictivas a nivel de los establecimientos de salud, la falta de espacio o privacidad, además del temor a demandas y a un mayor riesgo de transmisión de infecciones en la sala de trabajo de parto. El nivel de organización y apoyo que se requiere en la reestructuración de los servicios obstétricos para permitir la presencia de acompañantes es complejo y requiere de una mejor comprensión de los factores que pueden influir en el éxito de esta intervención. (Bohren et al., 2019)

2. Brindar respeto, dignidad, privacidad y confidencialidad

Directriz: “Ofrecer la opción a las mujeres de usar su propia ropa para que se sienta cómoda, mantenga la privacidad y se respete su dignidad. Permitir a las mujeres que puedan ingerir líquidos o alimentos ligeros durante el trabajo de parto siempre y cuando no exista una indicación clínica que la restrinja y sea informado a la mujer y/o acompañante”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

La Organización Mundial de la Salud define a la atención materna respetuosa como:

“La atención organizada y brindada a todas las mujeres de una manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, garantice la ausencia de daños y malos tratos, y permita la elección informada y el apoyo continuo durante el trabajo de parto”. (Asefa, 2021)

En todos los mamíferos, incluyendo los seres humanos, es esencial tener privacidad durante el proceso de parto. Las hembras mamíferas tienden a buscar lugares oscuros y aislados para parir, ya que el estrés causado por la observación puede prolongar y complicar el parto, e incluso interferir en el cuidado de las crías después del nacimiento. En el pasado, las mujeres también se aislaban para dar a luz y solo solicitaban ayuda a las parteras en caso de ser necesario, especialmente durante las últimas etapas del parto. Sin embargo, en la actualidad, con la presencia de médicos varones, el uso de tecnología médica y la participación del padre en el proceso de parto, se ha minimizado la importancia de la intimidad para las mujeres. Se ha creado la falsa creencia de que las mujeres no pueden dar a luz sin asistencia. Se ha observado que la duración del parto está relacionada con el número de personas presentes durante el nacimiento. (Odent , 2020)

A pesar de las leyes internacionales que defienden el derecho de las mujeres embarazadas a la atención materna respetuosa y digna, este continúa siendo un problema mundial que afecta especialmente a las personas de países de bajos y medianos ingresos debido a que tienen menos opciones de acceso a la salud, ineficiente cobertura de seguros médicos, sistemas legales endebles, leyes con estereotipos de género y falta de conocimiento de los derechos de los pacientes, todo esto interfiere en el acceso a los servicios médicos de alta calidad. La mala calidad de atención acentúa la inequidad y es uno de los principales factores de la baja utilización de la atención de salud, especialmente para la atención materna y neonatal. (Sacks & Peca, 2020)

Las mujeres y sus familias vulnerables, migrantes, aisladas por su ubicación geográfica, y afectadas por conflictos o desastres son las que más necesitan una atención médica integral de alta calidad y lamentablemente son las que reciben denegación o una peor calidad de atención debido a la discriminación. Varios estudios cualitativos han identificado factores potenciales asociados con un mayor riesgo de falta de respeto y abuso desde la perspectiva de las mujeres trabajadoras, incluida la etnicidad y religión; ser una mujer joven, soltera, con alta paridad y tener un embarazo de alto riesgo obstétrico. (Moridi et al., 2022)

La cultura de la atención médica debe transformarse para garantizar establecimientos de salud acogedores, seguros, amables y respetuosos para todos y todas las personas que requieran atención, independientemente de su condición socioeconómica. Absolutamente nadie debe

temer a recibir maltratos, falta de comprensión, consentimiento o información completa de cualquier intervención médica, debido a que esto puede disminuir la probabilidad de seguimiento, adherencia a la medicación o a los planes de tratamiento, y representa una barrera clave para buscar atención de maternidad en un establecimiento de salud para futuros nacimientos. (Sacks & Peca, 2020)

Asefa (2021) asegura que “La atención de la maternidad respetuosa se basa en un sistema de salud sólido, y no se puede tener una atención respetuosa en ausencia de un sistema de salud que funcione bien”. (pág.1)

Promover el respeto a nivel interpersonal y del sistema de salud atrae a más mujeres a los establecimientos de salud, mejora sus experiencias de parto y mitiga las muertes maternas evitables. Para conseguir un parto humanizado en contexto hospitalario es importante considerar siempre la necesidad de privacidad de las mujeres, durante los exámenes y procedimientos, protegiéndolas de ser vistas por otras pacientes, personal masculino y limitando el número de personal y asistentes que están presentes. Además, la asistencia del parto también debe promover prácticas del parto normal, entre estas se incluye la libertad de utilizar su propia ropa para que las mujeres se sientan cómodas y permitir la ingesta de líquidos y alimentos durante el parto, en gestantes con bajo riesgo. La evidencia científica sostiene que la restricción de la ingesta no aporta ningún beneficio, en más de 3000 gestantes que participaron en ensayos clínicos incluidos en una revisión sistemática, no se reportó ningún caso de Síndrome de Mendelson (inhalación de alimentos y líquidos del estómago a los pulmones durante la anestesia general) razón por la cual se limita la ingesta oral durante el trabajo de parto. (Troncoso-Espinoza & Figueroa-Lassalle, 2022)(Andrén et al., 2021)

3. Garantizar la atención de partos en libre posición

Directriz: “Alentar a las mujeres a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto, siempre que no esté clínicamente contraindicado. Permitir que las mujeres asuman la posición de su elección en el parto a no ser que esté clínicamente contraindicado. Capacitar a los profesionales de salud para que atiendan partos en libre posición. Asegurar un espacio adecuado para el parto en libre posición”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021) Nuestro país es muy diverso, tanto en lengua como en cultura, reconociéndose en la actualidad 14 nacionalidades y 21 pueblos. Por esta razón se promueve el parto intercultural cuyo propósito es humanizar el parto, situando a la mujer como protagonista de este proceso. “El parto en libre posición con

pertinencia intercultural” se conoce como parto respetado, una técnica que promueve el MSP en diversas comunidades. (Crespo Antepara, 2019) No obstante, en un estudio realizado en los centros de salud que atienden partos en Quito se encontró que, de un total de 388 mujeres, el 82,5% (320 mujeres) informó haber experimentado trabajo de parto. Entre estas mujeres, el 37,2% (119 mujeres) no pudieron elegir la posición que deseaban adoptar o desconocían que tenían la opción de elegir durante el trabajo de parto. Al preguntarles acerca de la fase del parto, el 53,5% (138 mujeres) no tuvo la oportunidad de elegir la posición deseada o no sabían que podían hacerlo. (Meijer et al., 2020) La mayoría de las veces, las mujeres encuentran la posición más adecuada para lograr la distensión gradual de la vulva durante el parto. Cuando la mujer se sostiene de algo o de alguien, se crea un equilibrio entre la fuerza hacia arriba y la presión hacia abajo, lo que resulta en una relajación coordinada de los músculos internos y del perineo. A través de la experiencia de mujeres que dieron a luz sin sentirse observadas y con plena autonomía, se ha observado que la posición en sí misma no es relevante, sino que el equilibrio hormonal de la madre es el factor determinante en la elección de la postura. Cuando los niveles de adrenalina son bajos, es probable que las mujeres se recuesten y permanezcan quietas, mientras que un aumento de adrenalina puede llevar a que se pongan de pie. Sin embargo, durante el reflejo de eyección del feto, lo crucial no es la posición en sí, sino más bien la sensación de necesidad de adoptar dicha postura. A medida que llegan las últimas contracciones, generalmente la mejor posición resulta ser aquella que nadie había anticipado. (Odent , 2020)

La mayoría de las veces, las mujeres encuentran la posición más adecuada para lograr la distensión gradual de la vulva durante el parto. Cuando la mujer se sostiene de algo o de alguien, se crea un equilibrio entre la fuerza hacia arriba y la presión hacia abajo, lo que resulta en una relajación coordinada de los músculos internos y del perineo. A través de la experiencia de mujeres que dieron a luz sin sentirse observadas y con plena autonomía, se ha observado que la posición en sí misma no es relevante, sino que el equilibrio hormonal de la madre es el factor determinante en la elección de la postura. Cuando los niveles de adrenalina son bajos, es probable que las mujeres se recuesten y permanezcan quietas, mientras que un aumento de adrenalina puede llevar a que se pongan de pie. Sin embargo, durante el reflejo de eyección del feto, lo crucial no es la posición en sí, sino más bien la sensación de necesidad de adoptar dicha postura. A medida que llegan las últimas contracciones, generalmente la mejor posición resulta ser aquella que nadie había anticipado. (Odent , 2020)

A pesar de lo mencionado, la evidencia medica científica afirma que las posiciones verticales o laterales, comparadas con las convencionales se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, nacimientos asistidos, episiotomías, dolor agudo durante la segunda etapa y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal. Incluso las mujeres que recibieron analgesia epidural se ven beneficiadas de la movilización y adopción de diferentes posiciones durante el trabajo de parto. Sin embargo, también se asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado y mayor número de hemorragias posparto de más de 500 ml. (Crespo Antepara, 2019) (Pacheco Castillo, 2021)

4. Proporcionar estrategias para el alivio del dolor

Directriz: “Ofrecer métodos no farmacológicos para el manejo del dolor según la norma vigente de educación prenatal. Asegurar que los profesionales de la salud que atienden partos estén capacitados en el manejo del dolor con métodos no farmacológicos”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

El dolor de parto es uno de los tipos de dolores más severos que una mujer experimenta durante su vida. La efectividad del alivio del dolor durante el trabajo de parto es una de las muchas dimensiones que puede afectar la experiencia general de una mujer con este proceso. Dependiendo de las preferencias particulares de una mujer, la OMS recomienda la analgesia epidural, los opioides sistémicos, las técnicas de relajación y las técnicas manuales (como el masaje) como opciones de alivio del dolor para las mujeres en trabajo de parto. Sin embargo, existen otras formas de controlar el dolor que no son muy conocidas por el personal de salud, probablemente por la tendencia a medicalizar el parto. Entre las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor se encuentran: el calor local, deambulaci3n, ba1os de agua, relajaci3n, musicoterapia, aromaterapia, visualizaci3n, entre otros, que contribuyen a disminuir la intensidad del dolor, el tiempo del trabajo de parto, y facilitan la comunicaci3n entre el personal m3dico y la gestante. (Mejía Merino et al., 2018) (Nanji & Carvalho, 2020)

La aromaterapia es una t3cnica que disminuye la percepci3n del dolor y la ansiedad durante el parto, y tambi3n se relaciona con una menor frecuencia de uso de anestesia epidural y opioides. Los aceites esenciales m3s utilizados incluyen geranio, incienso, lavanda, rosa, manzanilla, jazmín, menta, naranja y clavo. Por otro lado, la musicoterapia estimula el centro auditivo, el

cual afecta el sistema límbico, la formación reticular, el hipotálamo y la corteza cerebral. Dado que el centro auditivo y el centro del dolor se encuentran cercanos, la estimulación del primero puede inhibir la sensación de dolor durante el parto. Estudios han demostrado que la musicoterapia puede tener efectos beneficiosos en el control del dolor y la ansiedad durante el parto, especialmente en mujeres que están dando a luz por primera vez. (Guzewicz & Sierakowska, 2022)

El masaje aplicado a mujeres embarazadas es una técnica de alivio del dolor que se ha utilizado durante muchos años, debido a que estimula la liberación de endorfinas y oxitocina, al tiempo que inhibe la producción de adrenalina y norepinefrina. Mediante esta técnica, se logra acortar la duración de las etapas tempranas y tardías del trabajo de parto, además de reducir la sensación de dolor durante el parto. Las compresas calientes tienen la capacidad de acortar la duración del parto, aliviar el dolor causado por las contracciones y estimular las contracciones uterinas sin afectar negativamente al feto. Por lo tanto, la terapia de calor también se puede emplear para promover las contracciones uterinas sin necesidad de administrar oxitocina artificialmente. Además, el uso de compresas calientes proporciona protección al perineo, previniendo su desgarro. (Guzewicz & Sierakowska, 2022)

La inmersión en agua a temperatura corporal se ha demostrado que beneficia la fase de dilatación del cuello uterino. Cuando la mujer gestante se sumerge en agua durante la mitad de esta etapa, especialmente durante las contracciones intensas, la dilatación suele avanzar rápidamente, generalmente en alrededor de una hora u hora y media en el caso del primer bebé. Aunque las contracciones pueden parecer menos intensas y dolorosas, la madre percibe su efectividad. Además, se ha documentado ampliamente que reduce de manera significativa los niveles de adrenalina, lo que facilita y acelera la primera fase del parto. (Odent , 2020)

A pesar de todos los métodos disponibles para aliviar el dolor que pueden ayudar a las mujeres a sentirse en control, algunas descubrieron que los métodos naturales eran menos efectivos de lo esperado, mientras que otras no estaban satisfechas con las complicaciones que surgieron después de usar medicamentos. Algunas mujeres que optaron por medicamentos experimentaron sentimientos de culpabilidad, mientras que las mujeres que aprendieron técnicas de relajación continuaron utilizándolas con beneficios tanto para ellas como para los bebés. Estos resultados resaltan que las mujeres tienen experiencias variadas con diferentes

métodos para aliviar el dolor y que necesitan información acerca de los riesgos y beneficios de todas las opciones disponibles. (Thomson et al., 2019)

5. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias

Directriz: “Evitar procedimientos invasivos a no ser que estén clínicamente indicados por la presentación de una complicación de la madre y/o del recién nacido”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

La OMS menciona que los tactos vaginales excesivos y por múltiples profesionales, la episiotomía de rutina, la maniobra de Kristeller, la amniotomía precoz, el uso rutinario de oxitocina, la cesárea sin indicación clínica y la imposición de la posición de parto no son prácticas recomendadas en la atención de parto. Además, se considera a estas prácticas deshumanizadas, por patologizar los procesos naturales que resultan en la pérdida de autonomía y capacidad de la mujer de decidir libremente sobre su cuerpo y su sexualidad afectando negativamente su calidad de vida. (Henriques Leite et al., 2022)

