



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

Dirección de Posgrado
Escuela de Enfermería

Maestría en Salud Pública, mención Atención Integral en Urgencias y
Emergencias

**SEGURIDAD DE PACIENTES GESTANTES EN PARTO
HUMANIZADO EN LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE
SALUD TIPO C LAS PALMAS DE ESMERALDAS**

Previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública, mención
Atención Integral en Urgencias y Emergencias

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad y Seguridad del paciente
Buenas prácticas para la seguridad del paciente

Autora:

LCDA. SANDY VIRGINIA COLOBÓN VERA

Asesora:

MGT. ANDREA PINEDA CAICEDO

Esmeraldas, Ecuador, 2021

ÍNDICE

ÍNDICE -----	ii
ÍNDICE DE TABLAS -----	iii
AUTORÍA -----	iv
DEDICATORIA -----	v
AGRADECIMIENTO -----	vi
RESUMEN -----	vii
ABSTRACT -----	ix
INTRODUCCIÓN	
Introducción -----	1
Justificación -----	3
Objetivo General -----	5
Objetivos Específicos -----	5
CAPITULO I	
Bases Teórico-Científicas -----	6
Antecedentes -----	14
Marco Legal -----	16
CAPITULO II	
Materiales y métodos -----	19
CAPITULO III	
Resultados -----	25
Resultados de la entrevista -----	32
Resultados de la observación -----	35
CAPITULO IV	
Discusión -----	38
Conclusiones -----	42
Recomendaciones -----	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	44
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de la historia clínica -----	25
Figura 2. Distribución porcentual de los controles prenatales -----	25
Figura 3. Distribución porcentual de test VIH -----	26
Figura 4. Distribución porcentual de acompañamiento -----	26
Figura 5. Distribución porcentual de libre posición en el parto -----	27
Figura 6. Distribución porcentual método no farmacológico -----	27
Figura 7. Distribución porcentual procedimientos inadecuados -----	28
Figura 8. Distribución porcentual de identificación de las embarazadas -----	28
Figura 9. Distribución porcentual de aplicación de oxitócina -----	29
Figura 10. Distribución porcentual de complicaciones en el parto -----	29
Figura 11. Distribución porcentual de signos de peligro en el post parto -----	30
Figura 12. Distribución porcentual de limpieza de las áreas de parto -----	30
Figura 13. Distribución porcentual de antecedentes de parto -----	31
Taba 1. Distribución porcentual y de frecuencia de loa derechos antes del parto-	31

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, SANDY VIRGINIA COLOBÓN VERA portadora de la cédula de ciudadanía N° 080378222-6 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública, mención Atención Integral en Urgencias Y Emergencias son absolutamente originales, auténticos y personal.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

SANDY VIRGINIA COLOBÓN VERA

CI: 080378222-6

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación, a mis hijos quienes son mi mayor motivación de construir un desempeño académico para darle ejemplo de superación profesional, a mi esposo que me motiva a seguir cumpliendo mis metas y objetivos con su dedicación, amor y respeto, a mis padres por quienes existo quienes me enseñaron valores de la vida el respeto el amor a Dios y a la familia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por cuidarme y guiarme durante todo mi camino y darme la fortaleza para superar los limitantes que existieron en mi camino, que muchas veces me quisieron hacer desistir de mis metas.

A mis padres, mi esposo y mis hijos por todo el apoyo incondicional y ser mi fuente de inspiración para luchar día a día contra las adversidades para la consecución de este triunfo.

A la PUCESE por crear oportunidades educativas a los servidores de salud esmeraldeños que con sacrificio hemos visto en la superación profesional mejores días para el futuro de nuestras familias y pacientes.

A mis docentes quienes contribuyeron con su aporte intelectual y científico brindándome los conocimientos necesarios para desempeñarme en el campo laboral, y a todos quienes formaron parte de esta meta cumplida en mi vida.

Resumen

Este estudio descriptivo objetivó identificar, complicaciones, seguridad y riesgos que se presentan durante el parto humanizado de libre posición, en mujeres que acuden al área de UTPR en labor de parto, que son atendidas por profesionales de salud del Centro Tipo C Las Palmas, quienes realizan atención de cuidado directo, bajo normas y protocolos establecidos por el MSP y los lineamientos de las guías clínicas de la seguridad del paciente.

Los datos fueron obtenidos de métodos cuantitativos como la encuesta dirigida a las embarazadas y métodos cualitativos como las entrevista al personal sanitario y la observación en el periodo junio septiembre del año 2020, que nos permitió recoger datos objetivos.

La población meta se constituyó de mujeres en labor de parto, que acuden al área de emergencia del establecimiento en estudio, además de los profesionales que brindan atención de salud y que interviene en todo el proceso del parto como médicos, obstetras y enfermeras.

El análisis fue sintetizado de las buenas prácticas clínicas y la seguridad del paciente, dirigido a las embarazadas durante el proceso de parto, conocer además las condiciones de seguridad que brinda el establecimiento de salud frente a complicaciones y la capacidad de respuesta del personal sanitario, frente al parto y los lineamientos establecidos.

La investigación está estrechamente vinculada a describir las actividades y procedimientos no invasivos, no farmacológico utilizando en el parto humanizado, reconocer y respetar los derechos de las embarazadas, además de promover la participación de mujeres en los controles subsecuentes de la gestación y la participación de las actividades de educación prenatal de las embarazadas y sus familias.

Los resultados evidenciaron que las mujeres son acompañadas por los familiares, que optan por posiciones cómodas que facilitan el parto, tiene un buen trato por el personal de salud y utilizan la técnica no farmacológica para aliviar el dolor además se observaron técnicas de seguridad del paciente durante la atención y procedimientos realizados.

Se pudo concluir que los riesgos y seguridad de las embarazadas en parto humanizado depende, de los controles subsecuentes, valoración continua de las mujeres por parte del personal médico, los antecedentes obstétricos y las habilidades de los profesionales para manejar el parto intercultural, la ética y los lazos de confianza que se establezcan con los familiares y las embarazadas, logrando la participación durante el proceso

Palabras clave: Parto humanizado, libre posición, riesgos, seguridad del paciente, embarazadas, protocolos, flujograma

Summary

This descriptive study objected to identifying, risks and complications that arise in free-position humanized delivery, in women who come to the UTPR area in labor, who are cared for by health professionals of the Centro Tipo C Las Palmas, who perform direct care care, under standards and protocols established by the MSP and the guidelines of the clinical guidelines of patient safety.

The data were obtained from quantitative methods such as the survey aimed at pregnant women and qualitative methods such as interviews with health workers and observation in the period June September 2020, which allowed us to collect objective data.

The target population was made up of women in labor with more than 37 weeks gestation and who go to the emergency area of the establishment under study, in addition to professionals who provide health care and who are involved throughout the delivery process as doctors, obstetricians and nurses.

The analysis was summarized of good clinical practices and patient safety, directed by pregnant wings during the labor, delivery and postpartum process, also to know the safety conditions provided by the health establishment against complications and the responsiveness of health workers, against childbirth and established guidelines.

The research is closely linked to describing non-invasive and non-pharmacological activities and procedures using humanized childbirth, recognizing and respecting the rights of pregnant women, as well as highlighting women's participation in subsequent pregnant controls and participation in prenatal education activities of pregnant women and their families.

They were shown that women are accompanied by family members, who opt for comfortable positions that facilitate childbirth, are treated well by health personnel and use the non-pharmacological technique to relieve pain, and patient safety techniques were observed during care and procedures performed.

It could be concluded that the risks and safety of pregnant women in humanized childbirth depends, on subsequent controls, continuous assessment of women by medical staff, obstetric history and the skills of professionals to manage intercultural delivery, ethics and bonds of trust that are established with family members and pregnant women, achieving participation during the process

Keywords: Humanized delivery, free position, risks, patient safety, pregnant women, protocols, flowch

INTRODUCCIÓN

Presentación del Tema de Investigación

La seguridad del paciente hace referencia a las actuaciones que se aplican para eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, igualmente promocionar los procedimientos que resultan seguros, al tiempo que promueve un cambio cultural que elimine toda presunción que culpabilice al equipo médico por sus faltas para los usuarios (1).

En mi perspectiva la seguridad es una dimensión de la calidad asistencial de gran responsabilidad al momento de brindar la atención a mujeres gestantes en labor de parto, cuyo valor debe ser prioritario para el personal de salud y agentes que intervengan en este proceso en el cual los actores principales son la mujer, el producto y el núcleo familiar. <

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos (no más del 20% del total). Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron (2).

La seguridad durante la atención sanitaria sobre todo en las gestantes es de gran importancia para hablar de calidad asistencial, ha adquirido gran valor, tanto para los usuarios, las familias, y la comunidad que desean sentir seguridad y confianza en los cuidados y procedimientos sanitarios, como para el personal médico que desean brindar una atención sanitaria segura, efectiva y eficiente (3).

El número de eventos adversos que se pueden suscitar durante la atención a las pacientes en el ámbito sanitario y el costo económico que causa a los sistemas sanitarios son importantes que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica médica (5).

La necesidad de dar valor a la seguridad de los pacientes, procede desde la necesidad de salvaguardar la vida de los usuarios en especialidades como la anestesia y la obstetricia, indica claramente los altos estándares que se han logrado en estas especialidades evitando eventos

adversos y la muerte de los pacientes. Según (Vincent y Amalberti 2015) la seguridad es aspirar a una mejor atención, y etiquetar un problema, como un problema de seguridad es hacer un llamamiento, con gran capacidad de motivación y, a veces, con gran carga emocional, a que tales desenlaces no puedan y no deban tolerarse (4).

El presente estudio tuvo como objetivo principal identificar riesgos que se presentan en pacientes con trabajo de parto que optan por el parto intercultural humanizado en libre posición que acuden al CS tipo C Las Palmas Esmeraldas.

El personal médico en la toma de decisiones y al usar tecnologías y procedimientos destinados al parto de alto riesgo, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones extraordinarias en rutinarias como rasurado perivulvar/ perineal venoclisis, episiotomías, enemas, y parto en posición horizontal (2).

Desde mi punto de vista para analizar esta problemática debemos conocer las principales causas de riesgos y complicaciones durante el parto humanizado y las medidas de seguridad tomadas por el personal de salud frente a esta situación de tal manera identificar el nivel de capacitación de cada uno de los actores directos e indirectos frente al procedimiento.

El parto se convirtió en un procedimiento médico cuyo valor científico dejó a un lado los aspectos humanistas. Esta naturalidad de la mujer ya no es privado ni femenino y se convirtió en un acto público, que cuenta con presencia de otros actores sociales (2)

El interés de realizar esta investigación se basó no solo conocer el riesgo que tienen las pacientes en el área hospitalaria si no disminuir los riesgos evitables y reducir los procedimientos innecesarios de los cuáles el personal de salud ha hecho una rutina de atención cuando el sistema sanitario renueva normas, acciones y protocolos, demostrando la falta de capacitación y evaluación del personal sanitario.

El estudio consto de dos partes, en el cual se detalla el problema de la investigación, justificación del estudio y objetivos a cumplir. Además, se desarrolló un marco conceptual reuniendo los criterios de varios autores que validan la investigación, identificamos base teórica, relacionadas con el problema, antecedentes y marco legal.

De igual manera se presentó la metodología en la cual se menciona la estructura de la investigación, la muestra que se estudió con los aspectos de inclusión y exclusión, métodos,

técnicas e instrumentos de recolección, los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones dirigidas a los autores intervinientes, además de anexos y demás evidencias.

Se trabajó con el personal médico que brinda atención directa a las mujeres gestantes en el área de UTPR donde se cuenta con profesionales como médicos, obstetras, enfermeras y auxiliares de enfermería personal que interviene en la valoración, trabajo de parto y puerperio inmediato, además de la atención del recién nacido.

El centro de salud Tipo C Las Palmas cuenta con un área de dilatación y parto cultural humanizado en la que se cuenta con los implementos necesarios para que se dé el parto intercultural, tomando en cuenta que la provincia de Esmeraldas es un área con diversidad cultural donde el parto con plantas medicinales y demás rituales que ponen en práctica nuestras mujeres.

Para evitar riesgos y de más complicaciones el personal de salud debe crear un ambiente cálido y seguro que le brinde confianza a las pacientes para que estas acudan a la atención y valoración ginecológica de personal capacitado y con experiencia en parto intercultural sin poner en riesgo la vida de la madre y del neonato.

En este estudio se evidenciaron las causas más comunes de riesgos en la atención del parto normal intercultural humanizado del cual conoceremos las actividades, protocolos y asistencia que brinda el personal sanitario a las embarazadas que asisten a la emergencia del área de UTPR para comenzar con el parto seguro humanizado en compañía de familiares.

Justificación

El alcance de esta investigación es de vital importancia para la población mantener sanas a las gestantes y sobre todo para garantizar que tengan una grata experiencia en el parto y post parto sin excluir la salud del recién nacido motivo por el cual se debe minimizar los posibles riesgos que se presenten y en lo posible actuar de una manera rápida frente a situaciones que generen peligro para la gestante.

De la misma manera se requiere que el personal de salud participe de una manera oportuna frente a las necesidades de la embarazada evitando involucrarse en situaciones que generen complicaciones para la vida de la mujer y de su producto, disminuyendo los juicios legales por mala praxis y negligencia médica.

En mi percepción minimizar riesgos obstétricos durante el parto intercultural es importante para dar confianza a las mujeres que acuden a estas unidades en busca de calidad y servicio para ellas y sus hijos garantizando la optimización de posibles riesgos, para lo cual se debe contar con un personal capacitado y con experiencia.

El parto humanizado en mi opinión es una tendencia que se está expandiendo entre las gestantes que ven de este procedimiento una oportunidad de tener una experiencia diferente y obtener una pronta recuperación para regresar a la cotidianidad de su vida diaria y de la familia sin dejar de lado que muchas de estas mujeres son adolescentes, madres trabajadoras que tiene un rol significativo en los hogares.

El proceso del parto humanizado produce beneficios en el neonato como: el desarrollo motor, visual, auditivo, y fortalece el vínculo afectivo materno neonatal y al participar la familia se crea un vínculo familiar, permitiendo en el futuro un aprendizaje positivo y en el fortalecimiento de vínculo afectivo (6).

La utilidad de este tema radica en que mediante el análisis de los riesgos en función de la seguridad del paciente en gestantes que acuden en labor de parto a esta unidad de salud, las gestantes pudieron decidir la manera más cómoda y segura de traer al mundo a sus hijos donde sus derechos fueron respetados y cumplidos de tal manera que no afecto la salud de ella ni del recién nacido.

