



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

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA: FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA SEGURIDAD DE
LAS PACIENTES, EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO,
HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2015

AUTORA

ENCALADA ARMAS MÓNICA JANETH

DIRECTOR DE TESIS:

MSC. DARWIN JARAMILLO VILLARUEL

IBARRA, MARZO 2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el señor/Srta. Encalada Armas Mónica Janeth, con cédula de Identidad N° 100322682-4 para optar al título de Licenciada en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos suficientes para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe y con los requisitos y méritos suficientes para su aprobación. En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de marzo del 2016.


Dr. Darwin Jaramillo Villarruel, Msc
Director de Tesis



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100322682-4		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Mónica Janetth Encalada Armas		
DIRECCIÓN:	Otavalo Bolívar y Rocafuerte		
EMAIL:	melany_emilia@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	06-2923166	TELÉFONO MÓVIL:	0996156028

DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	Licenciada en Enfermería		
AUTOR (ES):	Mónica Janetth Encalada Armas		
FECHA: AAAAMMDD	2016/03/28		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Darwin Jaramillo Villarruel, Msc		

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Mónica Janeth Encalada Armas, con cédula de identidad Nro. 100322682- 4, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 28 días del mes de marzo de 2016.

LA AUTORA:

Firma 

Encalada Armas Mónica Janeth

C.C: 100322682-4



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

Yo, ENCALADA ARMAS MÓNICA JANETTH con cédula Nro. 100322682-4, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autores de la obra o trabajo de grado denominado: **FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA SEGURIDAD DE LAS PACIENTES, EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2015**, que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciada en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 18 días del mes de Enero de 2016.

LA AUTORA:

Firma 

Encalada Armas Mónica Janetth

C.C: 100322682-4

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar; a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mí apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presenta, sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos, que soy lo que soy ahora.

También lo dedico a mi hijo, que es mi compañero inseparable de cada jornada. Él, es la razón de cada esfuerzo que realizo, de cada reto que enfrento y supero; es el motor que me da impulso en momentos de fragilidad y de cansancio.

Mónica Janetth Encalada Armas

AGRADECIMIENTO

Por haber terminado con éxito este trabajo de investigación me permito hacer llegar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte, que simultáneamente con los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Carrera de Enfermería, forman profesionales ligados al servicio de la comunidad. A mi tutor de investigación Dr. Darwin Jaramillo, quien con su profesionalismo su apoyo y ayuda incondicional, orientó la realización de este trabajo.

A todo el personal del Hospital San Luis de Otavalo y a los encargados del área de Centro Obstétrico Dr. Alex Terán y Lic. Nataly Navarrete, gracias a su valiosa colaboración fue posible realizar esta investigación.

Mónica Janetth Encalada Armas

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xv
TEMA:	xvi
CAPÍTULO I	1
1. Problema de Investigación	1
1.1 Descripción	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Justificación	4
1.4 Objetivos	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Específicos	6
1.5 Preguntas de Investigación	7
CAPÍTULO II	8
2. Marco Teórico	8
2.1. Marco referencial	8
2.1.1. “Impacto y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo de profesionales de salud del Hospital San Luis de Otavalo, en el año 2011 -2012”	8
2.1.2. “Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado, en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Morán, del cantón Daule”	9
2.1.3. “Factores socio culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto, durante el periodo enero – junio 2014”	9

2.1.4.	Implementación de la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico del cantón Pelileo, provincia de Tungurahua en el año 2013”	10
2.1.5.	“Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012”	11
2.2.	Marco Contextual.....	12
2.2.1.	Hospital San Luis de Otavalo.....	12
2.2.2.	Historia del Hospital San Luis De Otavalo	13
2.2.3.	Misión, Visión del Hospital San Luis de Otavalo.....	14
2.3.	Marco Conceptual.....	15
2.3.1.	El Parto Vertical.....	15
2.3.2.	Posiciones durante la atención del parto	15
2.3.3.	Razones para acceder a esta atención.....	16
2.3.4.	Personas que no pueden acceder a esta atención	16
2.3.5.	Plan de Parto	17
2.3.6.	Periodo de Dilatación.....	17
2.3.7.	Tratamiento y Manejo del dolor.....	17
2.3.8.	Participación de la Partera.....	18
2.3.9.	Ingreso del esposo, familiar o parteras.....	19
2.3.10.	Ropa apropiada para atención del parto	19
2.3.11.	Alimentación.....	20
2.3.12.	Uso de plantas medicinales	20
2.3.13.	Casa Materna	21
2.3.14.	Procedimiento	21
2.3.15.	Monitorización fetal.....	22
2.3.16.	Tactos Vaginales	22
2.3.17.	Administración de medicamentos para acelerar el parto	23
2.3.18.	Canalización de vía venosa	23
2.3.19.	Sondaje Vesical.....	24
2.3.20.	Rotura de la Bolsa.....	24
2.3.21.	Periodo Expulsivo (Salida del bebé).....	25
2.3.22.	Pujos.....	25
2.3.23.	Episiotomía	26
2.3.24.	Nacimiento.....	27

2.3.25.	Contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento	27
2.3.26.	Atención Inicial del recién nacido.....	28
2.3.27.	Corte del Cordón Umbilical.....	28
2.3.28.	Alumbramiento de la placenta	28
2.3.29.	Cuidado y Atención del recién nacido	29
2.3.30.	Separación de la madre y realización de procedimientos	30
2.3.31.	Higiene del recién nacido.....	30
2.3.32.	Periodo del puerperio	31
2.3.33.	Estancia en la maternidad tras el nacimiento	31
2.3.34.	Duración de la estancia	32
2.3.35.	Lactancia	32
2.3.36.	Protocolos de seguridad	33
2.3.37.	Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de la unidad/ servicio.....	34
2.3.37.1.	La seguridad del paciente ante el parto culturalmente adecuado	36
2.3.37.2.	Normas y Protocolos de atención Materna	36
2.3.38.	Trabajo en equipo.....	38
2.3.39.	Comunicación efectiva entre el personal	38
2.3.40.	Practicas basadas en la evidencia.....	39
2.3.41.	Cultura de reporte de eventos adversos.....	40
2.3.42.	Gestión en seguridad del paciente.....	41
2.4.	Marco Legal.....	41
2.4.1.	Constitución de la República del Ecuador	41
2.4.2.	Ley Orgánica de Salud.....	46
2.4.3.	Lineamientos metodológicos, para la atención del embarazo, parto y postparto con enfoque intercultural, en las unidades de salud del MSP, para mejorar la disponibilidad, acceso, uso y calidad de la atención materna.	46
2.5.	Marco Ético.....	49
CAPÍTULO III.....		52
3.	Metodología de la Investigación	52
3.1.	Diseño de la Investigación	52
3.2.	Tipo de la Investigación.....	52
3.3.	Localización y Ubicación del área de estudio.....	53
3.3.1.	Población.....	53

3.3.2. Muestra	54
3.4. Técnicas	54
3.5. Operacionalización de las variables.....	56
3.6. Análisis de datos	60
3.7. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	60
3.7.1. Criterios de Inclusión.....	60
3.7.2 Criterios de Exclusión.....	60
 CAPÍTULO IV.....	 61
4. Análisis y discusión de resultados	61
4.1. Caracterización socio-demográfica del grupo en estudio	61
4.1.1 Factores de Riesgo	67
4.1.2 Factores Protectores	74
4.2. Análisis de la encuesta aplicada al personal	82
 CAPÍTULO V.....	 96
5. Conclusiones y Recomendaciones	96
5.1. Conclusiones	96
5.2. Recomendaciones	98
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXO 1 Encuestas.....	104
ANEXO 2 Check List	113
ANEXO 3 Fotos.....	119
ANEXO 4 Validaciones.....	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad	61
Gráfico 2. Estado civil.....	61
Gráfico 3 Nivel de escolaridad.....	62
Gráfico 4 Número de embarazo	63
Gráfico 5 Procedencia	65
Gráfico 6 Auto identificación.....	66
Gráfico 7 Lugar de partos anteriores.....	67
Gráfico 8 Lugar seguro para dar a luz.....	68
Gráfico 9 Beneficios de dar a luz en casa	69
Gráfico 10 Mujeres indígenas no asisten a dar a luz en el hospital	70
Gráfico 11 Peligro por los que acudir al hospital.....	71
Gráfico 12 Número de controles de embarazo.....	72
Gráfico 13 Peligro por los que acudir al hospital.....	73
Gráfico 14 Posición para dar a luz	74
Gráfico 15 Ingresó algún familiar	75
Gráfico 16 Comodidad en la sala de parto	76
Gráfico 17 Características de la bata.....	77
Gráfico 18 Acompañantes al parto.....	78
Gráfico 19 Colocaron al bebé en su pecho luego del parto.....	79
Gráfico 20 Información acerca del bebé	80
Gráfico 21 Vestuario de acompañante familiar	81
Gráfico 22 Parto de libre posición	82
Gráfico 23 Quienes prefieren el parto culturalmente adecuado.....	83
Gráfico 24 Lugar seguro para el parto culturalmente adecuado	84
Gráfico 25 Protocolo de parto culturalmente adecuado en el hospital.....	85
Gráfico 26 Beneficios del parto culturalmente adecuado en el hospital.....	86
Gráfico 27 Preparado para aplicar protocolo de parto culturalmente adecuado	87
Gráfico 28 Importante apoyo de parteras en el parto culturalmente adecuado.....	88
Gráfico 29 Beneficios del parto culturalmente adecuado	89

Gráfico 30 El área de partos con que cuenta.....	90
Gráfico 31 Equipo de salud que atiende parto culturalmente adecuado en el hospital	91
Gráfico 32 Sala de labor dispone de	92
Gráfico 33 Periodo expulsivo del bebé se presenta de mejor forma en las posiciones	93
Gráfico 34 Situaciones de riesgo para el personal en la atención del parto	94
Gráfico 35 Principales complicaciones durante el parto de libre posición	95

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA SEGURIDAD DE LAS PACIENTES, EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO – 2015.

Encalada Armas Mónica Janetth
Universidad Técnica Del Norte, Carrera De Enfermería
melany_emilia@hotmail.com

Analizar los factores de riesgo y protectores de seguridad de pacientes en el parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo, implicó conocer cómo se desarrolla este programa y vincular la realidad de la población originaria, sus hábitos y costumbres en el proceso de parto, y el desarrollo científico de las instituciones que prestan servicios de salud. Se aplicó la metodología con diseño cualicuantitativo, descriptivo y transversal. Se aplicó una encuesta al personal y pacientes del programa. Para el análisis de los resultados se realizó una prueba de análisis de varianza (ANOVA) de bloques al azar; y para el análisis de diferencia de medias, se utilizó la prueba de Tukey HSD, con el paquete estadístico STATGRAPHYCS XV.II, que permitió demostrar que no existe diferencia estadísticamente significativa de riesgo en las pacientes con un 95% de probabilidad en referencia a edad, etnia y posición del parto según la investigación. El 71% de las pacientes están entre los 20 y 35 años de edad, el 70% está casada, el 66% tiene estudios secundarios, el 67% es multigesta; el 65% reside en zonas rurales, el 64% es indígena, el 76% tuvieron sus hijos en el hospital, el 92% preferiría dar a luz en la casa; el 83% tuvo a su hijo en posición arrodillada; el 57% estuvo acompañada por su esposo; el 79% no acude al hospital porque no tiene dinero; el 35% no se hizo controlar el embarazo; al 57% les disgusta la sala de partos porque es fría. El 100% afirma que el Hospital adopta medidas de seguridad durante el parto. Se concluye que el Hospital San Luis de Otavalo, cuenta con personal profesional y capacitado que conoce los protocolos de atención del parto culturalmente aceptado y aplican medidas para prevenir riesgos; se cuenta con protectores de seguridad para la madre y el niño, así como para sus familias en un proceso de parto seguro y con enfoque intercultural.

Palabras Clave: Factores de riesgo, protectores de la seguridad de pacientes, parto culturalmente adecuado.

SUMMARY

Analyzing the risk factors and protective safety of patients in culturally appropriate birth in San Luis de Otavalo Hospital, it involved to know how this program is developed and link the reality of the indigenous population, their habits and customs in the labor process, and scientific development of the institutions providing health services. The applied methodology was a quality-quantitative, descriptive and cross-sectional design, a survey was applied to staff and patients of the program. For the analysis of the results a test of variance analysis (ANOVA) was performed randomized blocks; and for the analysis of difference of measures Tukey HSD test was used, with the statistical package STATGRAPHYCS XV.II, which allowed to show that there is no statistically significant risk difference in patients with 95% of probability in reference to age, ethnicity and delivery position according to research. 71% of patients are between 20 and 35 years old, 70% are married, 66% have secondary education, 67% are multiple - pregnancy; 65% live in rural areas, 64% are indigenous, 76% have had their children in the hospital, 92% would prefer to give birth at home; 83% had a son in a kneeling position; 57% were accompanied by their husband; 79% do not go to hospital because they do not have money; 35% did not have control pregnancy; 57% dislike the delivery room because it's cold. 100% claim that the Hospital adopts security measures during childbirth. It is concluded that the San Luis Hospital of Otavalo, has professional and trained staff who knows the protocols about care of culturally accepted childbirth and the implement measures to prevent risks; it has 'protective safety for the mother and her child as well as for their families in a safe labour process with intercultural approach.

Keywords: Risk factors, protective safety of patients, culturally appropriate birth.

TEMA:

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA SEGURIDAD DE LAS
PACIENTES, EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO, HOSPITAL
SAN LUIS DE OTAVALO – 2015.

CAPÍTULO I

1. Problema de Investigación

1.1 Descripción

La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, la seguridad se define como: “Seguridad del paciente es una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud. La seguridad del paciente es también un atributo de los sistemas de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de los mismos.” (Cortés Cortés & Iglesias León, 2011).

La seguridad del paciente es más que una disciplina, una norma que rige en las instituciones que prestan servicios de salud para asegurar la condición óptima de atención al usuario. La razón de ser y de la existencia de las casas de salud, es precisamente el paciente y todas las acciones del personal profesional, técnico y auxiliar están orientadas a lograr que la calidad de los servicios haga posible un tratamiento seguro y eficiente.

La Organización Mundial de la Salud, en el lanzamiento de Alianza para la Seguridad del Paciente de octubre de 2004, definió la seguridad del paciente, así como la disciplina de seguridad del paciente como “Seguridad del paciente es la ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención a la salud. La disciplina de seguridad del paciente es el esfuerzo coordinado para evitar que se

presenten daños en los pacientes, ocasionados por el proceso mismo de atención a la salud.” (Ministerio de Salud, 2009).

La Fundación Nacional de Seguridad del Paciente, la mayor organización multidisciplinaria dedicada únicamente a la reducción del daño por error médico, definió la seguridad del paciente como: “La eliminación, prevención y mejoramiento de efectos adversos o lesiones derivados del proceso de atención a la salud, incluyendo errores, desviaciones y accidentes. La seguridad surge de la interacción adecuada de los componentes del sistema de atención a la salud.” Por último, el Instituto de Medicina definió seguridad del paciente como: “La prevención del daño causado por errores de comisión y omisión.” (Ministerio de Salud)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos, a fin de que la atención en salud materna y neonatal contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, que sean aplicados por el personal de salud de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, y que permitan satisfacer a un mayor número de usuarias/os, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afro ecuatorianas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil. Entre otros, se reconoce el derecho a estar acompañada en el parto por parteras y familiares, al acceso permanente a la información del proceso de parto y a la libre elección de los procedimientos, al libre movimiento durante el parto, al uso de la vestimenta que se desee, a alimentarse y beber durante la labor de parto, o a que se le entregue la placenta a la madre. (Ministerio de Salud, 2009)

Adecuar culturalmente la atención del embarazo, el parto, el posparto, significa:

1. Reconocer y respetar que el Ecuador es un país diverso y pluricultural.
2. Reducir las barreras culturales (principalmente en la cosmovisión), sociales (racismo y discriminación) y de comunicación interpersonal de acceso a los servicios de salud, que van a verse reflejadas en:

- a) La aplicación de los derechos y responsabilidades de las usuarias y usuarios que acuden a las unidades de salud.
- b) El reconocer, valorar y apoyar los elementos psicológicos, sociales y culturales de las usuarias y usuarios.
- c) La realización de innovaciones y cambios, que tomando en cuenta la visión de la realidad de las usuarias, garantice el ejercicio de los derechos y la satisfacción de usuarios/as internos y externos.
- d) La implementación de espacios de diálogo y de negociación entre todos los actores (usuarios internos y externos) involucrados en la atención del embarazo, el parto, el posparto.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores de la seguridad de las pacientes en el parto culturalmente adecuado, en el Hospital San Luis de Otavalo, en el año 2015?

1.3 Justificación

Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el enfoque intercultural en atención de la salud está contemplado como un eje estratégico que mejorará las inequidades históricas para mantener la salud de los pueblos y nacionalidades. Prioridades estratégicas que centran su labor en el cumplimiento de las Metas del Plan Nacional del Buen Vivir, específicamente la meta para la reducción de la muerte materna y neonatal, que se logra reforzando la acción del modelo de atención en el que no solo se han incorporado profesionales, sino también promotores y líderes comunitarios, en donde además, las medicinas tradicionales y alternativas, dan respuesta a las necesidades de la diversidad cultural.

El parto culturalmente adecuado contiene procedimientos que incorporan las prácticas tradicionales de las mujeres embarazadas en el parto y los recursos que proporciona la ciencia y la tecnología para asegurar la vida y el bienestar de la madre y el niño, con calidad y calidez, respondiendo a la demanda y expectativas de esta población.

Para incrementar la demanda de la atención obstétrica institucional es necesario mejorar la calidad de la atención interpersonal y el nivel de satisfacción de las usuarias de los servicios obstétricos de salud, adecuándolos a las necesidades culturales de la población. Parte de esta estrategia es la de brindar seguridad a los pacientes, entendida como la dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria, está adquiriendo un interés creciente y es uno de los ejes de la política sanitaria.

Para lograr estos propósitos, es necesario definir los indicadores de seguridad y calidad de atención sanitaria, que permiten objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, intentando reducir los riesgos a los que se expone el paciente que interacciona con el sistema sanitario. Un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial. Los indicadores tienen la ventaja de medir aspectos concretos y

específicos de la asistencia. Son datos válidos, fiables y objetivos, muestran resultados cuantitativos y dan la posibilidad de hacer comparación al disponer de estándares de cumplimiento que determinan si los resultados obtenidos en el servicio son correctos o no, al tiempo que permiten realizar acciones de mejora.