La cesárea sin indicación médica se asocia a un mayor riesgo de muerte materna que el parto vaginal, así como una mayor probabilidad de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, transfusión de sangre e histerectomía. (Betran, et al. 2021). La tasa ideal de cesárea según la OMS, debe oscilar entre el 10% y el 15%, sin embargo, en América Latina el 42,8 % de mujeres dan a luz por cesárea y en el Ecuador aproximadamente 50% siendo en el sector privado el doble que en el sector público. La proyección de cesáreas para 2021-2030 sugiere que la tasa mundial de cesáreas se acercará al 30 % para el 2030, con 38 millones de cesáreas realizadas en todo el mundo. (Organization, 2023)

En el estudio realizado en los centros de salud que atienden partos en Quito, en relación con todos los procedimientos invasivos, se destaca la realización de episiotomías y la aplicación de presión fúndica durante la segunda etapa del trabajo de parto (conocido como Kristeller), ya que más del 35% de las mujeres no recibieron información sobre estos procedimientos. Estos hallazgos ya han sido explorados en un estudio anterior que describió la falta de cumplimiento del derecho a la información. En cuanto al afeitado de genitales y la administración de enemas (ambos procedimientos no recomendados por la OMS), en más de la mitad de los casos a los usuarios no se les brindó información sobre dichos procedimientos. La situación es similar con

respecto a la ruptura prematura de membranas y el uso de fórceps. En cuanto a la ligadura de trompas, un procedimiento irreversible de esterilización femenina se observó que, dentro del total de datos válidos, 2 de las 39 mujeres (5,3%) no fueron informadas previamente sobre este procedimiento. (Meijer et al., 2020)

La cesárea se ha convertido en una operación fácil, rápida y segura, la mayoría de las mujeres la prefieren y a pesar de que es una intervención que todos los servicios de urgencias deberían poder llevarla a cabo, se ha convertido en la forma más común de nacer. La condición previa para la utilización a gran escala de una intervención quirúrgica es ciertamente la seguridad. Las técnicas quirúrgicas han avanzado significativamente para reducir los riesgos y preocupaciones estéticas asociadas. Asimismo, ha habido avances en anestesia, introducción de antibióticos, transfusiones de sangre y desarrollo de tubos de perfusión de plástico, lo cual ha mejorado la seguridad de las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, el aumento de las tasas de cesáreas en todo el mundo no se debe principalmente a estos avances, sino a una falta de comprensión cultural de las necesidades fundamentales de las mujeres durante el parto. Después de múltiples partos influenciados por la cultura, un siglo de industrialización del proceso de dar a luz y una abundancia de métodos de parto natural y cesárea confiable, es comprensible cómo se han descuidado estas necesidades básicas. La falta de comprensión de los procesos fisiológicos está directa o indirectamente relacionada con altas tasas de cesáreas. Si se hubieran entendido mejor las necesidades fundamentales de las mujeres durante el parto, no estaríamos presenciando generaciones de nacimientos altamente medicalizados. (Odent, 2020)

El nacimiento mediante cesárea puede provocar una falta de microorganismos a través de la vía perineal en el bebé, lo que resulta en un desequilibrio en el sistema inmunológico. Esto se considera un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades como el asma, enfermedades alérgicas y enfermedades autoinmunes, como la diabetes mellitus tipo 1. Un estudio realizado en Dinamarca demostró que la falta de diversidad en el microbioma de los bebés nacidos por cesárea puede aumentar la predisposición a la resistencia a la insulina, la adiposidad y respuestas inflamatorias excesivas. El modo en que nacemos tiene efectos a largo plazo, no solo porque marca el inicio de la interacción entre el huésped y el microbioma, que una vez establecido puede considerarse como un aspecto de la personalidad difícil de cambiar. También influye en la expresión génica, que está principalmente influenciada por factores ambientales durante el período pre y perinatal. En este sentido, la epigenética nos ayuda a comprender cómo

los rasgos adquiridos pueden transmitirse a las siguientes generaciones y cómo se pueden producir cambios en la frecuencia de ciertas enfermedades. (Odent , 2020)

6. Garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto

Directriz: “Garantizar el contacto piel a piel de manera inmediata e ininterrumpidamente al menos una hora entre la madre y el recién nacido/a para proporcionar abrigo y apego, salvo restricción específica por el estado de salud de la madre y/o el recién nacido”. “Iniciar la lactancia materna en el transcurso del contacto piel a piel dentro de la primera hora de vida del recién nacido salvo que la madre no lo desee o exista una restricción que esté clínicamente justificada”. “Realizar el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical, a no ser que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o el recién nacido”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

La OMS define el contacto piel con piel como colocar al bebé desnudo sobre el abdomen o el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento o menos de 10 minutos del parto durante al menos una hora. Por lo tanto, el contacto piel a piel temprano debe ocurrir dentro de las primeras 24 horas después del parto. Este primer contacto entre la madre y el bebé puede aprovecharse para iniciar la lactancia tempranamente, además regula la temperatura corporal del lactante, lo protege de infecciones, mejora el sistema cardiorrespiratorio, reduce la mortalidad infantil, aumenta la confianza de la madre y la satisfacción con la experiencia del parto. (Ghanbari-Homay et al., 2020)

En un estudio realizado en los centros de salud que atienden partos en Quito se encontró que, 196 (50,5%) de las 388 mujeres no tuvieron acceso al apego temprano, mientras que 175 (45,1%) informaron que sí. En cuanto a la asistencia con el inicio de lactancia materna, 135 (34,8%) mujeres indicaron que no recibieron asistencia, 248 (63,9%) sí recibieron asistencia y 5 (1,3%) no respondieron a la pregunta. Por lo tanto, la investigación reveló que la mitad de las participantes en el estudio no tuvieron la oportunidad de establecer un vínculo inmediato con sus recién nacidos, y la promoción de la lactancia materna no fue considerada una prioridad en el período posparto, a pesar de las evidencias de sus múltiples beneficios a corto, mediano y largo plazo. (Brandão et al., 2018)

Durante la hora posterior al parto, se produce una liberación de hormonas tanto en la madre como en el bebé que crea un momento crítico y único para establecer un vínculo fundamental entre ambos. Si la madre y el bebé permanecen juntos sin separación, existe una alta probabilidad de que el bebé encuentre el pecho materno por sí mismo y consuma el calostro en la primera hora. El calostro materno contiene microorganismos beneficiosos, anticuerpos locales específicos como la IgA, que aún no son producidos por el recién nacido y no son suministrados a través de la placenta, además de sustancias con propiedades antiinfecciosas como la lactoferrina, la lisozima, el interferón, el complemento y enlaces de ácido fólico, entre otros. Es probable que la ingesta inicial de calostro tenga efectos duraderos, ya que impacta en el desarrollo de la microbiota intestinal y respiratoria a lo largo del tiempo. (Odent , 2020)

El ser humano es inherentemente social, pero nuestra sociedad no satisface adecuadamente las necesidades sociales de las mujeres embarazadas y madres. A menudo, estas mujeres se sienten solas cuando lo que realmente necesitan es un sólido apoyo social. Paradójicamente, durante el parto, las mujeres suelen estar rodeadas de varias personas, cuando en realidad anhelan intimidad. Esta necesidad de intimidad no desaparece después del parto. El entorno que respeta el proceso de parto también permite el contacto inicial entre la madre y el bebé sin interrupciones. Durante este contacto piel con piel, se produce el primer contacto visual. Investigaciones han revelado que los recién nacidos humanos tienen una predisposición a dirigir su mirada hacia objetos que se asemejen a un par de ojos situados a una distancia de alrededor de 30 centímetros de los suyos. (Odent , 2020)

El momento en el que se produce el contacto visual entre la madre y el bebé es crucial para su relación, pero a menudo hay interferencias de diversas formas. Solo cuando esta conexión íntima no se ve interrumpida, es posible que la lactancia materna se inicie en la hora posterior al nacimiento y que la placenta se expulse sin complicaciones. Para prevenir hemorragias postparto, es fundamental que la madre y el bebé estén juntos, en un entorno tranquilo y con poca luz, sin la presencia de observadores. La piel y la mirada del bebé estimulan la liberación de hormonas necesarias para el reflejo de expulsión de la placenta, y este reflejo se ve fortalecido cuando el bebé succiona el pezón materno. (Odent , 2020)

En relación a las prácticas integradas a la atención del parto, el pinzamiento oportuno debe ocurrir cuando el cordón deje de latir, está aplanado y sin pulso (2-3 minutos), eso asegura que

él bebe reciba los nutrientes que necesita, mejora los niveles de hierro evitando la aparición de anemia durante los primeros 4-6 meses de vida. Se recomienda el pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical (aproximadamente entre uno y tres minutos después de dar a luz) en todos los nacimientos. No se recomienda el pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical (menos de un minuto después del nacimiento), a excepción de que el recién nacido sufra hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación. (Acosta Caiza & Sesme, 2020)

7. Realizar los procedimientos médicos al recién nacido frente a la madre

Directriz: “Identificar correctamente al neonato inmediatamente después del parto. “Realizar los procedimientos de antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K frente a la madre/familiar/ acompañante a partir de la primera hora de vida”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

Es importante identificar al recién nacido con una manilla de plástico que tendrá impreso algunos datos (nombres y apellidos de la madre, número de historia clínica, género, sala y número de cama de la madre, fecha y hora de nacimiento) y se colocará en la muñeca izquierda en presencia de la madre o de algún familiar.

El creciente número de partos institucionales en todo el mundo ofrece la posibilidad de asegurar que se fortalezcan las mejores prácticas de cuidado del recién nacido y lactancia materna para las madres y sus bebés antes de ser dados de alta. Las familias tienen el derecho de estar presentes en todo momento y participar activamente en el cuidado del bebé, incluso en situaciones de riesgo al nacer o cuando se requiere hospitalización. La cercanía con los recién nacidos promueve en los cuidadores principales un cuidado amoroso y sensible, fundamental para lograr el pleno desarrollo de los niños y las niñas. (Pan American Health Organization, 2022)

Se recomienda explicar a los padres la importancia de realizar las profilaxis al recién nacido, la ocular para prevenir la oftalmia gonocócica y ceguera y la vitamina K para prevenir el síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K, se solicita el consentimiento y luego se coloca una dosis única en cada ojo de pomada oftálmica de eritromicina al 0.5%, la profilaxis

puede ampliarse hasta 4 horas tras el nacimiento, y una dosis única de vitamina K (1mg) por vía intramuscular. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

8. Identificar riesgos y manejar complicaciones

Directriz: “Capacitar a los profesionales de la salud en emergencias obstétricas (score mamá, claves obstétricas, traje anti-shock), reanimación del recién nacido y activación de la red”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

La atención durante el período perinatal y después del nacimiento debe ser llevada a cabo por profesionales capacitados, ya que se reconoce que el embarazo, el parto y los días posteriores son momentos de gran fragilidad. Las instituciones deben considerar la planificación de espacios de capacitación profesional continua. Tanto el acceso a los servicios como la eficiencia pueden ser mejorados significativamente mediante una gestión adecuada de la distribución de tareas y responsabilidades entre los profesionales de la salud. (Pan American Health Organization, 2022)

El Estado tiene la responsabilidad de supervisar que las instituciones encargadas de brindar atención a partos y recién nacidos cuenten con personal especializado acorde al tipo y nivel de atención requeridos, mediante el desarrollo de políticas de capacitación. Garantizar una atención obstétrica y neonatal adecuada no se limita únicamente a capacitar al personal de salud, sino que también implica contar con la cantidad adecuada de profesionales para cumplir con los estándares de calidad y seguridad en todas las prácticas. La distribución de estos profesionales debe ser gestionada de manera diferenciada según la complejidad de la institución, ya sea para atender a gestantes de alto riesgo o de bajo riesgo. (Pan American Health Organization, 2022)

La OMS ha identificado las principales complicaciones que llevan a la muerte materna, clasificándolas en el siguiente orden: hemorragias graves después del parto, que representan la mayoría de los casos, infecciones puerperales, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia, complicaciones durante el parto y abortos de riesgo. La OMS destaca que las hemorragias graves después del parto, si no se vigilan y atienden de manera oportuna en las dos horas siguientes, pueden ser mortales incluso para mujeres sanas. (OMS, 2019)

En Ecuador una de cada 10 mujeres que presentan estos trastornos fallece en nuestro país, y los otros 9 casos terminan teniendo consecuencias severas. Por eso es importante que los profesionales de salud tengan el suficiente conocimiento de las acciones biomédicas que deben realizar para prevenir estas complicaciones. (Noboa Cruz, 2019)

La administración de oxitocina, que corresponde al manejo activo de la tercera etapa del parto, es muy efectiva para prevenir la hemorragia obstétrica. Es una práctica muy común en los hospitales del MSP pero no se sabe con certeza si esto ocurre también en otras instituciones públicas y privadas. Desafortunadamente la preeclampsia no tiene ninguna intervención biomédica de prevención. Por lo tanto, lo más importante es tener el conocimiento y la destreza suficiente para realizar una identificación adecuada de la mujer en periodo de gestación, parto y postparto que cumpla con condiciones de riesgo obstétrico y aplicar de forma inmediata las claves obstétricas que son protocolos a seguir en dependencia de los puntajes obtenidos en la valoración del score mama para manejar estas patologías de forma ágil, precisa y efectiva precautelando así la vida de la madre y de su bebe. (Escobar Moreno et al., 2023)

Con respecto a la reanimación neonatal, en ocasiones algunos bebés no respiran o no lloran de forma espontánea al nacer. En estos casos, cuando los recién nacidos presentan una falta de vitalidad, se recomienda realizar estimulación manual como primer paso. Sin embargo, en situaciones especiales o cuando la estimulación manual no es efectiva, las Guías de Reanimación Neonatal proporcionan recomendaciones específicas de tratamiento para cada estado de vitalidad individual de los recién nacidos no vigorosos. (Pan American Health Organization, 2022)

En un estudio realizado en estudiantes de medicina de la PUCE (Pontificia Universidad Católica del Ecuador) durante su internado rotativo, se encontró que poseen un nivel medio de conocimientos en reanimación neonatal (43,48%). Se observó que aquellos participantes que recibieron clases de reanimación neonatal obtuvieron niveles más altos de conocimiento (98% nivel alto, 85% nivel medio), lo que indica que reforzar los aprendizajes del pregrado durante el internado rotativo contribuye a consolidar los conocimientos. Además, se encontró que aquellos que realizaron maniobras básicas de reanimación neonatal obtuvieron niveles más altos de conocimiento (82%), lo que resalta la importancia de la práctica en la adquisición de conocimientos en este campo. (Rosales Pavón & Velasteguí Pintado, 2022)

9. Permitir el contacto de la madre y el padre o familiar con el recién nacido

Directriz: “Permitir el libre acceso de la madre al área de neonatología, excepto cuando se realicen procedimientos médicos al recién nacido”.