Para evitar riesgos y de más complicaciones el personal de salud debe crear un ambiente cálido y seguro que le brinde confianza a las pacientes para que estas acudan a la atención y valoración ginecológica de personal capacitado y con experiencia en parto intercultural sin poner en riesgo la vida de la madre y del neonato.

El interés del proyecto se sustentó en la disminución de riesgos en procedimientos y actividades que no son necesarias o que fueron abolidas por las consecuencias secundarias para la madre, el recién nacido y la familia garantizando una grata experiencia y disminuyendo el trauma del trabajo de parto.

En el centro de Salud en estudio han existido eventos de complicaciones y en algunos casos muertes materno neonatales por varias razones, lo que nos lleva al estudio de esta problemática teniendo en cuenta que los partos son humanizados e intercultural y la capacidad resolutive es de primer nivel de atención.

Es por todos estos argumentos que como profesional de salud motiva la atención a las mujeres en estado de gestación en el parto humanizado para garantizar una atención adecuada logrando cumplir con las necesidades de la mujer la familia y el recién nacido, además es de gran importancia mantener una relación de confianza con la embarazada y los familiares garantizando la colaboración durante el proceso.

Objetivo General

Identificar la falta de seguridad de pacientes gestantes en parto humanizado en la emergencia del centro de salud tipo C Las Palmas de Esmeraldas

Objetivos Específicos

- 1) Determinar complicaciones que se presentan durante el parto intercultural en gestantes que acuden en trabajo de parto al Tipo C Las Palmas.
- 2) Describir medidas y manejo de protocolos por parte de los profesionales de salud que asisten a gestantes en el parto humanizado libre posición.
- 3) Comprobar la preparación de las gestantes durante el parto humanizado.
- 4) Conocer el flujo de atención y la higiene de las áreas donde son atendidas las gestantes durante trabajo de parto libre posición del centro de salud tipo C Las Palmas.

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

1.1. Bases Teórico-Científicas

1.1.2. Seguridad del Paciente

Es un componente de la calidad de atención, formada por un aspecto técnico, de satisfacción del usuario, eficiencia calidad y seguridad. Su función es disminuir el daño asistencial, evitable en la mitad de los acontecimientos, a través de limitar los factores predisponentes del evento no deseado y las cuestiones corregibles mediante el conocimiento del paciente y la continuidad de la atención médica (7).

Esto implica la inclusión de humanización, calidad asistencial, procesos, gestión, gestión clínica, integralidad e integración de la atención y funcionamiento en conjunto. Por ello, lo más importante es la organización de los procesos y la disminución de la variabilidad de la prestación médica con distribución de responsabilidades y roles, tanto de agentes médicos y vendedores, como de proveedores internos de productos intermedios de información, entre ellos laboratorio, imágenes, hemoterapia (7).

En las instituciones de salud pública constituye una transformación de sus paradigmas de complejidad. Se trata de una verdadera revolución cultural y organizativa, cuyo camino más consistente se desarrolla bajo dos líneas estratégicas centradas en el paciente: calidad y atención. Es un camino extenso, lento, trabajoso, que exige esfuerzo, persistencia y compromiso (7).

1.1.3. Implementación de las Metas Globales de Seguridad Del Paciente

Los servicios de salud deben trabajar en la obtención de metas de seguridad; mejorar la identificación del paciente, mejorar la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, mejorar la seguridad al utilizar medicamentos de alta alerta o riesgo, asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención y reducir el riesgo de daños al paciente por caídas. Cada una de ellas es motivo de un paquete instruccional específico (8).

Se debe tener cuidado al momento de la identificación del paciente ya que se considera los adultos con y sin documento de identidad, los neonatos y menores de edad sin número de

identificación. Las dificultades en la comunicación entre el equipo sanitario y con el usuario son el factor más frecuente cuando se analizan los eventos adversos sucedidos (8).

Para lograr reducir esta frecuencia en la institución se deben implementar diferentes estrategias entre las cuales estandarizar las abreviaturas. Las acciones que la institución debe realizar para disminuir y evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, incluyen estrategias desde la selección, la compra, la recepción, el almacenamiento, la dispensación, la prescripción y la administración del medicamento, la identificación de los medicamentos de alto riesgo (8).

1.1.4. Seguridad del Paciente - Usuario y la Calidad de la Atención

El paciente es la persona que recibe atención sanitaria, y la atención sanitaria son los servicios que reciben los individuos, la familia y las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo. La OMS identifica a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (9).

Seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de dispensar o no de un tratamiento (9).

Brindar una atención con calidad y seguridad a los pacientes constituye una obligación técnica y ética de quienes prestan el servicio, a través de la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que desarrollan los mencionados sistemas de salud. La calidad de la atención el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos secundarios. (10).

Se puede afirmar que la calidad de la atención, es un conjunto de atributos que deben tener los procesos administrativos y asistenciales para responder a las necesidades y condiciones de los usuarios, se convierte en un factor indispensable que debe gestionarse permanentemente en cualquier sistema de salud. los sistemas de salud están reconociendo la necesidad de mejorar la calidad de la atención, por esta razón están adoptando guías de práctica clínica basadas en la

evidencia científica, para cuidar la salud de las personas y disminuir acciones inseguras sin necesidad (10).

La asistencia sanitaria cada vez es más compleja, los procesos asistenciales de salud suponen una combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones de un gran número de profesionales. Esto se asocia a un riesgo creciente de eventos adversos (10).

Este proceso permanente se centra en:

- Capacitación y conocimiento de los riesgos y eventos adversos.
- Erradicar los riesgos innecesarios.
- Corrección y prevención de aquellos riesgos que son evitables a través de intervenciones basadas, en evidencia científica, con demostrada efectividad.

1.1.5. Principios Transversales de la Seguridad del Paciente - Usuario

Una atención sanitaria segura supera el establecer políticas o normativas. Es necesario el compromiso y capacitación de los profesionales para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que generen resultados efectivos (10).

Es importante definir los principios transversales que orienten las acciones que permitan la implementación de esta normativa, estos principios son:

- Atención centrada en la persona, es una dimensión de la calidad esencial que se interrelaciona con la seguridad del paciente en sentido que el sistema de salud debe asegurar un trato digno, con calidez y respeto, personalizado, colaborativo y activado, con el propósito de obtener los mejores resultados para el paciente.
- Relación con el paciente y su familia, la atención es colaborativa en el cual los pacientes y su familia trabajan en forma conjunta con el profesional de salud en el cuidado de su salud. Incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su auto cuidado y de los riesgos.
- Alianza con el profesional y personal de la salud, la seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a inobservancia, impericia, imprudencia, negligencia o exista intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal ecuatoriano

- Cultura de Seguridad, que promueva un ambiente en el que se desarrollen las actividades de seguridad, basado en la confidencialidad y la confianza entre pacientes, profesionales y personal de salud, aseguradores y la comunidad.
- Impacto, considera la manera en la que se logran alcanzar o superar los objetivos a cabalidad mediante la implementación de metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Liderazgo y trabajo en equipo, que establece una modalidad de identificación de fallas latentes y potenciales riesgos para el paciente durante la atención, así como la definición de posibles soluciones, acciones que deben ser realizadas con liderazgo por todos aquellos que son parte del proceso de atención involucrado.
- Visión sistémica y multicauce, el enfoque en seguridad del paciente es sistémico y multicauce, en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores. El evento adverso, como tal, es resultado del sistema.

1.1.6. Bioética y Seguridad del Paciente - Usuario

Los eventos relacionados con la atención sanitaria tienen una base ética, por lo tanto, hablar de seguridad para el cliente comprende un deber moral de todos los actores que intervienen con el cuidado de la salud, sustentado en cuatro principios bioéticos (10):

1. Beneficencia
2. No Maleficencia "primum non nocere"
3. Autonomía
4. Justicia

La ausencia de una adecuada valoración y manejo en la salud del paciente, vulnera estos principios básicos.

La Alianza Mundial manifiesta como principio, "ante todo, no hacer daño" derivado del principio hipocrático primum non nocere, lo que crea un vínculo para la bioética a la seguridad del paciente. La no maleficencia nos habla a evitar cualquier daño al paciente, pero también a aplicar todos los medios necesarios para evitar que se manifiesten eventos adversos para disminuir el riesgo en la atención sanitaria (10).

Prácticas seguras

Procesos o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos asociados a la atención sanitaria, que se apoyan en la evidencia científica disponible y que logra prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a la práctica médica (10).

1.1.7. Las Prácticas Establecidas para la Seguridad del Paciente - Usuario son de Tres Tipos:

Prácticas Seguras Administrativas

1. Identificación correcta del paciente.
2. Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

Prácticas Seguras Asistenciales

1. Control de abreviaturas peligrosas.
2. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
3. Control de electrolitos concentrados.
4. Conciliación de medicamentos.
5. Administración correcta de medicamentos.
6. Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.
7. Profilaxis de trombo embolismo venoso.
8. Prevención de úlceras por presión.

Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales

1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
2. Prácticas quirúrgicas seguras.
3. Transferencia correcta de Información de los pacientes en puntos de transición.
4. Manejo correcto de las bombas de infusión.
5. Higiene de manos.

6. Prevención de caídas.

7. Educación en seguridad del paciente.

1.1.8. Parto Normal

Es la expulsión de uno o varios fetos y los productos de la gestación tales como placenta, cordón umbilical, líquido amniótico y membranas, desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior, también podemos manifestar que es el proceso natural por el cual una mujer alumbró al producto de la concepción. El neonato nace en posición cefálica luego de treinta y siete semanas, cuando ya se considera a término (11).

Los procedimientos que aceleran el trabajo de parto tienen como objetivo adecuarlo al ritmo hospitalario. por otra parte, la interrupción del embarazo, sea por cesárea o inducción del parto, provocó el aumento significativo de las tasas operatorias, prematuridad y reducción de peso del recién nacido (12).

1.1.9. Promover la Comodidad y Minimizar el Dolor Durante el Trabajo de Parto

Los procedimientos utilizados en la fase activa del parto buscan promover el bienestar y minimizar el dolor en el proceso de parto para la mujer. Las ventajas de los métodos no farmacológicos está la menor incidencia de efectos no deseados ya que los métodos como anestesia o analgesia de parto pueden resultar en disminución de la conciencia materna y de la vitalidad del recién nacido o pérdida del control de la mujer sobre el proceso del parto (12).

Los métodos no farmacológicos son baratos y pueden posponer el uso de métodos farmacológicos, lo que reduce la exposición de la madre y el bebé a sus efectos adversos. Se sabe que factores como el miedo, el estrés, la tensión, fatiga, frío, hambre, soledad, desamparo social y emocional e ignorar lo que está ocurriendo pueden intensificar la sensación dolorosa del parto, mientras que la relajación, la confianza, recibir informaciones correctas, el apoyo continuo de amigos y familiares y el hecho de sentirse activa y descansada en un ambiente cómodo pueden reducir la percepción dolorosa (12).

Los baños de agua son una práctica muy común durante el parto por no necesitar de un equipo especial, promover la higiene y mantener la parturienta en una temperatura agradable. El baño estimula las contracciones uterinas y la sensación de comodidad en la parturienta. Además, el baño revitaliza, estimula la circulación sanguínea, disminuye los dolores lumbares y promueve

una relajación que favorece la dilatación cervical. Existen otros métodos no farmacológicos, como esferoterapia con balones grandes, aromaterapia (12).

1.1.9.1. Violencia Obstétrica

Es un proceder, acción u omisión que realizan los profesionales de salud, de forma directa o indirecta, y que afecta a las pacientes durante el parto y puerperio. El maltrato, negligencia o la falta de respeto en el parto es una violación de los derechos humanos, descrito en las normas y los principios de derechos humanos. A pesar de la evidencia que sugiere que es frecuente lo antedicho, no existe en la actualidad un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato y la falta de respeto. Se desconoce su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y las elecciones de las mujeres (13).

1.1.10. Posiciones para el Parto

Existen numerosas posiciones para el parto, a continuación, se mencionan las más conocidas:

- Supina o en semi decúbito para el nacimiento se usa ampliamente en la práctica obstétrica contemporánea. La principal ventaja señalada es el fácil acceso del obstetra al abdomen de la mujer para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal, como ya se señaló. Quienes cuidan de las mujeres en trabajo de parto se sienten cómodos con la posición dorsal porque es la posición en la que habitualmente reciben capacitación para atender los partos, incluyendo los partos vaginales asistidos y es la posición de referencia convencional para las descripciones de los libros de texto con respecto a los mecanismos del parto vaginal.
- Litotomía con las piernas de la mujer fijadas en estribos se usa en muchas instituciones para los partos vaginales espontáneos y especialmente para los partos vaginales asistidos.
El uso de estribos puede combinarse con una inclinación pélvica lateral y una posición semi supina, con la madre sentada en aproximadamente 45 grados, para reducir la compresión aortocava.
- Decúbito lateral también se usa para los partos espontáneos y asistidos, con la ventaja de que evita la compresión de la aorta o la vena cava inferior por parte del útero.
- Las mujeres también pueden asumir las posiciones de rodillas en el período expulsivo del trabajo de parto. Estas pueden variar desde la posición arrodillada vertical a la posición de "cuatro puntos", con la pelvis y los hombros al mismo nivel.

- McRoberts, con los muslos hiperflexionados, se introdujo para resolver la distocia de hombros. Se ha demostrado un aumento en la fuerza expulsiva en el período expulsivo del trabajo de parto. (14).

1.1.11. Score Mamá

Escala de puntuación desarrollada para la detección temprana de morbilidad materna.

El registro del Score Mamá en las mujeres gestantes y puérperas es obligatorio y deberá ser colocado en la historia clínica perinatal, así como en la hoja de evolución de la paciente. Manejo del puntaje del score mamá (15).