Este estudio se justifica plenamente en tanto aspira poner a disposición de los usuarios internos y externos del Hospital San Luis de Otavalo, un documento que señale claramente cuáles son los procedimientos que debe seguir el personal de enfermería en la unidad de partos para lograr satisfacción plena de las y los usuarias de esta unidad en tanto se explicarán los protocolos y rutinas para evitar los errores de atención cuando estos pueden ser prevenidos, mediante la eliminación, prevención y mejoramiento de efectos adversos o lesiones derivados del proceso de atención a la salud, incluyendo errores, desviaciones y accidentes.

La investigación, cuenta con la aceptación y colaboración de las autoridades del Hospital San Luis de Otavalo, en la provincia de Imbabura, se dispone de suficiente material bibliográfico, documental y electrónico para estructurar de manera coherente el marco teórico, conceptual y legal, proporcionando además, alternativas de mejoramiento; los recursos humanos, materiales y económicos para el desarrollo del estudio hasta llegar a su culminación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General.

Determinar los factores de riesgo y protectores de la seguridad de las pacientes, en el parto culturalmente adecuado, en el Hospital San Luis de Otavalo, en el año 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Reconocer el contexto socio demográfico de las pacientes en el parto culturalmente adecuado, en el Hospital San Luis de Otavalo.
- Determinar los factores de riesgo que inciden en la seguridad de la paciente atendida en el parto culturalmente adecuado.
- Identificar los factores protectores en la seguridad de la paciente atendida en el parto culturalmente adecuado.
- Observar el cumplimiento de la aplicación de protocolo y elementos protectores en la seguridad de la paciente, durante el proceso de atención del parto culturalmente adecuado

1.5 Preguntas de Investigación

- ¿Qué características socio demográficas tienen las pacientes atendidas por parto culturalmente adecuado, en el Hospital San Luis de Otavalo?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la seguridad del paciente atendido en el parto culturalmente adecuado?
- ¿Cuáles son los factores protectores en la seguridad de la paciente atendida en el parto culturalmente adecuado?
- ¿Se aplican protocolos y elementos protectores de la seguridad de la paciente, durante el proceso de atención del parto culturalmente adecuado?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco referencial

Para el análisis referencial es importante considerar el desarrollo teórico relacionado con el estudio para exponer la opinión personal de la autora como futura profesional respecto del tema estudiado:

2.1.1. “Impacto y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo de profesionales de salud del Hospital San Luis de Otavalo, en el año 2011 -2012”

Las mujeres tanto indígenas como mestizas y que se encuentran en estado de gestación las primeras atenciones y seguimiento al parto se realizan en las unidades operativas del MSP, cuando se ha cumplido el número de semanas de gestación las pacientes madres son trasladadas al Hospital San Luis de Otavalo para que den a luz bajo la modalidad que en ese momento elijan (Cárdenas Rosero & Cachiguango Quinaluisa, 2012, pág. 79).

El programa de atención del parto culturalmente aceptado en el Hospital San Luis de Otavalo es exitoso y está demostrando que las mujeres y familias indígenas y campesinas particularmente confían en la casa de salud y optan, mayoritariamente por recibir atención con enfoque intercultural.

2.1.2. “Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado, en mujeres gran múltiparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Morán, del cantón Daule”

De los resultados encontrados el 73% de las pacientes atendidas no tuvieron ningún tipo de información sobre el parto vertical, y el 27% restante informaron mediante charlas hospitalarias, consultas prenatales y páginas de internet, El 62% de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Vicente Pino Moran tuvieron parto horizontal y el 38% correspondieron a parto vertical. El 87% de las pacientes tuvieron un expulsivo dentro de los primeros cinco minutos, el 10% dentro de los diez minutos, el 3% dentro de los quince minutos. El 88% de las pacientes no presentaron desgarros durante la atención del parto vertical, el 12% restante presentaron desgarros a nivel cervical, labial y perineal. El 49% de las pacientes no presentaron traumas obstétricos, el 40% restante presentaron circular de cordón, distocia de hombros y fractura de clavícula. (Rendón, 2013, pág. 2)

La implementación del parto culturalmente adecuado, tiene repercusiones positivas en la sociedad y es evidente que los equipos profesionales especializados están logrando buenos resultados, minimizando los riesgos a porcentajes no significantes pues el uso de la tecnología y la ciencia, unida a la inserción de prácticas tradicionales de parto, no representa riesgo alguno y por el contrario, le confiere seguridad y confianza a las pacientes y a sus familias.

2.1.3. “Factores socio culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto, durante el periodo enero – junio 2014”

Los principales factores que influyen en la práctica del parto domiciliario son: El nivel de educación. inasistencia a los controles prenatales por falta de información por parte del personal de salud, ubicación geográfica, las

creencias, costumbres y tradiciones de la población se ven en manifiesto al momento de ser atendidos por la partera de la comunidad, lo cual trae complicaciones tanto como para la madre como para el neonato, además se evidenció que las mujeres embarazadas tienen inconformidad sobre la atención brindada por el personal de salud como sus actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia, falta de privacidad, no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes. (Montero Gutiérrez, 2015)

El estudio se relaciona más bien con procesos de parto domiciliario en comunidades indígenas y campesinas de la provincia de Tungurahua, que se incorpora como antecedentes investigativos porque responde a una práctica muy frecuente en la población indígena, cuando prefieren ser atendidas por comadronas en sus hogares y no acuden a las instituciones de salud por distintas razones. Estas costumbres o preferencias de las mujeres embarazadas se pretenden modificar generando confianza, credibilidad y sobre todo aceptación de la población en los servicios hospitalarios públicos.

2.1.4. Implementación de la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico del cantón Pelileo, provincia de Tungurahua en el año 2013”

Esta Institución no contaba con el espacio físico y equipamiento para atender el parto vertical, por lo que se gestionó por intermedio del Hospital Básico Pelileo, logrando alcanzar el 74.07% en su implementación y el 25.53% restante se obtendrá en el transcurso del mes de noviembre del presente año.

Se capacitó al 90.6% del personal sobre normas de atención de parto culturalmente adecuado, se capacitó al 100% de las parteras logrando Integrarlas al equipo de salud mejorando sus técnicas asegurando el bienestar de las madres y los niños que serán atendidas, para de esta

manera brindar una atención con calidad y calidez. Se consiguió la aceptación de esta estrategia, misma que permite incrementar el acceso al parto institucional, contribuyendo a la reducción de la mortalidad materna y neonatal. (López Villagrán, 2014, pág. 8)

La estrategia de implementación de servicios de parto culturalmente adecuado que implementa el Ministerio de Salud principalmente en los Hospitales que tienen domicilio en las circunscripciones geográficas con mayor densidad poblacional indígena y campesina del Ecuador, constituye una herramienta eficiente para acercar la oferta de salud sexual y reproductiva a la población que más lo necesita, aplicando un enfoque intercultural que motive a las mujeres embarazadas y a sus familias, a acceder a los servicios de salud y contribuir con ello a disminuir los índices de mortalidad materna e infantil.

2.1.5. "Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012"

Las poblaciones de mujeres que presentan más aceptación hacia el programa del parto culturalmente adecuado son aquellas que pertenecen al grupo cultural Indígena, con un nivel de instrucción Secundaria o Superior, que no trabajan fuera de casa, y que son Multíparas.

En relación al lugar de procedencia tanto las mujeres que provienen del área Urbana como del área Rural presentan la misma aceptación hacia el programa del parto culturalmente adecuado. (Villa Romero & Vinuesa Sierra, 2012, pág. 143)

Los resultados de esta investigación son en esencia coincidentes con similares estudios relacionados con el procedimiento del parto culturalmente adecuado, cuando señalan que el servicio tiene mayor aceptación con el grupo cultural indígena, con

educación secundaria. En este caso, la residencia en el área urbana o rural no tiene significancia.

2.2.Marco Contextual

2.2.1. Hospital San Luis de Otavalo

En el nuevo modelo de atención en salud con enfoque intercultural se hace necesario establecer la convivencia adecuada dentro de una perspectiva de derechos, debido a que vivimos en un entorno social pluricultural y multiétnico. El Cantón Otavalo, cuenta con una población de 104.000 habitantes de los cuales el 50% corresponde a mestizos y el 50 % a pueblos indígenas. (INEC, 2012)

Una minga por la salud emprendieron las organizaciones e instituciones de Otavalo, para acercar los servicios de salud a la población, especialmente en lo referente a la salud materno infantil. El Hospital “San Luis” de Otavalo, unidad de Referencia de la red de servicios de salud del MSP, el Gobierno Municipal de Otavalo, Jambi Huasi (Casa de Salud) y la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, con el apoyo financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), vienen trabajando en una propuesta de construcción de un “modelo intercultural de salud”. (Hospital San Luis de Otavalo, 2016)

Con la finalidad de sustentar la propuesta y canalizar las necesidades identificadas, con el apoyo y coordinación de (UNFPA) y el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) se efectúa una investigación a través de una encuesta dirigida a las mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud y al personal de salud del Hospital San Luis de Otavalo, arrojando como resultado que el 82% de personal de salud cree que existe barreras culturales para que las mujeres indígenas acudan al Hospital, que el 98% del personal de salud considera importante incorporar el enfoque intercultural en los servicios de salud reproductiva, así mismo todo el

personal estaría a favor de que en el hospital de Otavalo se introduzcan cambios respetando la cosmovisión de las mujeres indígenas, el 59% de usuarias manifestaron que la posición ginecológica durante el parto era incomoda, y que conocían otra posición para dar a luz , de las cuales sobresale principalmente la posición arrodillada (75%). Sobre la opinión en cuanto a las parteras el personal de salud en un 55% cree que pueden ser de apoyo en la atención. (Hospital San Luis de Otavalo, 2016)

La sala de parto vertical en las instalaciones del Hospital fue inaugurada en el mes de abril del 2008, en respuesta a las necesidades y demandas de la mujer y personal de salud. Las adecuaciones se han dado en la infraestructura, ambiente acogedor y abrigado, el acompañamiento durante la atención del parto por un familiar o la partera, la vestimenta cómoda, de color que respete su intimidad y pudor, las bebidas con hierbas medicinales de la localidad. En cuanto a la posición la paciente escoge sea ésta sentada, de rodillas o acostada, se respeta además la decisión de la paciente sobre la disposición final de la placenta. (Hospital San Luis de Otavalo, 2016)

Este nuevo modelo de atención con enfoque intercultural tiene como objetivo: Mejorar el acceso de las mujeres del cantón Otavalo especialmente del sector rural a los servicios de salud, y lograr la implementación del nuevo modelo de la atención del parto con adecuación intercultural a fin de mejorar la calidad de atención e institucionalizar la atención del parto y con ello disminuir la morbimortalidad infantil. Dar un servicio de calidad y calidez respetando la cosmovisión indígena, garantizada con el acompañamiento que realiza la partera cuando la paciente lo solicite. (Hospital San Luis de Otavalo, 2010)

2.2.2. Historia del Hospital San Luis De Otavalo

El presidente de la República, Dr. José María Velasco Ibarra, inauguró el hospital San Luis de Otavalo, un 24 de mayo de 1953. La falta de un centro médico hizo que allá

por el 25 de febrero de 1936, se conforme la Liga de la Caridad, pro construcción del hospital y pedir al Gobierno Central, tome en cuenta esta necesidad. Se conformó una directiva que estaba integrada por Mercedes Auz de Arregui, presidenta; Rosa Betancourt de Ubidia, vicepresidenta y Judith Loza de Moreano, tesorera. Sor Lucía, hermana de la Caridad fue la asistente de enfermería.

La señora Rosa Betancourt de Ubidia, donó el terreno. Sor Lucía, que también era la directora de la escuela “La Inmaculada”, con sus alumnas en mingas que se cumplían los sábados y domingos acarrearán piedras para para construir los cimientos. Galo Plaza Lasso, que ejerció la presidencia de la República desde 1948 a 1952, tomó la decisión de construir el hospital de Otavalo. Lo hizo gracias a un convenio firmado con la Misión del Punto IV y el Servicio Interamericano de Salud Pública de los Estados Unidos. El jefe de la misión fue el Dr. Graimner. Los trabajos los dirigió Luis Moreano Loza. (Hospital San Luis de Otavalo, 2016)

2.2.3. Misión, Visión del Hospital San Luis de Otavalo

Misión

Brindar una atención que de confianza y seguridad al usuario que acude a consulta externa, emergencia y hospitalización. Ser líder en Calidad y calidez de servicio. (Hospital San Luis de Otavalo, 2016)

Visión

Contribuir a la atención oportuna y eficiente a las personas que Requieren los servicios de este hospital. (Hospital San Luis de Otavalo, 2016)

2.3. Marco Conceptual

El estudio en su desarrollo plantea basar la sustentación objetiva o documental en los temas relacionados a:

2.3.1. El Parto Vertical

“La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.” (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 20012).

2.3.2. Posiciones durante la atención del parto

Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad) y sus ventajas son:

De pie. Mayor eficacia de las contracciones uterinas. Mejor oxigenación fetal. Menor necesidad de analgesia y oxitocina. Menor tasa de episiotomías.

Decúbito lateral. Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.

Sedestación. Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas. Alivia el dolor de la parte baja de la espalda.

Cuadrupedia. Menos trauma perineal ya que la gravedad aleja la presión del periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal. La elasticidad perineal es mayor en esta postura.

Cuclillas. Diámetros pélvicos aumentados. Necesaria menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales. Disminuyen las laceraciones perineales (si hay un buen apoyo del suelo pélvico). (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 20012)

2.3.3. Razones para acceder a esta atención

Las usuarias pueden ejercer preferencias personales, tales como: escoger la posición más cómoda para su parto, la posibilidad de tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el nacimiento, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido como por ejemplo: el mantenerse arropada con su propio vestuario durante esta etapa, el contar con una luz tenue y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales para la madre, e inclusive la posibilidad de acceder a la placenta para poder incinerarla o enterrarla según la costumbre local. (Ministerio de Salud, 2008)

2.3.4. Personas que no pueden acceder a esta atención

No podrán acceder a este tipo de asistencia materna, las mujeres que tengan alto riesgo de presión sanguínea o que durante el embarazo presenten síntomas de alteraciones cardíacas, puesto que la posición vertical tiene el riesgo de un aumento de la pérdida de sangre estimada superior a 500 ml. Además cuando las mujeres gestantes presenten características de cesárea anterior, tengan un canal del parto estrecho en relación con el tamaño del niño, presentación podálica (niño de pie), sufrimiento fetal, embarazo gemelar, circular de cordón, prematuridad, placenta previa, aumento

de la presión arterial durante el embarazo y antecedentes de parto complicado, entre otras consideraciones de riesgo.

2.3.5. Plan de Parto

El Plan de parto y nacimiento es un instrumento para que las mujeres puedan expresar por escrito sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir. Así se evita tener que hacerlo durante el parto, momento emocional y físico centrado en el proceso vivencial. Significa principalmente el resultado del intercambio de información entre profesionales y usuarias en el seguimiento del embarazo y de las sesiones de preparación al parto. No está ideado para sustituir la información necesaria que debe ofrecerse a todas las mujeres. Garantiza la comprensión del proceso y la participación activa de las mujeres, además de facilitar la relación y la tarea del equipo profesional. (Ministerio de Sanidad, 2014).

2.3.6. Periodo de Dilatación

La dilatación es la abertura del orificio del cérvix uterino que comunica el cuerpo del útero con la vagina. Gracias a las contracciones uterinas, las fibras musculares del cuello del útero se van estirando, de tal forma que cada vez son más delgadas y así se consigue que se vayan abriendo. La dilatación del cuello del útero se mide mediante una exploración vaginal. Al principio no se habla de centímetros, sino que se dice que el "cuello está permeable" y es cuando se abre con el dedo. Al cabo de unas horas, se hablará de dilatación en centímetros. Se considera "dilatación completa" cuando se han alcanzado los 10 centímetros, que es lo máximo que se abre el cuello. (Italfármaco S.A, 2012).

2.3.7. Tratamiento y Manejo del dolor

El manejo integral de las patologías que pudieran generar dolor durante el embarazo requiere del uso de medicamentos que no siempre son 100% seguros. Su tratamiento debe ser interdisciplinario y humanizado, teniendo en cuenta las implicaciones para la madre y el feto, y mientras sea posible, optimizando alternativas terapéuticas no farmacológicas. (González Guzmán, 2010).

2.3.8. Participación de la Partera

Las parteras por lo general son mujeres mayores que ayudan a dos tercios de los partos en el mundo. Algo importante a resaltar es que las parteras tradicionales no solo ayudan en los partos si no que cuentan con los conocimientos para brindar un cuidado integral, postnatal, además de que también cuidan al recién nacido y tratan la mayoría de las enfermedades infantiles, maternas a base de plantas medicinales (Herbolaria), aplicando su sabiduría para la cura de diversas patologías. Las parteras tradicionales atienden a las mujeres durante todo el proceso del parto, desde la etapa Pre y Postnatal retomando el uso de las plantas medicinales para evitar o remediar cualquier problema que se pudiese presentar en este proceso tan importante y vital en la vida de una mujer y de la humanidad entera.

Para comprender la ardua labor y el compromiso que tiene la partera debe aplicar todos sus conocimientos y técnicas al traer una nueva vida al mundo y cuidar que no haya complicación pre y post parto, materno - infantiles.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Auxiliar de Maternidad Tradicional (AMT) como “ Una mujer que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo se debe incluir, la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envío de pacientes de elevado riesgo.