“Permitir el acceso del padre o un familiar una vez al día al área de neonatología”.

“Brindar información sobre la evolución del recién nacido cuando la madre o el padre o familiar lo requieran”.

“Promover y facilitar la alimentación del recién nacido con leche materna”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

El enfoque de atención neonatal centrado en la familia (Family Integrated Care) es un modelo que está siendo implementado gradualmente en unidades de neonatología en todo el mundo. Este modelo promueve la participación activa de los padres como cuidadores principales del recién nacido, otorgándoles protagonismo y autonomía. Se ha demostrado que la implementación de modelos de integración familiar está asociada con beneficios significativos, como un aumento en la lactancia materna, un mejor aumento de peso del recién nacido durante la hospitalización, una reducción del estrés en el neonato, un fortalecimiento del vínculo familiar y el apego materno y paterno. Además, los padres están capacitados para satisfacer las necesidades de su hijo en el hogar, y se ha evidenciado que la educación familiar sobre la salud neonatal reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad, así como las visitas a servicios de urgencias y rehospitalizaciones. Por tanto, es fundamental considerar al binomio neonato-familia como una unidad inseparable. (Martín Marina Leire, 2022)

En la actualidad, la lactancia materna ha adquirido mayor reconocimiento a nivel social. Tanto los profesionales como las autoridades gubernamentales la respaldan de manera oficial y promueven su inicio dentro de la primera hora de nacimiento. Igualmente, se impulsa a que la madre logre un buen posicionamiento y fijación, sin restricciones en la frecuencia o duración de las tomas del bebé y sin imponer un horario de alimentación. Es fundamental que la madre cuente con información adecuada de las ventajas del amamantamiento, de cómo iniciar y establecer la lactancia después del parto, los patrones típicos de lactancia materna, alimentación receptiva, señales de alimentación y la importancia del calostro. (World Health Organization & United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2020)

A pesar de los notables progresos, la lactancia materna se encuentra con diversos desafíos. La situación actual se caracteriza por el hecho de que la mayoría de las madres comienzan a amamantar, pero no lo continúan más allá de los primeros tres o seis meses. Los organismos de salud pública se esfuerzan por comprender por qué la lactancia fracasa tan pronto; entre las posibles causas se encuentra la reintegración al trabajo de la madre, aunque muchas madres que no trabajan también se enfrentan a este problema. La realidad es que los obstáculos para la lactancia materna son de naturaleza social. Para amamantar a un bebé durante varios años, una mujer moderna necesita poseer una notable capacidad para resistir las presiones sociales, incluso las provenientes del entorno familiar. (Odent , 2020)

10. Asesorar y garantizar métodos de planificación familiar e informar signos de alarma antes del alta médica

Directriz: “Fortalecer la asesoría en métodos anticonceptivos post evento obstétrico”.
“Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos después del parto (vaginal o cesárea), post evento obstétrico”. “Informar sobre signos de alarma de la madre y del recién nacido”.
“Concertar fecha y hora o realizar referencia para el primer control de salud de la madre y del recién nacido al alta según el nivel de atención.” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

Proporcionar orientación sobre planificación familiar es un componente esencial de la atención a la salud materna que puede satisfacer la demanda de anticoncepción de las mujeres y, por lo tanto, mejorar el uso de métodos anticonceptivos. La planificación familiar se refiere a la prevención de embarazos no deseados y embarazos con intervalos cortos en los primeros 12 meses después del parto. A nivel global, aproximadamente el 65% de las mujeres en su primer año después del parto tienen una necesidad no satisfecha de servicios de planificación familiar, lo que representa más de 220 millones de mujeres en países en desarrollo. Una gran necesidad insatisfecha de planificación familiar se relaciona con el bajo uso de anticonceptivos. Los datos muestran que la orientación organizada garantiza los derechos de las mujeres a tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su salud reproductiva, lo cual a su vez mejora la utilización de métodos anticonceptivos modernos. (Sey-Sawo et al., 2023)

En Ecuador, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), los métodos anticonceptivos más preferidos son el implante subdérmico con un 38,8%, seguido de los inyectables con un 19,4% y la esterilización femenina con un 18,1%. La principal fuente de obtención de estos métodos es el MSP, con un 48%, seguido de las farmacias y clínicas privadas con un 37,7%. En el país, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es del 7%, siendo mayor entre las mujeres casadas con un 8%. Además, esta necesidad insatisfecha es más alta en mujeres indígenas con un 10,4% y afroecuatorianas con un 10,1%. Se destaca que esta necesidad insatisfecha es aún más pronunciada en mujeres sin educación formal, alcanzando un 9,2%. (Calle Guaña Gabriela Alexandra, 2018)

El Alta hospitalaria postnatal antes de las 48 horas posteriores a un parto eutócico aumenta la incidencia y duración de la lactancia materna, facilita el vínculo madre-hijo e incentiva la participación del padre y otros familiares en los cuidados del recién nacido, influye de manera positiva sobre el entorno familiar, promueve la autoconfianza de la madre y reduce el riesgo de depresión posparto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Sin embargo, antes de dar el alta se debe explicar y ofrecer a la mujer diferentes opciones de planificación familiar que ayudan a evitar embarazos no deseados y mantienen a la mujer protegida en el futuro, ofrecer como mínimo cinco métodos anticonceptivos como: condón femenino, masculino, implantes, pastillas con progestágenos, pastillas combinadas, inyecciones, DIU- (T de cobre), vasectomía y ligadura de trompas. También explicar a la madre y al acompañante que busque ayuda en el establecimiento de salud más cercano si aparece alguno de los siguientes signos de alarma en el bebé: cambio de coloración de la piel, dificultad para alimentarse, fiebre, dificultad para respirar, convulsiones o debilidad, o si presenta signos de alarma la madre: sangrado, secreción, fiebre, dolor de barriga, visión borrosa, y dolor de cabeza. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)(World Health Organization, 2015)

CAPÍTULO 3: MÉTODOS

3.1 JUSTIFICACIÓN

La asistencia al parto ha ido cambiando a lo largo de la historia. Tradicionalmente la atención del parto y sus cuidados eran proporcionados por mujeres, denominadas “parteras”, su trabajo se basaba en el respeto y la integración de la cultura, creencias, valores y preferencias de la mujer. La partera establecía una conexión con la parturienta y su familia, así como con los elementos de la naturaleza, los ancestros y su territorio, lo que hacía del nacimiento una experiencia realmente significativa en la vida de la madre y su familia. Debido al desarrollo del conocimiento científico y los avances tecnológicos, la atención del parto se ha convertido en un evento público y médico, enfocado únicamente en reducir las tasas de mortalidad materna e infantil. (Motta-León et al., 2020)

En 1980 comienza a percibirse al embarazo como una situación “de riesgo” permanente, que en la mejor condición se define como mujeres embarazadas “de bajo riesgo” justificando la incorporación de intervenciones rutinarias, como realizar rasurado, enema, rotura artificial de membranas (RAM), episiotomía, restricción de la deambulacion, alimentación y las posiciones en el trabajo de parto y parto, además de cesáreas innecesarias. (Troncoso-Espinoza & Figueroa-Lassalle, 2022) En el año 1985, en Brasil, la OMS desarrolla la Conferencia de Fortaleza, bajo el lema “El parto no es una enfermedad”, en las que se establecieron recomendaciones para fomentar una atención humanizada, respetando el derecho de las mujeres gestantes a participar en los distintos aspectos de la atención obstétrica, considerando el parto como un proceso normal y natural, que eventualmente puede complicarse y, en tal caso, puede requerir una intervención. (Quattrocchi, 2022)

Una gran cantidad de evidencia científica sugiere que el trabajo de parto y principalmente el parto en establecimientos de salud están vinculados con diversos grados de maltrato, abuso, falta de respeto, negligencia y violencia, esto se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar ansiedad, trastorno de estrés postraumático y depresión posparto, afectando a muchas mujeres en todo el mundo e impactando negativamente en la percepción de la calidad de la atención obstétrica. (Henriques Leite et al., 2022) En el año 2007, Venezuela propuso por primera vez el término “violencia obstétrica”, haciendo referencia al tipo de violencia que puede ocurrir durante el embarazo, parto, puerperio y aborto. Sin embargo, ha sido rechazado entre los profesionales de la salud que atienden partos, porque consideran que “juntar los términos de violencia y obstetricia tiene como resultado un grave efecto despectivo para los profesionales

de salud, siendo ofensiva contra su reputación, un flagrante ataque y agresión a la esfera moral”. (Henriques Leite et al., 2022) (Quattrocchi, 2019)

En 2014, la OMS a través de la publicación “Prevención y eliminación del abuso, falta de respeto y maltrato durante el parto en instituciones de salud”, afirmó que las prácticas médicas realizadas sin consentimiento o de forma colectiva, la falta de confidencialidad y privacidad, la negación al control del dolor o la atención médica, así como el abandono y el abuso físico y verbal, constituyen formas de abuso e irrespeto en la atención del parto. Sin embargo, muchos profesionales de la salud no categorizan a estas prácticas como abusivas, sino que las consideran como actos inherentes de su práctica profesional. A pesar de que la OMS reconoce que se están vulnerando los derechos de las mujeres en el trabajo de parto, se resiste a utilizar el término de “violencia obstétrica”, adoptando otros términos para referirse a la relación jerárquica entre los profesionales de salud y la mujer, como: abuso, falta de respeto y maltrato en el parto. (Ferrão et al., 2022)

La violencia en contra de las mujeres gestantes tiene sus orígenes en la formación médica, que siempre ha estado jerarquizada, que otorga prioridad y poder a los profesionales de salud por encima de las pacientes. La medicina ha sido masculinizada históricamente, las mujeres encargadas del cuidado y los hombres de aspectos directivos. El saber clínico científico asumido por hombres y mujeres está sobrevalorado por la responsabilidad, esto resulta en una subvaloración marcada de otros aspectos como el trabajo social, enfermería y psicología que forman parte de la atención integral de las pacientes. (Bedoya-Ruiz et al., 2020)

Es necesario adoptar una visión más amplia y abarcadora al analizar la mortalidad materno-infantil. Este fenómeno no puede ser comprendido únicamente desde una perspectiva médica, ya que se trata de un proceso complejo que involucra múltiples factores sociales, culturales, políticos y de género. En general, se caracteriza por la falta de tolerancia y respeto, especialmente hacia las mujeres pobres e indígenas que viven en zonas rurales. Además, se subestiman los conocimientos ancestrales de las mujeres, excluyendo y discriminando aquellos saberes que difieren de los occidentales. Es importante reconocer la historia de la profesión médica para comprender cómo el modelo de salud jerárquico y patriarcal se ha perpetuado a lo largo del tiempo, lo cual dificulta la integración del conocimiento teórico-práctico y la combinación de curación y cuidado en la atención obstétrica integral.

La violencia obstétrica no es un tema novedoso, pero se trata de una violencia de género que ha permanecido invisibilizada en el ámbito médico durante mucho tiempo y que en la actualidad continúa siendo desconocida. Es necesario cambiar el modelo obstétrico en la formación de los profesionales de salud para que se conciencien en una atención más integral

y humanizada, es imprescindible proveer herramientas de conocimiento y detección de violencia obstétrica para que las mujeres reciban un trato más respetuoso y humanizado durante su parto. (Rodríguez Mir & Martínez Gandolfi, 2021)

La normativa además de contribuir a disminuir la morbimortalidad materna neonatal, a través del tratamiento oportuno de complicaciones obstétricas y neonatales, establece directrices que fomentan una atención humanizada en el parto y posparto, como: el acompañamiento por una persona de su elección, la opción de usar su propia ropa para que se sienta cómoda y de ingerir líquidos o alimentos ligeros, el parto en libre posición con pertinencia intercultural, estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor, la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto y actividades de promoción de salud como la planificación familiar, con la finalidad de ofrecer a la mujer un entorno clínico y psicológicamente seguro, procurando que el parto sea una experiencia positiva y trascendental para las mujeres y sus familias.