El Score MAMÁ, consta de 6 (seis) signos vitales, y 1 (un) signo cuantitativo:

- Frecuencia Cardiaca (FC)
- Presión arterial dividida en - Sistólica - Diastólica
- Frecuencia Respiratoria (FR)
- Saturación de Oxígeno (Sat) 11
- Estado de Conciencia
- Proteinuria

Figura 1. Score mamá

Mejora de la captación y derivación oportuna

GERENCIA INSTITUCIONAL DE DISMINUCIÓN ACCELERADA DE MUERTE MATERNA

SCORE MAMÁ									
Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 59	—	—	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≤ 70	71-89	90	91-139	—	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	—	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 10	—	11	12-20	—	21-29	≥ 30	FR	
T (°C)	≤ 36	—	—	36.1-37.6	37.7-38.4	—	≥ 38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93*	94-100	—	—	—	Sat	
Estado de Conciencia	—	confusa / agitada	—	alerta	responde a la voz / somnolient	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (**)	—	—	—	(-)	(+)	—	—	Proteinuria	

(*) Sobre las 20 semanas de gestación
 (90-93% *) Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0
 (**) Sin oxígeno suplementario

La puntuación de "0" como estado normal y "3" como puntuación de máximo riesgo

El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación para detección de riesgo, que se aplica al primer contacto en emergencias obstétricas, en todos los niveles de atención.

PROPOSITO: clasificar la gravedad de las pacientes, y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva.

Ministerio de Salud Pública

Imagen tomada de Estrategia Alarma Materna 2015 Ecuador (fig.1).

Cada signo vital, tiene una puntuación asignada que va de 0 a 3 a la izquierda y derecha respectivamente. Dependiendo de la variabilidad de los signos vitales se les ha asignado un puntaje altamente sensible para detectar a tiempo las gestantes o mujeres posparto con riesgos de morbilidad (fig.1).

1.1.12. ESAMyN

Es la Normativa sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño, se implementa con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de: la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado, y el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna. Si bien el cumplimiento de los parámetros establecidos en esta normativa, son conducentes a la Certificación de las unidades como “Amigas de la Madre y del Niño”, todas las unidades sanitarias que atienden partos, sean públicas o privadas, deseen o no certificarse, deben cumplir con los artículos relacionados al parto, puerperio y de lactancia materna (27).

La norma Esamyn cuenta con objetivos los cuales son: Mejorar la calidad e integralidad de la atención pre-natal, 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 (27).

1.2. Antecedentes

Las acciones de inseguridad en la atención son consideradas actualmente como un problema de salud pública mundial, en respuesta, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) reconoció en su Asamblea Mundial número 55, realizada en Ginebra en el año 2002, la necesidad de promover la Seguridad del Paciente, como principio fundamental en todos los sistemas de salud a través de las acciones para "Desarrollar normas para la calidad de la atención y la Seguridad del Paciente (16).

Desde la revolución industrial en el siglo XIX, se han introducido una serie de procedimientos mecánicos, uso de tecnologías y medicamentos para hacer del parto un proceso intervenido, esto con el fin proporcionar mayor seguridad y reducir las complicaciones. Los procedimientos medicados se incorporaron de forma gradual hasta el punto de convertirse en un ritual, por lo que muchas veces las mujeres pueden verse sometidas a maltratos y abusos afectando su salud física y mental (17).

Es por esto que la OMS insiste en que El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos (17).

Según la OMS en 1985, estableció una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos, elaborando, en 1996, una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal (18), con la finalidad de reducir la mortalidad y la morbilidad materno neonatal y disminuir el uso de procedimientos innecesarios durante el procedimiento.

La Constitución vigente 1998, reconoce al país como multiétnico y pluricultural, y acepta e impulsa la práctica de la medicina tradicional y su desarrollo (Art. 1, 44, 84); garantiza el desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa, para la atención de la salud de la población, por esta razón se deberán buscar mecanismos de integración y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional, brindando particular atención a la adecuación cultural de los servicios y prestaciones de la Salud Sexual y Derechos Reproductivos, buscando la integralidad en la oferta y la demanda, y en particular en los modelos de atención integral, a lo cual se añade la cultura de cooperación entre el personal de salud, los proveedores ancestrales de la salud tradicional, su entorno y la familia (19).

La última encuesta demográfica y de salud materno infantil (ENDEMAIN 2004) muestra que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud, sin embargo, un análisis minucioso de los datos demuestra cómo este alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascara diferencias regionales y étnicas significativas (20)

En el Ecuador, se producen en promedio 300.000 nacimientos al año; aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas experimenta una complicación que amenaza su vida durante el embarazo o el parto. En el año 2013, en el mundo murieron 289.000 mujeres durante o después del embarazo y parto (18).

Sin embargo, en la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento porque su medicalización no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas (21).

Fueron los ciudadanos/as quienes se fueron dando cuenta de los fallos y límites que tiene la medicalización del parto y en sus quejas y propuestas se apoyó la O.M.S. para revisar el modelo vigente y proponer una serie de recomendaciones encaminadas a perfeccionarlas (21).

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los/as profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres actuales (21).

Reducir los Riesgos del Embarazo (MPS) es el ODM 5, cuya meta consiste en reducir la razón de la mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Los datos más recientes, de 2005, muestran que es necesario acelerar los progresos si se quiere alcanzar esta meta.

Según los datos de 2005, son pocos los países en desarrollo que se encuentran en camino de lograr el ODM 5. En 56 de los 68 países prioritarios en los que se registra el 98% de las muertes maternas, la RMM sigue siendo elevada (> 300 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos)

La RMM mundial sigue siendo de 400 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, en comparación con las 430 de 1990. La disminución media anual de menos del 1% es muy inferior a la reducción del 5,5% anual que sería necesaria para que se alcanzara el ODM 5. Ninguna de las regiones ODM ha alcanzado ese 5,5%, aunque Asia Oriental se le acerca con una reducción anual del 4,2%. En el África subsahariana, donde se registra la mayor mortalidad materna, la reducción anual ha sido de aproximadamente un 0,1%. Sin embargo, el gran margen de incertidumbre de la RMM hace que no se pueda afirmar si en realidad ha habido alguna reducción (22).

1.3. Marco Legal

1.3.1. Constitución de La República del Ecuador

Según lo establecido en el Art. 43 de la Constitución del Ecuador el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a (22):

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

1.3.2. Ley Orgánica de Salud

Con el presente estudio sobre riesgo en la emergencia de acuerdo a la ley orgánica de salud en el Art. 6 se debe tomar las medidas para proteger la salud de las embarazadas durante el parto ante riesgos y daños que se pueden provocar en la atención de las personas evitando la movilidad y mortalidad con acciones innecesarios (23).

Es de responsabilidad del personal de salud regular, vigilar y controlar la aplicación de normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes según lo manifiesto en el Art.6 de la ley orgánica de salud con el buen uso de las técnicas de seguridad evitaremos el riesgo de contraer patologías nosocomiales e infecciones para los usuarios y los servidores de salud (23)

En esta investigación, al analizar los efectos que provocan los riesgos sanitarios durante el parto se dará cumplimiento al Art.7 de la ley orgánica de salud en la cual manifiesta que todos los usuarios deben ser informados sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida (23).

Como consecuencia a exposición de riesgos y daños innecesarios para la salud de las embarazadas vulnerando sus derechos manifiesto en el Art.7 de la ley orgánica de salud como utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes realizar quejas sobre el incumplimiento de los derechos, la reparación oportuna de los daños y perjuicios causados por el personal de la salud para las personas afectadas siempre y cuando un estudio previo de los eventos suscitados (23).

En toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables debe ser recibido inmediatamente por cualquier centro de salud, público o privado utilizando los protocolos correctos de actuación como indica en el Art.7 de los derechos y amparo del paciente (23).

El Estado reconoce a la mortalidad materna, como problemas de salud pública, los que requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral,

privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución según lo manifiesto en el Art.21 de la ley orgánica de salud (23).

Según lo establecido en el Art. 25 de la ley orgánica de salud, los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona (23).

La autoridad sanitaria nacional elaborara las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual para prevenir y tratar a la población vulnerable como se indica en el Art.62 de la ley orgánica de salud.

1.3.3. Plan Nacional del Buen Vivir

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida.

Manifiesta que las metas en salud materna, especialmente en lo concerniente a la mortalidad materna y el embarazo adolescente, aún no han sido alcanzadas por el Estado ecuatoriano. De acuerdo con el Estudio sobre los costos de omisión de no invertir en acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Ecuador (Ministerio de Salud Pública et al., 2017), para el año 2015 el costo económico y social por la omisión de servicios de salud sexual y reproductiva llegó a US\$ 472 9 millones, lo que evidencia una deuda social en una adecuada educación sexual, reproductiva y de planificación familiar (24).

CAPITULO II

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El Centro de Salud Tipo C Las Palma se encuentra ubicado en la parroquia urbana Luis Tello al norte de la ciudad de Esmeralda, con adecuadas vías de accesos, en la Av. Libertad y calle A junto al Ecu 911. Fue inaugurado el 1 de junio de 2016, su administración corresponde al distrito 08D01 el mismo que es parte del MSP.

Unidad de primer nivel, cuenta con las áreas de consulta externa, emergencia y la unidad de parto normal, tiene una población asignada de 44.000. En el área de emergencia y unidad de parto se brinda el servicio de lunes a domingo durante las 24 horas, con turnos de 12 horas por el personal de salud, se cuenta con 3 médicos, 3 enfermeras, 1 obstetra, 1 laboratorista, 1 auxiliar de enfermería y 1 auxiliar de farmacia.

2.1. Tipo de Estudio

Esta investigación se sustentó en un estudio mixto (**Cuan/Cual**) puesto que los datos que se obtuvieron fueron cuantificados y cualificados de las variables, esto permitió recoger información relacionada del estado real de personas, objetos, situaciones y fenómenos que se presentaron durante la asistencia sanitaria.

En la investigación de acuerdo al problema y objetivos que se plantearon, se utilizó el enfoque **descriptivo**, con el propósito de determinar los riesgos obstétricos durante el parto intercultural, así mismos fue de corte **transversal** porque la información se obtuvo de una fuente en un periodo de tiempo determinado durante el año 2020.

2.2. Población y Muestra

Se tomó una población de 400 gestantes que asistieron trimestralmente a la emergencia del CS tipo C Las Palmas del Cantón Esmeraldas Provincia de Esmeraldas en labor de parto de diferentes unidades operativas de las cuales un grupo son ingresadas para realizar un parto normal, otras eligieron el parto intercultural y otro grupo fueron referidas a segundo nivel de atención por diferentes diagnósticos que requieren atención de mayor complejidad. A demás participo un grupo al azar del personal sanitario que realiza cuidado directo de embarazadas durante el parto.

Se empleó una muestra probabilística de 80 gestantes, las cuáles se las seleccionará de forma aleatoria simple. Los profesionales de salud se tomaron al azar durante el tiempo que duro el estudio relacionando el cronograma para la realización de la guía de observación y entrevista.

Fórmula:

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N-1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{700 * 0.52 * 0.95^2}{(700-1) * 0.05^2 * 0.5^2 * 0.95^2}$$

$$n = \frac{700 * 0.25 * 0.90}{699 * 0.0025 + 0.25 * 0.90}$$

$$n = \frac{158}{1.75 + 0.23}$$

$$n = \frac{158}{1.98}$$

$$n = 80$$

Criterio de inclusión: se incluyó en la investigación a todas las gestantes que acudieron al área de emergencia en trabajo de parto a término con más de 37 semanas de gestación, que pudieron expresar y firmar el consentimiento por escrito para participar del estudio. Además, se incluyó al equipo de salud que realiza la atención de cuidado directo en el parto.

Criterio de exclusión: Se excluyó a todos las embarazadas con algún tipo de discapacidad y analfabetas. Se excluyó los prestadores de salud que atienden embarazadas en la consulta externa.

2.3. Definición Conceptual de variables

Las variables del estudio se operacionalizaron (ANEXO A) para ejecutar los objetivos planteados por el investigador y justificar los instrumentos que se utilizaron en la recolección y levantamiento de información necesaria para dar cumplimiento a las necesidades del investigador y del lector:

- Complicaciones post parto: Situación que se presentan después del nacimiento y del alumbramiento en la mujer.
- Parto intercultural: Proceso en el que la gestante expulsa el producto de la concepción. El cuál se realiza de forma cultural o tradicional según las costumbres ancestrales de la mujer.
- Gestantes: Mujer embarazada o en estado de gestación que lleva en la cavidad útero un embrión fecundado o un feto.
- Trabajo de parto: se da al final del embarazo causando contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra y afine el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal vaginal.
- Medidas de seguridad de pacientes: Normas y protocolos que se llevan a cabo para evitar daños en los pacientes y garantizar la recuperación.
- Personal de salud: Personas que brindan atención sanitaria en establecimientos de salud que tienen como finalidad satisfacer las necesidades del paciente.
- Asistencia a las gestantes: Brindar asistencia médica directa a las embarazadas durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio inmediato.
- Preparación de psicoprofilaxis: Taller de capacitación y preparación para el trabajo de parto brindada por las personas capacitadas de salud para las gestantes.
- Centro de salud tipo C: Unidad de salud del Ministerio de Salud Pública que atiende 24 horas de primer nivel y que cuenta con las áreas de emergencia y unidad de parto normal.
- Flujo de atención: Control ordenado de atención en un establecimiento de salud.
- Parto libre posición: Nacimiento del producto de la gestación en libre posición materna supervisada por personal capacitado.
- Puerperio inmediato: Se llama puerperio inmediato a las primeras 24 horas desde la expulsión del producto de la concepción.
- Alojamiento conjunto: Lugar donde se mantienen luego del parto la madre y el recién nacido.

2.4. Métodos

Para efectuar el estudio investigativo se utilizó los siguientes métodos:

Inductivo deductivo: utilizado para obtener la información y reunir las partes de la información, estos son los datos de la evaluación y formulación del problema para luego concluir el mismo con argumentos acertados, además colaboro con descomponer el problema en sus elementos variables, elaboración y conclusión de objetivos.

Observación en vista que permitió conocer y observar la seguridad que se da a las pacientes gestantes durante el parto y puerperio en el servicio de UTPR por parte del personal que brindo atención directa. En la cual se utilizó los instrumentos correspondientes para la obtención de datos importantes que facilitaron la investigación y obtener resultados válidos para cumplir con los objetivos.

2.5. Técnicas e Instrumentos

Como técnica investigativa se empleó la encuesta (ANEXO C), se realizó a las embarazadas que acudieron al centro de salud Tipo C Las Palmas en labor de parto, durante el periodo que duró la investigación, en el que se aplicó un cuestionario tomado de una fuente avalada por el MSP (26).

La observación estuvo dirigida a las instalaciones equipos, protocolos y profesionales que realizaron la atención de la embarazada durante el parto intercultural, se utilizó una ficha de observación (ANEXO D), en la cual constan los datos personales y los indicadores de seguridad de las embarazadas durante el parto, esta fue modificado de Ministerio de Salud Pública y normas ESAMYN (27).