Es importante recalcar que a lo largo de la historia las parteras han tenido una importancia básica en el lugar que habitan ya que cuentan con el respeto, la admiración y la confianza de las personas que viven dentro de su entorno logrando con esto que exista una mejor interacción entre la partera tradicional y la paciente que atiende; facilitando así todo el proceso como se debe y esto permite a la partera poder hacer uso de todo tipo de herbolaria que la mujer requiera para concluir su trabajo exitosamente. (OMS, 2006)

2.3.9. Ingreso del esposo, familiar o parteras

El ingreso del esposo tranquiliza a la familia, especialmente al padre porque puede presenciar el nacimiento de su hijo, este cambio es importante tomando en cuenta que ya no puede esperar fuera de la sala de partos o muchas veces fuera del hospital. Cuando hay participación familiar durante el parto, pueden cortar el cordón umbilical del recién nacido/a, tomar la decisión con su mujer sobre la entrega de la placenta si así lo deciden como pareja, esto no es obligatorio siempre y cuando respetando las creencias y tradiciones de la familia. (Ministerio de Salud, 2008)

2.3.10. Ropa apropiada para atención del parto

Lo que se debe tomar en cuenta para que sea una atención de calidad del parto culturalmente adecuado, en lugar de la ropa hospitalaria tradicional que se venía utilizando, como es el camión largo, fino, estrecho, con una gran abertura posterior, desechable, que no abrigaba y despertaba quejas entre las usuarias, se optó por cambiar a un camión de material abrigado preferiblemente elaborado de franela, con colores suaves, que cubre apropiadamente a la paciente y da facilidades para la evaluación clínica por la abertura que tiene a la altura del vientre, y por la amplitud de la bata para la atención del parto. De esta manera el profesional puede examinar

las veces que requiera hacerlo sin necesidad de descubrir la totalidad del cuerpo, respetando el sentir de la paciente. (Hospital San Luis de Otavalo, 2010).

2.3.11. Alimentación

La alimentación es otro de los aspectos importantes, antes del parto y posparto inmediato, por ello, de acuerdo a la valoración clínica se permite que la paciente consuma alimentos que culturalmente estén indicadas durante el pre-parto y posparto, de tal manera que no exista la preocupación de la paciente y su familia. A continuación una recomendación sobre la clase de alimentos que se puede proveer antes y después del parto.

Alimentación Preparto;	Caldo de pollo o cualquier sopa ligera.
Posparto;	Caldo de pollo de campo no muy viejo con yuca.
	Caldo de oveja de la parte de la nuca.
	Colada de maíz (para que asiente leche).
	Avena con naranjilla y dulce (Hospital San Luis de Otavalo, 2010)

2.3.12. Uso de plantas medicinales

En la sala de parto culturalmente adecuado se cuenta con una cocina pequeña, cafetería, tazas para preparar infusiones de hierbas medicinales, que deben ser frescas y cálidas, certificadas por parteras acreditadas, quienes son las encargadas de suministrar estas aguas durante la labor del parto.

Las plantas medicinales para la sala de partos “Desde la cosmovisión indígena, representan, lo cálido, todo lo que es masculino, y lo fresco representa a todo lo que es femenino. De esta cosmovisión lo frío y lo caliente es de gran importancia ya que no son meras reacciones térmico metabólicas, se trata de una respuesta integral del individuo donde lo psíquico, lo socio cultural y la influencia del ambiente tiene que

ver en el estado de salud de una persona, especialmente en aquellas calificadas como Males de Dios. Un desbalance en el equilibrio frío/caliente hacia cualquiera de los dos extremos, lleva a la persona a enfermarse y en el peor de los casos hasta la muerte”. (Hospital San Luis de Otavalo, 2010)

2.3.13. Casa Materna

La adopción del parto culturalmente adecuado en el hospital de Otavalo fue una de las mejores estrategias para lograr el acceso de las mujeres Kichwas de Otavalo y de la provincia a los servicios de salud pública. Uno de los problemas detectados es que no todas las mujeres tenían beneficio por este servicio de maternidad sobre el parto culturalmente adecuado, especialmente por las mujeres que se encuentran en las comunidades alejadas, en vista de esto se vio la necesidad de implementar la Casa de Espera Materna, con el objetivo de evitar la alta incidencia de partos domiciliarios y de riesgos, así como casos frecuentes y estables de partos sépticos por no ingreso hospitalario de gestantes.

La casa se encuentra construida dentro del área del hospital, y se realizó con financiamiento del Ministerio de Salud Pública, cuya atención está dada por parte de las parteras obstétricas y enfermeras de la sala de partos, quienes trabajan de forma coordinada. (Hospital San Luis de Otavalo, 2010)

2.3.14. Procedimiento

El parto natural o vaginal es un proceso fisiológico que anuncia el nacimiento de un bebé. Su desarrollo tiene un proceso previsible, unas etapas que marcan tiempos que hay que respetar y precisa de unos cuidados necesarios para las futuras mamás. El trabajo de parto es una de las principales preocupaciones de la mujer embarazada, sobre todo, de las primerizas, las no han pasado por esta experiencia todavía.

Ser mamá es un trabajo que se aprende con la práctica y la preparación para el parto es una labor de información que ayuda a estar más tranquila y confiada cuando llegue el momento. Aunque no sepa nada acerca del proceso y de las etapas del parto, los cursos de preparación al parto pueden ayudar en este sentido. También podrá conocer los métodos de parto alternativos, y hablar con el médico acerca del parto que sea de interés o del que, en realidad necesitará. (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 20012).

2.3.15. Monitorización fetal

La monitorización fetal es una técnica indolora y no invasiva que suele realizarse en las últimas semanas del embarazo y durante el parto con objeto de controlar la actividad uterina y el bienestar intrauterino del bebé. Para ello se emplea un cardiotocógrafo o monitor, que es un aparato que registra en una pantalla el número, la intensidad y duración de las contracciones y la frecuencia cardiaca fetal (FCF), que no es otra cosa que el ritmo del latido del corazón del feto por minuto. De esta forma, se realiza un patrón en el que se compara si existen contracciones y el comportamiento que tiene el bebé ante esas contracciones. (Fundación Medicina Fetal Barcelona., 2011).

2.3.16. Tactos Vaginales

Según la OMS, ésta es una de las acciones diagnósticas esenciales en el reconocimiento del comienzo y progreso del parto. Sólo debe ser realizada por personal experto, con manos limpias y cubiertas por guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario: durante la fase de dilatación, generalmente una vez cada cuatro horas es suficiente. Si el parto progresa con rapidez, las matronas expertas pueden limitar el número de exámenes a uno sólo. Idealmente, ese sería el examen necesario para establecer la fase activa del parto, es decir, para confirmar que existe dilatación cervical (el criterio más objetivo de un

parto activo). Otras práctica en el manejo del parto es llevar a cabo un examen vaginal únicamente cuando existe una indicación para ello, por ejemplo, cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece o cuando hay signos de que la mujer quiere empujar o antes de la administración de analgésicos. (OMS, 2006)

2.3.17. Administración de medicamentos para acelerar el parto

En labores de parto lo que más se utiliza es la oxitocina que se utiliza tanto para inducir como para acelerar los partos, aunque los últimos estudios científicos al respecto han evidenciado que no acorta la duración total del parto de forma significativa, pues en promedio, tan solo lo acorta una hora aproximadamente.

La OMS concluye que, de los datos disponibles, no se deduce claramente que el uso discrecional de oxitocina sea beneficioso para las mujeres y los bebés. Naturalmente, esto no significa que la oxitocina sea ineficaz para el tratamiento de partos prolongados. Sin embargo, no hay pruebas de que la prevención de un parto prolongado mediante el uso discrecional de oxitocina en un parto normal sea beneficiosa. La administración de oxitocina es una intervención mayor y debe utilizarse únicamente bajo una indicación válida. El mismo principio es aplicable para la práctica, más moderna, de inducción con prostaglandinas. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

2.3.18. Canalización de vía venosa

Canalizar una vía venosa periférica es una técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al sistema vascular del paciente. A través de esta vía podremos administrar sueroterapia, medicación y nutrición parenteral. (Zurro A., 2010)

2.3.19. Sondaje Vesical

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos como: Retenciones urinarias por obstrucciones de la uretra, Intervenciones quirúrgicas: permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía, Control de la diuresis: control de la cantidad de la diuresis, Tratamientos terapéuticos: mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como es el caso del tratamiento de escaras, úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo, Recogida de muestras estériles, Introducir medicamentos con fines exploratorios o terapéuticos. (Jiménez Mayorga, y otros, 2010)

2.3.20. Rotura de la Bolsa

La rotura o la fisura de las membranas que forman la conocida “bolsa amniótica”, es un hecho que puede suceder en cualquier momento del embarazo aunque en la mayoría de los casos (>80%) se va a producir de forma espontánea al término de la gestación, es decir, a partir de las 37 semanas. Si se produce antes del inicio del parto se le denomina rotura prematura de membranas y si a su vez se produce antes de las 37 semanas de embarazo, se le denomina rotura prematura de membranas pretérmino.

La rotura de la bolsa (también llamada amniorraxis) se acompaña de una pérdida de líquido por la vagina que en ocasiones es muy evidente pero en otras no tanto, lo que en ambos casos es completamente normal. Algunas mujeres acuden al hospital completamente empapadas en líquido sin embargo otras muchas, van a referir que notan pérdidas de líquido o que mojan la ropa interior sin saber con certeza el origen del mismo. Por lo general el líquido amniótico que rodea al bebé es transparente,

ligeramente rosado, y en muchas ocasiones puede confundirse con otras pérdidas (principalmente orina o flujo vaginal). Debemos tener en cuenta que al final del embarazo es normal que aumente la cantidad de flujo y que éste tenga una consistencia más líquida, lo cual nos puede hacer dudar. Igualmente y por raro que nos pueda parecer, en ocasiones se van a producir pérdidas insensibles de orina debido al peso del útero y del bebé sobre la vejiga, además de que el esfínter que controla la salida de la orina se encuentra más laxo por la acción hormonal de la progesterona. (Fundación Medicina Fetal Barcelona., 2011)

2.3.21. Periodo Expulsivo (Salida del bebé)

El inicio del expulsivo se define como el momento en que se constata que la mujer está en dilatación completa o cuando la cabeza del bebé es visible. Se habla de diez centímetros porque eso es, aproximadamente lo que mide el diámetro de la cabeza del bebé de una oreja a otra, la cifra aproximada que obtienen los obstetras cuando hacen una ecografía y miden el diámetro biparietal (DBP).

Sólo hay una manera para saber con certeza que una mujer ha alcanzado dilatación completa y la fase del expulsivo ha comenzado, esto es a través de un tacto vaginal que nos confirme que la cabeza del bebé ha pasado el cuello del útero e inicia su descenso por la pelvis. (Asociación El Parto es Nuestro, 2012)

2.3.22. Pujos

En el periodo expulsivo, la etapa del parto que va desde la dilatación completa (10 cm) hasta la salida del bebé, es cuando hay la mayor actividad de contracciones uterinas, dado que se requiere mucha fuerza para ayudar a salir al bebé. No obstante, con la fuerza del útero no suele ser suficiente y es por ello que este periodo la madre nota la sensación de pujo, es decir, ganas de empujar. Se trata de un mecanismo

biológico que permite que la fuerza del útero y la de la pared abdominal de la madre se combinen para poder ayudar a la salida de la cabeza del bebé.

Los pujos o "empujones" del parto tienen un origen reflejo y están provocados por la compresión de la cabeza fetal sobre el suelo pélvico. A pesar de que la madre sienta la necesidad involuntaria de empujar, es posible intentar controlar los pujos para mejorar el desarrollo del parto. Así, la comadrona te indicará que sólo se debe empujar cuando estés en dilatación completa y durante la contracción, para así unir tu fuerza con la del útero. De otra forma se gasta mucha energía sin ningún efecto.

Por otra parte, es habitual "empujar mal". El pujo para que sea efectivo y útil debe hacerse contrayendo la pared abdominal y haciendo fuerza en dirección descendente. El pujo debe ser intenso y lo más prolongado posible para que sea más eficaz. (Fundación Medicina Fetal Barcelona., 2011)

2.3.23. Episiotomía

Es una incisión quirúrgica en el perineo (o periné) femenino, concretamente en la parte que se encuentra entre la vagina y el ano, que se realiza en el momento del parto para agrandar la abertura vaginal y permitir la salida de la cabeza del bebé.

Se realiza con tijeras o bisturí justo cuando la cabeza del bebé está a punto de coronar. Hay dos formas de realizar el corte: una línea media hacia abajo o una incisión medio lateral en ángulo, que es la que menor riesgo de daño implica al esfínter anal y al recto, pero también se dice que tarda más en cicatrizar. Una vez producido el nacimiento, el médico realiza unos puntos de sutura para cerrar la abertura.

La episiotomía es una práctica obstétrica bastante frecuente, especialmente en el caso de las madres primerizas, pero su uso es muy controvertido. Quienes la defienden argumentan que la lesión de un desgarro es peor que el corte limpio de la episiotomía

y que con la incisión se acorta la fase de expulsión del bebé. (Colección Bebes y más, 2013)

2.3.24. Nacimiento

El nacimiento puede darse bajo circunstancias naturales o con la ayuda de elementos técnicos. El segundo caso está relacionado por lo general con problemas que hacen necesaria una intervención externa. Así, pueden emplearse elementos que facilitan la salida del bebe o directamente aplicarse una cesárea, esto es, una intervención quirúrgica. A partir de ese momento, el niño deberá pasar un tiempo con su madre para el bienestar de ambos, sobre todo para que comience a amamantar. (OMS, 2006)

2.3.25. Contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento

Se denomina contacto piel con piel al contacto (CPP), inmediato tras el parto, de la criatura recién nacida con su madre. Tradicionalmente, esta práctica ha proporcionado calor y alimento al recién nacido y ha permitido poner en marcha el proceso de vinculación, además de ser sumamente grata para la madre y tranquilizadora para el bebé.

El recién nacido presenta, después del parto, un periodo especial en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila, gracias al cual puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento de forma espontánea.

A la luz de las actuales evidencias, la separación de la madre y su criatura, que formaba parte de los cuidados rutinarios ofrecidos en las maternidades hospitalarias, debe de ser sustituida, por la recomendación de facilitar a las madres y recién nacidos sanos el contacto piel con piel inmediato, sin interrupciones y mantenido durante 1-

2 horas o hasta que se complete la primera toma y finalice el periodo de alerta tranquila. (OMS, 2006)

2.3.26. Atención Inicial del recién nacido

Son los cuidados y acciones que el personal de salud que atiende al recién nacido debe conocer y realizar para brindar una atención neonatal óptima en el momento del parto, sea este en el domicilio o en un establecimiento de salud.

2.3.27. Corte del Cordón Umbilical

El cordón umbilical une a la madre y al bebé: por un lado está inserto en la placenta y por otro, al ombligo del niño. Lo forman dos arterias y una vena, que transportan el oxígeno y los nutrientes que el bebé necesita para vivir. Estos vasos sanguíneos tienen forma de espiral y se encuentran rodeados por un tejido blanco azulado, cuya misión es protegerlos de posibles compresiones y asegurar así el suministro continuo de sangre.

Tras el parto, el cordón umbilical debe cortarse para que el niño comience a respirar de forma independiente. No duele y el momento ideal para hacerlo varía de unos especialistas a otros y también depende de cada caso. “Los últimos estudios aconsejan cortarlo cuando deja de latir, porque así pasa más cantidad de sangre al bebé y esto le facilita la adaptación al mundo”, explica Carmen García, matrona de la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid.

2.3.28. Alumbramiento de la placenta

La salida de la placenta humana no es inmediata a la salida de la cría, como ocurre en otras especies. La placenta suele salir después de que el cordón umbilical deja de

latir y esto puede producirse poco después del nacimiento del bebé, normalmente entre 10 y 30 minutos más tarde, aunque también puede demorarse en salir una hora o más. La duración de cada etapa depende de cada mujer y de cada parto.

La salida de la placenta depende de varios factores, entre ellos que surja un pico de oxitócina muy fuerte que reanude las contracciones. Las condiciones para que el alumbramiento tenga lugar con facilidad son las mismas que se necesitan durante el resto del parto, esto es, tranquilidad, comodidad y un ambiente cálido. A veces el simple hecho de colocar una manta sobre la mujer o encender un calentador puede facilitar un alumbramiento que parecía atascado.

La verticalidad también ayuda a la salida de la placenta pues una vez desprendida del útero resbala hasta la vagina y la sensación de peso activa de nuevo las ganas de empujar. Como se trata de un órgano blando de unos 500 gr de peso, su salida no suele ser molesta aunque sí pueden serlo las contracciones que la facilitan. (Asociación El Parto es Nuestro, 2012)

2.3.29. Cuidado y Atención del recién nacido

Los primeros exámenes y evaluaciones del bebé se llevarán apenas nace: El test de Apgar consiste en valorar el estado del bebé al nacer. Para ello se tienen en cuenta determinados signos vitales: ritmo cardíaco, patrón de respiración y llanto, color de la piel, tonicidad muscular y reacciones reflejas. Estas mediciones y observaciones se toman en tres momentos distintos dentro de los primeros cinco minutos de vida. De acuerdo con los resultados obtenidos el médico evaluará si el bebé requiere atención especial de inmediato.

Por otro lado entre los 2 y 5 días de vida se le realizará un análisis de sangre (conocido como análisis del talón o pesquisa neonatal) para detectar la presencia de la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito y la fibrosis quística. El MSP considera como obligatoriedad la realización de este estudio. (Morgenroth, 2011)

2.3.30. Separación de la madre y realización de procedimientos

Siempre que sea posible, la hija o el hijo recién nacido permanecerán junto a la madre. La separación sólo habrá de realizarse por motivos claramente justificados que deberán constar en la historia clínica. En caso necesario, se informará y solicitará consentimiento previo.

2.3.31. Higiene del recién nacido

La manera de bañar a un bebé antes de la caída del cordón es distinta a como lo hacemos después. La razón es que, para evitar posibles infecciones y que el ombligo se mantenga lo más seco posible para su correcta cicatrización, no conviene sumergir el cuerpo del bebé en el agua. Antes de la caída del cordón umbilical es preferible no bañar al bebé por inmersión. Podemos colocar al bebé en la bañerita con un poco de agua con jabón para bebés en el fondo, y mediante una esponja limpia ir lavando al recién nacido por partes, dejando los genitales para el final. El cordón tiene que limpiarse y curarse específicamente, por lo que no es necesario insistir en él durante el baño, pero no sucede nada si se moja y después lo secamos concienzudamente.

También hay quien prefiere bañar al bebé "en seco" ("el lavado del gato"), sobre una superficie seca (cambiador, cama...) y con un paño húmedo realizar una limpieza del cuerpo del bebé. Si usamos esponja en este caso, debería estar muy poco empapada si no queremos que gotee. Además hay especialistas que no desaconsejan el baño del bebé sumergiendo el cuerpo en el agua, siempre que sea un baño corto y por supuesto después sequemos bien el cordón.