3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La muerte materna constituye un complejo problema de salud pública porque refleja la calidad de la atención obstétrica, y su análisis permite desarrollar intervenciones para evitarla. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas con el propósito de impulsar una alianza mundial para el desarrollo, planteó varias metas, entre ellas el desafío de la meta 5A que proponía una reducción de un 75% de las muertes maternas entre los años 1990 y 2015. La meta de los ODM era muy demandante, y a pesar de que el Ecuador no la cumplió, organismos internacionales reconocieron el descenso significativo de muertes maternas en las últimas décadas, aunque se presume que esa reducción ocurrió en las mujeres privilegiadas de mejor condición social y económica, y mayor acceso a servicios, información y otros recursos. Si bien el Ecuador, con una razón de muerte materna de 64 x 100.000 nacidos vivos en ese periodo, se posiciona en una situación intermedia en relación con otros países, sin embargo, las diferencias al interior del país eran importantes. En el periodo 2014-2017 se identificaron provincias que reportaron muertes maternas que superaron la razón de 100 x 100.000 nacidos vivos, como Bolívar (110.2) y Zamora Chinchipe (100,3), en Esmeraldas se registró un 85.9. A pesar de este registro en las provincias que tienen una densidad poblacional menor cabe destacar que en donde se concentra el mayor riesgo de muerte materna son Guayas y Pichincha, con una razón de 53,9 y 41,7 x 100.000 respectivamente. (Noboa Cruz, 2019)

A lo largo del desarrollo de diferentes estrategias en salud pública para resolver este problema, en el año 2018 se establece “La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres” que promueve políticas públicas en salud como el acceso libre y gratuito sin ninguna discriminación, así como una atención integral y confidencial. No obstante, los efectos de estas intervenciones no han sido del todo satisfactorios, la situación de inequidad en el país no ha cambiado en los últimos años. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reporta en el año 2021, una razón de mortalidad materna de 43.5 por cada 100.000 nacidos vivos, decreciendo en 14,1 puntos con respecto al año 2020. (Noboa Cruz, 2019)(Carrera, 2021)

Las complicaciones obstétricas, que representan el 75% de las muertes maternas durante el embarazo, el parto o el puerperio, incluyen: hemorragias graves, infecciones y trastornos hipertensivos. La cesárea sin indicación médica se asocia a un mayor riesgo de muerte materna que el parto vaginal, así como una mayor probabilidad de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, transfusión de sangre e histerectomía. (Fahmy, Crispim, & Cliffe, 2018). La tasa ideal de cesárea según la OMS debe oscilar entre el 10% y el 15%, sin embargo, en América

Latina el 42,8 % de mujeres dan a luz por cesárea y en el Ecuador aproximadamente 50% siendo en el sector privado el doble que en el sector público. (Ortiz-Prado et al., 2017). La proyección de cesáreas para 2021-2030 sugiere que la tasa mundial de cesáreas se acercará al 30 % para el 2030, con 38 millones de cesáreas realizadas en todo el mundo. (Betran et al., 2021)

Otra problemática, es que solo el 78% de todos los nacimientos en los países de ingresos medianos bajos y el 68% en los países de ingresos bajos cuentan con personal de salud calificado para la atención. (World Health Organization, 2023). La falta de atención de calidad durante el parto, el déficit de personal calificado y el retraso de los tratamientos después del parto desencadenan enfermedades y trastornos que resultan en la muerte de los recién nacidos en los primeros 28 días de vida. Por esto es importante identificar e implementar intervenciones que permitan prevenir la mortalidad materno infantil y fortalecer la calidad de la atención obstétrica, con base en información actualizada. (World Health Organization, 2020)

Acorde a las recomendaciones de la OMS que promueve un proceso de parto y posparto que vaya más allá de la sobrevivencia del binomio madre-neonato, centrándose en una política de atención respetuosa a la maternidad mediante un enfoque holístico basado en los derechos humanos, se plantea la normativa para la Certificación de Establecimientos de Salud – como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) como una adaptación de la iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

3.2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa ESAMyN, componente parto y posparto, de los estudiantes de internado rotativo de medicina durante el 2023?

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 GENERAL

Analizar los conocimientos, actitudes y aplicación de los pasos recomendados en el componente de parto y posparto de la normativa ESAMyN por parte de los estudiantes del internado rotativo de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el año 2023.

3.3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar las características demográficas (sexo, edad, hospital asignado para la realización del internado) de los estudiantes de internado rotativo de medicina.
- Identificar el nivel de conocimientos que adquirieron los estudiantes de internado rotativo de medicina acerca de la normativa ESAMyN, componente parto y posparto.
- Describir los conocimientos, actitudes y la aplicación de la normativa ESAMyN, componente parto y posparto según las características demográficas (sexo, edad, hospital asignado para la realización del internado).

3.4 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo con corte transversal para evaluar los conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa ESAMyN, componente parto y posparto en los estudiantes de internado rotativo de medicina durante el 2023, correspondientes a las cohortes mayo 2022-abril 2023 y septiembre 2022-agosto 2023, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Demográfica	Porcentaje	Masculino Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Demográfica	Promedio	Valor numérico	Cuantitativa discreta
Hospital de internado rotativo	Establecimiento de salud en dónde los estudiantes de último año de la carrera de medicina realizan prácticas preprofesionales remuneradas.	Demográfica	Porcentaje	Hospital General Enrique Garcés Hospital de Especialidades Eugenio Espejo Hospital Pablo Arturo Suárez Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín Hospital de la Policía Nacional Hospital Vozandes Quito Hospital Metropolitano Hospital San Francisco de Quito Hospital General Sur de Quito Hospital San Vicente de Paúl Hospital Luis Gabriel Dávila Hospital General Delfina Torres de Concha	Cualitativa nominal
Conocimiento	Noción, saber o noticia elemental de algo	Teórico	Porcentaje	Esta variable se valorará con un cuestionario basado en los formularios de encuesta para el personal de salud del ESAMyN y los formularios de	Cualitativa nominal dicotómica

				<p>verificación de competencias de la IHAN. Se categoriza al conocimiento como “suficiente” a los participantes que respondan de forma correcta el 80% de preguntas, puntaje mínimo requerido en la autoevaluación del ESAMyN, e “insuficiente” si responden de forma correcta menos del 80% de las preguntas planteadas en la encuesta.</p>	
Actitud	<p>Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.</p>	Psicosocial	Porcentaje	<p>Esta variable se valorará con un cuestionario basado en los formularios de encuesta para el personal de salud del ESAMyN y los formularios de verificación de competencias de la IHAN. Se categoriza a la actitud como “suficiente” a los participantes que respondan de forma correcta el 80% de preguntas, puntaje mínimo requerido en la autoevaluación del ESAMyN, e “insuficiente” si responden de forma correcta menos del 80% de las preguntas planteadas en la encuesta.</p>	Cualitativa nominal dicotómica
Aplicación	<p>Empleo de una cosa o puesta en práctica de los procedimientos adecuados para conseguir un fin.</p>	Destreza	Porcentaje	<p>Esta variable se valorará con un cuestionario basado en los formularios de encuesta para el personal de salud del</p>	Cualitativa nominal dicotómica

				ESAMyN y los formularios de verificación de competencias de la IHAN. Se categoriza a la aplicación como “suficiente” a los participantes que respondan de forma correcta el 80% de preguntas, puntaje mínimo requerido en la autoevaluación del ESAMyN, e “insuficiente” si responden de forma correcta menos del 80% de las preguntas planteadas en la encuesta.	
--	--	--	--	---	--

3.5 MUESTRA

El universo está constituido por estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que se encuentran realizando su año de internado rotativo durante el 2023, correspondientes a las cohortes mayo 2022-abril 2023 (total 119) y septiembre 2022-agosto 2023 (total 118) y se aplicará los instrumentos de evaluación al universo (total 237 estudiantes) y quienes acepten participar a través del consentimiento informado y cumplan con los criterios de inclusión. Para obtener la información se aplicará una encuesta digital para la evaluación de los conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa ESAMyN, y de los datos que se obtengan, las variables cualitativas se presentarán en porcentajes y las variables cuantitativas se presentarán en promedios y desviación estándar.

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Estudiantes de internado rotativo de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las cohortes mayo 2022-abril 2023 y septiembre 2022-agosto 2023.
- Estudiantes que acepten participar en la investigación a través del consentimiento informado

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Estudiantes de internado rotativo de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la cohorte mayo 2023-abril 2024
- Estudiantes que estén realizando su año de internado rotativo de medicina en un establecimiento de salud que no atiende partos.

3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

Previo a la aprobación del protocolo por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH). La investigadora solicitará una autorización a la Dra. Ruth Jimbo, Decana de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para obtener los correos institucionales de los estudiantes de las cohortes seleccionadas para la investigación y enviar una invitación a la participación de la investigación y quienes acepten a través del consentimiento informado, accederán a un enlace que los llevará a completar la encuesta que usa la plataforma de Google Forms. Además, se contactará a los representantes del internado rotativo de medicina de cada hospital, por correo electrónico y/o WhatsApp, para que socialicen el proyecto y puedan acceder al link de la invitación y la encuesta, vía WhatsApp, a los demás participantes. La duración de la encuesta es aproximadamente 15 minutos, que estará compuesta de 28 preguntas de opción múltiple y constituida por 2 partes con relación a las variables:

1. Demográficas: se elaboraron 3 preguntas en total.
 - Pregunta para la variable “sexo” (masculino y femenino)
 - Pregunta para la variable “edad” (valor numérico)
 - Pregunta para la variable “hospital asignado para la realización del internado” (todos los hospitales en convenio con la universidad)
2. Conocimientos, Actitudes y Aplicación: se elaboraron 25 preguntas que se basan en los indicadores de evaluación del ESAMyN que incluye las preguntas de los formularios de verificación de competencias, preguntas de opción múltiple y casos clínicos.
 - 10 preguntas que evaluarán el nivel de conocimiento teórico de la normativa
 - 5 preguntas que evaluará la actitud de los participantes frente a la normativa
 - 10 preguntas para evaluar la aplicación de la normativa en los hospitales en dónde realizan su internado rotativo.

Para considerar que el conocimiento, la actitud y la aplicación es adecuada, se categorizará como “suficiente” a los participantes que respondan de forma correcta el 80% de preguntas, puntaje mínimo requerido en la autoevaluación del ESAMyN, e “insuficiente” si responden de forma correcta menos del 80% de las preguntas planteadas en la encuesta. Los participantes se beneficiarán de una retroalimentación de sus conocimientos teóricos de la normativa, vía virtual (correo electrónico y WhatsApp).

3.7 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Se recolectan datos de los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que se encuentran realizando su año de internado rotativo durante el 2023, correspondientes a las cohortes mayo 2022- abril 2023 y septiembre 2022-agosto 2023. La población total de estudiantes de internado rotativo de medicina constituye el universo y solo los que acepten participar a través del consentimiento informado y cumplan con los criterios de inclusión, formarán parte de la investigación. Se aplicará una encuesta digital para la evaluación de los conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa ESAMyN, y de los datos que se obtengan, para las variables cualitativas se presentará en porcentajes y para las variables cuantitativas se presentará en promedios y desviación estándar. El análisis de datos se realizará en el programa estadístico SPSS V25. Por último, la tabulación de todos los datos obtenidos a partir de la encuesta y los resultados se mantendrán de forma anónima, se reemplazará el número de cédula de identidad por un código que constará en una base de datos en Excel para proteger la identidad de los participantes que luego será exportada a la base de datos del SPSS V25. Esta información será utilizada con fines académicos y solo la investigadora principal tendrá acceso a los datos completos, que serán guardados por un año y luego eliminados.

3.8 ASPECTOS BIOETICOS

Este estudio cumplirá con la declaración de Helsinki, decretada por la Asociación Médica Mundial (AMM), como un precepto de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable.

En relación al principio de beneficencia, la investigación permitirá identificar el nivel de conocimiento y las deficiencias que tienen los participantes de la normativa, la actitud frente a esta y si fue aplicada adecuadamente en su hospital de internado rotativo. Podrán beneficiarse

de una retroalimentación de sus conocimientos, esto contribuirá a la aplicación de la normativa en su medicatura rural y a largo plazo en su profesión médica considerando que esta es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que atienden partos. Además, en base a los resultados de la investigación, se determinará si los docentes deberían impartir esta normativa desde el pregrado y el externado de medicina, y reforzarla en el internado rotativo. Por último, contribuye a cambiar el modelo obstétrico en la formación de los profesionales de salud para que se conciencien en una atención más integral y humanizada que resulta en la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal.

Con respecto al principio de no maleficencia, la participación en esta investigación representa un riesgo mínimo debido a que no incluye información personal o de contenido sensible que tenga repercusiones psicológicas o sociales. No serán expuestos a un riesgo mayor de lo que se exponen a cualquier tipo de evaluación. En cuanto al principio de justicia, todos los participantes tienen la misma oportunidad de participar, independientemente de cualquier circunstancia o condición y, por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto, sin que exista ningún tipo de discriminación.

Se distribuirá equitativamente los beneficios y las cargas asociadas a la investigación y no recibirán ningún beneficio directo por aceptar participar. Por último, en relación al principio de autonomía se protegerá la confidencialidad de la información de todos los participantes de la investigación, para mantener su anonimato y dignidad, y se recabará el consentimiento informado para asegurar que la participación es voluntaria. En virtud de sus derechos pueden decidir retirarse de la investigación en cualquier momento, sin ningún tipo de repercusión y con la certeza de que la información emitida será eliminada.

CAPITULO 4: RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de población

Característica sociodemográfica		n(%)
n=200		
Sexo	Femenino	113 (56,5%)
	Masculino	87 (43,5%)
Grupos de edad	18 a 20 años	0 (0%)
	21 a 25 años	168 (84,0%)
	26 a 30 años	32 (16,0%)
	Promedio \pm DE, años	24,4 \pm 1,2
Hospital de rotación	Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín	32 (16,0%)
	Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	46 (23,0%)
	Hospital de la Policía Nacional	12 (6,0%)
	Hospital General Delfina Torres de Concha	4 (2,0%)
	Hospital General Enrique Garcés	25 (12,5%)
	Hospital General Sur de Quito	11 (5,5%)
	Hospital Luis Gabriel Dávila	6 (3,0%)
	Hospital Metropolitano	5 (2,5%)
	Hospital Pablo Arturo Suarez	24 (12,0%)
	Hospital San Francisco de Quito	21 (10,5%)
Hospital San Vicente de Paul	3 (1,5%)	
Hospital Vozandes Quito	11 (5,5%)	

*DE: Desvío estándar.

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Naranjo Karla (2023).

En la presente tabla, se puede apreciar que, la muestra estuvo caracterizada por la presencia de estudiantes del género femenino con el 56,5% del total, en comparación con el género masculino con el 43,5%. La edad promedio de los participantes fue de 24,4 años, con una desviación estándar de 1.2. Con relación al hospital donde el participante realiza el internado rotativo. El 23% de estudiantes pertenecían al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

Tabla 2. Nivel de conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa ESAMyN, componente parto y posparto

Conocimientos, actitudes y aplicación		n(%)
n=200		
Conocimientos	Suficientes	38 (19%)
	Insuficientes	162 (81%)
Actitudes	Suficientes	40 (20%)
	Insuficientes	160 (80%)
Aplicación	Suficientes	18 (9%)
	Insuficientes	182 (91%)

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Naranjo Karla (2023).

El nivel de conocimiento, actitudes y aplicaciones de los estudiantes en relación con la normativa fueron suficientes en el 19%, 20% y 9% respectivamente.