También se utilizó la entrevista como herramienta de recolección (ANEXO E), la cual contó con una guía modificada de tesis doctoral. (Lareisy Borges Damas, 2016) (28), estuvo dirigida al equipo de salud que labora en la emergencia y que realiza cuidado directo durante el parto humanizado.

2.6. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos se trabajó en el programa operativo Microsoft Excel para tabular los datos obtenidos y se la represento en figuras estadísticas, los cuales se acompañan de sus respectivos análisis donde se mostró los porcentajes, siendo estos detallados en el análisis de los resultados.

Los datos obtenidos de la guía de observación y la entrevista se redactaron en forma de párrafo en el programa operativo Microsoft Word.

2.7. Normas Éticas

Para llevar a cabo la investigación fue necesaria la aprobación del Coordinador del Centro de Salud Tipo C Las Palmas, mediante la autorización por escrito que respalda la realización de la misma de una manera confiable y segura para este establecimiento de salud y para la autora.

Se utilizó la aprobación individual a través del consentimiento informado a cada uno de los participantes y se explicó que los datos recogidos serán para uso exclusivo de Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Esmeraldas (ver Anexo B).

1.8. Presupuesto

A continuación, se detalla el costo de la elaboración del trabajo de investigación, inversión de materiales, insumos y gastos adicionales para la planeación, elaboración y ejecución de este trabajo.

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Gastos administrativos			
Proyecto de grado	1	1500	1500
SUBTOTAL			1.500
Equipos Tecnológicos			
Computadora	1	700,00	900,00
Flash memory	1	10,00	10,00
Impresora	1	400,00	400,00
Discos	10	2,00	20,00
SUBTOTAL			1.330,00
Materiales e insumos			
Bolígrafos	10	0,50	5,00
Resmas de hojas A4	1	5,00	5,00
Calculadora	1	15,00	15,00
Carpetas	3	1,00	3,00
Internet	12	30,00	360,00
Tinta colores	4	25	100,00
Cuadernos	3	3,00	9,00
Tableros	2	2,50	5,00
SUBTOTAL			502,00
Logística			
Movilización	20	4,00	80,00
Alimentación	10	4,50	45,00
			125,00
SUBTOTAL			3.457,00

Gastos extra (5%)			172,85
TOTAL			3629,85

Elaborado por Sandy Colobón Vera 7 de marzo 2020

1.9. Fuente de Financiamiento

La presente investigación fue autofinanciada por la autora cubriendo todos los gastos para la realización y obtención de resultados del estudio.

CAPITULO III

3. RESULTADOS

3.1. Resultados obtenidos de la encuesta realizada a las mujeres luego del parto.

La figura 1 muestra la disponibilidad de la historia clínica única a la que tiene derecho cada paciente, como se puede observar, (48,75%) de embarazadas tiene una historia clínica en esta unidad con controles subsiguientes, el (33,75%) mujeres no tiene historia clínica en la unidad por ser referidas desde otras unidades donde no ofrecen el servicio de parto y el (17,50%).

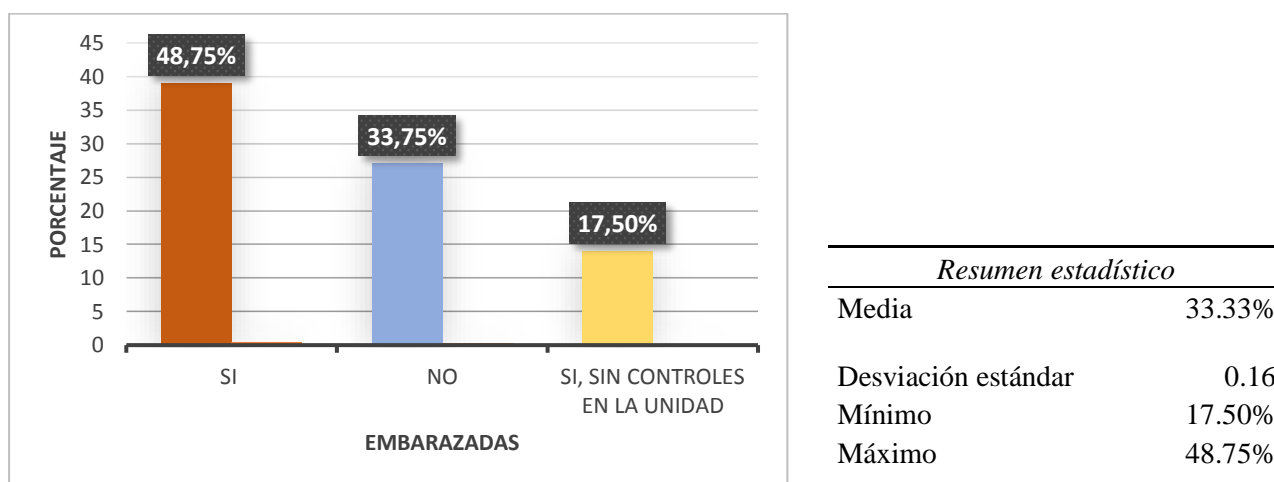


Figura 1. Disponibilidad de historia clínica única en el Centro de Salud Tipo C Las Palmas. **Fuente:** encuesta realizada a mujeres en post partos y Base de datos

En la figura 2 el (52,50%) asistió a más de cinco controles subsiguientes, (15%) asistió a menos de cinco controles y el (6,25%) no asistió a ningún control durante el embarazo.

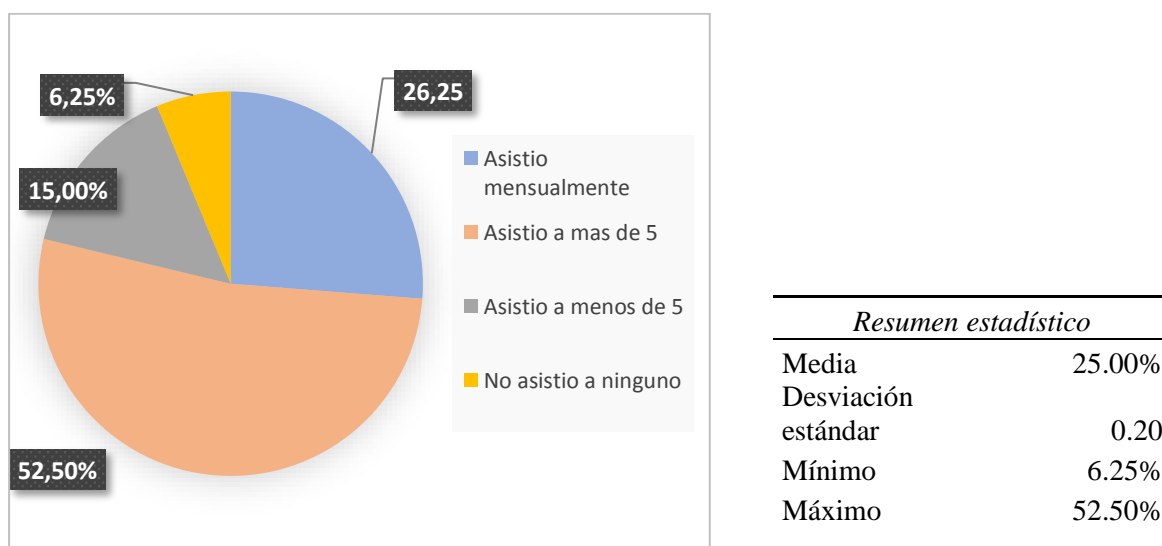
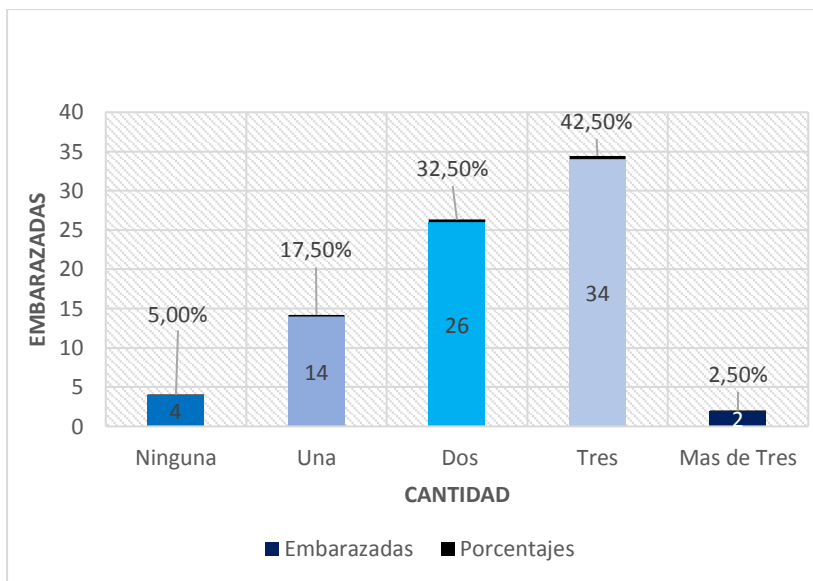


Figura 2. Controles durante el embarazo.

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en post parto

La figura 3, muestra que el (42,50%) se realizaron tres pruebas de VIH durante el estado de gestación, 26 mujeres se realizaron dos pruebas es decir el (32,50%), un (17,50%) se les realizo una prueba de VIH y 4 participantes de la muestra no se sometieron a ningún test de VIH durante el embarazo.

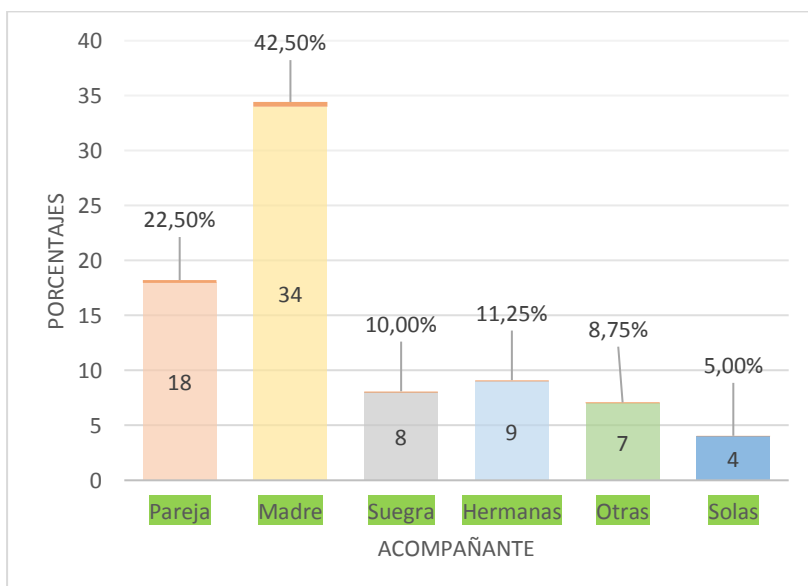


<i>Resumen estadístico</i>	
Media	20.00%
Desviación estándar	0.17
Mínimo	2.50%
Máximo	42.50%

Figura 3. Pruebas de VIH realizadas durante el embarazo.

Fuente: encuesta realizada a mujeres en post partos

En la figura 4 podemos observar que, el (42,50%) de las participantes estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto y el parto por la madre que por los lazos afectivos es muy común, el (22,50%) mujeres de la muestra estuvo en compañía de la pareja lo que afianza lazos padres e hijos, sin embargo, el (5%) 4 participantes de la muestra estuvieron acompañadas únicamente por el personal de salud.

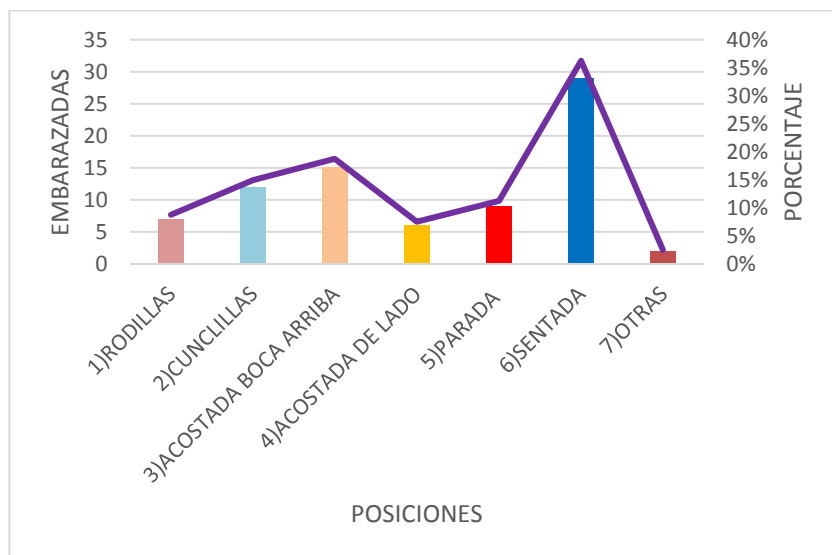


<i>resumen estadístico</i>	
Media	16.67%
Desviación estándar	13.96%
Mínimo	5.00%
Máximo	42.50%

Figura 4. Acompañamiento durante el parto.

Fuente: encuesta realizada a mujeres en post partos

La figura 5 muestra la decisión a la libre posición que adoptan las mujeres gestantes durante el trabajo de parto humanizado intercultural, como se puede observar que, el (36%) tomaron como referencia la posición sentada, siendo esta posición la más elegida entre las participantes y la posición parada fue adoptada por, el (11%) haciendo alusión a la toma de objetos como barras para facilitar esta posición, el (3%) tomaron otras posiciones.

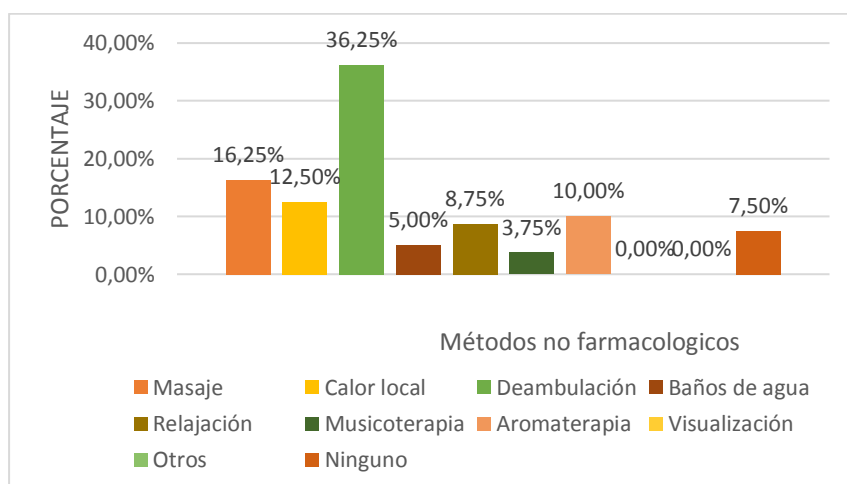


RESUMEN ESTADISTICO	
Media	14%
Desviación estándar	0.11
Mínimo	3%
Máximo	36%

Figura 5. Posición adoptada durante el parto.