De todas formas, el baño por inmersión, del que hablaremos ampliamente en esta serie de cuidados del recién nacido, se puede retrasar hasta dos o tres días después de la caída del cordón, cuando el ombligo ya no presenta sangrado leve ni secreción

alguna y el riesgo de infección se reduce considerablemente (Colección Bebes y más, 2013)

2.3.32. Periodo del puerperio

El puerperio comienza después del parto, se trata del periodo que transcurre hasta que mujer se recupera después de un parto o cesárea. Dura aproximadamente 40 días o 6 semanas, por eso también se le llama cuarentena. Los cambios efectuados durante el embarazo (fisiológico, anatómico, endocrino u hormonal), desaparecerán poco a poco y nuevamente pasarás por muchas transformaciones. Conocerlas y ayudar a que ocurran del modo adecuado es de enorme importancia para lograr los mejores resultados. Tener paciencia es fundamental hasta que las cosas vuelvan a su sitio. (Infogen, org, 2013)

2.3.33. Estancia en la maternidad tras el nacimiento

Por término medio, tras un parto normal, la estancia en la maternidad suele durar entre dos y cuatro días, y de seis a ocho días si el nacimiento ha sido por cesárea. La madre debe aprovechar este tiempo para descansar y familiarizarse con el bebé. Las visitas son reconfortantes pero pueden llegar a agobiar, por eso pueden limitarse a los familiares más allegados mientras la madre y el bebé permanezcan en el hospital.

En estos días los profesionales del hospital controlan la evolución de la madre: la temperatura para prevenir (y en su caso tratar) algún tipo de infección, la involución del útero, las pérdidas de sangre, el estado de las mamas y de la episiotomía, etc. Este período también resulta muy útil para que la madre pueda plantear las posibles dudas que le surjan con respecto al cuidado del bebé y a la recuperación de su cuerpo. (Waece, org, 2013)

2.3.34. Duración de la estancia

Actualmente, en varios países el sistema está protocolizado, el alta a las 48 horas del parto para los partos vía vaginal y a las 96 horas tras una cesárea, siempre y cuando no se presente alguna complicación. La Educación Materna puede ser una herramienta para formar a la mujer en los cuidados puerperales, signos y síntomas de alarma en el puerperio, etc., y así poder implementar una política de alta temprana tras el parto. Además, esta alta temprana, se da por un consenso entre la madre, el médico y las parteras para los casos de partos culturalmente asistidos y cuando va acompañada de una política de visitas domiciliaria por parte de la comadronas, se ha visto que no tiene influencia sobre la prevalencia de depresiones posparto o la disminución de la tasa de lactancia materna (Zurro A., 2010)

2.3.35. Lactancia

Las glándulas mamarias se preparan para la lactancia desde la adolescencia donde se experimenta un aumento en el tamaño de las mamas, areola y pezón. Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo provocan el crecimiento mamario, un aumento de los conductos y los alvéolos, estableciendo el punto inicial y formal de la lactancia. Es el lactante el que estimula la producción y secreción de la leche. La lactancia es un período de la vida en el que la madre ofrece al recién nacido un alimento adecuado a sus necesidades, la leche materna, no sólo considerando su composición sino también en el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular y única.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos

apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

2.3.36. Protocolos de seguridad

El Ministerio de Salud ha manifestado su preocupación por la promoción de la salud integral de la mujer y de su familia antes, durante y después del proceso reproductivo.

Para mejorar la calidad de la atención que se presta a la mujer en edad reproductiva, impulsa la estrategia de la maternidad segura, que incluye dentro de sus intervenciones la planificación familiar, atención prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE). Este último permite el manejo de las complicaciones obstétricas en las unidades de salud. Los servicios COE que se brindan en las instalaciones de salud se clasifican en:

COE BÁSICO: cuando se administra antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivantes por vía parenteral, cuando se hace retiro manual de la placenta y de productos retenidos, así como el parto vaginal asistido.

COE: cuando además de las funciones mencionadas anteriormente, se administra sangre y se realiza operación cesárea.

De igual forma se está impulsando un plan de contención de la muerte materna y elevar el desempeño de personal de salud calificado. Por lo tanto la revisión de normas en el sistema de salud pretende mejorar la atención de las mujeres en general y de las embarazadas en particular, con nuevos conocimientos basados en evidencias científicas y en prácticas que han demostrado ser seguras con el propósito de ofrecer a profesionales y técnicos una guía que les permita realizar la entrega de una atención segura, de calidad y con nuevas concepciones, que reconocen a las mujeres como ciudadanas con amplios derechos, que les permitan gozar plenamente de una vida saludable, segura y libre de violencia.

Como beneficiarias del progreso social y de los esfuerzos del personal de salud por brindarles una atención humanizada y de buena calidad, las mujeres podrán vivir la experiencia de la maternidad cada vez con menos riesgos, tanto para ella como para la o el recién nacido/a.

2.3.37. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de la unidad/ servicio

Ante la frustración por el lento avance en seguridad del paciente, el Instituto Lucian Leape de la Fundación Nacional de Seguridad del Paciente, compuesto por líderes nacionales de pensamiento, se formó en 2007 como un foro de reflexión para identificar nuevos enfoques para lograr mejoras en este ámbito. Avaló cinco principios generales para transformar a los hospitales y clínicas en organizaciones de alta confiabilidad. Estos incluyen la transparencia en la divulgación de errores y problemas de calidad, la integración de la atención en todos los equipos y disciplinas, la participación de los pacientes en la seguridad, la restauración del gozo y el significado del trabajo y la reforma de la educación médica para enfocarse en la calidad y la seguridad.

La reforma de la educación médica fue el tema de la primera serie de mesas redondas de discusión del Instituto Lucian Leape para líderes en el campo. Entre las 12 recomendaciones de la monografía "Necesidades no Satisfechas: Enseñando a los Médicos a Proporcionar Atención Segura al Paciente" se encuentra el objetivo global de que las facultades de medicina y los líderes de enseñanza en los hospitales deben otorgar la más alta prioridad a la creación de culturas de aprendizaje que hagan hincapié en la seguridad del paciente, construyan el profesionalismo, mejoren la conducta de colaboración, fomenten la transparencia y valoren al alumno individual.

La conducta colaborativa es fundamental en obstetricia, donde los grupos de profesionales de la salud a menudo incluyen varios obstetras y cada vez más grupos, incluyendo parteras, enfermeras especialistas avanzadas, o ambas; además de que la

atención de las pacientes en labor y parto requiere que el obstetra trabaje estrechamente con enfermeras, así como anesthesiólogos.

El siguiente concepto transformador abordado por el Instituto Lucian Leape fue la integración de la atención, la cual mejorará la eficiencia, confiabilidad y seguridad, al evitar la duplicación y la mala comunicación. La integración de la atención implica coordinación de los procesos de diagnóstico y planes terapéuticos a través del intercambio de información en tiempo real entre todos los profesionales de la salud. Esto es especialmente relevante en obstetricia, donde múltiples proveedores de atención a la salud proporcionan cuidados a las pacientes durante su etapa prenatal.

Tercero, el gozo y el significado del trabajo deben ser restaurados para todo el personal de salud. La satisfacción de los trabajadores es fundamental, no sólo para el bienestar de los trabajadores mismos, sino que también se correlaciona directamente con la mejora en la satisfacción del paciente y los efectos en éste.

Cuarto, la transparencia es un elemento esencial en la promoción de una cultura de seguridad. Es necesaria para comprender el estado actual de la seguridad de los pacientes y también para desarrollar una cultura de aprendizaje en la cual cambie la manera de reportar los errores, ya que las personas no pueden mejorar los sistemas si no son capaces de hablar acerca de lo que están experimentando. Conjuntamente, el personal de salud tiene la obligación ética de revelar los errores médicos y pedir disculpas por el daño resultante al paciente.

Por último, la participación del paciente y la atención centrada en el paciente es fundamental para un cambio transformador que haga posible crear un sistema de salud más seguro, más efectivo y con mayor respuesta. Con demasiada frecuencia la prestación de la atención a la salud de hoy se hace para el paciente y no con el paciente. Los pacientes y sus familias deben participar en su atención clínica a través de la toma de decisiones médicas informadas y el auto-manejo, en especial en la atención obstétrica y las condiciones crónicas. (Paul, 2012)

2.3.37.1. La seguridad del paciente ante el parto culturalmente adecuado

La atención del parto culturalmente adecuado debe iniciar con un consenso con todos los participantes de área médica respecto a los aspectos que se deben tomar en cuenta en la unidad de salud, tomando en consideración las costumbres de las usuarias y las características específicas de la zona.

- Adecuación del espacio físico para la atención del parto culturalmente adecuado
- Determinación de la infraestructura y ambientación necesaria con características específicas de la zona
- Lista de insumos que debe tener la sala de parto culturalmente adecuado
- Consenso sobre la posición para la atención del parto
- Acompañamiento permanente de familiares y la partera
- Adecuar horarios para la atención y las visitas
- Normas y reglamentos sobre alimentos y bebidas que debe consumir la usuaria, antes, durante y después del parto
- Establecer la vestimenta que será usada por las usuarias en la atención del parto.
- Instructivo para la información y comunicación del personal de salud adecuado, con las usuarias y sus familiares.
- Determinación de señalización / simbología necesaria en la unidad de salud
- Listado de ritos y costumbres que se practican durante el embarazo, parto y postparto, tanto en la madre como en el recién nacido. (Ministerio de Salud Pública, 2009)

2.3.37.2. Normas y Protocolos de atención Materna

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más

pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad. Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurre en adolescentes. Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento.

La mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas o afroecuatorianos, pobres o provenientes de áreas rurales. Siete provincias y once cantones acumulan la mayor parte de los casos. El Plan Nacional de Salud, asume el compromiso de cambiar ésta situación, de mejorar la calidad y esperanza de vida de la población y de reducir la muerte materna en un 30% y la mortalidad neonatal en un 35%, en sintonía con diversos acuerdos y metas regionales de los cuales somos signatarios.

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural.

Con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se ha implementado nuevos mecanismos de asignación y gestión local de recursos financieros, así como importantes procesos de participación y veedurías ciudadanas que permiten asegurar que se tiene el conocimiento estratégico y la voluntad política para cambiar radicalmente esta inequidad e injusticia social.

Las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal incluida la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y el Manual de Estándares e Indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal, elaborados en el marco del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, son producto de un trabajo participativo intra e interinstitucional de decenas de profesionales de la salud, que han aportado con mucha sensibilidad, gran profesionalismo y profunda ética,

bajo la conducción y rectoría del MSP y del amplio consenso promovido desde el Consejo Nacional de Salud. Reconocemos que las políticas, planes, programas, normas y protocolos son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, pero no son suficientes.

Tenemos que fortalecer la vigilancia y control de su cumplimiento en las instituciones que conforman el sector salud, pero sobre todo crear el compromiso y la satisfacción en los profesionales y trabajadores de la salud para basar nuestras intervenciones en las mejores prácticas científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todas y todos. (Ministerio de Salud, 2008)

2.3.38. Trabajo en equipo

Recurso Humano Los profesionales de la salud deberán contar con capacidades y competitividades técnicas, además de reunir un conjunto de habilidades y destrezas para la atención obstétrica y neonatal. El equipo de salud estará conformado por:

- Médico General
- Obstetras
- Enfermera
- Partera o partero certificada por el MSP

2.3.39. Comunicación efectiva entre el personal

El reporte de un incidente o evento adverso que se detecta, por sí solo no mejora la calidad. Es la respuesta al reporte con el análisis respectivo y la implementación de acciones de mejora, la que lleva al cambio. Se sustenta la práctica del análisis del evento en la necesidad de saber exactamente qué pasó, para tomar los correctivos que lleven a la prevención de eventos similares en el futuro. En teoría este análisis permite

el aprendizaje organizacional, objetivo fundamental de una organización que quiere ser mejor cada día.

Una reunión de análisis no es nada diferente a hacer una auditoria donde se compara lo esperado con lo observado. En ella es importante que se discuta la atención por quienes participaron en el evento, pues solo ellos, pueden determinar a conciencia qué pasó y sus causas. En algunos casos, se hace necesario invitar a la reunión a pares médicos para que se discutan sus decisiones en un ambiente de respeto mutuo y profesionalismo.

Se debe fomentar la cultura del reporte de eventos adversos. El éxito de la cultura de reporte de eventos adversos radica en que de cada 300 incidentes, 30 se convierten en eventos adverso leve o moderado y 1 puede convertirse en un evento adverso grave. La OMS considera que en el concepto de calidad en servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redunde en un impacto final de la salud. (Ministerio de Salud, 2013)

2.3.40. Practicas basadas en la evidencia

Hoy se acepta que existen algunas prácticas reconocidas universalmente como seguras y que son producto de buenos programas institucionales de seguridad implementados en los últimos años. Entre ellas podemos mencionar el uso de listas de chequeo pre-operatorias y pre-anestésicas para prevenir eventos operatorios y post operatorios, el uso de bundles (combos) que incluyen listas de chequeo para prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales, el uso de intervenciones para reducir el uso de sondas urinarias, el uso de bundles que incluyen la elevación de la cabecera de la cama, el cede intermitente de la sedación, el enjuague oral del paciente con clorexhidina y la aspiración continua subglótica del tubo oro traqueal para prevenir la neumonía asociada a ventilador, la higiene de

manos, el no usar siglas peligrosas en la historia clínica, las intervenciones multi-componentes para reducir las úlceras por presión, el uso de precauciones de barreras para prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, el uso de ultrasonido en tiempo real para colocar líneas centrales y las intervenciones para mejorar la profilaxis contra el trombo-embolismo venoso. Sin embargo, la evidencia clínica reciente que indica que aún el daño prevenible que ocurre en los hospitales es alto, a pesar de todos los esfuerzos realizados, justifica la presente actualización.

2.3.41. Cultura de reporte de eventos adversos

En la realidad de los servicios asistenciales, los incidentes son aproximadamente 300 veces más frecuentes que los eventos adversos y por lo tanto, saber qué pasó en su ocurrencia, ofrece en teoría una mejor oportunidad de conocer los errores que están sucediendo en los puestos de trabajo. Sin embargo, frecuentemente cuando ocurre un incidente, como no pasó nada, (no se le causó daño al paciente) las personas no ven la utilidad de reportarlo y no lo hacen, con lo cual la oportunidad de aprender y mejorar se pierde.

La obligatoriedad para reportar incidentes puede llevar erróneamente a hacer reportes mundanos de fallas, incluso administrativas, con lo cual se corre el riesgo de que las personas dediquen un tiempo valioso a analizar y a discutir situaciones que no lo requieren, cuando podrían destinarlo a ocuparse de los pacientes. Se debe tener en cuenta además que sí es grande el volumen de reporte de incidentes, los líderes pueden entrar en una situación de incapacidad y frustración, al no tener cómo ocuparse del análisis de tal volumen. El resultado final es que pierden el estímulo, por lo cual, definir qué es lo que se va a reportar, o dicho de otra manera, cuáles son los incidentes que son susceptibles de ser reportados es de vital importancia. La recomendación es que se reporten aquellos en los cuales se identifique que hubiera sido probable que ocurriera un evento adverso grave.

2.3.42. Gestión en seguridad del paciente

La atención hospitalaria al parto se articula alrededor de la maternidad hospitalaria que se define, desde el punto de vista estructural y organizativo, como el espacio en el que se ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento, con locales, instalaciones y equipamiento necesario para la actividad estimada, por parte del equipo multi profesional, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad. (Ministerio de Salud, 21012)

El estudio se respalda en la teoría científica, relacionada a los contenidos de factores de riesgo y protectores de la seguridad del paciente en el parto culturalmente adecuado, que se encuentra fundamentalmente desarrollado en la siguiente temática documental.

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución define preceptos que conectan el derecho fundamental a la salud de todas y todos los ecuatorianos con el Buen Vivir, los derechos colectivos y el principio de interculturalidad.

El art. 32 de la Constitución, por ejemplo, garantiza de forma integral el derecho a la salud, mediante políticas económicas, sociales culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Y añade que la protección de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad,

solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008)

En la parte relativa al Plan Nacional del Buen Vivir, se define que los sistemas tradicionales de salud y sus agentes forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS). El art. 362 prescribe:

La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias. Además señala que el SNS reconocerá la diversidad social y cultural y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Por su parte el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, en el objetivo 3 establece: “Mejorar la calidad de vida de la población, es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.” (SENPLADES, 2013).

Para el logro del objetivo 3, se definen políticas y lineamientos estratégicos entre los que se señala:

3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud

3.4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud

3.5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas. (SENPLADES, 2013, págs. 144-146)

Las Políticas 4 y 5 con las que la investigación se vincula estrechamente, establecen estrategias de acción para su cumplimiento:

Política 4: Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.

- a. Propiciar las condiciones necesarias para la inclusión y adaptación progresiva de las cosmovisiones, los conocimientos y los sabores ancestrales de las diversas culturas en la provisión de servicios primarios de salud, con enfoque preventivo y curativo y con énfasis en servicios materno-infantiles.*
- b. Generar o implementar programas de sensibilización sobre interculturalidad y salud, dirigidos sobre todo a los profesionales del ramo.*
- c. Promover la incorporación del enfoque de interculturalidad en la formación y capacitación del talento humano de salud, promoviendo el conocimiento, la valoración y el respeto de los saberes.*
- d. Incentivar la investigación y generar normativa para la protección e incorporación del conocimiento y los sabores ancestrales, comunitarios y populares al sistema de salud pública.*
- e. Diseñar y aplicar protocolos que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada.*
- f. Generar mecanismos para la incorporación progresiva de los agentes tradicionales y ancestrales en el sistema integrado de salud pública.*
- g. Propiciar espacios participativos, incluyentes y paritarios de las comunidades, los pueblos y las nacionalidades en la construcción, la*

ejecución, el control y la evaluación de los servicios de salud con pertinencia territorial. (SENPLADES, 2013, pág. 146)

Política 5: Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas

- a. Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.*
- b. Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género de las personas y crear mecanismos de vigilancia y control del ejercicio pleno del derecho de las personas a la libertad sexual.*
- c. Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar que permitan la toma de decisiones informadas y que garanticen la provisión de servicios de salud reproductiva.*
- d. Ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud e insumos médicos que garanticen una sexualidad segura y sin riesgo, con pertinencia cultural y social.*
- e. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias.*
- f. Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente.*
- g. Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.*
- h. Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la*

planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.