Tabla 3. Conocimientos de la normativa ESAMyN, componente parto y posparto

Conocimientos		n(%)
Pregunta 1. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es INCORRECTA con relación al acompañamiento de la mujer durante la labor de parto, parto y posparto?	Incorrecta	103 (51,5%)
	Correcta	97 (48,5%)
Pregunta 2. Escoja 4 ventajas del parto en libre posición (de pie, cuclillas, arrodillada, semisentada o apoyada en 4 puntos).	Incorrecta	90 (45,0%)
	Correcta	110 (55,0%)
Pregunta 3. En la etapa de alumbramiento después de administración de uterotónicos profilácticos, oxitocina (10 UI, IM/IV) para prevenir la hemorragia posparto, que debe realizar:	Incorrecta	115 (57,5%)
	Correcta	85 (42,5%)
Pregunta 4. ¿Cuál es la importancia del contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido desde el nacimiento, y cuando se puede interrumpir?	Incorrecta	103 (51,5%)
	Correcta	97 (48,5%)
Pregunta 5. ¿Cuál es la recomendación mundial sobre cuándo debe comenzar la lactancia materna?	Incorrecta	40 (20,0%)
	Correcta	160 (80,0%)
Pregunta 6. En relación con los procedimientos preventivos como antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K.	Incorrecta	129 (64,5%)
	Correcta	71 (35,5%)
Pregunta 7. Maribel es una primigesta de 41 semanas, con diagnóstico de diabetes gestacional y sospecha de macrosomía fetal, que acude con parto en periodo de dilatación. Tras el expulsivo de un feto de 4.100 g, se objetiva sangrado abundante (1000 ml) que no cede tras el alumbramiento. Marque la opción que contenga todos los parámetros en los que se basa el score mama para evaluar y analizar factores de riesgo y signos de alarma de Maribel.	Incorrecta	81 (40,5%)
	Correcta	119 (59,5%)
Pregunta 8. ¿Cuál de las siguientes es la secuencia de medidas correcta que seguiría para estabilizar a esta paciente?	Incorrecta	57 (28,5%)
	Correcta	143 (71,5%)

Pregunta 9. Maribel da a luz a un recién nacido hipotónico que al posicionar la vía aérea y aspirar secreciones llora, tiene una frecuencia cardiaca de 80 lpm se inicia ventilación a presión positiva con una FiO2 21% durante 15 segundos, pero la frecuencia cardiaca continúa menor a 100 lpm. ¿Cuáles son los siguientes pasos de acuerdo con el algoritmo de reanimación neonatal?	Incorrecta	126 (63,0%)
	Correcta	74 (37,0%)
Pregunta 10. Escoja los puntos fundamentales a educar a la madre al momento del alta	Incorrecta	82 (41,0%)
	Correcta	118 (59,0%)

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Naranjo Karla (2023).

En la tabla actual, se puede determinar que la pregunta 5 acerca de la recomendación mundial de iniciar la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento (dentro de la primera hora) fue la pregunta con el mayor índice de respuestas acertadas, llegando al 80% y la pregunta 6 acerca de los procedimientos preventivos en los recién nacidos, específicamente que deben llevarse a cabo en presencia de la madre y/o algún familiar o acompañante después de la primera hora de vida, fue la pregunta mayormente respondida de forma incorrecta en el 64,5% de los casos.

Tabla 4. Actitudes de la normativa ESAMyN, componente parto y posparto.

Actitudes		n(%)
Pregunta 1. En relación con las siguientes prácticas: tactos vaginales excesivos, episiotomía de rutina, maniobra de Kristeller, uso rutinario de oxitocina y cesáreas sin indicación médica, ¿Qué opina?	Incorrecta	109 (54,5%)
	Correcta	91 (45,5%)
Pregunta 2. Carmen se siente muy adolorida, con un EVA 9/10 y le pide que le coloque un medicamento analgésico. ¿Cuál sería su actitud?	Incorrecta	87 (43,5%)
	Correcta	113 (56,5%)
Pregunta 3. Carmen de 26 años, primigesta de 38 semanas acude a urgencias por dolor tipo cólico y lumbalgia. No refiere pérdida de líquido. En la exploración no se observan sangrado ni líquido amniótico en vagina. Se confirma latido cardíaco fetal normal, se registran 3 contracciones en 10 minutos y se evidencian modificaciones cervicales (dilatado 4 cm y borrado 60%). La paciente refiere que tiene hambre y le pregunta si puede comer algo. Su actitud es:	Incorrecta	116 (58,0%)
	Correcta	84 (42,0%)
Pregunta 4. Paciente gestante de 38 semanas en periodo de dilatación (4 cm, primer plano), la presentación fetal se palpa sobre el estrecho superior de la pelvis y la dinámica uterina es nula. La paciente le pregunta si puede ingresar su amiga del trabajo para acompañarla. Su actitud es:	Incorrecta	104 (52,0%)
	Correcta	96 (48,0%)
Pregunta 5. Ana y Luis acuden a la sala de partos cuando las contracciones se vuelven regulares y fuertes. Ana da a luz a un bebe a término saludable, ambos están contentos con el proceso de nacimiento, pero Luis le pregunta cuándo podrá sostener a su bebe piel con piel con él. Su actitud es:	Incorrecta	155 (77,5%)
	Correcta	45 (22,5%)

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Naranjo Karla (2023).

En esta tabla, se puede determinar que la pregunta 2, sobre ofrecer métodos farmacológicos o no farmacológicos para el alivio de dolor fue la pregunta que recibió una mayor proporción de respuestas correctas con el 56,5%, y la pregunta 5 sobre el contacto piel con piel con la madre fue respondida de forma incorrecta con mayor frecuencia con el 77,5%.

Tabla 5. Aplicaciones de la normativa ESAMyN, componente parto y posparto.

Aplicaciones	n(%)	
Pregunta 1. En el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se incentiva a los estudiantes de internado rotativo de medicina a cumplir con el componente parto y posparto de la normativa ESAMyN?	Insuficiente	166 (83,0%)
	Suficiente	34 (17,0%)
Pregunta 2. ¿Considera que en el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo cuenta con un espacio físico adecuado, y con el equipamiento e insumos necesarios para atender partos en libre posición?	Insuficiente	177 (88,5%)
	Suficiente	23 (11,5%)
Pregunta 3. En la sala de trabajo de parto y parto del establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo, les permiten a las mujeres gestantes estar acompañadas por cualquier persona que elijan durante la labor de parto, parto y posparto?	Insuficiente	47 (23,5%)
	Suficiente	153 (76,5%)
Pregunta 4. ¿Considera que en el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se promueve la privacidad, la empatía y el respeto a las decisiones de las mujeres embarazadas?	Insuficiente	168 (84,0%)
	Suficiente	32 (16,0%)
Pregunta 5. En la sala de trabajo de parto y parto del establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo, les permiten a las mujeres gestantes estar acompañadas por cualquier persona que elijan durante la labor de parto, parto y posparto ?	Insuficiente	169 (84,5%)
	Suficiente	31 (15,5%)
	Insuficiente	133 (66,5%)

Pregunta 6. En la sala de trabajo de parto y parto del establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo, las cesáreas se realizan con justificación clínica?	Suficiente	67 (33,5%)
Pregunta 7. ¿Considera que en el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se promueve el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento y la lactancia materna durante la primera hora de vida del recién nacido ?	Insuficiente	119 (59,5%)
	Suficiente	81 (40,5%)
Pregunta 8. En el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se capacita al personal de salud del área obstétrica para el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido?	Insuficiente	127 (63,5%)
	Suficiente	73 (36,5%)
Pregunta 9. ¿Considera que en el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo las madres reciben asesoría en métodos anticonceptivos después del parto vaginal o cesárea?	Insuficiente	119 (59,5%)
	Suficiente	81 (40,5%)
Pregunta 10. En el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se proporciona a las mujeres información sobre los signos de alarma de la madre y el recién nacido?	Insuficiente	89 (44,5%)
	Suficiente	111 (55,5%)

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Naranjo Karla (2023).

En la tabla actual, se puede determinar que, la pregunta 2 relacionada al espacio, equipamiento e insumos necesarios para atender partos en libre posición fue la pregunta que mayor aplicación insuficiente presentó con el 88,5%, por su parte, la pregunta 3, sobre el acompañamiento por cualquier persona que elijan durante la labor de parto, parto y posparto fue la aplicación suficiente más frecuente con el 76,5%.

Tabla 6. Nivel de conocimiento, las actitudes y la aplicación de la normativa ESAMYN, componente parto y posparto según las características demográficas.

Característica sociodemográfica		Conocimientos media ± DE	Actitudes media ± DE	Aplicaciones media ± DE
Sexo	Femenino	4,98 ± 2,3	1,94 ± 1,2	3,53 ± 2,5
	Masculino	5,87 ± 2,1	2,41 ± 2,0	3,30 ± 2,6
	Valor p (t student)	0,006* (2,75)	0,01* (2,49)	0,53 (0,62)
Grupos de edad	21 a 25 años	5,20 ± 2,2	2,05 ± 1,3	3,38 ± 2,5
	26 a 30 años	6,28 ± 2,2	2,63 ± 1,5	3,72 ± 2,9
	Valor p (t student)	0,014* (2,47)	0,02* (2,20)	0,49 (0,68)
Hospital de rotación	Hospital privado	4,99 ± 2,2	2,05 ± 1,3	3,12 ± 2,5
	Hospital público	5,69 ± 2,2	2,22 ± 1,3	3,69 ± 2,6
	Valor p (t student)	0,03* (2,17)	0,38 (0,87)	0,12 (1,56)

*DE: Desvío estándar.

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Naranjo Karla (2023).

En la presente tabla se puede verificar que, de acuerdo con el sexo, los estudiantes hombres presentaron mejores conocimientos (p 0,006) y actitudes (p 0,01), así como menores aplicaciones, que el sexo femenino. Por su parte, el grupo de edad comprendido entre los 26 a 30 años, presentó mejores conocimientos (p 0,014) y actitudes (p 0,02) que los que tuvieron edades entre los 21 a 25 años. Sin embargo, las aplicaciones fueron semejantes en ambos grupos de edad, es decir, no fueron estadísticamente significativos (p 0,49). En relación al tipo de hospital, se evidenció que, aquellos estudiantes que rotaban en hospitales públicos tuvieron mejores conocimientos que aquellos que rotaban en hospitales privados (p 0,03).

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

Estos hallazgos evidencian la relevancia de la investigación aplicada en el campo de la educación médica. Este estudio representa la primera investigación realizada sobre el conocimiento, actitudes y aplicación de la normativa ESAMyN, con relación al componente de parto y posparto, entre los estudiantes de internado rotativo de medicina. En términos generales, se ha investigado extensamente diferentes aspectos que abarcan las directrices que conforman el ESAMyN. No obstante, existe una escasez de investigaciones enfocadas específicamente en la normativa en sí misma y los pocos estudios realizados se centran en los profesionales de la salud.

En un proyecto de investigación realizado en los profesionales del área de ginecología del Hospital Vicente Corral de Cuenca. El nivel de conocimiento acerca de la normativa se clasificó como “medio”, entre el 50-79%. Con relación al componente parto y posparto, se observó un mayor número de respuestas correctas en comparación con las preguntas relacionadas a los otros componentes de la normativa. A pesar de esto, se destaca el desconocimiento de los encuestados sobre los puntos fundamentales relacionados a la educación de la madre en el momento del alta y al acompañamiento familiar. (Tinoco Aguilar & Tituana Ordóñez, 2019) En otro estudio realizado en los profesionales de salud y administrativo del Hospital General de Ambato, se encontró que inicialmente existía un nivel bajo de conocimiento de la normativa ESAMyN, con un porcentaje del 79,6%. Sin embargo, mediante la implementación de programas de capacitación y la difusión de los lineamientos de la normativa, se logró elevar este nivel de conocimiento hasta alcanzar un porcentaje del 94,8%. (Calapiña Velva & Paredes , 2022)

En este estudio se estableció que se categorizara al conocimiento como “suficiente” a los participantes que respondan de forma correcta el 80% de preguntas, puntaje mínimo requerido en la autoevaluación del ESAMyN, e “insuficiente” si responden de forma correcta menos del 80% de las preguntas planteadas en la encuesta. En contraposición a los hallazgos de investigaciones previas, se observa que el nivel de conocimiento de los estudiantes de medicina sobre la normativa es deficiente en un 81%. Esto coincide con los resultados obtenidos en una de las preguntas que evalúa la aplicación de la normativa. Se evidencia que un 83% de los participantes no reciben incentivos en su hospital de internado rotativo para cumplir con las directrices establecidas en el componente de parto y posparto de la normativa ESAMyN.

En un estudio realizado en Rio de Janeiro, en el cual el objetivo fue captar la percepción de los estudiantes de medicina sobre el parto humanizado en el Hospital del Sistema Único de Salud, Piabetá-Magé. Los estudiantes calificaron como “satisfactoria” a la calidad del aprendizaje teórico y práctico del parto normal. La mitad de los participantes en el estudio muestra una comprensión limitada del concepto de humanización. A menudo, se relaciona la humanización del parto con aspectos físicos como la infraestructura hospitalaria, la presencia de un acompañante o la disponibilidad de ciertos recursos como un balón de fisioterapia. No todos los participantes consideran que la humanización incluye aspectos comunicativos, como hablar y explicar, incluso cuando se niega una solicitud por parte de la mujer en trabajo de parto. (Pinto Carneiro et al., 2020)

Existe una falta de comprensión en torno al concepto de humanización, que alcanza aproximadamente el 50%. Además, los estudiantes a menudo perciben la humanización como una amenaza para otros profesionales, como las enfermeras, que desempeñan un papel activo durante el parto. También se destaca la dificultad de implementar la humanización debido a la alta demanda de pacientes. En cuanto a las cesáreas, también se considera importante humanizarlas, pero las instalaciones de salud carecen de la infraestructura necesaria para permitir el ingreso de familiares al quirófano. (Pinto Carneiro et al., 2020)

En concordancia con el presente estudio, el 54,5% de los estudiantes de medicina no considera que prácticas como: tactos vaginales excesivos, episiotomía de rutina, maniobra de Kristeller, uso rutinario de oxitocina y cesáreas sin indicación médica se consideren violencia obstétrica. A pesar de que existe falta de consenso en la terminología y definición de este fenómeno y la OMS opta por utilizar otras denominaciones como "abuso", "falta de respeto" y "maltrato", se reconoce que estas acciones constituyen una violación de los derechos de las mujeres durante el parto y una modalidad de violencia de género. (Ferrão, et al., 2022) Desde una perspectiva legal, se ha establecido en las regulaciones de América Latina una definición del concepto de violencia obstétrica como el comportamiento ejercido por el personal de salud que afecta el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esto se manifiesta a través de un trato deshumanizado, el abuso de la medicalización y la tendencia a patologizar los procesos naturales. (Lampert, 2021)

Para conseguir un parto humanizado en contexto hospitalario es importante promover prácticas del parto normal. Sin embargo, del total de participantes de este estudio, el 58.0% no explicaría a la gestante que puede ingerir líquidos y alimentos ligeros durante el trabajo de parto. Adicionalmente, los estudiantes consideran que el 88.5% de los establecimientos de salud en donde realizan su año de interno rotativo no cuentan con un espacio físico adecuado, y con el equipamiento e insumos necesarios para atender partos en libre posición. En relación, al acompañamiento de las mujeres gestantes por cualquier persona que elijan durante la labor de parto, parto y posparto, solo se cumple en el 76.5% de los casos.