Fuente: encuesta realizada a mujeres en post partos.

Se puede identificar en la figura 6 que el (36,25%) de mujeres optaron por la deambulaci3n, el (16,25%) prefirieron la relajaci3n con masaje durante las contracciones, por otro lado, un (12,50%) tomo como alternativa el calor local con la bolsa t3rmica, un (10%) pidi3n la t3cnica de aromaterapia con incienso y tan solo el (3,75%) usaron la t3cnica de m3sica terapia.

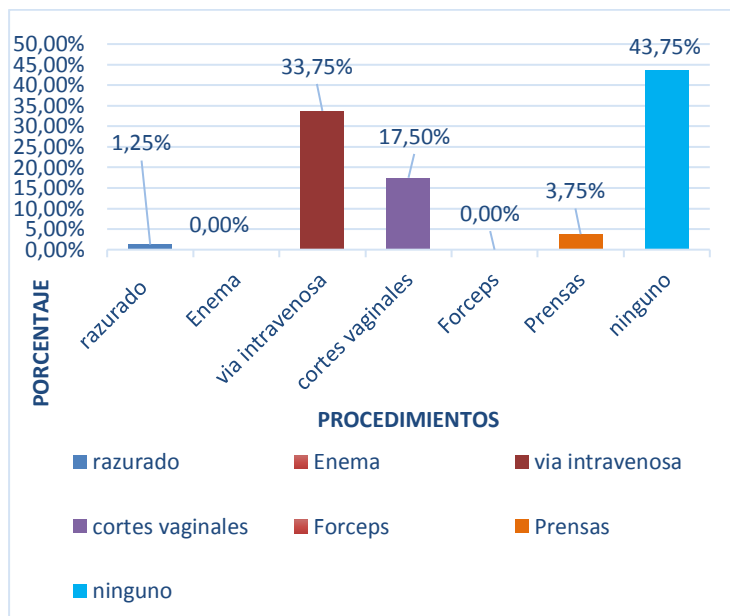


Resumen estadístico	
Media	10.00%
Desviación estándar	10.57%
Mínimo	0.00%
Máximo	36.25%

Figura 6. Métodos no farmacológicos para aliviar el dolor.

Fuente: encuesta realizada a mujeres en post partos.

La figura 7 nos muestra que al (43,75%) no se le realizo ningún procedimiento inadecuado según las normas ESAMyN, el (33,75%) se les coloco dispositivo intravenoso indicadas por médico u obstetra a cargo del parto, un (17,50%) de mujeres participantes se les realizo episiotomía y en ninguna de las participantes se les realizo presnas o se utilizó fórceps durante el parto.

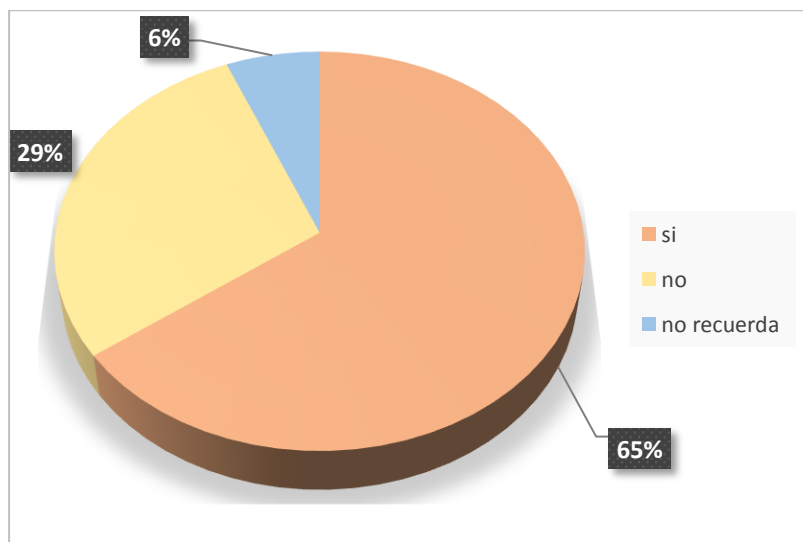


<i>Resumen estadístico</i>	
Media	10.00%
Desviación estándar	10.57%
Mínimo	0.00%
Máximo	36.25%

Figura 7. Procedimientos inadecuados que se realizan en el parto.

Fuente: encuesta realizada a mujeres en post partos

Figura 8 en este resultado podemos identificar que el (65%) de las participantes portan su brazalete de identificación con sus datos correctos, el (29%) de las participantes no cuenta con su brazalete de identificación y el (6%) de las mujeres no recuerdan si le pusieron o lo perdieron.

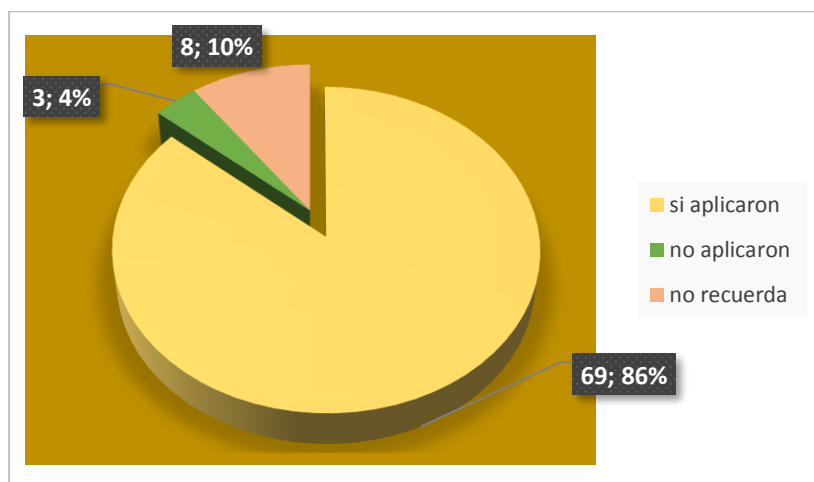


<i>Resumen estadístico</i>	
Media	33.33%
Desviación estándar	0.30
Mínimo	6.25%
Máximo	65.00%

Figura 8. Identificación de la embarazada y post parto.

Fuente: encuesta realizada a mujeres en post parto.

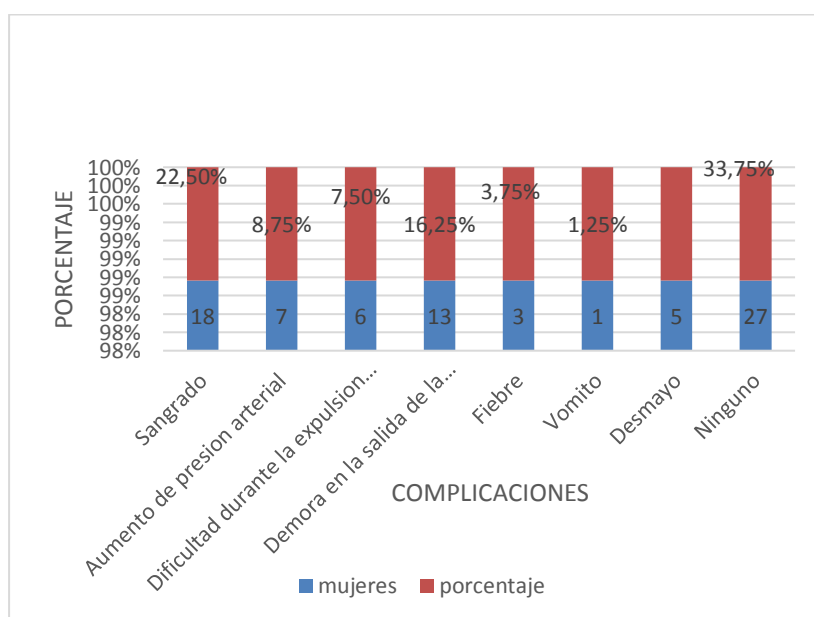
En la figura 9 se observa en este resultado que (86%) de mujeres recibieron la dosis de oxitocina post parto, el (10%) de mujeres refirieron no recibir la dosis del medicamento y (4%) no recuerdan la aplicación del medicamento.



<i>Resumen Estadístico</i>	
Media	33.33%
Desviación estándar	0.46
Mínimo	3.75%
Máximo	86.25%

Figura 9. Aplicación de oxitócicos en el post parto. **Fuente:** encuesta a mujeres en post parto.

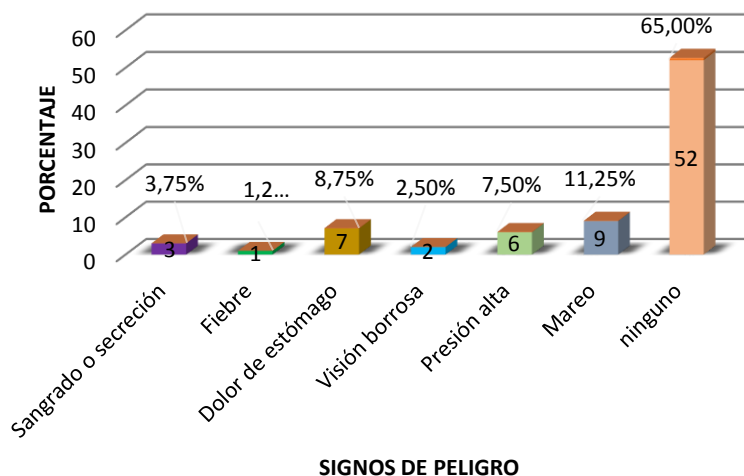
La figura 10 nos muestra que el (33,75%) de las mujeres no presentó ninguna complicación en el parto, sin embargo, el (22,50%) presentaron sangrado transvaginal, en el (16,25%) presentaron retención placentaria, (8,75%) presentaron aumento en la presión arterial, y el (7,50%) de participantes tuvieron complicaciones en la fase expulsiva del producto de la concepción, en 5 de las participantes se presentó un desmayo durante el parto.



<i>Resumen estadístico</i>	
Media	11.11%
Desviación estándar	11.10%
Mínimo	1.25%
Máximo	33.75%

Figura 10. Complicaciones que se presentan en el parto. **Fuente:** encuesta realizada a mujeres en post partos.

En la figura 11 podemos evidenciar que el (65%) no presento ningún signo de alarma en el post parto inmediato, un (8,75%) mujeres presentaron dolor de estómago, tan solo el (3,75%) mujeres presentaron sangrado y secreción transvaginal, en el (11,75%) de participantes se pudo observar la presencia de mareos durante el post parto inmediato y en el (1,25%) fiebre.

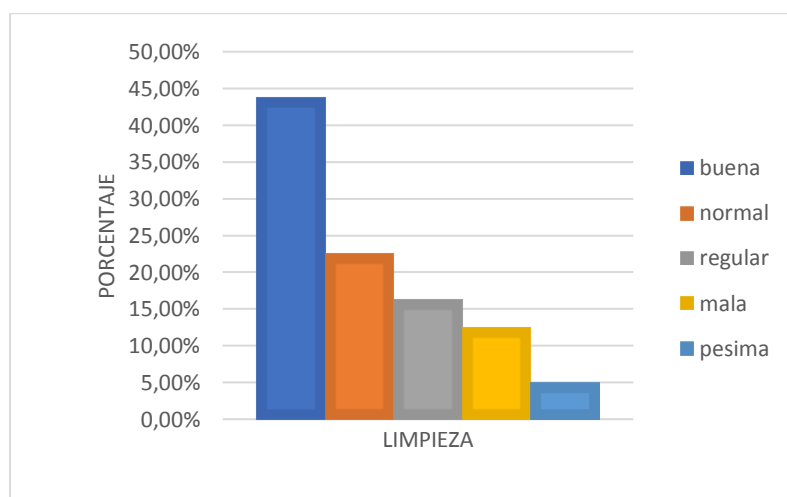


<i>Resumen estadístico</i>	
Media	14.29%
Desviación estándar	0.23
Mínimo	1.25%
Máximo	65.00%

Figura 11. Signos de peligro en el post parto inmediato.

Fuente: encuesta realizada a pacientes post partos

En la figura 12 podemos evidenciar la sepsia y antisepsia de la unidad de trabajo de parto y recuperación, el (43,75%) de las mujeres encuestadas manifestaron que la limpieza es buena, el (22,50%) de estas mujeres expresaron normal, el (12,50%) expresaron mala y tan solo el (5%) expresaron pésima la limpieza del área de UTPR.



<i>Resumen estadístico</i>	
Media	20.00%
Desviación estándar	0.15
Mínimo	5.00%
Máximo	43.75%

Figura 12. Limpieza del área de UTPR.

Fuente: encuesta realizada a pacientes post partos

En la figura 13 podemos evidenciar que, el (57,50%) de mujeres son multíparas ya que tiene como antecedentes obstétricos partos anteriores y que el (42,50%) de las participantes de la encuesta son primíparas.