- i.** *Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar. (SENPLADES, 2013, pág. 147)*

Según el “Manual Técnico Operativo Administrativo y Financiero” de la LMGYAI elaborado en el 2002, el monto para el pago a las parteras por las siguientes prestaciones, era:

- Captación y referencia temprana del embarazo
- Referencia temprana de complicaciones obstétricas (embarazos de riesgo)
- Referencia para el parto institucional
- Referencia del postparto y recién nacido (7 días)
- Captación y referencia de mujeres con hemorragias y complicaciones postparto. (Ministerio de Salud, 2008, pág. 32)

En la misma línea de mejorar la calidad en la atención del parto institucionalizado y aumentar la cobertura de los servicios de salud públicos estatales, pero bajo un enfoque más amplio, se incorporan en la “Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” otras nociones como la humanización y la pertinencia cultural en la atención médica.

La Política propone:

Sensibilizar al personal de salud sobre los derechos de las personas para lograr una humanización de los servicios, entendida como poner en práctica la cultura por el respeto a los derechos y que contempla las adaptaciones culturales, técnicas, de procedimientos, la transparencia, la participación en la toma de decisiones, la veeduría social, el mejoramiento de la calidad y calidez, el reconocimiento de los

saberes y prácticas de las nacionalidades y pueblos que cohabitan en el país. (Ministerio de Salud, 2008, pág. 41)

En este documento se habla por primera vez de forma oficial sobre la necesidad de integrar a la red de servicios a la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades en las instituciones públicas y potenciando la práctica de las parteras dentro de la LMGYA. (Ministerio de Salud, 2008).

2.4.2. Ley Orgánica de Salud

En el marco de la implementación del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE), la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, con apoyo técnico y financiero del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) y Family Care International (FCI), elaboró e implementó en el 2005 una propuesta piloto de humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) en los servicios de salud. Bajo el enfoque de las barreras que impiden el acceso de las mujeres embarazadas a la atención del parto “calificado” en la red de servicios públicos estatales, se desarrolla este componente para “modificar la práctica obstétrica” en los COE básicos y completos, “de modo que respondan culturalmente a las necesidades de las usuarias” (Ministerio de Salud, 2013, pág. 39).

2.4.3. Lineamientos metodológicos, para la atención del embarazo, parto y postparto con enfoque intercultural, en las unidades de salud del MSP, para mejorar la disponibilidad, acceso, uso y calidad de la atención materna.

En el estudio sobre la adecuación cultural de la atención del parto se plantea que: “En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la

vida social y reproductiva de las mujeres. Por ésta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para éste acontecimiento” (González Guzmán, 2010, pág. 23).

ASPECTO CULTURAL

Según la antropóloga Margaret Clark, en estos contextos multiculturales un factor decisivo es la falta de reconocimiento hacia las creencias sobre las causas y curaciones de algunas enfermedades por parte de los médicos del sistema de salud occidental. Así por ejemplo, un médico que rechace la creencia del “mal de ojo” por considerarla irrelevante no tiene posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello. Y es que a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los saberes médicos ancestrales generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra cuerpo, alma y espíritu.

Entre otros resultados, el desarrollo efectivo de éste componente aporta elementos para:

- *Identificar las características culturales locales que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones de todas las mujeres y satisfacer sus necesidades y requerimientos;*
- *Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales;*

- *Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas, tales como:*
- *Eliminar la práctica rutinaria de: episiotomía, rasura del vello púbico y aplicación de enema.*
- *Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.*
- *Permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto.*
- *Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto.*
- *Garantizar el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre-hijo/a así como la lactancia precoz exclusiva salvo el caso de screening VIH positivo.*
- *Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP.*
- *Promover la conformación de comités de usuarias/os que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen las acciones de mejoramiento de la misma.*
- *Promover la participación activa de comités de usuarias/os, gobiernos comunitarios de salud (parteras y promotores), proveedores de los servicios de salud y gobiernos locales, en espacios de trabajo como los Consejos de Salud en donde hayan, y en donde no hayan motivar su conformación, que permitan examinar las actuales prácticas obstétricas y detectar las brechas culturales para introducir modificaciones consensuadas y progresivas para la humanización y adecuación cultural a los procesos de atención.*
- *Diseñar estrategias de sensibilización para el manejo adecuado de la resistencia al cambio.*
- *En este sentido, la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico. (Ministerio de Salud, 2008, pág. 53)*

2.5.Marco Ético

El Código de Ética Médica del Ecuador (1992) dice:

Art. 15.- El Médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si éste no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que esté de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos la autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones.

Art. 16.- Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente.
(González Guzmán, Manual para la humanización, 2010)

RELACIÓN ÉTICA ENFERMERA PACIENTE

La pérdida de valores en la sociedad actual y las prácticas de atención a usuarios y pacientes indiferente y deshumanizado fue un fenómeno recurrente en todos los ámbitos de la actuación humana; y, es evidente que desde las esferas gubernamentales se hacen esfuerzos por tratar de cambiar estas realidades que forman parte de los usos y costumbres que se mantenían en el tiempo como formas de actuación comúnmente aceptables en la prestación de servicios públicos.

En el ámbito de los servicios de salud, y con respecto al personal de enfermería, su desempeño debe guiarse por una serie de normas, cuyos principios estén basados en

la ética y moral para satisfacer las demandas de las usuarias y usuarios de los servicios de salud y en general de la sociedad. (Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os, 2006).

La Ley del ejercicio profesional de las/los enfermeras/os (2011) en el Art. 13 define las obligaciones de estos profesionales y señala:

Art. 13.- Son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente Ley, las siguientes:

- *Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente.*
- *Brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada y de calidad.*
- *Cumplir puntualmente las jornadas de trabajo establecidas de la siguiente manera: Seis horas de trabajo diurno, doce horas de trabajo nocturno cada dos noches y dos días de descanso semanal.*
- *Dar estricto cumplimiento a las prescripciones y tratamientos indicados por el médico. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2011)*

Las enfermeras y enfermeros están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencias, guerras y otras situaciones de gravedad que afecten al país. (Pedro-Gómez, y otros, 2011)

Con relación a la participación del personal de enfermería en las instituciones de servicios de salud como el Hospital San Luis de Otavalo, que ofrece la alternativa del parto culturalmente adecuado a las pacientes embarazadas para alumbrar a su hijo/a, el rol que asume el personal de enfermería es trascendental, puesto que para formar parte del equipo de atención, debe involucrarse apropiadamente para aplicar el protocolo y ofrecer los servicios que en el ámbito de su competencia correspondan, de la forma más eficiente y cálida posible, a fin de proporcionar a la paciente y a su

familia el ambiente más acogedor posible, respetando su cultura, valores y costumbres ancestrales pero al mismo tiempo, asegurando un procedimiento y un resultado que garantice la salud y el bienestar de la madre y el niño o niña.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

El diseño de la presente investigación es cualitativo y no experimental; con enfoque cualitativo porque se estudian las características particulares de un fenómeno social como un comportamiento humano determinado por las circunstancias que se establecen en las variables de la investigación, no se manipulan cifras para el análisis de los resultados.

3.2. Tipo de la Investigación

Tipo de estudio es primordialmente observacional, descriptivo, documental y transversal.

Observacional: Porque analiza la frecuencia y distribución de los eventos y conductas percibidas por el personal de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo, a través de criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura del fenómeno de estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes.

Descriptivo: Es decir, se dirige primordialmente a la observación, descripción y documentación del estudio de la frecuencia y distribución de los eventos y conductas percibidas por el personal de enfermería del Hospital San Luis De Otavalo, a través de criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura del

fenómeno de estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes.

Documental: Porque para su elaboración se remite a fuentes documentales y bibliográficas, digitales y de internet, necesarias para la estructuración del marco teórico en todas sus fases, seleccionando autores cuyas opiniones y criterios son reconocidos en el contexto de los servicios de salud, como fuentes válidas para enriquecer el tema de investigación.

Transversal, porque permite evaluar la relación existente entre los factores de riesgo y protectores de la seguridad del paciente del parto culturalmente adecuado, en un periodo determinado.

3.3.Localización y Ubicación del área de estudio.

El presente estudio fue realizado en el Hospital San Luis de Otavalo, que está ubicado en la Calle Sucre y Estados Unidos, de la Parroquia Urbana del Jordán, de la Ciudad de Otavalo, en la Provincia de Imbabura. El Cantón, cuenta con una población de 104.000 habitantes de los cuales el 50% corresponde a mestizos y el 50 % a pueblos indígenas.

El Hospital “San Luis” de Otavalo, es una unidad de Referencia de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública; las áreas de salud N° 2 (Antonio Ante) y N°4 (Otavalo), se unieron para formar el distrito de Salud 10D02 que fue creado, mediante decreto, a mediados del año pasado.

3.3.1. Población

La muestra, estuvo conformada por 127 pacientes que escogieron por su propia decisión ser atendidos por parto vertical, durante los meses de julio a diciembre del

año 2015. Además los 4 profesionales de que laboran en el mismo servicio de la casa de salud antes mencionada

3.3.2. Muestra

La muestra, estuvo conformada por el mismo universo antes descrito.

3.4. Técnicas

Encuesta: Es una técnica que consiste en el diseño de un cuestionario con escala Likert con preguntas formuladas en base a ítems utilizando la escala Estandarizada de Comforts; las preguntas son cerradas, politómicas o categorizadas que presentan como respuesta una serie de alternativas entre las que el encuestado debe elegir una alternativa. Se incluye un test al personal de salud que atiende en la sala de labor de parto con las características anteriores.

Un listado de chequeo a la sala de partos para determinar si cuentan o no con el mobiliario, equipos, medicamentos y materiales culturalmente adecuados para la atención del parto.

Validación del Cuestionario: Para verificar la calidad del instrumento y mejorarlo se utilizó la validación de expertos y aplicación de prueba piloto, Centro de atención Jambi Huasi y Hospital Asdrúbal de la Torre - Ciudad de Cotacachi.

Posteriormente de acuerdo a las recomendaciones de aplicación de la prueba piloto se procede a la recolección de la información definitiva en el Hospital San Luis de Otavalo.

Observación Directa: Tal vez sea la técnica que más uso haga, ya que el permanente contacto con los hechos y acontecimientos permite captar información muy valiosa, no solo para la ejecución del proyecto sino también para el informe final.

Recolección de información bibliográfica científica: Se utilizan repositorios de la biblioteca virtual UTN: Scopus, Lilacs, Ebsco, Scielo, y otros. Revistas Científicas, Documentación Bibliográfica primaria, secundaria y terciaria.

3.5.Operacionalización de las variables.

Objetivo: Identificar el contexto socio demográfico				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Contexto socio demográfico	Características particulares de un entorno geográfico con relación a la población que lo habita.	Población	Geográfica	Rural Urbana
		Instrucción	Nivel de Educación	Primaria Secundaria Universitaria Ninguna
		Edad	Rangos de edad.	Menores de 15 15 a 19 20 a 35 36 a 49
		Etnia	Auto identificación	Indígena Mestiza Afro ecuatoriano

Objetivo: Determinar los factores de riesgo que inciden en la seguridad de la paciente atendida en el parto culturalmente adecuado				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Factores de riesgo	El riesgo es la probabilidad de que se produzcan víctimas mortales, heridos o daños a la salud o a bienes como consecuencias de un peligro.	Beneficios de dar a luz en la Casa	Referido por la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad y confianza • Calor abrigo • Limpieza • Acompañamiento • Vestimenta
		Razones por las cuales no acude a una unidad de salud	Referido por la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza • No tiene dinero • Incomodidad • Abandono • Mala experiencia en hospital • Episiotomía • Tacto • Rasura
		Controles prenatales	Número de controles prenatales realizados	<ul style="list-style-type: none"> • 1 control • 3 controles • 5 controles • Más de 5 controles
		Conocimientos sobre signos de peligro	Signos de peligro	<ul style="list-style-type: none"> • Salida de agua de Fuente • Salida de sangre • Mala posición del bebe

--	--	--	--	--

Objetivo: • Identificar los factores protectores en la seguridad de la paciente atendida en el parto culturalmente adecuado.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Factores protectores	Conjunto de elementos físicos, tecnológicos, científicos, interculturales y de apoyo que conjugan para garantizar la calidad en la prestación de servicios médicos en el proceso del parto culturalmente adecuado.	Lugar de atención de partos anteriores	Referido por la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital • Casa • Casa de la partera
		Lugar seguro para dar a luz	Referido por la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital • Casa • Casa de la partera
		Posición del parto	Distintas opciones de parto tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Acostada • Sentada • Parada • Arrodillada
		Posición de comodidad	Distintas opciones de parto tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Acostada • Sentada • Parada • Arrodillada
		Acompañamiento	Presencia de un familiar durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Esposo • Familiares • Partera • Ninguno
		Ambiente de la sala de atención del parto	Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Piso resbaloso • Cuarto frío • Luz fuerte • Cuarto pequeño • Incomodo
		Bata de Hospital	Vestimenta	<ul style="list-style-type: none"> • Bata Cerrada • Bata Abierta • Ropa que vaya puesta

		Trabajo de parto	Acompañamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Médico – enfermera – obstetra • Partera y familiar • Ninguna
		Colocación del Rn a la madre	Apego Precoz	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO

Objetivo: Verificar el manejo de los protocolos e indicadores de gestión de riesgo y protectores en la seguridad de la paciente, en el desempeño del personal de enfermería.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Protocolo de atención	Guía práctica que establece la secuencia lógica de procedimientos de atención y elementos que deben tomarse en cuenta en cada uno de ellos en las actividades que cumple cada especialista en su rol natural durante el procedimiento del parto culturalmente adecuado a fin de garantizar el resultado.	Apoyo físico, emocional y psicológico	Durante el proceso del parto.	Esposo Familiar Otro
		Atención a condiciones de vulnerabilidad	Acciones afirmativas para madres en condición de vulnerabilidad	Vestuario Alimentación Ambiente
		Incorporación de elementos interculturales	Seguimiento de la evolución del proceso del parto.	Alimentación Cuidado pos natal Recuperación de la madre

3.6. Análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó mediante técnicas estadísticas de análisis de variables contenidas en el cuestionario, datos que se procesaron en gráficos y relaciones porcentuales en el sistema STARGRAPHICS XV.II. El procesamiento de la información se realizó utilizando un análisis ANOVA para correlacionar medias y de esa forma diagnosticar las relaciones entre las distintas variables, dentro de éstas, se incluyeron: la edad, etnia, tipo de parto, entre otras. La idea fue verificar si existen relaciones entre el tipo de parto y las demás variables para establecer el nivel de riesgo y los protectores de la seguridad de las pacientes, en el parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo.

3.7. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.7.1. Criterios de Inclusión

- Madres comprendidas entre menores de 15 hasta 49 años de edad que pertenecen a la etnia otavaleña.
- Parteras que al momento del estudio tuvieran bajo a su cuidado a embarazadas dentro de la comunidad y que colaboren con el puesto de salud constantemente.
- Médicos que asisten al parto culturalmente adecuado en la unidad de sala de labor.
- Personal de enfermería que asiste al médico en el momento del parto.

3.7.2 Criterios de Exclusión

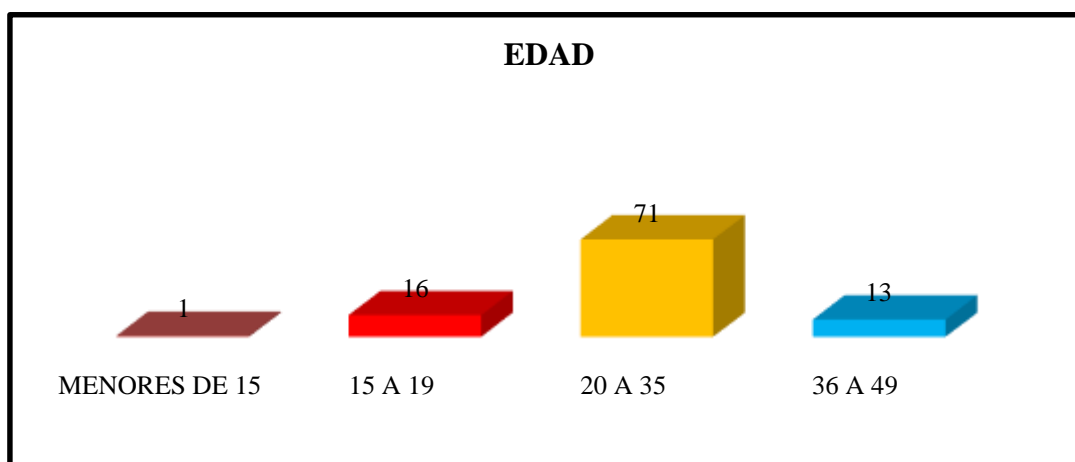
- Mujeres que cursen el noveno mes de embarazo
- Primigestas con programación de parto por cesárea
- Médicos que únicamente atiendan la consulta externa

CAPÍTULO IV

4. Análisis y discusión de resultados

4.1. Caracterización socio-demográfica del grupo en estudio

Gráfico 1. Edad

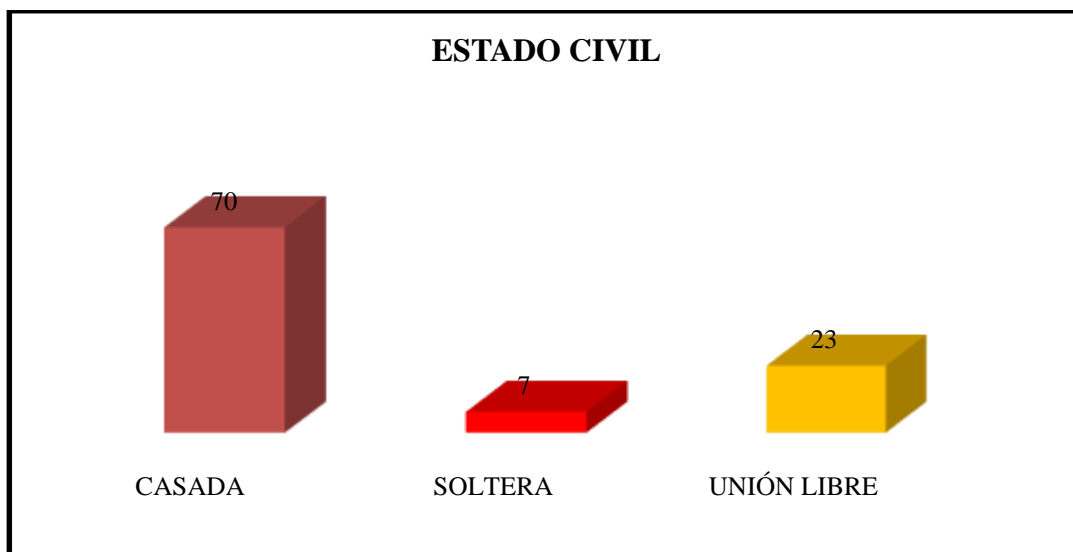


Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: La edad predominante de mujeres embarazadas que acudieron al Hospital San Luis de Otavalo para recibir atención de parto corresponde al rango de 20 a 35 años con un 71% de frecuencia, situación que es coincidente con los parámetros establecidos por el INEC, con relación a la mujer sexualmente activa y reproductiva. La curva de fecundidad muestra una tendencia sostenida y elevada en mujeres entre 20 y 40 años (INEC, 2012, pág. 12). El porcentaje de mujeres embarazadas ubicadas en el rango de 20 a 40 años corresponde también al mayor porcentaje alcanzado en esta investigación, mujeres sexualmente maduras, en edad reproductiva.