En otro estudio realizado en España en la Universidad Jaume I, el objetivo fue evaluar la percepción de estudiantes de medicina y enfermería sobre la violencia obstétrica e identificar los posibles cambios después de una intervención educativa. El trabajo de campo se realizó luego del lanzamiento de un seminario relacionado con violencia obstétrica, en el que los estudiantes podían inscribirse voluntariamente. Se resalta la escasa implicación de los estudiantes de medicina, lo cual podría deberse a una falta de promoción de la actividad o a la probabilidad de que los estudiantes de enfermería se sientan más comprometidos con este tipo de prácticas. Además, se observó una mayor percepción de violencia obstétrica entre el sexo femenino. (Mena-Tudela et al., 2020)

En cuanto a las respuestas de la escala de violencia obstétrica según el género, se observó que las mujeres tenían una mayor percepción de esta problemática. Además, esta investigación reveló que la normalización de esta violencia está relacionada con el nivel de educación de los participantes, es decir, los estudiantes de niveles más avanzados tienen una menor percepción de violencia obstétrica. También se encontró que estas prácticas obstétricas están normalizadas en función de la experiencia personal de las participantes con embarazos y partos, y se observó una disminución en la percepción de esta problemática después de haber pasado por un embarazo o parto. (Mena-Tudela et al., 2020)

Por el contrario, en este estudio se pudo verificar que, de acuerdo con el sexo, los estudiantes hombres presentaron mejores conocimientos y actitudes, así como menores aplicaciones, que el sexo femenino. Por su parte, el grupo de edad comprendido entre los 26 a 30 años, presentó mejores conocimientos y actitudes que los que tuvieron edades entre los 21 a 25 años. Sin embargo, las aplicaciones fueron semejantes en ambos grupos de edad, es decir, no fueron estadísticamente significativos.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Este estudio tiene como objetivo lograr una comprensión integral de las características demográficas de los estudiantes, su nivel de conocimientos sobre la normativa ESAMyN y cómo estas variables se relacionan con sus conocimientos, actitudes y aplicación en el ámbito del parto y posparto. La muestra se caracterizó por la presencia de estudiantes del género femenino, con una edad promedio de los participantes de 24,4 años. La mayoría de los estudiantes se encontraban realizando su año de internado rotativo en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- De la totalidad de estudiantes medicina, aproximadamente una quinta parte posee un nivel de conocimiento suficiente de la normativa ESAMyN, específicamente en lo que concierne al componente de parto y posparto. El análisis de las preguntas de conocimiento evidencio que los estudiantes poseen una comprensión sólida acerca de la recomendación mundial de iniciar la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento (dentro de la primera hora) debido a que un porcentaje significativo de participantes contesto de forma correcta. En contraposición a lo anterior, se evidenció que existe una falta de conocimiento por parte de los estudiantes, acerca de los procedimientos preventivos en los recién nacidos, específicamente que deben llevarse a cabo en presencia de la madre y/o algún familiar o acompañante después de la primera hora de vida. Aproximadamente dos tercios del total de participantes respondieron de forma incorrecta lo que indica una falta de comprensión en este aspecto.
- Adicionalmente, se pudo constatar que la gran mayoría de estudiantes tienen una actitud insuficiente con respecto a la normativa. El análisis de las preguntas reveló que los estudiantes muestran una actitud positiva hacia la no medicalización del parto y la implementación de métodos no farmacológicos para alivio del dolor, siendo esta pregunta la que obtuvo la mayor frecuencia de respuestas correctas, con más de la mitad de los participantes respondiendo de manera acertada. A diferencia del desconocimiento que existe acerca de la importancia de no interrumpir el contacto piel con piel con la madre durante las primeras 2 horas, debido a que puede generar un mayor nivel de estrés en el recién nacido, desestabilización de su temperatura, impacto en la glucemia, riesgo de contaminación de su microbioma y afectación de los

comportamientos instintivos previos a la alimentación. Esta falta de conocimiento se manifiesta en una proporción significativa de respuestas incorrectas a esta pregunta.

- Con respecto a la aplicación de la normativa, esta es la que en mayor proporción es insuficiente con relación a las otras dos competencias. El análisis de las preguntas demostró que casi la totalidad de estudiantes no aplican la normativa en sus hospitales de internado rotativo. Se muestra el menor porcentaje de aplicación en la atención al parto en libre posición, debido a que la mayoría de los establecimientos de salud no cuentan con un espacio, equipamiento e insumos necesarios. Por otro lado, la directriz que se implementa en mayor proporción es el acompañamiento por cualquier persona que elijan durante la labor de parto, parto y posparto.
- En lo que concierne al género, los estudiantes masculinos exhibieron un nivel superior de conocimientos y actitudes, pero un menor grado de aplicación en comparación con sus contrapartes femeninas. En cuanto a la variable de edad, se observó que el grupo de individuos de 26 a 30 años demostró un mayor nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en comparación con el grupo de 21 a 25 años. Con respecto al tipo de institución hospitalaria, se evidenció que aquellos estudiantes que realizaron su rotación en hospitales públicos mostraron un mayor nivel de conocimientos, actitudes y aplicaciones en comparación con los estudiantes que se encontraban en hospitales privados.

6.2 RECOMENDACIONES

- Promover la capacitación continua de la normativa ESAMyN en todos los docentes de la Facultad de Medicina de la PUCE, que imparten cátedras de gineco obstetricia, para que puedan transmitir esa información a los estudiantes de medicina de pregrado, con el objetivo de reforzar y poner en práctica los conocimientos teóricos en el externado e internado rotativo de medicina. A largo plazo, esto contribuye a cambiar el modelo obstétrico en la formación de los profesionales de salud para que se conciencien en una atención más integral y humanizada que resulta en la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal.
- Incentivar a los estudiantes de medicina a participar en seminarios, conferencias o talleres en los que se expongan temas relacionados a la violencia obstétrica, con el propósito de aumentar la visibilidad y promover una mayor sensibilización respecto a esta problemática, que inciten el pensamiento crítico y la transformación de los enfoques educativos convencionales.
- Aplicar cuestionarios previamente validados en otros países para medir la violencia obstétrica, o desarrollar un instrumento adaptado a nuestro contexto, podría facilitar la realización de estudios descriptivos y causales. Esto permitiría comprender la magnitud del problema y respaldaría la formulación de políticas públicas basadas en evidencia científica, con el objetivo de mitigar y abordar esta problemática.
- Efectuar una investigación exhaustiva que permita evaluar la percepción de los estudiantes de medicina en distintos niveles académicos respecto a los diversos tipos de violencia obstétrica, con el fin de determinar el grado de normalización de esta problemática en la atención obstétrica.
- Fortalecer los sistemas de salud para facilitar la aplicación de la normativa, asegurando la disponibilidad de infraestructura que garantice la privacidad y el acompañamiento de la mujer en las salas de parto, así como la disponibilidad de equipos e insumos necesarios para la atención del recién nacido en el alojamiento conjunto. Además, se debe garantizar la accesibilidad a salas de maternidad bien equipadas que permitan la asistencia de partos en libre posición, y contar con personal de salud adecuado y capacitado.

6.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Debido a la naturaleza descriptiva del estudio, no se puede establecer una relación causal entre las variables, sino que se limitó a medir la presencia, características y distribución de esta problemática en la población de estudio en un momento particular.
- Las variables recopiladas fueron restringidas y no pueden ser controladas, ya que se observaron tal y como se manifestaban en la población, sin ninguna manipulación por parte del investigador.
- Los resultados de este estudio se aplican únicamente a esta población estudiada en particular, lo cual restringe la posibilidad de extrapolar los resultados a otras poblaciones o situaciones.
- En algunos establecimientos de salud no se está implementando la normativa ESAMyN, lo cual impide afianzar el conocimiento, fomentar actitudes positivas y promover prácticas humanizadas durante el parto y posparto, entre los estudiantes de medicina. A pesar de que esta normativa es de estricto cumplimiento para todos los establecimientos de salud públicos y privados que atienden partos.
- Algunos integrantes de la cohorte correspondiente al periodo de septiembre de 2022 a agosto de 2023 aún no habían realizado su rotación en el servicio de ginecoobstetricia, y muchos de ellos carecían de un conocimiento adecuado sobre los parámetros establecidos en esta normativa.

CAPÍTULO 7: BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Caiza, A. de los A., & Sesme, G. M. (2020). *Análisis de los procedimientos realizados durante el trabajo de parto que impiden el cumplimiento del programa ESAMyN en mujeres de 20 a 30 años. Hospital Universitario de Guayaquil*. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/59970/1/CD%20674-%20ACOSTA%20CAIZA%2c%20ANDREA%20DE%20LOS%20ANGELES%3b%20DAVID%20SESME%2c%20GENESIS%20MARIELA.pdf>
- Andrén, A., Begley, C., Dahlberg, H., & Berg, M. (2021). The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth - a qualitative interview study with midwives in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1939937>
- Asefa, A. (2021). Unveiling respectful maternity care as a way to address global inequities in maternal health. In *BMJ global health* (Vol. 6, Issue 1). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003559>
- Bedoya-Ruiz, L. A., Agudelo-Suárez, A. A., & Restrepo-Ochoa, D. A. (2020). Mujeres en embarazo, parto y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(1), 142–147. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4981>
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. In *The Cochrane database of systematic reviews* (Vol. 3, Issue 3). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de los Ríos, M. M., Meijer, M., & Falcon, K. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143(1), 84–88. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Calle Guaña Gabriela Alexandra. (2018). *Universidad Regional Autónoma de los Andes “UNIANDES” facultad de ciencias médicas carrera de medicina proyecto de investigación previo a la obtención de título de médico cirujano tema: conocimientos y prácticas de la anticoncepción en mujeres* [Carrera de Medicina]. Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- Calapiña Velva, B., & Paredes, M. (7 de Junio de 2022). *La lactancia materna como un indicador de la normativa Esamyn*. Obtenido de Revista Sanitaria de Investigación: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-lactancia-materna-como-un-indicador-de-la-normativa-esamyn/>
- Crespo Antepara, D. N. (2019). Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. *Diciembre*, 3–21. <https://doi.org/10.23857/pc.v4i12.1188>

- Carrera, S. (Junio de 2021). *Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*. Obtenido de Boletín técnico registro estadístico de defunciones generales: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf
- Escobar Moreno, K., Silva Velásquez, M. B., Cordova Mogro, C. R., Guevara Sánchez, J. E., Romero Naula, R. P., Andrade Camacho, A. B., Rivadeneira Delgado, A. J., & Demera Reyna, G. M. (2023). Revisión bibliográfica: actualización en claves obstétricas, Ecuador. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 2640–2654. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-207>
- Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., & Zangão, M. O. (2022). Analysis of the concept of obstetric violence: scoping review protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7). <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
- Ghanbari-Homayi, S., Fardiazar, Z., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Meedy, S., Jafarabadi, M. A., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2020). Skin-to-skin contact, early initiation of breastfeeding and childbirth experience in first time mothers: a cross sectional study. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(2), 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.08.003>
- Guzewicz, P., & Sierakowska, M. (2022). The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph192315824>
- Henriques Leite, T., Souza Marques, E., Esteves-Pereira, A. P., Fisher Nucci, M., Portella, Y., & Leal, M. D. C. (2022). Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 27(2), 483–491. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
- Lampert, M. P. (2021). *Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud Legislación de Argentina, Venezuela y México*.
- Martín Marina Leire. (2022). *Humanización de los cuidados en el recién nacido en unidades de neonatología* [Universidad de Salamanca]. https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/150051/TFG_Mart%c3%adnMarinaL_Humanizaci%c3%b3nNeonatolog%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Meijer, M., Brandão, T., Cañadas, S., & Falcon, K. (2020). Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 148(3), 355–360. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13075>
- Mejía Merino, C. M., Faneyra Zapata, L., Molina Berrio, D. P., & Arango Urrea, J. D. (2018). Dehumanization during delivery: meanings and experiences of women cared for in the Medellín public network. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 36(1), 1–13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>
- Mena-Tudela, D., González-Chordá, V. M., Soriano-Vidal, F. J., Bonanad-Carrasco, T., Centeno-Rico, L., Vila-Candel, R., Castro-Sánchez, E., & Cervera Gasch, Á. (2020). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an