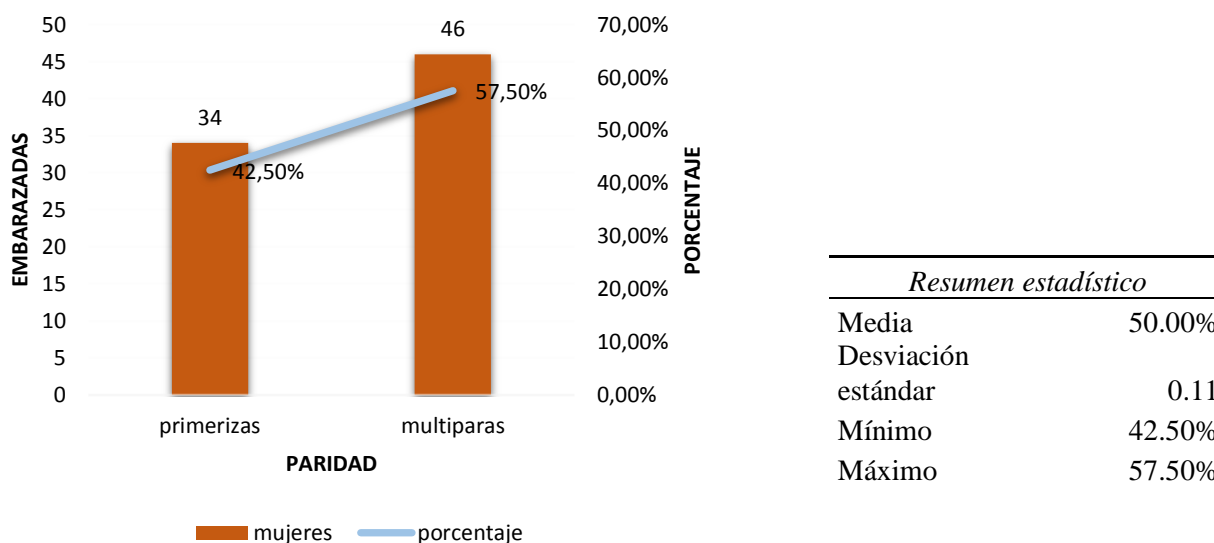


Figura 13. Antecedentes obstétricos de paridad.

Fuente: encuesta realizada a pacientes post partos

Los resultados evidenciaron que en el uso de los derechos durante el trabajo de parto intercultural, el (82.50%) de las participantes utilizaron ropa cómoda a su elección, el (95%) se mantuvo en compañía de familiares y personas cercanas de su elección durante el parto humanizado, el (81,25%) de las participantes tuvieron un parto libre posición elegida por la participante, el (60%) de las mujeres fueron informadas sobre la disposición de su placenta y el (38,75%) se alimentaron antes del parto, además se obtuvo que el (52%) de las embarazadas acudieron a la clases de educación prenatal.

Tabla 1. *Uso de los derechos antes del parto.*

Derechos	Embarazadas*	Porcentajes	<i>Resumen estadístico</i>	
Uso de vestimenta deseada	66	82.50%	Media	70.42%
Consumir alimentos	31	38.75%	Desviación estándar	20.04%
Compañía a su elección	76	95.00%	Mínimo	38.75%
Libre posición	65	81.25%	Máximo	95.00%
Disposición de la placenta	48	60.00%		
Educación prenatal	52	65.00%		

* Número de participantes es de 80 mujeres en trabajo de parto que optan por parto intercultural de libre posición.

3.2. Datos obtenidos de la entrevista a personal de salud

3.2.1. La atención que se brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en el servicio UTPR, tienen un enfoque humanista y seguro

E1. Si, el trabajo con las embarazadas durante el parto se realiza bajo normas y protocolos ya establecidos en el MSP por cuanto es responsabilidad de cada profesional aplicarlos desde el punto de vista profesional, moral y ético.

E2, E7. Si, bajo todos los limitantes que se presentan se da prioridad a las necesidades de las embarazadas.

E3. Si, esta unidad de salud es de primer nivel de atención y se hace lo que se puede ya que la falta de personal e insumos médicos nos limita un poco a la actuación, pero si es humanista y seguro.

E4. Si, el personal de salud se guía con los protocolos que tenemos en la unidad y si dentro de las capacidades de la institución no se puede resolver la necesidad de la paciente esta es referida a otra unidad de salud en nuestro caso el hospital de referencias es el HDTC sur.

E5, E8. Si, la institución está dentro de las que cuentan con la certificación de salud amigo de la madre y el niño, lo que nos valida a la atención del parto humanizado y seguro desde el punto de vista de parto como en casa, teniendo en cuenta la sepsia y antisepsia durante el procedimiento.

E6. Si, el parto se da bajo las condiciones según el protocolo, pero esto no solo depende de la institución y del profesional si no de la embarazada y en las condiciones en las que llegue y sus antecedentes durante los controles subsecuentes que tenga.

E9. Si, se cumple con los lineamientos ESAMyN en cuanto al parto humanizado libre posición, se involucra a los familiares y a la paciente para que participen de este.

E10. Si, el parto humanizado es una forma de afianzar lazos de confianza con las embarazadas y sus familiares ya que es un procedimiento poco invasivo y siempre contando con la autorización de la mujer, educándole sobre lo que se va a realizar para que tengamos la colaboración deseada y no se presenten complicaciones.

3.2.2. Defina usted si dentro de la protocolización del manejo del parto fisiológico se encuentran incluidos los elementos pertenecientes a la Medicina Basada en la Evidencia Científica para la atención humanizada a la mujer y su familia durante el trabajo de parto y el parto.

Los participantes de la entrevista concuerdan con que ya existe un protocolo establecido por el MSP y lineamientos de ESAMyN sobre el manejo del parto intercultural y en libre posición, que la familia debe ser involucrada en todo el proceso de parto desde el trabajo de parto hasta el puerperio y que siempre se debe garantizar la vida y seguridad de la madre y el recién nacido.

3.2.3. Habilidades y competencias profesionales deben poseer los miembros del equipo de salud que se dedican a la atención de la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Los participantes expresaron opiniones similares sobre las habilidades y competencias profesionales, responsabilidad, experiencia, ética profesional, capacidad de decisión, auto educación, empatía con las embarazadas y sus familiares, trabajo en equipo.

3.2.4. Dificultades en nuestro contexto para poder brindar “atención humanizada segura” a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

E1, E3. La falta de insumos médicos y la falta de personal representan una debilidad para brindar una atención con calidad y calidad.

E2, E7, E10. Manifestaron que una de las dificultades más importantes es la falta de controles por parte de la embarazadas, sobre todo de las que no tiene controles subsecuentes en la unidad y son enviadas desde otra unidad y no cuentan con una historia clínica.

E4. Las pacientes y los familiares que no colaboran durante el procedimiento son una de las dificultades con las que el personal debe lidiar.

E5, E8. La falta de educación en psicoprofilaxis, las pacientes no saben cómo actuar y cómo van a enfrentar todo el proceso, no conocen las ventajas de las respiraciones de la meditación de los ejercicios porque no acuden a las capacitaciones y los profesionales que llevan los controles en consulta externa no hacen énfasis en la educación prenatal.

E6. El llenado de los formularios y matrices entorpecen la atención continua de las embarazadas.

E9. Los equipos en mal estado que son necesarios para la atención de las embarazadas durante el parto.

3.2.5. Documento o guía que oriente como realizar la atención humanizada y de riesgos a la mujer durante el trabajo de parto y parto.

Los encuestados manifestaron que, a más de los protocolos establecidos para parto humanizado, existen los protocolos para la activación de las claves azul, roja y amarilla según el caso y que dentro de cada una están los formularios de activación para cumplir con las necesidades de las complicaciones que se presenten en la traba de parto, parto y puerperio.

3.2.6. Recibe capacitaciones constantes y actualizadas de la seguridad del paciente y de la atención a la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio.

Los participantes de la encuesta refirieron que no reciben capacitación constante, salvo por las actividades autoaprendizaje y congresos particulares a los que asisten los profesionales, pero por parte de la institución no reciben estas capacitaciones.

3.2.7. Conoce las actividades para la seguridad del paciente

E1. Si, la seguridad del paciente inicia en el momento en el que ingresa a la unidad de salud donde se lo identifica y se valora las historia clínica y llenado de los formularios,

E2. Si, satisfacer las necesidades de las embarazadas en cuanto a brindarles una atención segura con las medidas y técnicas adecuada por parte del profesional, teniendo en cuenta los protocolos a seguir.

E3. Si, contar con todos los recursos materiales, insumos y profesionales para brindar una atención segura a la paciente y sus familiares.

E4, E7. Si, colocar las respectivas identificaciones del paciente, colocar brazalete de identificación, rotular vías periféricas si se contara con ellas, ver que todos los formularios tengas nombre apellido y la historia clínica en orden.

E5, E6. Si, monitorear las identificaciones y rotular todo a lo que la paciente tiene acceso como cama segura con barandales funcionales, y que todos los equipos estén en buen estado.

E8. Si, contar con todo lo necesario para identificar a la paciente como brazaletes y rótulos bien identificados, aplicar medicamentos teniendo en cuenta los diez correctos e identificar eventos adversos.

E9. Si, notificando los eventos que pongan en peligro la seguridad del paciente y del profesional.

E10. Si, realizar las actividades que se especifican en los protocolos, evitar acciones que puedan causar daño a la vida del paciente y realizar una buena desinfección de los insumos médicos, de las áreas y el lavado de manos, colocar las identificaciones de manera correcta y tener informado a los familiares sobre todo lo que se realice.

3.3. Resultados de la guía de observación

La presente guía se realizó con la finalidad de evidenciar situaciones de riesgo para las embarazadas y el producto durante el parto humanizado, donde se evidencio que el establecimiento de salud no cuenta con materiales educativos visuales ni informativos sobre flujogramas de atención, protocolos ni normas en el área de UTPR, sobre la atención de mujeres durante la valoración obstétrica, trabajo de parto, parto y recuperación.

Cuenta con un flujograma de atención a las embarazadas desde su ingreso, valoración, parto, recuperación y egreso de la institución, este se encuentra en el ACIS, pero no a la vista del público por lo que dificulta la ubicación de las áreas de atención a las embarazadas y el personal de triaje, guardias y demás son quienes dan información del flujo de atención.

El establecimiento de salud cuenta con espacio adecuados y equipamiento para permitir que las mujeres se movilicen y realicen actividades de psicoprofilaxis durante el trabajo de parto, además que permite interactuar con facilidad a los familiares y personal médico que participan de todo el proceso.

Cuenta con equipamiento que permite que la mujer adopte posiciones de elección durante la labor de parto como, esferas que intervienen en el proceso de dilatación, las barras de pared que permite hacer lo ejercicios de dilatación y adoptar posiciones en el momento de la fase expulsiva, colchonetas para facilitar la salida del recién nacido y evitar eventos de caída, cama semilunar y almohadas de diferentes formas para adoptar posiciones de parto además de equipos de maderas como sillas, mesas banco de diferentes tamaños que son utilizados por las mujeres personal médico y familiares que intervienen en el parto.

Existe una cama de parto tradicional para las mujeres que deseen utilizarla, aunque se encuentra actualmente en mal estado, donde las mujeres adoptan la posición decúbito supino o sentada según la elección, lo que facilita la expulsión del producto.

El parto humanizado intercultural de libre posición se comprobó que los recién nacidos son colocados en el pecho de la madre, se realiza el apego precoz y el pinzamiento oportuno del

cordón luego de dos minutos o hasta que deje de latir y se deja en el pecho de la madre por una hora la profilaxis oftálmica u la vitamina k son administradas en los brazos de la madre.

El establecimiento cuenta con un ASIS actualizado en el cual se puede observar que existen parteras y agentes de la medicina ancestral, los cuales están identificados por el personal de salud, además cuentan con un registro de datos informativos sobre sus ubicaciones, además cuentan con capacitaciones por el personal de salud para que dirijan a las embarazadas a la institución de salud más cercana en caso de emergencia.

Muchos profesionales de salud aplican las actividades de seguridad del paciente de manera adecuada, se pudo verificar pacientes con su brazalete de identificación, sus historias clínicas completas y en orden, los formularios bien identificados, sin embargo, existen otros que no realizan las actividades al evidenciar pacientes sin brazaletes sin carpeta y con formularios incompletos. Se observan áreas sin identificación, camas sin tarjeta de seguridad, materiales y equipos en mal estado y sin mantenimiento.

El personal aplica las técnicas de bioseguridad de manera adecuada como, lavado de manos, uso de equipos e insumos estériles, uso de vestimenta limpia y métodos de barrera para intervenir en el parto, además el personal de limpieza realiza la desinfección de las áreas luego de cada procedimiento.

en esta unidad de salud se pudo constatar que existen protocolos de actuación en claves obstétricas y existen los materiales de cada clave organizados en recipientes identificados con colores y rótulos que los diferencian, además existe un coche de paro neonatal y una clave verde que se ha implementado por la institución en caso de embarazadas con VIH y que lleguen en fase expulsiva, cuenta también con sucedáneos de leche materna para los recién nacidos expuestos.

Se pudo identificar que los prestadores de salud que brindan atención directa a las gestantes, fomentan un buen trato durante el parto y post parto a las mujeres y sus familiares, aunque existen pocos profesionales que, por falta de conocimiento, miedo o sobrecarga laboral, hacen víctimas a las embarazadas de maltrato obstétrico, al dirigir los pujos, no responden dudas e inquietudes de las mujeres, gritan durante el parto.

El personal de limpieza realiza la asepsia y desinfección de las salas luego de cada parto, a la vez realizan la desinfección de los equipos del parto humanizado libre posición, además los equipos de pinzas y ropas son lavados, secados y esterilizados por el personal de enfermería.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito identificar riesgos que se presentan por falta de actividades de seguridad al paciente por el personal de cuidado directo a las embarazadas en labor de parto que optan por parto intercultural en el Centro de Salud Tipo C Las Palmas. Sobre todo, se pretendió determinar complicaciones que se presentan durante el parto en estas mujeres.

Además, se trató de conocer flujos de atención de las embarazadas durante la valoración, trabajo de parto, parto, puerperio y egreso de las mujeres, se pretendió identificar el nivel de preparación de las participantes durante el trabajo de parto que debían ser educadas en los controles subsecuentes por el personal médico. A continuación, se estará discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que existen ciertas actividades y procedimientos de seguridad del paciente que no se cumplen y es una de las razones por las que se presentan complicaciones en el trabajo de parto y post parto.

Las mujeres deben tener una historia clínica única para conocer antecedentes patológicos personales, alergias y si en partos anteriores existieron eventos adversos o complicaciones, lo que facilita la atención por parte de los servidores de salud y se puedan evitar eventos desfavorables, además deben ser identificadas con brazaletes para disminuir los riesgos de eventos adversos en este estudio el 65% de las mujeres se encontraron identificadas.

Es de gran importancia que las mujeres asistan a sus controles de la gestación para evitar complicaciones y que los equipos de salud tomen decisiones acertadas durante la atención de la labor o trabajo de parto, el (52,50%) asistieron a más de cinco controles subsecuentes, como indica este estudio solo el 6,25% no asistió a los controles subsecuentes y el 5% no se realizó prueba de VIH lo que se convierte en un riesgo materno neonatal lo que se relaciona con lo manifiesto por el (MSP- 2017 Ecuador libre de VIH) La prevalencia de VIH en Ecuador en embarazadas es de 0.18%, con una meta del 2% de reducción de recién nacidos contagiados durante el nacimiento.