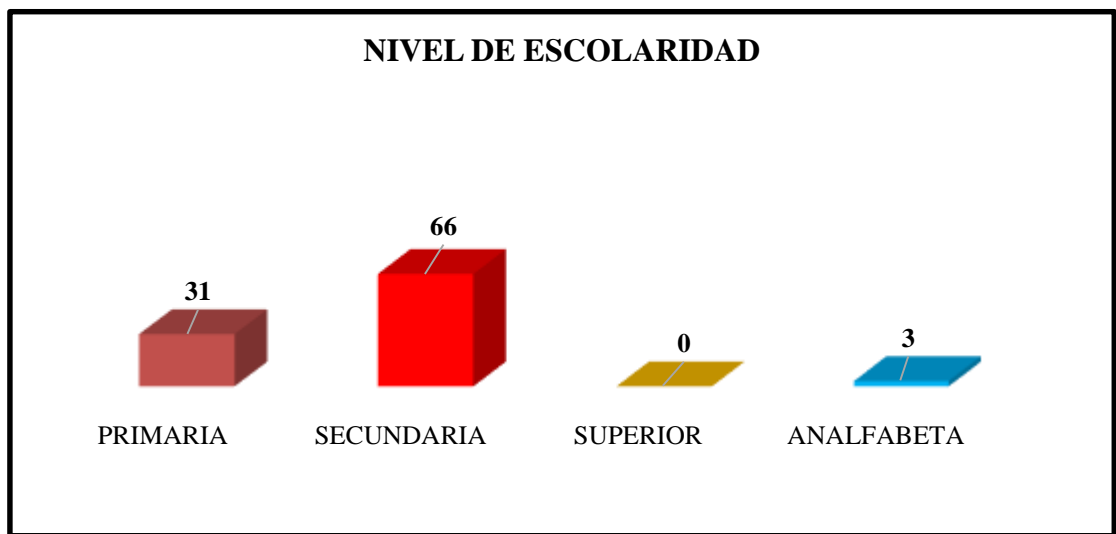
Gráfico 2. Estado civil



Fuente: Encuesta pacientes
 Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: La elevada tendencia de mujeres embarazadas de estado civil casada, marca la pauta de las características sociológicas y culturales de la población de estudio. El 70% de las mujeres que acudieron al Hospital San Luis de Otavalo para recibir atención por parto, refleja una realidad que evidencia una estructura familiar organizada, versus la condición de unión libre y soltera que en su orden ocupan el segundo y tercer lugar de los resultados obtenidos en esta pregunta. “Aunque el matrimonio no garantiza que la unión será permanente, es un elemento de respeto y consideración, valorado en la sociedad” (Cabanilla, J., 2011) Las familias indígenas y campesinas son porcentualmente más organizadas, esta realidad refleja no solamente la investigación sino además el un hecho socialmente aceptado de que un mayor porcentaje de familias estructuradas y unidas con vínculo matrimonial residen en el campo.

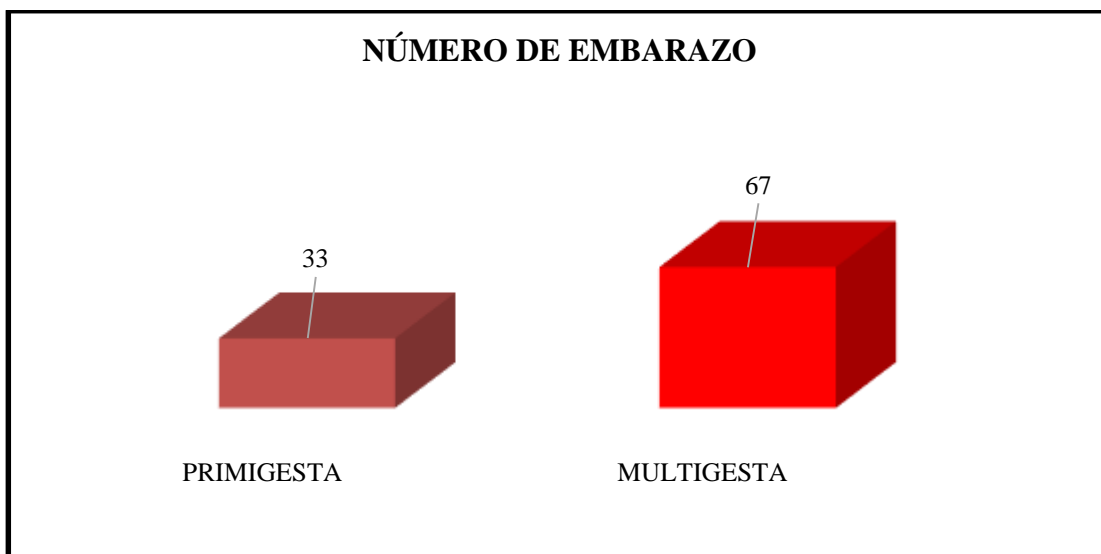
Gráfico 3 Nivel de escolaridad



Fuente: Encuesta pacientes
 Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El nivel de escolaridad es un factor no determinante para el estudio de la investigación pero sí para el análisis del tema desde un enfoque socio cultural de la población de estudio. El embarazo y el parto, en mujeres que únicamente tienen estudios secundarios, seguido por la frecuencia de estudios primarios, refleja una necesidad de intervenir en procesos de “educación y formación para el ejercicio de una sexualidad responsable que conduzca a la maternidad en condiciones seguras y sin riesgo para la vida de la madre y el niño, un control adecuado y la adopción de medidas preventivas que aseguren las condiciones óptimas de la madre y el niño” (Pérez, 2011). El nivel de formación tiene incidencia directa en generar consciencia para cuidar la salud y recibir atención médica especializada en el procedimiento del parto. Mientras mayor es el nivel cultural de la persona, mayores serán las posibilidades de que concurra a recibir asistencia adecuada durante el parto.

Gráfico 4 Número de embarazo



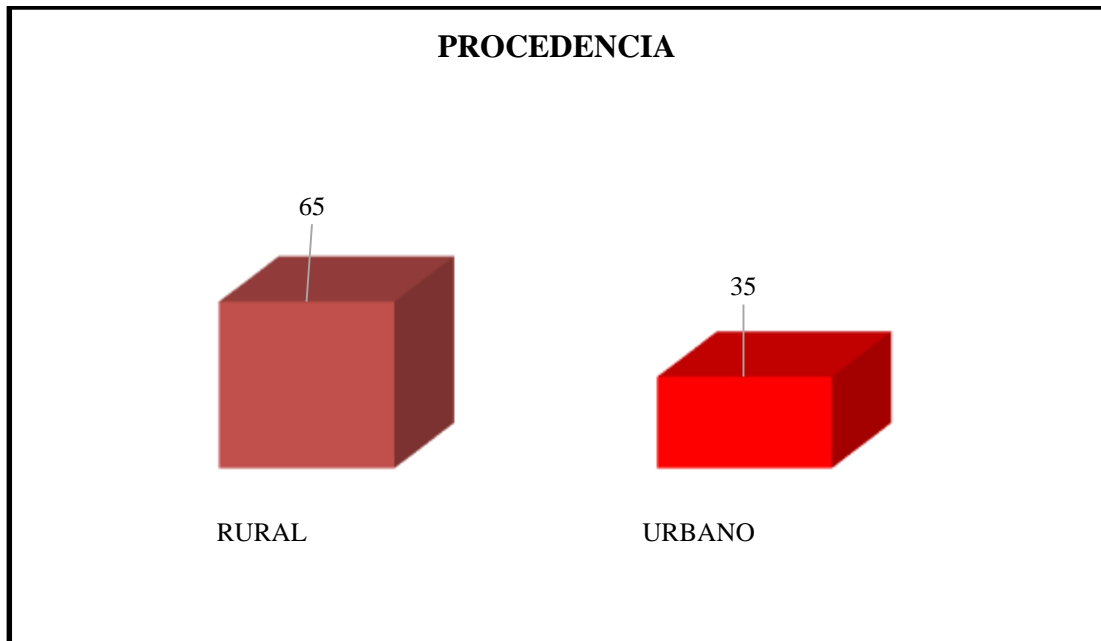
Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: La mayoría de las mujeres que recibieron atención de parto en el Hospital San Luis de Otavalo son multigestas, lo que en otras palabras significa que la población de estudio está constituida por familias con más de un hijo. Si se toman como referente, los estudios realizados por el INEC (2012) que proyectan una población del Ecuador para los próximos 40 años, estableciendo un promedio de 5 miembros por familia, se evidencia que los hogares ecuatorianos y entre ellos, los de la ciudad de Otavalo mantienen un índice reproductivo de tres hijos en cada hogar. (INEC, 2012, pág. 15) Sin embargo, las familias indígenas y campesinas en el Ecuador, generalmente tienen mayor número de hijos que las familias mestizas o que residen en la ciudad.

Lugar de Procedencia

Gráfico 5 Procedencia



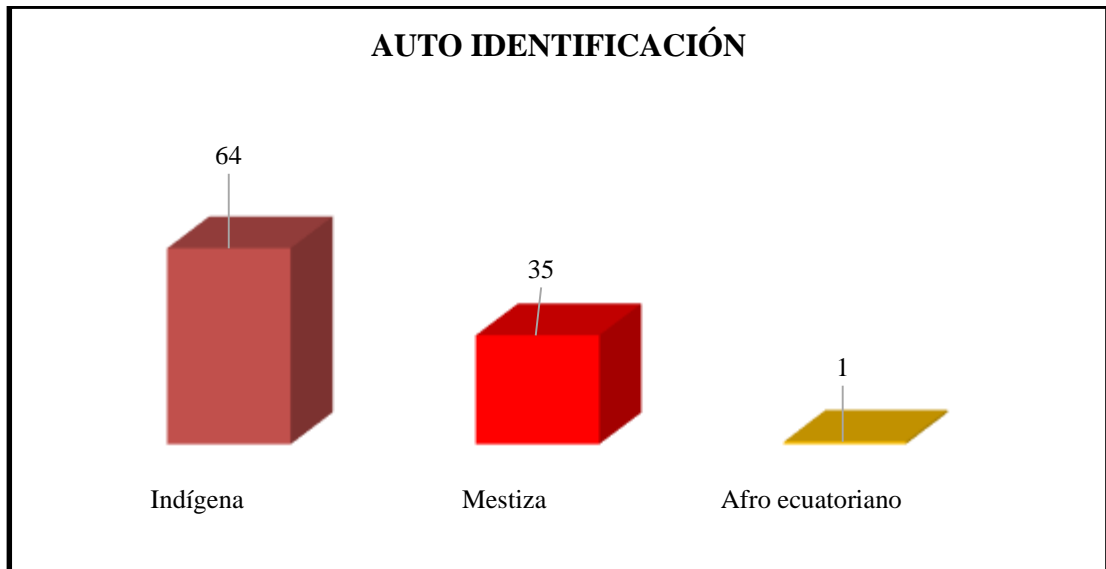
Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El porcentaje de mujeres embarazadas que concurren al Hospital San Luis de Otavalo, para recibir atención de parto, refleja una realidad de la población femenina que recibe atención médica en esta casa de salud. El 65% de la población de estudio reside en el sector rural de la ciudad de Otavalo. El porcentaje de madres multíparas de la zona urbana de la ciudad de Otavalo, tiene la opción y las posibilidades de acudir a instituciones de salud particular para recibir atención médica especializada durante el parto. Por otra parte, de acuerdo con el INEC (2012), las mujeres de las zonas rurales porcentualmente tienen mayor número de hijos durante su vida sexualmente productiva. (INEC, 2012) Esta es una realidad muy común en los Hospitales públicos. La residencia en el sector rural tiene una estrecha relación con situaciones de carácter económico, social y cultural.

Auto identificación

Gráfico 6 Auto identificación



Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

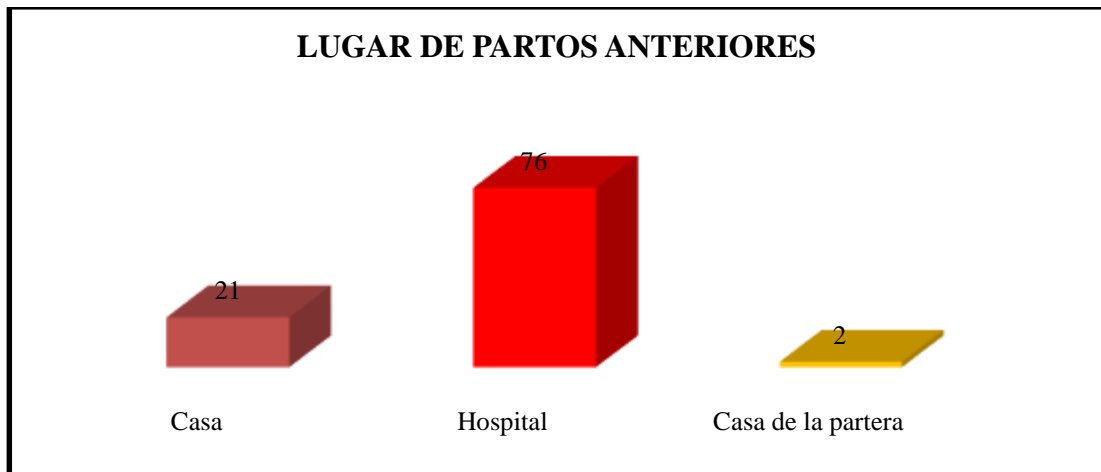
Análisis: El 64% de las mujeres multíparas que recibieron atención de parto en el Hospital San Luis de Otavalo, se auto identifican como indígena, mientras que un porcentaje menos representativo se considera mestizo y un insignificante porcentaje se identifica como afro ecuatoriano. La composición étnica de la población de Otavalo, según el Gobierno Autónomo Municipal de Otavalo es mayoritariamente indígena, en menor proporción mestiza y una mínima representación de afro ecuatorianos. (GAD Otavalo, 2015)

Otavalo es, evidentemente uno de los cantones con mayor densidad poblacional indígena no solamente en el área rural sino en la ciudad. Es conocida en el mundo entero por su composición étnica. Los resultados de la investigación confirman que la población de mujeres embarazadas que se atendieron para el parto, son indígenas.

4.1.1 Factores de Riesgo

¿Sus anteriores partos donde fueron?

Gráfico 7 Lugar de partos anteriores



Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: La sociedad otavaleña va adquiriendo consciencia de la importancia de recurrir a las instituciones públicas que prestan servicios de salud y particularmente en este caso, el 76% de las mujeres multíparas acudieron al Hospital San Luis de Otavalo, para hacer valer su derecho de recibir servicios de salud integral y adecuada, en este caso para la atención del parto. Es importante comprobar que el 65% de mujeres que se identifican como indígenas y que residen en áreas rurales de Otavalo, manifiestan haber tenido partos domiciliarios, según el diagnóstico elaborado por el Ministerio de Salud, reflejan un significativo descenso debido al nuevo modelo de salud con enfoque intercultural. (Ministerio de Salud, 2008, pág. 11) Lograr que las mujeres indígenas y campesinas escojan la atención de parto culturalmente adecuado y concurran a recibir atención en los hospitales es cuestión de tiempo, constancia y sobre todo legitimidad en base a la eficiencia y los resultados.

¿Dónde cree usted que es un lugar seguro para dar a luz?

Gráfico 8 Lugar seguro para dar a luz



Fuente: Encuesta pacientes

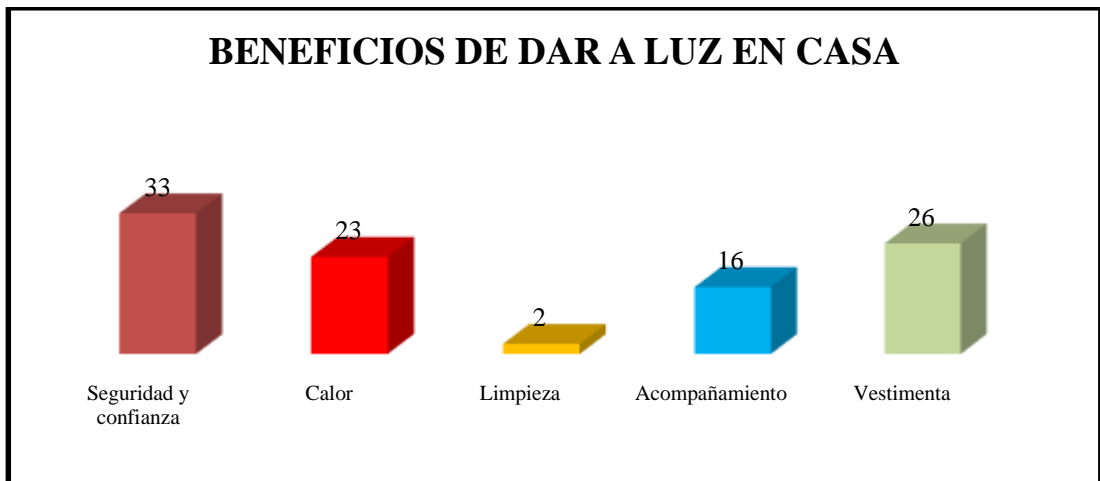
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El 92% de las mujeres encuestadas opinan que es más seguro tener a su hijo o hija en la casa, en contraste, un mínimo porcentaje escoge el Hospital y la casa de la partera. El Ministerio de Salud, en el diagnóstico realizado como instrumento para implementar el Programa “Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural, señala que en el Ecuador, solo el 30.1% de partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud; y, el 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios. (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 4)

Es evidente que las costumbres ancestrales y las prácticas medicinales tradicionales se mantienen en el tiempo. Es posible comprobar que la población indígena prefiere mantener sus costumbres a pesar de los riesgos que implican no recibir atención médica especializada en el proceso del parto.