- educational intervention. *Nurse Education Today*, 88, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica* (Dirección Nacional de Normatización-MSP, Ed.; 1st ed.). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
 - Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021a). *Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN* (M. Dirección Nacional de Normatización, Ed.). <http://www.salud.gob.ec>
 - Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021b). *Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN* (M. Dirección Nacional de Normatización, Ed.). <http://www.salud.gob.ec>
 - Moridi, M., Pazandeh, F., & Potrata, B. (2022). Midwives' knowledge and practice of respectful maternity care: a survey from Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05065-4>
 - Motta-León, C. P., Ardila-Roa, I. D., & Becerra-Pabón, A. C. (2020). Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado materno-perinatal en Colombia: una visión intercultural del fenómeno. In *Ciencia y Salud virtual* (Vol. 12, Issue 1).
 - Nanji, J. A., & Carvalho, B. (2020). Pain management during labor and vaginal birth. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 67, 100–112. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002>
 - Noboa Cruz, H. (2019). *Mortalidad materna en el Ecuador: una mirada crítica* (Vol. 1). Salud y derecho . <https://saludyderechos.fundaciondonum.org/investigacion-sobre-mortalidad-materna/>
 - Ortiz-Prado, E., Acosta Castillo, T., Olmedo-López, M., Armijos, L., Ramírez, D., Iturralde, A. L., & Castillo, A. T. (2017). Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between public and private health systems. *Pan American Journal of Public Health*, 41, 1–7. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33845/v41a152017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - Organización Mundial de la Salud . (2019). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
 - Odent , M. (2020). *El Bebé es un Mamífero*. Barcelona: OB STARE.
 - Organization, W. H. (22 de February de 2023). *Maternal mortality*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 - OMS. (2019, septiembre). Organización Mundial de la Salud. Retrieved from Mortalidad Materna: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
 - Pacheco Castillo, L. F. (2021). *La importancia del entorno en el parto humanizado: una revisión bibliográfica* [Programa de enfermería, Universidad de Ciencias

chilena de obstetricia y ginecología (Vol. 87, Issue 2, pp. 137–144). Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. <https://doi.org/10.24875/RECHOG.21000037>

- Van Der Werf, L., Evers, S., Prieto-Pinto, L., Samacá-Samacá, D., & Paulus, A. (2022). Integrated maternal care strategies in low-and middle-income countries: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 22(2), 1–14. <https://doi.org/10.5334/ijic.6254>
- World Health Organization. (2015). *Lista OMS de verificación de la seguridad del parto Guía de aplicación: mejorar la calidad de la atención prestada a la madre y al recién nacido en instituciones sanitarias* (World Health Organization, Ed.). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/920351/retrieve>
- World Health Organization. (19 de September de 2020). *Newborns: improving survival and well-being*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- World Health Organization & United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2020). *Competency verification toolkit: Ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-Friendly Hospital Initiative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008854>

CAPÍTULO 8: ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa “Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)”, componente parto y posparto de los estudiantes de internado rotativo de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el 2023.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Karla Stefanny Naranjo Calvachi

NOMBRE DEL PATROCINADOR: No aplica

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

EVALUADO Y APROBADO POR: Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

INTRODUCCIÓN: El desarrollo del conocimiento científico y los avances tecnológicos, han convertido la atención del parto en un evento público y médico, enfocado únicamente en reducir las tasas de mortalidad materna e infantil. Por esta razón, la OMS estableció recomendaciones para que las prácticas en la atención del parto y posparto, vayan más allá de la sobrevivencia del binomio madre-neonato, centrándose en una política de atención respetuosa a la maternidad mediante un enfoque holístico basado en los derechos humanos, evitando las intervenciones médicas sin indicación clínica realizadas sin consentimiento o de forma colectiva, la imposición de la posición de parto y la medicalización excesiva, que constituyen formas de abuso e irrespeto en la atención del parto. Acorde a estas recomendaciones se plantea la normativa ESAMyN que además de contribuir a disminuir la morbimortalidad materna neonatal, a través del tratamiento oportuno de complicaciones obstétricas y neonatales, establece directrices que fomentan una atención humanizada en el parto y posparto, como: el acompañamiento por una persona de su elección, la opción de usar su propia ropa para que se sienta cómoda y de ingerir líquidos o alimentos ligeros, el parto en libre posición con pertinencia intercultural, estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor, la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto y actividades de promoción de salud como la planificación familiar, con la finalidad de ofrecer a la mujer un entorno clínico y

psicológicamente seguro, procurando que el parto sea una experiencia positiva y trascendental para las mujeres y sus familias.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Identificar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes, para poder determinar si es “suficiente” para poder ofrecer a las mujeres una adecuada atención obstétrica. Además de analizar si su actitud es positiva y si se están aplicando las directrices establecidas en la normativa en los diferentes hospitales asignados para la realización del año de internado rotativo de medicina. A largo plazo contribuye a cambiar el modelo obstétrico en la formación de los profesionales de salud para que se conciencien en una atención más integral y humanizada que resulta en la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal.

PROCEDIMIENTOS: Los participantes recibirán un enlace por medio del correo institucional y/o WhatsApp, que permitirá el acceso al consentimiento informado y después a la encuesta en Google forms que consta de 28 preguntas de opción múltiple y casos clínicos para la verificación de conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa. El tiempo de realización será de aproximadamente de 15 minutos.

RIESGOS Y BENEFICIOS: La participación en esta investigación representa un riesgo mínimo, sin repercusiones psicológicas o sociales. Se beneficiarán de una retroalimentación de las preguntas de conocimiento, que contribuirá a la aplicación de la normativa en su medicatura rural y a largo plazo en su profesión médica considerando que esta es de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud que atiendan partos a nivel nacional. Además, se podrá determinar si los docentes deberían impartir esta normativa en el pregrado y el externado de medicina, y reforzarla en el internado rotativo.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: El cuestionario electrónico no representa ningún costo para el participante y no recibirá una compensación monetaria por su participación

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: Se protegerá la confidencialidad de la información de todos los participantes de la investigación, para mantener su anonimato y dignidad. Los datos sólo serán utilizados con fines de investigación académica.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: La participación en este estudio es voluntaria, no recibirán ningún beneficio directo por aceptar participar y en virtud de sus derechos pueden decidir retirarse de la investigación en cualquier momento, sin ningún tipo de repercusión y con la certeza de que la información emitida será eliminada.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

- Karla Stefanny Naranjo Calvachi, investigadora principal, estudiante de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, knaranjo570@puce.edu.ec, 0992734384

Si usted considera que sus derechos humanos han sido vulnerados, lo puede notificar al siguiente contacto

- Dr. Galo Sánchez del Hierro, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, gasanchez@puce.edu.ec

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Declaro que he leído la información proporcionada en el documento de consentimiento, comprendo que la información será utilizada con fines de investigación y que me garantizan el anonimato de los datos con la finalidad de respetar la confidencialidad de mi información personal. Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberé informar a la investigadora para que en ese momento los datos obtenidos sean eliminados. Esto no me causará ninguna penalidad ni tendrá impacto alguno. Comprendo que no recibiré ninguna compensación por mi participación y que con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley me corresponden. Por lo tanto, consiento voluntariamente formar parte de esta investigación.

ANEXO 2: ENCUESTA

A continuación, se colocará el link de acceso a la encuesta que se aplicará a los participantes de la investigación titulada: Conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa “Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)”, componente parto y posparto, de los estudiantes de internado rotativo de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el 2023”. Esta encuesta digital comprende 2 partes, la primera sección consta de datos personales, y la segunda sección de preguntas relacionadas a conocimientos, actitudes y aplicación de la normativa. De igual forma, se adjunta la encuesta en formato pdf en caso de que no se pueda acceder a esta mediante el link propuesto. LINK DE ACCESO A CUESTIONARIO EN GOOGLE FORMS: <https://forms.gle/U2HLUYXA4TmHkVZs6>

NORMATIVA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN), COMPONENTE PARTO Y POSPARTO.

CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es INCORRECTA con relación al acompañamiento de la mujer durante la labor de parto, parto y posparto?
 - Aumenta las probabilidades de parto vaginal y no por cesárea, extracción por vacío o aplicación por fórceps.
 - Disminuye la necesidad de analgésicos en el trabajo de parto
 - Mejora la satisfacción con la experiencia, pero aumenta el tiempo de trabajo de parto
 - Las puntuaciones de la escala de Apgar a los 5 minutos son mejores

Las mujeres con trabajo de parto acompañado tienen menos probabilidades de informar una experiencia negativa acerca del parto, usar analgesia intraparto o regional, tener un parto por cesárea, o un parto vaginal instrumentado, una duración más larga del trabajo de parto y una puntuación baja de Apgar a los 5 minutos. (Bohren, Berger , Munthe- Kass, & Tunçalp, 2019)

2. Escoja 4 ventajas del parto en libre posición (de pie, cuclillas, arrodillada, semisentada o apoyada en 4 puntos).

- Menor duración del parto, menos nacimientos asistidos, disminución del dolor durante el parto y disminución de episiotomías.
- Fomenta la autonomía de la madre, menos nacimientos asistidos, disminución del dolor durante el parto, pero aumenta la duración del parto.
- Menor duración del parto fomenta la autonomía de la madre, menos nacimientos asistidos y menor pérdida de sangre.
- Disminución del dolor durante el parto, disminución de episiotomías, menor pérdida de sangre, pero aumenta la duración del parto.

Las posturas verticales o laterales, en comparación con la posición supina o de litotomía, están relacionadas con una disminución en la duración de la segunda etapa del parto, una menor frecuencia de partos asistidos, tasas más bajas de episiotomías, una reducción en el dolor agudo durante la segunda etapa y una menor incidencia de patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal. Sin embargo, también se han observado más casos de desgarros de segundo grado y un mayor número de hemorragias posparto superiores a 500 ml. (Crespo Antepara, 2019)

3. En la etapa de alumbramiento después de administración de uterotónicos profilácticos, oxitocina (10 UI, IM/IV) para prevenir la hemorragia posparto, que debe realizar:
 - Pinzamiento tardío del cordón umbilical (al 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.
 - Pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.
 - Pinzamiento tardío del cordón umbilical (entre 2 y 3 minutos después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.
 - Pinzamiento tardío del cordón umbilical (a los 3 minutos después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.

No hay una definición uniforme para el momento ideal de realizar el pinzamiento del cordón umbilical (temprano, tardío u óptimo) debido a las diferencias en las directrices, protocolos y prácticas clínicas a nivel internacional, nacional y local. Sin embargo, el término pinzamiento tardío se generaliza como pinzamiento desde un minuto después del nacimiento hasta que el cordón deje de latir. (Peberdy L, et al. 2022)
La OMS (2019) recomienda “retrasar el pinzamiento del cordón umbilical, no menos de 1

minuto después del nacimiento, con el fin de obtener mejores resultados en términos de salud y nutrición tanto para la madre como para el bebé.” (pág. 7)

4. ¿Cuál es la importancia del contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido desde el nacimiento, y cuando se puede interrumpir?
- La lactancia materna se ve facilitada por las hormonas involucradas en el contacto piel con piel y se deberá interrumpir si el bebé se está muy irritable al manejo.
 - Aumenta la oxitocina que resulta en una involución uterina adecuada y producción de leche asegurada y se deberá interrumpir en caso de cesárea para evitar caídas.
 - Se facilita el vínculo afectivo debido al contacto visual y al tacto, lo que resulta en menos negligencia materna y abandono del bebé, y se deberá interrumpir si la madre solicita específicamente que la separen de su bebé.
 - Estabiliza la temperatura corporal pero solo si se protege la cabeza y los pies para evitar la pérdida de calor y se deberá interrumpir en caso de que se requiera evaluar al bebé.

Es fundamental asegurar que haya un contacto directo de piel a piel entre la madre y el recién nacido/a de forma inmediata y sin interrupciones durante al menos una hora. Esto tiene como objetivo brindar calor y promover un vínculo afectivo, a menos que la madre no desee realizarlo o exista alguna contraindicación clínica que lo impida y esté justificada. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

5. ¿Cuál es la recomendación mundial sobre cuándo debe comenzar la lactancia materna?
- A las 24 horas después del nacimiento
 - 12 horas posteriores al nacimiento
 - Inmediatamente después del nacimiento (dentro de la primera hora)
 - Cuando haya producción espontánea de leche de la madre

La lactancia materna temprana, también denominada "lactancia precoz", implica proporcionar leche materna al recién nacido en la primera hora de vida, asegurando que reciba el calostro o la "primera leche" que contiene abundantes anticuerpos que protegen al bebé. El contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento facilita el inicio de la lactancia precoz y su mantenimiento exclusivo durante los primeros cuatro meses. (Ministerio de Salud Pública, 2020)

6. En relación con los procedimientos preventivos como antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K, escoja la opción correcta:
- Se deben realizar en presencia de la madre e inmediatamente después del nacimiento
 - Se deben realizar solo frente a la madre y/o pareja, después de la primera hora de vida
 - Se deben realizar frente a la madre y/o algún familiar o acompañante, después de la primera hora de vida
 - Se deben realizar frente a la madre y/o algún familiar o acompañante, inmediatamente después del nacimiento

La normativa ESAMyN recomienda realizar los procedimientos preventivos del recién nacido, antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K frente a la madre y/o familiar o acompañante. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

7. Maribel es una primigesta de 41 semanas, con diagnóstico de diabetes gestacional y sospecha de macrosomía fetal, que acude con parto en periodo de dilatación. Tras el expulsivo de un feto de 4.100 g, se objetiva sangrado abundante (1000 ml) que no cede tras el alumbramiento. Marque la opción que contenga todos los parámetros en los que se basa el score mama para evaluar y analizar factores de riesgo y signos de alarma de Maribel.
- Frecuencia Cardíaca, presión sistólica, presión diastólica, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, estado de conciencia y proteinuria.
 - Frecuencia Cardíaca, presión sistólica, presión diastólica, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y estado de conciencia.
 - Frecuencia Cardíaca, presión sistólica, presión diastólica, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, estado de conciencia y reflejos osteotendinosos.
 - Frecuencia Cardíaca, presión sistólica, presión diastólica, frecuencia respiratoria, temperatura, y saturación de oxígeno

El Score Mama es un sistema de evaluación de signos vitales diseñado para detectar tempranamente posibles complicaciones obstétricas durante el embarazo. Está basado en indicadores fisiológicos y consta de seis medidas: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia. Además, incluye una prueba cualitativa, la detección de proteinuria. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

8. ¿Cuál de las siguientes es la secuencia de medidas correcta que seguiría para estabilizar a esta paciente?

- Masaje uterino, colocación de sonda vesical, reposición de la volemia, administración de uterotónicos y ecografía transvaginal.
- Masaje uterino, colocación de sonda vesical, reposición de la volemia, administración de uterotónicos y taponamiento uterino.
- Masaje uterino, colocación de sonda vesical, reposición de la volemia, administración de uterotónicos y revisión del canal del parto.
- Masaje uterino, colocación de sonda vesical, reposición de la volemia, administración de uterotónicos y ligadura de arterias uterinas.