Las complicaciones más comunes en este estudio son los sangrados con un 22,5% y las hipertensiones gestacionales con un 8,75% además de retenciones placentaria, fiebre, vómitos

y mareos, este estudio se relaciona con que, en el año 2013, en el mundo murieron 289.000 mujeres durante o después del embarazo y parto (Jiménez H, Gustavo E; Peña J, Yesenia M, 2018).

Del análisis de los resultados de este estudio se pudo afirmar que, las embarazadas antes, durante y después del parto tiene derecho a decidir sobre el acompañamiento que como podemos observar en la muestra, el 95% estuvo acompañada por familiares, por otro lado, el 81,25% adoptó la posición más cómoda durante el parto, facilitando la expulsión del recién nacido.

Además, es este estudio se pudo identificar la aplicación de técnica inadecuadas tales como episiotomía, vías periféricas, prensas para facilitar la expulsión, valoraciones vaginales repetidas y direccionar los pujos, durante el parto que en algunos casos fueron justificados por los profesionales de la salud, comparando este estudio con, (ENDEMAIN, 2004) donde indica que la atención del parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los/as profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

Es notable que, en este estudio se puede enfatizar en los procedimientos no medicalizados durante el parto y las mujeres optan por técnicas alternativas no farmacológicas, el 36,25% de las mujeres optaron por la deambulación, para aliviar los dolores durante las contracciones, el 16% por masajes además de aromaterapia, musicoterapia, ejercicios profilácticos, lo cual lo relacionamos con lo manifiesto por el (MSP. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica; 2015) donde no se recomienda la admisión en la maternidad de forma temprana o durante la fase latente, ya que se asocia a mayor intervencionismo durante el parto (uso de oxitocina, de analgesia epidural e intubaciones en neonatos), la evidencia en cuanto a sus efectos sobre la morbilidad de madres o neonatos sigue siendo aún insuficiente.

De lo que se puede concluir que los procedimientos no farmacológicos ayudan a disminuir el dolor durante las contracciones evitando riesgos adversos por medicamento y procedimientos invasivos, esto lo podemos relacionar con lo manifestado, por La Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el

nacimiento porque su medicalización no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas (ENDEMAIN, 2004).

La posición de la gestante durante el parto es muy variable como se muestra en la figura 5 siendo de gran importancia adoptar una posición adecuada para disminuir los riesgos obstétricos neonatales. Obteniendo como resultado que el 36% adoptó la posición sentada siendo una de las posiciones más utilizadas al momento del parto humanizado. Es posible relacionar estas teorías con lo manifiesto en (OMS, 2002) Asamblea Mundial número 55, realizada en Ginebra, la necesidad de promover la Seguridad del Paciente, como principio fundamental en todos los sistemas de salud a través de las acciones para "Desarrollar normas para la calidad de la atención y la seguridad del paciente sobre la seguridad del paciente.

Como parte de la investigación se deseaba estudiar si las mujeres tuvieron educación prenatal psicoprofiláctica por el personal de salud lo que se obtuvo en los resultados que el 52% de las mujeres obtuvo educación prenatal antes del parto y el 48% no fueron preparadas antes del parto ya que no pertenecen a la población del centro de salud y son enviadas de unidades pequeñas donde existen pocos profesionales para la gran afluencia de pacientes.

De este estudio también se pudo identificar que el 42,50% de las mujeres eran primerizas y un 57,5% multípara lo que concluye que, según este estudio las mujeres primerizas, son más vulnerables a tener experiencias de complicaciones, dolor y maltrato por la falta de colaboración durante el proceso fisiológico del parto

De lo que podemos concluir que las mujeres que no reciben educación prenatal son las más vulnerables a presentar complicaciones durante el parto y violencia obstétrica por la falta de colaboración de las pacientes al no identificar sus necesidades y controlar el dolor del parto. Es por esto que la OMS (Seguridad Del Paciente. Resoluciones Y Decisiones. Ginebra: OMS; 2002) insiste en que El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

En este estudio se revisaron datos importantes como la higiene y limpieza de las áreas de trabajo de parto y recuperación donde se concluye que con el 43,75% de las participantes y el 22,50% le dieron una calificación al servicio de limpieza de bueno y regular respectivamente, dando una puntuación aceptable, para evitar complicaciones como sepsis y enfermedades nosocomiales, además se evidenció que un 12,50% dio una puntuación mala a la higiene del

servicio y un 5% dio una puntuación pésima, lo que lleva a una revisión minuciosa a la limpieza y desinfección de las áreas y equipos que intervienen en la atención.

El establecimiento de salud cuenta con protocolos establecidos, para la atención del parto humanizado y protocolos de actuación frente a complicaciones que se presentan en el parto y puerperio. Desde la revolución industrial en el siglo XIX, se han introducido una serie de procedimientos mecánicos, uso de tecnologías y medicamentos para hacer del parto un proceso intervenido, esto con el fin proporcionar mayor seguridad y reducir las complicaciones (Seguridad Del Paciente. Resoluciones Y Decisiones. Ginebra: OMS; 2002).

Como parte de la investigación se planteó conocer el flujo de atención de las gestantes durante el parto humanizado, donde se estudió que la institución cuenta con un flujograma de atención detallado en el ASIS sin embargo no cuenta con una réplica a gran escala para que sea visible para las embarazadas y sus familiares, orientándose y familiarizándose con las áreas de la unidad.

Se evidencio por parte de los participantes, la insatisfacción por no contar con lo necesario para dar una buena atención y de cálida a las gestantes durante el parto humanizado debido a la falta de insumos y materiales médicos, la falta de personal y la sobrecarga laboral, el llenado de excesivas matrices y formularios, a más de la falta de capacitación y actualizaciones del personal que brinda atención directa a las embarazadas.

concluyendo que muchas de estas razones llevan al personal sanitario a descuidar la seguridad del paciente y enfatizar el cumplimiento de los requisitos que son solicitados por las autoridades dejando de lado el buen trato y la atención necesaria de resolver las necesidades de las embarazadas y sus familiares.

CONCLUSIONES

Después del estudio y análisis realizados en la presente investigación, se concluye:

1. Para disminuir los riesgos y brindar seguridad de las embarazadas en parto humanizado va a depender, de la participación de la gestante, la familia y el personal médico, de que asistan a los controles subsecuentes, los antecedentes obstétricos y las habilidades de los profesionales para manejar el parto intercultural, la ética y los lazos de confianza que se establezcan entre los actores.
2. Se debe concientizar a las madres y las familias sobre la importancia de la educación prenatal, los controles, las pruebas pertinentes tales como VIH y complementarios para evitar complicaciones durante el parto y puerperio, por tanto, se debe monitorizar los riesgos y complicaciones que se puedan presentar por la falta de educación prenatal durante el parto.
3. Los profesionales, tiene experiencia y habilidades para brindar atención segura a las embarazadas y que conocen de las guías clínicas de riesgos obstétricos como el manejo de las claves, además conocen los lineamientos de seguridad enmarcados en la guía clínica de seguridad del paciente, aun cuando presentan inconvenientes con el déficit de insumos médicos y el deterioro de equipos médicos que deben ser remplazados y continúan en funcionamiento.
4. Las complicaciones recurrentes son los sangrados y los trastornos hipertensivos durante el parto y el puerperio, por lo cual la unidad cuenta con las claves de emergencia y los protocolos, es por tanto el manejo de las mismas en lo que se debe hacer hincapié a las instituciones para que se realicen las capacitaciones y los estudios de casos, fortaleciendo la actuación del equipo.
5. Se logró conocer el flujograma de atención y la higiene de la unidad, sus áreas y material e insumos medico en mal estado lo que garantizara o perjudicara la adecuada recuperación de la paciente y el recién nacido luego del parto.

RECOMENDACIONES

Después del estudio y análisis realizado en la presente investigación, se recomienda:

1. A las entidades públicas, que interviene directamente con la compra y abastecimiento de insumos médicos y equipos necesarios para la atención del parto humanizado, que realicen el abastecimiento y mantenimiento de los equipos necesarios para brindar una atención segura a las mujeres, recién nacidos y familiares durante el parto humanizado.
2. Al personal encargado de la capacitación continua, actualización de protocolos y lineamientos de procesos durante la atención de las embarazadas, que creen oportunidades de foros, congresos y reuniones de trabajo con el personal (médicos, obstetras, enfermeras), con la finalidad de hacer revisión de protocolos y contenidos que mejoren la preparación y capacidad de respuesta frente a situaciones de riesgos y eventos adversos en el parto humanizado.
3. A los servidores sanitarios (ginecólogos, obstetras, enfermeras y médicos) que realizan psicoprofilaxis obstétricas de preparación y educación para el parto, facilitar el estudio de posiciones y practicar estas con las embarazadas, para que opten por posiciones con las que se sientan cómodas y seguras durante el parto humanizado garantizando la seguridad materno neonatal.
4. A las familias esmeraldeñas para que intervengas directamente en todo el proceso de la gestación de sus mujeres y se creen lazos afectivos en el núcleo familiar, garantizando la seguridad de las madres y los neonatos, con el acto de amor fisiológico, único y maravilloso que es el del nacimiento.
5. A las mujeres embarazadas que realicen los controles subsecuentes del embarazo y que acudan a los talleres de educación prenatal que brinda el Centro de Salud Tipo C Las Palmas, para evitar complicaciones en el parto y conocer técnicas para aliviar el dolor, derechos que poseen antes, durante y después del parto y las actividades que beneficien el proceso de parto y no sea una experiencia traumática para la embarazada, la familia y el personal de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranaz J.M, Moya C. seguridad del paciente y calidad asistencial. RDCA [Internet]. 2011 Nov- Dic [citado 4 de May del 2020]; 26(6): 331-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-S1134282X11001606?referer=buscador>
2. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. [Internet]. 1ªed. Brasilia DF: Ministerio da Saúde; 2001.[citado el 4 May 2020] Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
3. Merino Plaza M.J. La seguridad del paciente: Un reto para la asistencia sanitaria. Madrid: RCLibros;2012.3-11p.
4. Vincent CH, Amalberti R. Seguridad del paciente: estrategias para una asistencia sanitaria más segura. 1ªed.Madrid: Modus laborandi S.L; 2016. 32p.
5. Agra y, Terol E. La seguridad del paciente: Una estrategia del sistema nacional de salud. ADSSNavarra [internet]. 2006. [citado el 9 de Mayo 2020];20(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500001
6. Viracucha Pichucho N. Embarazo y parto humanizado: Implicaciones en el desarrollo del niño. [Tesis internet]. [Latacunga]: Universidad Tecnica de Cotopaxi;2016 [citado 6 de May 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/4662/1/PI-000147.pdf>
7. Carlos Alberto Díaz, Virginia Braem, Amalia Giuliani Diez, Emilio Restelli. Seguridad del paciente: un problema vigente y actual. Biomedica [Internet]. 2014 Abr. [citado el 20 Abr 2020] 14(3). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/5941>
8. Ministerio de salud de Colombia. Seguridad del paciente. Biblioteca digital. [internet]. Colombia; 2017 [citado el 2020 04 25] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud, Patient safety. ICPS. [internet]. 2009 [cited 2020 04 25]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
10. Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. Seguridad del Paciente - Usuario. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016 Nov.

11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Report No.: ISBN- 978-9942-07-873-5.
12. Barbosa da Silva F.M, Junqueira Vasconcelos S.M. El efecto de los baños de inmersión en la duración del parto. Rev. esc. enfermería USP [internet]. 2006 Mar [citado el 4 Mar 2020]. ISSN 1980-220X. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100008>
13. Unidad De Atención Integral a la Mujer Minsal. Parto Humanizado Violencia Obstétrica. (Presentación). El Salvador: telesalud. [Internet]; 2016 [citado el 2020 abril 25]. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion21102016/PARTO-HUMANIZADO.pdf
14. Miguel Lugones B, Marieta Ramírez B. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana Obstetricia y ginecología [internet]. 2012 Enero-Marzo. [Citado el 5 May 2020].38(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015
15. Ministerio De Salud Del Ecuador. Acuerdo No. 00000108. Quito: Edición Especial Del Registro Oficial 788; 2016 Nov.
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Score MAMÁ y claves obstétricas. Protocolo. 1ªed. Quito: MSP, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna; 2017. ISBN XXXXX.
17. Organización Mundial De La Salud. Calidad De Atención: Seguridad Del Paciente. Resoluciones Y Decisiones. Ginebra: OMS; 2002. Report No.: WHA55.
18. Jiménez H, Gustavo E; Peña J, Yesenia M. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. RUIS. 2018 Oct - Dic; 50(4): p. 320-7.
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Report No.: ISBN- 978-9942-07-873-5.
20. Ministerio de Salud Pública. plan de Acción Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Guia Clinica. [Internet] Quito: Sistema Nacional de Salud, Consejo Nacional de Salud; 2006-2008 [citado el 4 May 2020] Disponible en: <http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Salud%20y%20Derechos%20Sexuales/bt14%20->

[%20Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20y%20Derechos%20Sexuales%20y%20Reproductivos%202006-2008.pdf](#)