¿Qué beneficios se tiene dando a luz en la casa?

Gráfico 9 Beneficios de dar a luz en casa



Fuente: Encuesta pacientes

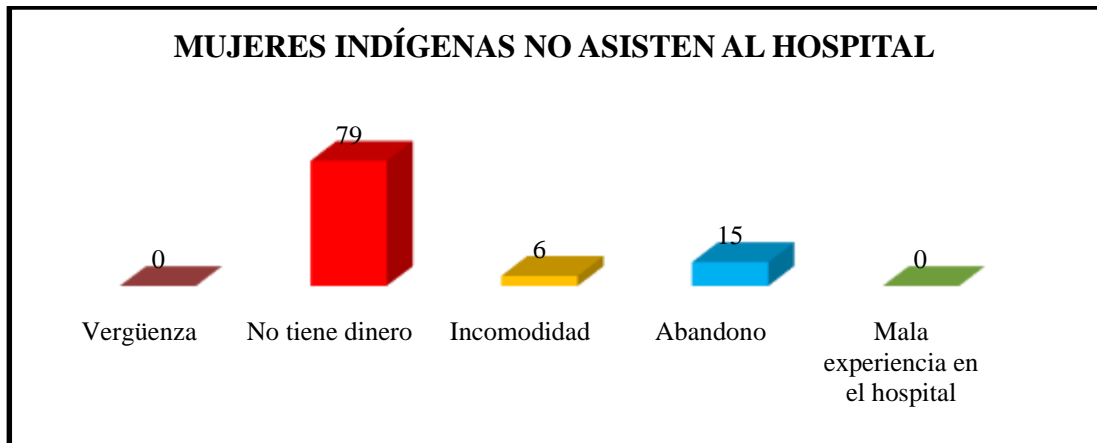
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: En las respuestas proporcionadas en esta pregunta, se evidencian los componentes valorativos que motivan a las mujeres indígenas a preferir el parto domiciliario por sobre la atención médica integral en el Hospital San Luis de Otavalo. Factores como seguridad y confianza, vestimenta, calor y acompañamiento, son determinantes en la decisión de la madre indígena. Como señala el Ministerio de Salud, las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo e indican en el uso o no de los servicios de salud, hacen que la sociedad indígena prefiera el parto en el domicilio. (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 9)

Las familias y en especial las mujeres indígenas y campesinas se sienten seguras en sus hogares porque además poseen valores que las hacen tímidas, introvertidas y pudorosas.

¿Por qué cree usted, que las mujeres indígenas no asisten regularmente a dar a luz en el hospital?

Gráfico 10 Mujeres indígenas no asisten a dar a luz en el hospital



Fuente: Encuesta pacientes

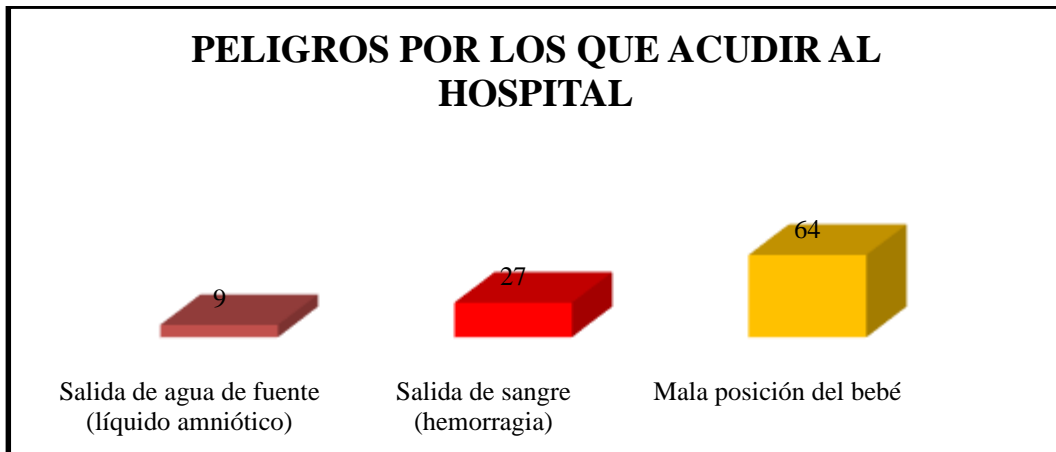
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: La condición económica de las familias otavaleñas, opina que el factor económico es determinante para no acudir al Hospital San Luis de Otavalo, para recibir atención médica de control, antes, durante y después del parto. Considerando que el Ministerio de Salud, hace efectiva la gratuidad de los servicios de salud en sus instituciones públicas y muy especialmente la atención de mujeres embarazadas como sector vulnerable de la población, es claro que en el factor económico se debe considerar que la movilización, alimentación y medicamentos tienen gran incidencia en la economía familiar, por lo que la mujer indígena y campesina limita sus visitas y controles así como la concurrencia para la atención del parto. (Asociación El Parto es Nuestro, 2012)

La situación económica de las familias indígenas y campesinas es determinante. Vivir la pobreza y las necesidades que afrontan las familias para quienes los gastos de transporte, de alimentación, medicinas que no siempre están disponibles, son difíciles de asumir, por lo que prefieren no acudir al hospital para el control de su embarazo y el parto.

¿Conoce algún signo de peligro para acudir inmediatamente al hospital?

Gráfico 11 Peligro por los que acudir al hospital



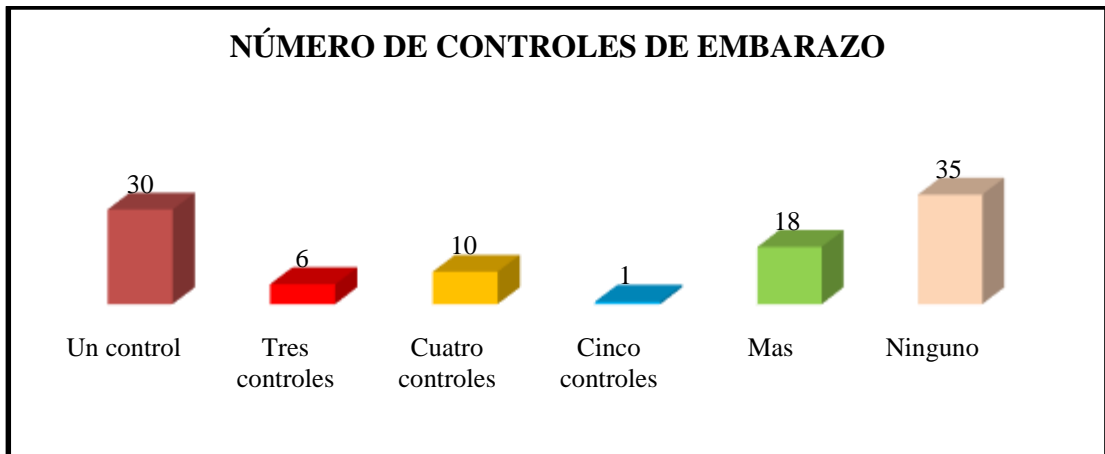
Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: Mala posición del bebé en el momento del nacimiento es la opción que el 64% de las mujeres embarazadas que fueron encuestadas, identifican como principal factor de riesgo para el momento del parto. Según (UNICEF, 2006) Es importante la evaluación diagnóstica de la presentación fetal que le permita al profesional especialista deducir la parte fetal (cefálica o pélvica) que está en contacto con la pelvis, capaz de desencadenar el trabajo de parto, así como detectar presentaciones fetales anómalas, presentación pélvica, situación transversal en fechas cercanas al parto. (pág. 20) Considerando que esta población es mayoritariamente indígena y campesina, que reside en el sector rural y quienes por lo general utilizan los servicios de comadronas locales, están más familiarizadas con el tema de la mala posición del bebé en el momento en el que se produce el parto y lo identifican como factor de riesgo.

¿Cuántos controles se realiza durante el embarazo?

Gráfico 12 Número de controles de embarazo



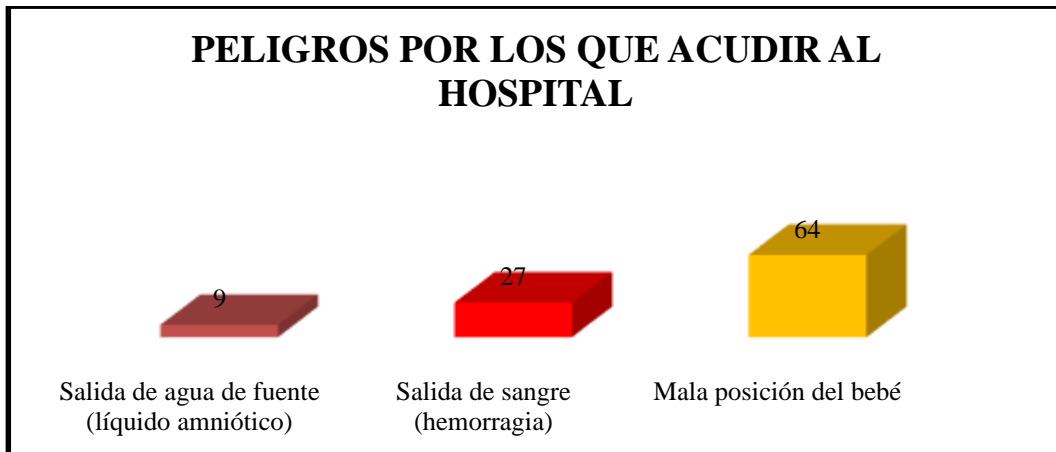
Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: Ningún control y un control, son las opciones que la mayoría de las mujeres embarazadas que fueron encuestadas, escogen como opción de respuesta en esta pregunta. Se evidencia que las mujeres embarazadas que acudieron al Hospital San Luis de Otavalo, para recibir atención durante el parto, tienen coherencia en sus respuestas y que tanto el factor económico como la convicción de sus costumbres ancestrales tienen mucho peso en la decisión de acudir o no a los controles que forman parte de los servicios integrales de salud reproductiva de las instituciones del Ministerio de Salud. El involucramiento de la futura madre en el plan de parto es indispensable para asegurar el procedimiento del parto, por lo que se hace necesario motivar a la mujer en edad reproductiva sobre los beneficios de acudir a controles periódicos. (Asociación El Parto es Nuestro, 2012, pág. 21) La realidad es que por múltiples factores que van desde sus creencias y prácticas hasta factores económicos y de tiempo, hacen que las mujeres embarazadas descuiden el control de su condición de gravidez.

¿Conoce algún signo de peligro para acudir inmediatamente al hospital?

Gráfico 13 Peligro por los que acudir al hospital



Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: Mala posición del bebé en el momento del nacimiento es la opción que el 64% de las mujeres embarazadas que fueron encuestadas, identifican como principal factor de riesgo para el momento del parto. Según (UNICEF, 2006) Es importante la evaluación diagnóstica de la presentación fetal que le permita al profesional especialista deducir la parte fetal (cefálica o pélvica) que está en contacto con la pelvis, capaz de desencadenar el trabajo de parto, así como detectar presentaciones fetales anómalas, presentación pélvica, situación transversal en fechas cercanas al parto. (pág. 20) Considerando que esta población es mayoritariamente indígena y campesina, que reside en el sector rural y quienes por lo general utilizan los servicios de comadronas locales, están más familiarizadas con el tema de la mala posición del bebé en el momento en el que se produce el parto y lo identifican como factor de riesgo.

4.1.2 Factores Protectores

¿En qué posición dio a luz?

Gráfico 14 Posición para dar a luz



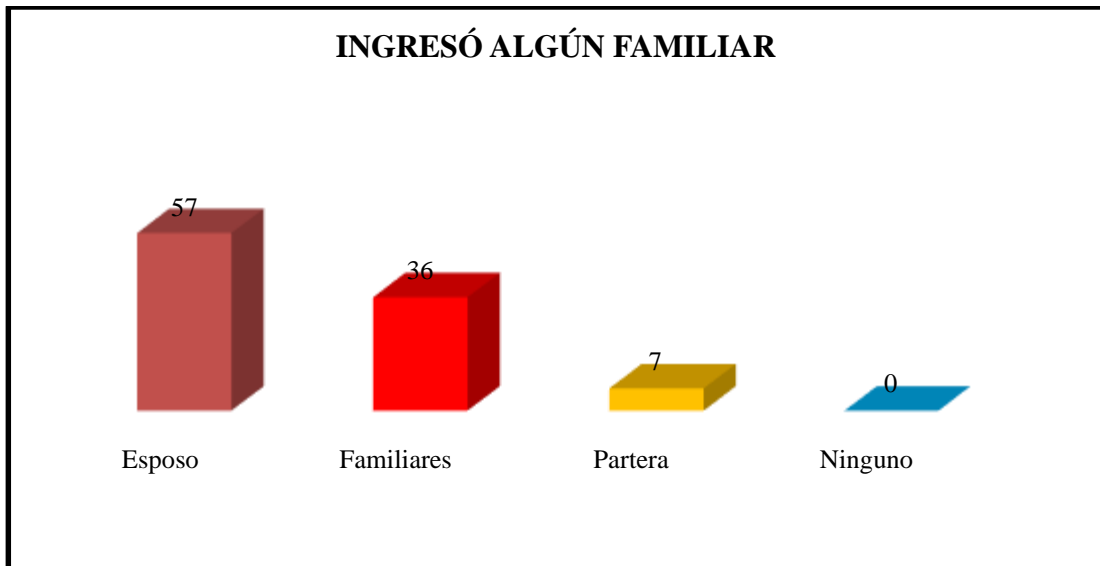
Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El 83% de las mujeres que acudieron al Hospital San Luis de Otavalo para recibir atención de parto, se incluyó en el programa de procedimiento aplicado para el parto culturalmente adecuado y la aplicación del protocolo de atención con personal especializado y capacitado para hacer efectivo el nuevo enfoque de los servicios de salud atendiendo criterios de interculturalidad y diversidad. (Ministerio de Salud, 2008, pág. 47). El procedimiento integra los factores esenciales que forman parte de la cosmovisión indígena y campesina que reside en el cantón Otavalo y que favorece la decisión de las mujeres embarazadas para recibir atención integral de salud reproductiva.

¿Le permitieron ingresar algún familiar?

Gráfico 15 Ingresó algún familiar



Fuente: Encuesta pacientes

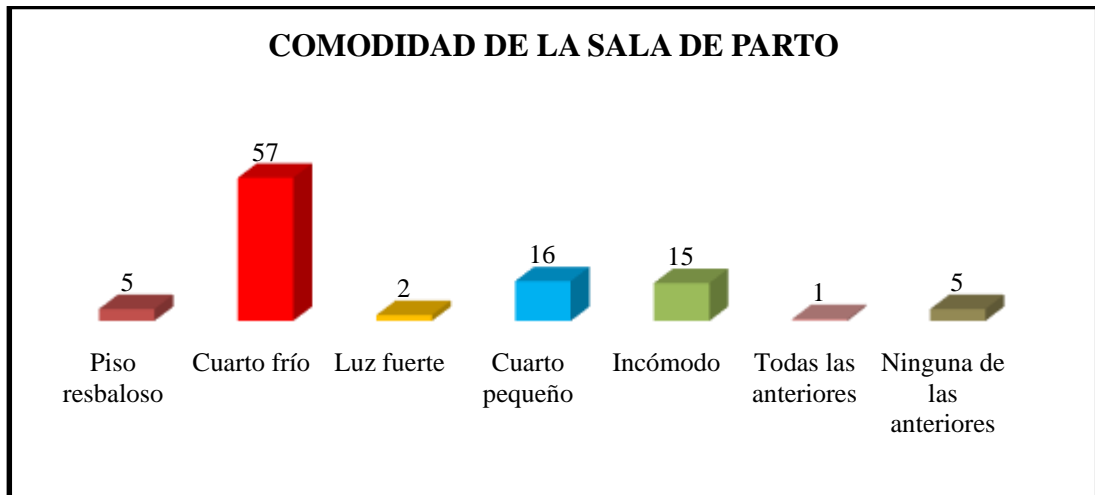
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El acompañamiento de un familiar que de preferencia es el esposo, es importante para las mujeres indígenas y campesinas que escogen el procedimiento de atención del parto culturalmente adecuado. En este caso el 57% de las embarazadas que fueron encuestadas indican que estuvieron acompañadas por sus esposos, situación que les proporciona seguridad y confianza en un proceso difícil y emocionalmente sensible. De acuerdo con el Ministerio de Salud, el parto culturalmente adecuado facilita el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y su familia, durante el trabajo de parto. (Hospital San Luis de Otavalo, 2010, pág. 21)

Este aspecto es muy importante para las familias indígenas y campesinas, sobre todo para la mujer que siente seguridad en la compañía de su familia y muy especialmente el esposo. La intimidad de la pareja se refleja en la necesidad de la mujer embarazada, de compartir el momento del parto con su pareja.

¿Se sintió cómoda en la sala de parto?