El empleo de uterotónicos, como la oxitocina, es esencial en el manejo de la hemorragia posparto. Se recomienda realizar masaje uterino de forma inmediata y comenzar la reanimación con líquidos cristaloides isotónicos. En casos de hemorragia refractaria o falta de respuesta al tratamiento con uterotónicos, o en ausencia de estos, se recomienda considerar el uso de taponamiento con balón intrauterino. No se aconseja utilizar el taponamiento uterino como tratamiento para la hemorragia posparto debido a la atonía uterina después de un parto vaginal. La atonía uterina, que resulta de la distensión excesiva del útero durante el embarazo, es responsable del 80% de los casos de hemorragia posparto, y puede complicarse aún más con embarazos macrosómicos. Si el sangrado continúa a pesar de las medidas conservadoras, como el masaje uterino y el taponamiento con balón, se sugiere recurrir a intervenciones quirúrgicas. (Escobar, et al., 2022) (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017)

9. Maribel da a luz a un recién nacido hipotónico que al posicionar la vía aérea y aspirar secreciones llora, tiene una frecuencia cardíaca de 80 lpm se inicia ventilación a presión positiva con una FiO₂ 21% durante 15 segundos, pero la frecuencia cardíaca continúa menor a 100 lpm. ¿Cuáles son los siguientes pasos de acuerdo con el algoritmo de reanimación neonatal?

- Compruebe los movimientos torácicos, pasos correctivos de ventilación (MR. SOPA) y considerar la intubación endotraqueal o mascarilla laríngea.
- Intubación endotraqueal, iniciar compresiones torácicas y coordinar con la ventilación a presión positiva con O₂ al 100%.

- Pasos correctivos de ventilación (MR. SOPA), ventilación a presión positiva con O₂ al 100% e iniciar compresiones torácicas.
- Compruebe los movimientos torácicos, pasos correctivos de ventilación (MR. SOPA) y continuar la ventilación a presión positiva con una FiO₂ 21% por 30 segundos más.

La Ventilación Pulmonar Positiva (VPP) es el método principal para brindar apoyo a los recién nacidos que presentan apnea, bradicardia o dificultad respiratoria. Se inicia con aire que contiene un 21% de oxígeno en bebés a término. La mayoría de los bebés responderán a esta intervención. Sin embargo, si la frecuencia cardíaca sigue siendo inferior a 100 lpm a pesar de la VPP, se recomienda verificar los movimientos torácicos y realizar los pasos correctivos de ventilación (MR. SOPA). En ese caso, se debe considerar la intubación endotraqueal o el uso de una mascarilla laríngea. Si la frecuencia cardíaca sigue siendo inferior a 60 lpm a pesar de una VPP adecuada durante 30 segundos, se debe optimizar la ventilación mediante la intubación endotraqueal y la administración de oxígeno al 100%, al tiempo que se realizan compresiones torácicas. (Aziz, et al., 2021)

10. Escoja los puntos fundamentales a educar a la madre al momento del alta

- Planificación familiar, signos de alarma del bebé, controles postnatales, nutrición de la madre, lactancia materna y manejo del seno materno.
- Planificación familiar, signos de alarma de la madre, controles postnatales, lactancia materna, manejo del seno materno y nutrición de la madre.
- Planificación familiar, signos de alarma del bebé y la madre, lactancia materna, nutrición de la madre, controles postnatales, manejo del seno materno.
- Planificación familiar, signos de alarma del bebe y de la madre, lactancia materna y manejo del seno materno.

Asegurar el asesoramiento y suministro de métodos anticonceptivos después del evento obstétrico, así como brindar orientación sobre los signos de alarma tanto para la madre como para el recién nacido. Programar una fecha y hora para la primera visita de control de salud de la madre y el recién nacido al momento del alta, o referirlos al nivel de atención correspondiente. Brindar apoyo a las mujeres lactantes en la extracción de leche materna para alimentar al bebé y promover la lactancia a demanda, sin imponer horarios ni restricciones en cuanto a la duración o frecuencia de la alimentación. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

ACTITUD

11. En relación con las siguientes prácticas: tactos vaginales excesivos, episiotomía de rutina, maniobra de Kristeller, uso rutinario de oxitocina y cesáreas sin indicación médica, ¿Qué opina?

- Son prácticas inherentes a la atención del parto.
- Se considera “violencia obstétrica”.
- Son parte del protocolo de atención obstétrica.
- Son prácticas abusivas

Existe falta de consenso en la terminología y definición de este fenómeno. A pesar de que la OMS, no recomienda prácticas como: toques vaginales excesivos y por múltiples profesionales, la episiotomía de rutina, maniobra de Kristeller, amniotomía precoz, uso rutinario de oxitocina, cesárea sin indicación clínica, y la imposición del parto, y reconoce que estas prácticas constituyen una violación de los derechos de las mujeres durante el parto, muestra cierta resistencia a emplear el término "violencia obstétrica" y opta por otras denominaciones como "abuso", "falta de respeto" y "maltrato". (Ferrão, et al.,2022)

Desde una perspectiva legal, se ha establecido en las regulaciones de América Latina una definición del concepto de violencia obstétrica como el comportamiento ejercido por el personal de salud que afecta el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esto se manifiesta a través de un trato deshumanizado, el abuso de la medicalización y la tendencia a patologizar los procesos naturales. (Lampert, 2021)

12. Carmen se siente muy adolorida, con un EVA 9/10 y le pide que le coloque un medicamento analgésico. ¿Cuál sería su actitud?

- Recomendar el pujo dirigido, que controla la intensidad y el tiempo del pujo desde la aparición espontánea de la contracción.
- Informar y ofrecer al menos 4 métodos no farmacológicos para el alivio del dolor como son masaje, calor local, deambulación y musicoterapia.
- Administrar analgesia epidural y explicar que no interfiere con la libre posición durante el trabajo de parto.
- Explicar la importancia de evitar un parto medicalizado y ofrecer medidas no farmacológicas para el alivio del dolor y el pujo dirigido.

Se brinda a las mujeres que buscan alivio del dolor la oportunidad de elegir entre una alternativa farmacológica y no farmacológica, teniendo en cuenta sus preferencias personales y culturales. Es importante proporcionar a estas mujeres información completa sobre los efectos positivos y negativos de las opciones disponibles para el alivio del dolor. (Organización Mundial de la Salud , 2019) La normativa ESAMyN recomienda ofrecer primero métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, durante el trabajo de parto, para evitar medicalizar el parto. Se debe informar y ofrecer en la sala de partos, a todas las embarazadas, al menos 4 métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, entre estos se encuentran: el masaje, calor local, deambulaci3n, ba1os de agua, relajaci3n, musicoterapia, aromaterapia, visualizaci3n, entre otros, que adem1s contribuyen a disminuir el tiempo del trabajo de parto, y facilitan la comunicaci3n entre el personal m1dico y la gestante. (Ministerio de Salud P1blica del Ecuador, 2021)

13. Carmen de 26 a1os, primigesta de 38 semanas acude a urgencias por dolor tipo c3lico y lumbalgia. No refiere p1rdida de l3quido. En la exploraci3n no se observan sangrado ni l3quido amni3tico en vagina. Se confirma latido cardiaco fetal normal, se registran 3 contracciones en 10 minutos y se evidencian modificaciones cervicales (dilatado 4 cm y borrado 60%). La paciente refiere que tiene hambre y le pregunta si puede comer algo. Su actitud es:

- Explicar que solo puede ingerir l3quidos claros durante el trabajo de parto
- Explicar que solo puede ingerir alimentos ligeros durante el trabajo de parto
- Explicar que el trabajo de parto restringe la ingesti3n de alimentos y le ofrece l3quidos
- Explicar que puede ingerir l3quidos y alimentos ligeros durante el trabajo de parto

Para conseguir un parto humanizado en contexto hospitalario es importante promover pr1cticas del parto normal, entre estas se incluye permitir la ingesta de l3quidos y alimentos durante el parto, en gestantes con bajo riesgo. La evidencia cient3fica sostiene que la restricci3n de la ingesta no aporta ning1n beneficio, en m1s de 3000 gestantes que participaron en ensayos cl3nicos incluidos en una revisi3n sistem1tica, no se report3 ning1n caso de S3ndrome de Mendelson (inhalaci3n de alimentos y l3quidos del est3mago a los pulmones durante la anestesia general) raz3n por la cual se limita la ingesta oral durante el trabajo de parto. (Troncoso Espinoza & Figueroa Lassalle , 2022)

14. Paciente gestante de 38 semanas en periodo de dilatación (4 cm, primer plano), la presentación fetal se palpa sobre el estrecho superior de la pelvis y la dinámica uterina es nula. La paciente le pregunta si puede ingresar su amiga del trabajo para acompañarla. Su actitud es:

- Explica a la paciente que solo un familiar de elección puede acompañarla durante la labor de parto, parto y posparto a excepción de que no lo desee o que exista una indicación clínica que lo contraindique.
- Explica que cualquier persona que elija puede acompañarla, pero solo durante el parto (vaginal o cesárea) a excepción de que no lo desee o exista una indicación clínica que lo contraindique.
- Explica que el acompañante debe ser únicamente la pareja y solo cuando se de el parto (vaginal o cesárea) a excepción de que no lo desee o exista una indicación clínica que lo contraindique.
- Explica que cualquier persona que elija puede acompañarla durante la labor de parto, parto y posparto a excepción de que no lo desee o que exista una indicación clínica que lo contraindique

La Organización Mundial de la Salud (2019) define el “acompañamiento durante el trabajo de parto como al apoyo brindado a una mujer durante el trabajo de parto y el parto, y que puede ser el cónyuge o pareja, amiga/o, familiar, miembro de la comunidad o partera”. (pág. 38)

La Normativa ESAMyN recomienda permitir que la mujer elija a una persona para acompañarla durante todas las etapas del proceso de parto, ya sea en el trabajo de parto, durante el parto en sí (tanto vaginal como cesárea) y en el posparto. Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta opción puede ser modificada si la mujer no desea contar con un acompañante o si existen razones clínicas que lo contraindiquen. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

15. Ana y Luis acuden a la sala de partos cuando las contracciones se vuelven regulares y fuertes. Ana da a luz a una bebe a término saludable, ambos están contentos con el proceso de nacimiento, pero Luis le pregunta cuándo podrá sostener a su bebe piel con piel con él. Su actitud es:

- Explicar que no se debe interrumpir el contacto piel con piel con la madre durante las primeras 2 horas debido a que genera en él bebe un mayor nivel de estrés, su temperatura se desestabiliza lo que puede afectar la glucemia, riesgo de contaminación

de su microbioma y afectación de los comportamientos instintivos previos a la alimentación.

- Explicar que la participación activa de los hombres durante el parto y posparto contribuye a fortalecer el vínculo padre-hijo y al significado cultural de ser padre. Además de que cambia la percepción de su participación de apoyo en el binomio madre-bebe para formar parte de una triada en el cuidado de su hija.
- Explicar que no se debe interrumpir el contacto piel con piel con la madre durante la primera hora debido a que genera en él bebe un mayor nivel de estrés, su temperatura se desestabiliza lo que puede afectar la glucemia, riesgo de contaminación de su microbioma y afectación de los comportamientos instintivos previos a la alimentación.
- Explicar que solo será posible si él bebe se encuentra estable, es decir sin apnea, desaturación o bradicardia, y explicar que cuando se le coloque al bebe piel con piel debe secarle bien la cabeza y la espalda para evitar la evaporación. El bebe debe ser evaluado mientras está sobre su padre, ya que el contacto piel con piel reducirá el estrés de nacer.

Se recomienda no interrumpir el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido durante las primeras 2 horas después del parto. Interrumpir este contacto puede afectar la secreción de hormonas como la oxitocina y las endorfinas, lo cual requeriría reiniciar más tarde. Además, interrumpir el contacto puede aumentar el nivel de estrés del bebé, indicado por niveles más altos de cortisol. También puede afectar la temperatura del bebé, especialmente si el ambiente es frío, lo que a su vez puede afectar los niveles de glucemia. Existe el riesgo de contaminar el microbioma del bebé con gérmenes que no provienen de la madre. Además, la interrupción del contacto piel con piel puede afectar la secuencia instintiva natural del recién nacido antes de la alimentación y retrasar este proceso innato. (World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020)

APLICACIÓN

16. En el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se incentiva a los estudiantes de internado rotativo de medicina a cumplir con el componente parto y posparto de la normativa ESAMyN?
- Si
 - No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentaje de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%

17. ¿Considera que en el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo cuenta con un espacio físico adecuado, y con el equipamiento e insumos necesarios para atender partos en libre posición?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentajes de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%

18. En la sala de trabajo de parto y parto del establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo, les ofrecen a las mujeres gestantes métodos no farmacológicos para aliviar el dolor?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, señale qué métodos se encuentran disponibles

- Masaje, calor local, deambulación y relajación.
- Masaje, calor local, deambulación, relajación y visualización.
- Masaje, calor local, deambulación, relajación, visualización y baños de agua.
- Masaje, calor local, deambulación, relajación, visualización, baños de agua, musicoterapia y aromaterapia.

19. ¿Considera que en el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se promueve la privacidad, la empatía y el respeto a las decisiones de las mujeres embarazadas?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentaje de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%

20. En la sala de trabajo de parto y parto del establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo, les permiten a las mujeres gestantes estar acompañadas por cualquier persona que elijan durante la labor de parto, parto y posparto ?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentaje de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%

21. En la sala de trabajo de parto y parto del establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo, las cesáreas se realizan con justificación clínica?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentaje de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%

22. ¿Considera que en el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se promueve el contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento y la lactancia materna durante la primera hora de vida del recién nacido ?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentaje de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%

23. En el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se capacita al personal de salud del área obstétrica para el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentaje de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%

24. ¿Considera que en el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo las madres reciben asesoría en métodos anticonceptivos después del parto vaginal o cesárea?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentaje de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%

25. En el establecimiento de salud en donde realiza su año de internado rotativo se proporciona a las mujeres información sobre los signos de alarma de la madre y el recién nacido?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa, colocar un porcentaje de aplicación aproximado

- 0-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%