21. Centro De Estudios De Población Y Desarrollo Social. Encuesta Demográfica Y De Salud Materna e Infantil- ENDEMAIN. Informe Final [Internet] Quito: Centro De Estudios De Población Y Desarrollo Social; 2004 Oct. [citado el 4 may 2020]. Disponible en: <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/32.-Encuesta-Demografica-y-de-salud-materna-e-infantil-ENDEMAIN.pdf>
22. Organización Mundial de la Salud. Objetivos del Desarrollo del milenio;2008. [citado el 4 may 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/
23. Arnau Sánchez J, Martínez Roche M, Nicolás Vigueras M, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. [Internet] 2013 May - Ago. [citado el 20 Abr 2020];7(2):p.2. Disponible en: <file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-LosConceptosDelPartoNormalNaturalYHumanizadoElCaso-4849595.pdf>
24. Constitución de La Republica del Ecuador. [internet]; 2008 [citado el Abr 29 2020]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
25. Ley Orgánica De Salud. Quito. [internet]; 2006 [citado el Abr 29 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.
26. Consejo Nacional De Planificación (CNP). Plan Nacional Del Buen Vivir. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2017. Disponible en: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
27. Ministerio de salud pública; ENCUESTA NORMAS ESAMYN ;2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/capacitaciones-esamyn/>
28. Ministerio de salud pública; ENCUESTA NORMAS ESAMYN 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/capacitaciones-esamyn/>
29. Lareisy Borges Damas. Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. La Habana, 2016. Disponible en: <file:///C:/Users/Personal/Downloads/Borges%20Damas%20.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variables	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Instrument
Determinar complicaciones que se presentan luego del parto intercultural en gestantes que acuden en trabajo de parto al Tipo C Las Palamas	Complicaciones post parto	Complicaciones que se presentan después del nacimiento y del alumbramiento en la mujer.	Hemorragias	Leves Moderadas Graves	Encuesta y observación
	Parto intercultural	Proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación. El cuales se realiza de forma cultural o tradicional según las costumbres ancestrales	Hipertensión	>140/90	Historia clínica
			Sepsis	PCR + T= >38°C	Historia clínica
	Gestantes	Mujer que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto.	Postura	Libre posición	Encuesta
			Técnicas de dilatación	Esferoterapia Musicoterapia Aromaterapia Bailoterapia Compresas Baños	
	Trabajo de parto	El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se	Semanas	>37sg	Historia clínica
		Fases	Primera Segunda	Historia clínica	

		abra y afine el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto.		Tercera	Entrevista Observación
Describir medidas de seguridad adoptadas por parte del personal de salud que asiste a las gestantes durante el parto humanizado libre posición.	Medidas de seguridad de pacientes	Normas y protocolos que se llevan a cabo para evitar daños en los pacientes y garantizar la recuperación.	Eventos	Adversos Cuasi eventos Centinelas Prevenibles	Encuesta y observación Historia clínica
	Personal de salud	Personas que brindan atención sanitaria en establecimientos de salud que tienen como finalidad satisfacer las necesidades del paciente	Cuidado directo Cuidado indirecto	Médicos Enfermeras Obstetras Auxilires enf. Laboratorista Admisionista Ecógrafo	Encuesta y observación Historia clínica Entrevista
	Asistencia a las gestantes	Dar atención médica directa a las embarazadas durante embarazo parto y puerperio.	Emergencia Consulta externa	Emergencia Urgencia Sin urgencia Controles del embarazo	Encuesta Historia clínica
Comprobar preparación de psicoprofilaxis	Preparación de psicoprofilaxis	Taller de capacitación y preparación para el trabajo de parto	Controles Técnicas	Mínimo 5 Respiración Relajación	Encuesta y observación

<p>antes del parto humanizado en pacientes gestantes que acuden al centro de salud tipo c las palmas</p>	<p>Centro de salud tipo C</p>	<p>brindada por el personal de salud para las gestantes.</p> <p>Unidad de salud del Ministerio de Salud Pública que atiende 24 horas y que cuenta con las áreas de consulta externa, emergencia y unidad de parto normal.</p> <p>Establecimiento de salud amigo de la madre y el niño.</p>	<p>Control del dolor</p> <p>Normas ESAMyN</p>	<p>Pujos</p> <p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Intenso</p> <p>Parto normal</p> <p>Parto cultural</p>	
<p>Conocer y evidenciar el flujo de atención de la gestante durante trabajo de parto libre posición hasta puerperio inmediato en sala de alojamiento conjunto del área de UTPR del tipo c las palamas</p>	<p>Flujo de atención</p> <p>Parto libre posición</p>	<p>Control ordenado de atención en un establecimiento de salud</p> <p>Nacimiento del producto de la</p>	<p>Ingreso</p> <p>Egreso</p> <p>Posición</p>	<p>Admisión</p> <p>Triage</p> <p>Atención medica</p> <p>Enfermería</p> <p>Laboratorio</p> <p>Alta medica</p> <p>Tratamiento</p> <p>Post consulta</p> <p>Cita medica</p> <p>De pie</p> <p>Cuclillas</p>	<p>Historia clínica</p> <p>Encuesta</p> <p>Entrevista</p>

		gestación en libre posición materna supervisada por personal capacitado.		De lado Supina Acostada Sentada	Observación
	Puerperio inmediato	Se llama puerperio inmediato a las primeras 24 horas desde la expulsión del producto de la concepción	Puerperio	Inmediato Mediato Tardío	
	Alojamiento conjunto	Lugar donde se mantienen luego del parto la madre y el recién nacido.	Tiempo de traslado	>2horas	Encuesta

Elaborado por Sandy Colobón Vera 9 de marzo 2020

ANEXO B



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO C

ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES POST PARTO

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS		
1	¿Asistió a los controles prenatales?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿A cuántos controles?</p> <p>(Esperar explicación de la madre. Seleccionar una opción)</p> <p>1-2 3-4-5 más de 5</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Se comunicaron o le realizaron una visita domiciliaria cuando no asistió a los controles?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	No responde
2	¿Se realizó el test de VIH?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Solicitaron su autorización para la prueba?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	No responde
3	¿El personal de salud le informó sobre el derecho de estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y post parto?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	No responde
4	¿Decidió estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Estuvo acompañada durante el trabajo de parto?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	No responde
5	¿Le informaron sobre su derecho de usar la vestimenta a su elección durante el parto?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Usted quiso usar su vestimenta durante el parto?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que sí, ¿se lo permitieron?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que no, ¿le explicaron la razón?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	No responde
6	¿Le informaron sobre su derecho de consumir alimentos o líquidos durante la labor de parto?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que sí, ¿se lo permitieron?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que no, ¿le explicaron la razón?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	No responde

		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
7	¿Le consultaron sobre qué hacer con su placenta?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No responde
8	¿Le informaron que puede elegir la posición del parto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No responde
9	¿Acudió a las clases de educación prenatal o psicoprofilaxis prenatal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ¿Le explicaron la razón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No responde
10	¿Le informaron sobre métodos para aliviar el dolor que no involucren medicamentos?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Puede mencionar un método? (Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno) a) Masaje b) Calor local c) Deambulación d) Baños de agua e) Relajación f) Musicoterapia g) Aromaterapia h) Visualización i) Otros j) Ninguno (Si no menciona alguno	No <input type="checkbox"/>	No responde
11	¿Le realizaron rasurado de la zona pélvica o lavado intestinal (enema) antes del parto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No responde
12	¿Le pusieron a su bebé en su pecho inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Lactó?	No <input type="checkbox"/> ¿Le explicaron la razón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No responde
13	¿presento uno de estos signos de peligro después del parto?	Sí <input type="checkbox"/> (Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno) a) Sangrado o secreción b) Fiebre c) Dolor de barriga d) Visión borrosa e) Ninguno	No <input type="checkbox"/>	No responde

14	¿Le realizaron episiotomía o cortes vaginales durante el parto?	Si <input type="checkbox"/> ¿Le explicaron la razón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No responde
15	¿Usted y su bebé fueron identificados mediante una manilla o brazaletes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No responde
16	¿Le colocaron vías intravenosas?	Si <input type="checkbox"/> ¿Le explicaron la razón?	No <input type="checkbox"/>	No responde
17	¿luego del nacimiento le aplicaron la oxitócica intramuscular	Si <input type="checkbox"/> ¿Le explicaron para qué sirve? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No responde

Modificado de Ministerio de salud pública; ENCUESTA NORMAS ESAMYN
<https://www.salud.gob.ec/capacitaciones-esamyn/>

ANEXO D

FICHA DE OBSERVACIÓN

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS		OBSERVACIÓN
1	¿El establecimiento cuenta con material educacional exhibido en áreas visibles relacionado a la norma ESAMyN?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
2	El establecimiento de salud cuenta con flujograma de atención y esta exhibido al publico			
3	El Establecimiento de salud cuenta con espacio adecuado y equipamiento para permitir a las mujeres caminar y movilizarse durante el trabajo de parto.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
4	El establecimiento de salud cuenta con el equipamiento para permitir a las mujeres asumir la posición de su elección durante el parto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
5	Después de observar el parto vaginal, ¿el bebé fue colocado en contacto piel a piel con la madre en los 5 minutos después del nacimiento?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
6	¿Existe un documento donde se incluya un mapeo de agentes de la medicina ancestral? (En el caso de Primer Nivel, revisar en el ASIS. En este caso, el establecimiento de salud cuenta con parteras legitimadas por la comunidad y cuentan con la certificación institucional. Verificadas con la certificación y	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

	copia del documento de legitimación de la comunidad.			
7	¿El personal de salud aplica el protocolo de seguridad del paciente desde que ingresa la paciente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
8	¿El personal de salud aplica las normas de bioseguridad?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
9	¿El personal de salud maneja la activación de claves obstétricas cuando existen complicaciones durante el trabajo de parto y post parto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
10	¿El personal de salud fomenta el buen trato durante la atención de la embarazada?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
11	¿El personal de limpieza realiza asepsia y desinfección de las salas de dilatación y de parto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Modificado de Ministerio de salud pública; ENCUESTA NORMAS ESAMYN
<https://www.salud.gob.ec/capacitaciones-esamyn/>

ANEXO E

Entrevistas al Personal de Salud que Labora en el Área de Emergencia del Centro de Salud Tipo C Las Palmas

Estimados profesionales de la salud.

La presente guía de entrevista forma parte de la recopilación de información para la realización de una Tesis de post grado con el título de seguridad de pacientes gestantes en parto humanizado en la emergencia del Centro De Salud Tipo C Las Palmas de Esmeraldas

La misma es anónima, le agradeceríamos que responda las preguntas con el mayor interés posible, lo cual nos resultará de gran utilidad.

Muchas Gracias.

Experiencias del personal médico en la gerencia de los servicios de Emergencia y en la atención directa a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las áreas de UTPR del Centro De Salud Tipo C Las Palmas.

Guía General De Entrevista.

Pregunta principal de la entrevista.

¿Considera usted que la atención que se brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en el servicio UTPR, por parte del equipo de salud, tienen un enfoque humanista y seguro?

Interrogante para dar inicio a la entrevista.

¿Puede definir usted si dentro de la protocolización del manejo del parto fisiológico se encuentran incluidos los elementos pertenecientes a la Medicina Basada en la Evidencia Científica para la atención humanizada a la mujer y su familia durante el trabajo de parto y el parto?

Sondeos adicionales para ser preguntados posterior a la descripción inicial, si esta información no es suministrada por el entrevistado.

1. ¿Podría usted argumentar que habilidades y competencias profesionales deben poseer los miembros del equipo de salud que se dedican a la atención de la mujer durante el trabajo de parto y el parto?
2. ¿A su criterio personal cuáles son las principales dificultades en nuestro contexto para poder brindar “atención humanizada segura” a la mujer durante el trabajo de parto y el parto?
3. ¿Dispone el personal médico de algún documento o guía que oriente como realizar la atención humanizada y de riesgos a la mujer durante el trabajo de parto y parto?
4. ¿Recibe capacitaciones constantes y actualizadas de la seguridad del paciente y de la atención a la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio??
5. ¿Conoce las actividades para la seguridad del paciente?

Indicadores Genéricos que pueden ser utilizados en casos necesarios:

- a) ¿Hay cualquier otra cosa.....?
- b) ¿Qué piensa usted acerca de.....?
- c) ¿Podría usted comentar algo más relacionado con...?

Modificado de tesis doctoral. Lareisy Borges Damas. Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. La Habana, 2016. Disponible en: <file:///C:/Users/Personal/Downloads/Borges%20Damas%20.pdf>

ANEXO G

AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ESTUDIO

Esmeraldas, 18 de junio de 2020
OFICIO nro.: PUCESE-MSP-2020-030-OF

Leda.
Teresa Consuelo Robles Sosa
ADMINISTRADORA/TÉCNICA
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
ENCARGADA CENTRO DE SALUD TIPO C LAS PALMAS
DISTRITO 08D01 ESMERALDAS-SALUD

En su despacho. -

De nuestra consideración.

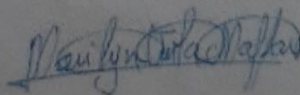
El programa de la Maestría en Salud Pública, mención atención integral en urgencias y emergencias, le envía un fraterno saludo y a la vez le desea éxitos en la acertada labor que desempeña frente a tan prestigiosa Institución en bien de la población.

Para la Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas, es objetivo principal el fortalecimiento de los conocimientos de sus estudiantes, para ello tiene dentro del pensum académico de estudios la realización del **trabajo de Titulación**.

La misma tiene como objetivo solicitar a usted muy atentamente se otorgue autorización para que la maestrante de segundo nivel, **COLOBON VERA SANDY VIRGINIA**, con cédula nro. 0803782226 y matrícula nro. 13279, pueda visitar desde el 22 de junio hasta el mes de octubre de 2020 el área de: EMERGENCIA de las instalaciones que usted tan acertadamente dirige, con la finalidad de que pueda recabar información para el desarrollo de su tesis titulada: **"SEGURIDAD DE PACIENTES GESTANTES EN PARTO HUMANIZADO EN LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C LAS PALMAS DE ESMERALDAS"**.

Gracias por su valioso aporte que brinda a nuestra Juventud Esmeraldeña y deseo éxitos en sus funciones.

Atentamente,



Mgt. MARILYN VILA MAFFARE.
Coordinadora Maestría en Salud Pública.



*Recibido
21/07/2020
Teresa Robles S*

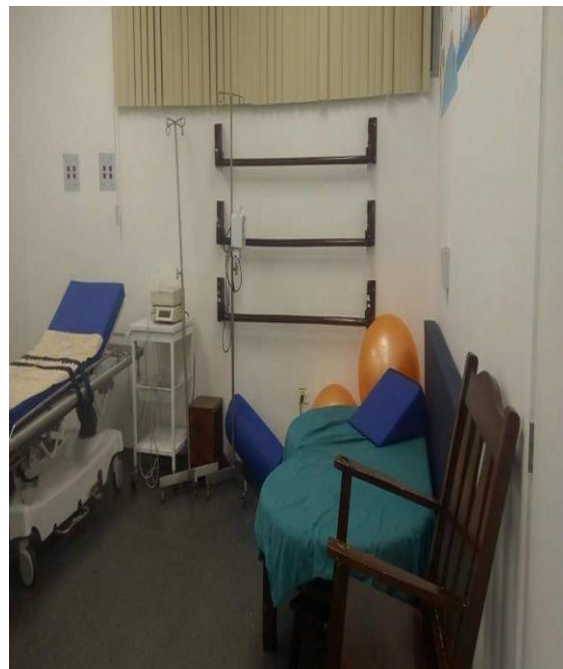
ANEXO H

FOTOS

Espacios físicos para la deambulaci3n



Equipos que interviene en el parto intercultural



Equipos en mal estado



Métodos no farmacológicos y seguridad del paciente