Gráfico 16 Comodidad en la sala de parto



Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

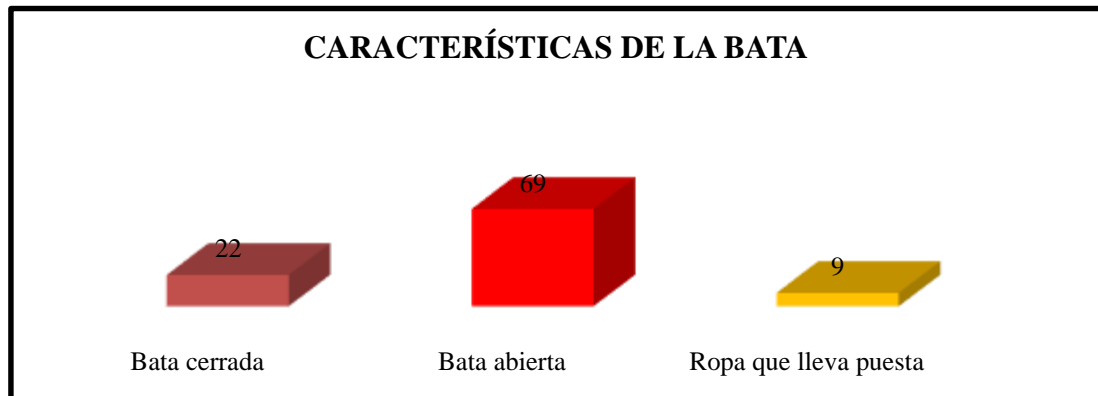
Análisis

Aspectos tales como la percepción de hallarse en un cuarto frío, incómodo, pequeño, para la mayoría de las mujeres embarazadas que acudieron al Hospital San Luis de Otavalo para recibir atención médica durante el proceso de parto, constituyen factores negativos a la hora de evaluar la implementación del programa de parto culturalmente adecuado en esa institución. Esta opinión no necesariamente refleja la realidad sino más bien el estado de tensión y afectación psicológica de la paciente que la ubica en condición de vulnerabilidad, por lo que es indispensable el apoyo psicológico y especializado para enfrentar el parto en un estado de relajamiento y estabilidad emocional. (UNICEF, 2006)

Hay que considerar que la infraestructura hospitalaria es antigua, los ambientes de atención de pacientes en hospitalización son estandarizados y el área asignada para la atención del parto no es distinta a las demás salas.

Pregunta 10: ¿Cómo le gustaría que sea la bata del hospital para el momento del parto?

Gráfico 17 Características de la bata



Fuente: Encuesta pacientes

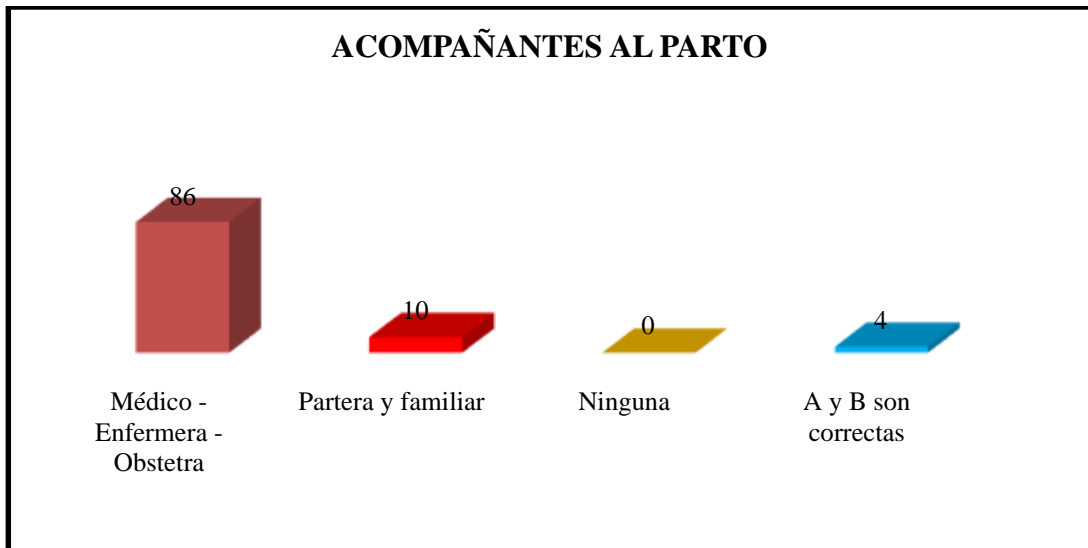
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El protocolo de atención del parto culturalmente adecuado, diseñado por el Ministerio de Salud, toma en cuenta este aspecto que para la mujer indígena y campesina es esencial. El valor del pudor está muy presente en sus prácticas y saberes ancestrales, por lo que la vestimenta adecuada que respete la preferencia de la embarazada es decisiva para la aceptación plena del procedimiento en el programa. De acuerdo con los protocolos de atención del parto culturalmente adecuado, en lo posible hay que tratar de evitar el mandil blanco, la gorra y el barbijo blanco. Tampoco se puede exigir a los acompañantes de la parturienta que se coloquen botas y barbijo. (UNICEF, 2006, pág. 31)

En este aspecto es importante señalar que no solamente se debe ser flexible en la vestimenta que utilice la paciente sino además adaptar el vestuario del personal y del familiar que asiste el parto.

¿Durante todo el trabajo de parto quien le acompañó?

Gráfico 18 Acompañantes al parto



Fuente: Encuesta pacientes

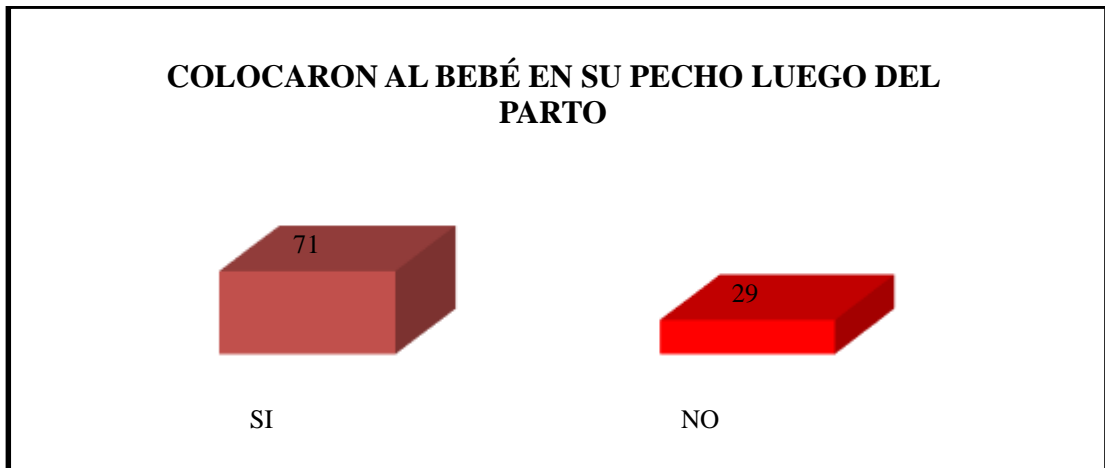
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El 86% de las pacientes que se integraron al programa de atención del parto culturalmente adecuado estuvieron acompañadas por sus esposos, lo que genera confianza y seguridad a la mujer en labor de parto. El protocolo de atención señala que se debe estimular la participación del acompañante o algún familiar de confianza que ella elija. (UNICEF, 2006, pág. 28)

Contar con su familia y más específicamente con el padre de su hijo o hija, forma parte de la humanización del procedimiento y sobre todo se aplica el enfoque intercultural a los servicios de salud sexual y reproductiva.

¿Después del parto le colocaron a su bebé en su pecho?

Gráfico 19 Colocaron al bebé en su pecho luego del parto



Fuente: Encuesta pacientes

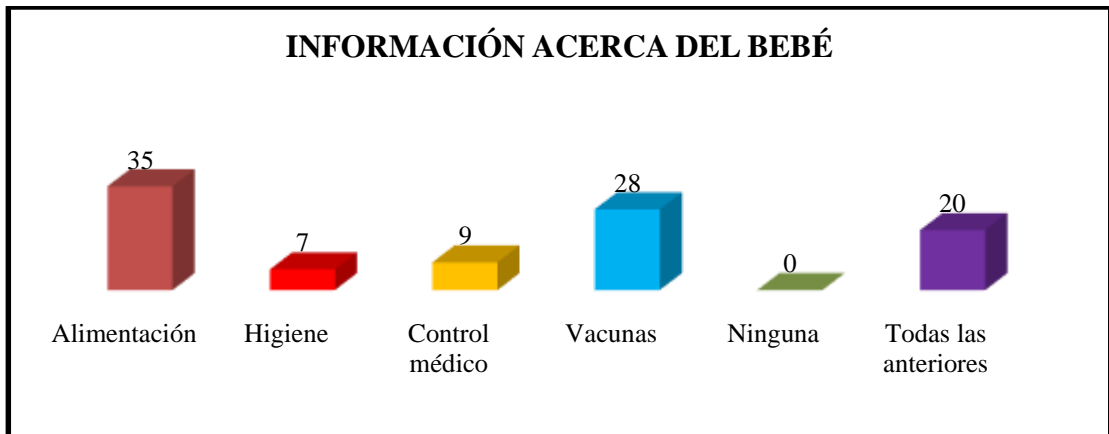
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: En el 71% de los casos atendidos en el proceso de parto culturalmente adecuado, las madres afirman que luego del alumbramiento, colocaron a su bebé en su pecho, lo que constituye un factor importante que facilita y hace posible la conexión física, psicológica, emocional y afectiva entre la madre y el niño o niña. El acercamiento entre la madre y el niño, es una necesidad humana porque facilita la relación materna filial y además porque le permite al bebé superar el efecto traumático del nacimiento y percibir el latido del corazón de la madre, identificando el ambiente familiar al que estuvo vinculado durante el periodo de gestación. (Colección Bebes y más, 2013, pág. 7)

Colocar al bebé en el pecho de la madre es una práctica que no solamente se aplica en el procedimiento del parto culturalmente adecuado sino en general en toda atención de parto porque no tiene relación exclusiva con la cosmovisión indígena.

¿Qué información recibió sobre el cuidado que debe tener con su bebé?

Gráfico 20 Información acerca del bebé



Fuente: Encuesta pacientes

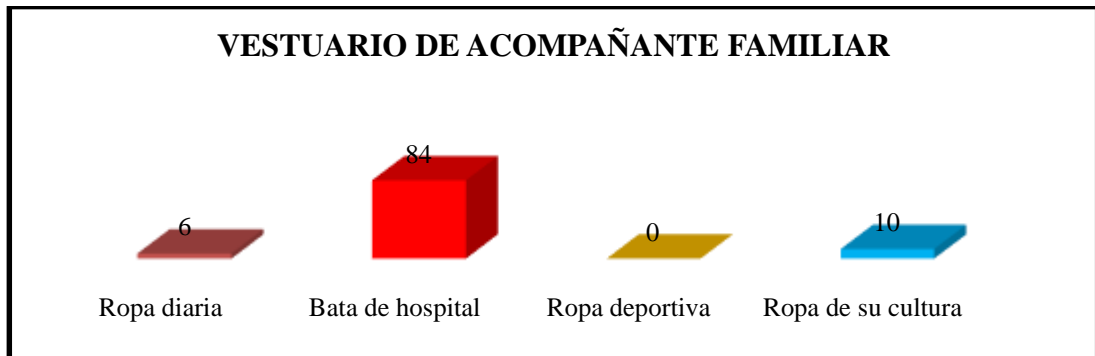
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El seguimiento y apoyo al inicio de la función materna y su relación con el bebé implica que los profesionales pediatras que forman parte del equipo de atención del parto culturalmente adecuado, proporcionen en temas como alimentación, higiene, control médico y vacunación, entre otras recomendaciones pertinentes. Según el Ministerio de Salud, la implementación de estos protocolos en la prestación de servicios de atención materna-neonatal, ayudará a incrementar las coberturas de atención en salud materna y reducir enfermedades y muertes de madres y niños si son atendidos oportunamente, con calidad, calidez, respeto y valoración a los saberes locales en salud. (Ministerio de Salud, 2013, pág. 43)

El seguimiento del parto y los primeros días de nacido el niño o la niña, a través del médico pediatra, es determinante no solamente para apoyar el cuidado del recién nacido con prácticas saludables sino también para afianzar la relación adecuada entre la madre y el niño.

¿Su familiar al entrar a la sala de labor estaba con ropa que usa diariamente u otro tipo de vestimenta?

Gráfico 21 Vestuario de acompañante familiar



Fuente: Encuesta pacientes

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

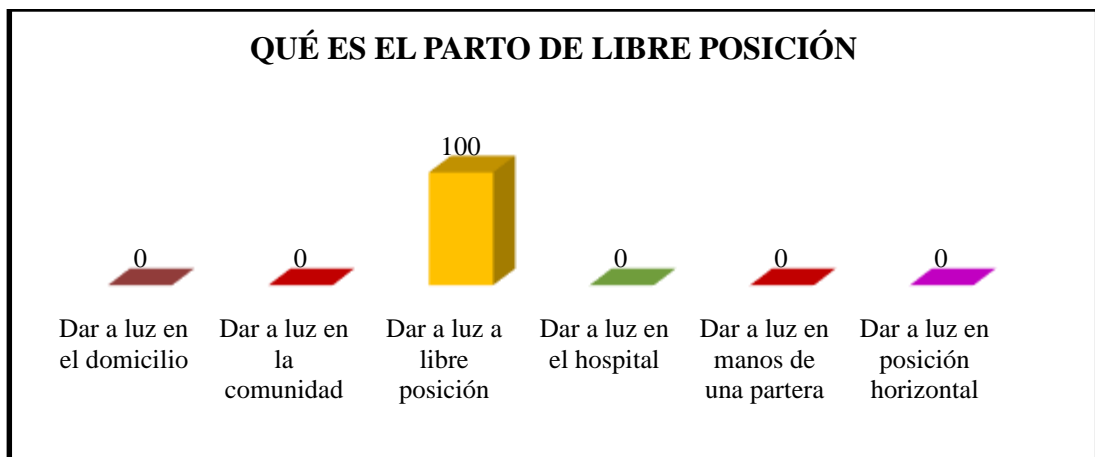
Análisis: No todos los aspectos considerados en el protocolo de atención del parto culturalmente adecuado se hallan implementados en su totalidad. Aún persiste el criterio de prevalecer la higiene y asepsia en la sala de partos. El hecho de que el 84% de las pacientes informan que su familiar vistió bata de hospital durante el acompañamiento del parto confirma lo afirmado y hace necesario el análisis de la situación para incorporar en el menor tiempo posible la recomendación del protocolo de atención que sugiere el uso de vestimenta común para el familiar en el proceso. No se puede exigir a los acompañantes de la parturienta que se coloquen botas y barbijo. (UNICEF, 2006, pág. 31)

La idea de la atención del parto culturalmente adecuado implica la incorporación de prácticas que vinculen las creencias de la familia indígena o campesina con los recursos que aporta la ciencia y la tecnología, en un ambiente acogedor que le es familiar, lo más cercano posible a su entorno.

4.2. Análisis de la encuesta aplicada al personal

¿Qué es el parto a libre posición?

Gráfico 22 Parto de libre posición



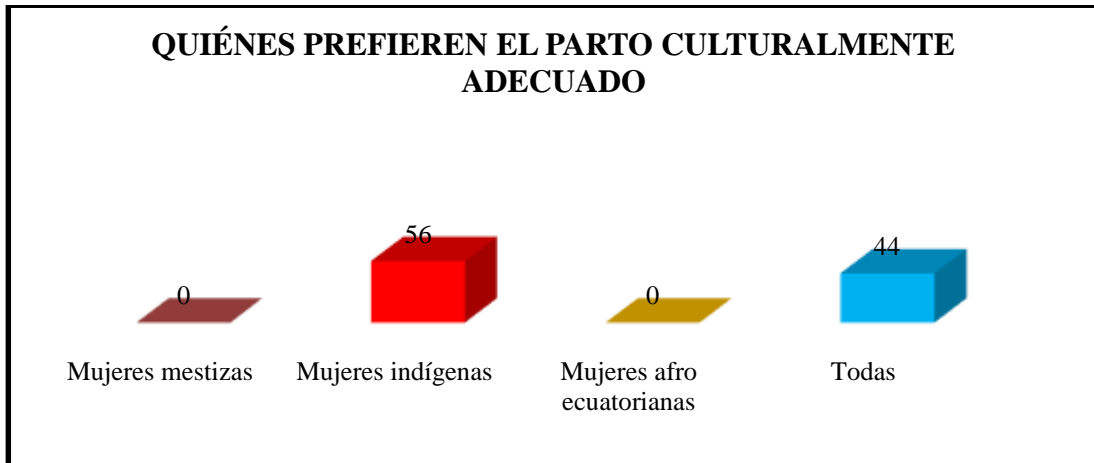
Fuente: Encuesta personal

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El personal encuestado identifica en general el parto de libre posición, característica principal del procedimiento de atención del parto culturalmente adecuado. El equipo asignado por el Hospital San Luis de Otavalo, ha recibido capacitación y está familiarizado con el protocolo de atención para garantizar a las pacientes un alumbramiento con enfoque intercultural en el que la mujer y la familia deciden acudir al servicio hospitalario que integra al procedimiento científico y profesional, las prácticas ancestrales de los pueblos originarios asentados en el cantón, respetando sus valores y tradiciones en el proceso del parto. (Ministerio de Salud, 2008, pág. 23) El personal que atiende la sala de partos, comprende y maneja muy bien el lenguaje y los protocolos de atención del programa especial de atención del parto culturalmente adecuado en cuanto respecta a la posición elegida por la mujer grávida para el alumbramiento.

¿Quiénes prefieren el parto culturalmente adecuado?

Gráfico 23 Quienes prefieren el parto culturalmente adecuado



Fuente: Encuesta personal

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: Del grupo de mujeres embarazadas y escogieron la atención del parto culturalmente adecuado, el más alto porcentaje corresponde a personas indígenas con un 56% seguido de la opción todas. El programa implementado por el Ministerio de Salud en el Hospital San Luis de Otavalo, está dirigido a incorporar la cosmovisión indígena de las prácticas ancestrales para enfrentar el proceso de parto, por lo que el hecho de que el resultado de esta pregunta permite concluir que el programa está cumpliendo el objetivo que persigue: incorporar a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva un enfoque intercultural que permita disminuir los índices de mortalidad materna infantil. (OMS, 2006)

El programa del parto culturalmente adecuado es totalmente amigable con la sociedad puesto que ha demostrado que existe aceptación por parte de la comunidad local ya que humaniza los procedimientos y flexibiliza la rigurosidad de las normas generales hospitalarias al vincular las prácticas comunitarias con la atención médica especializada.

¿Qué lugar considera seguro para efectuar el procedimiento del parto culturalmente adecuado?

Gráfico 24 Lugar seguro para el parto culturalmente adecuado

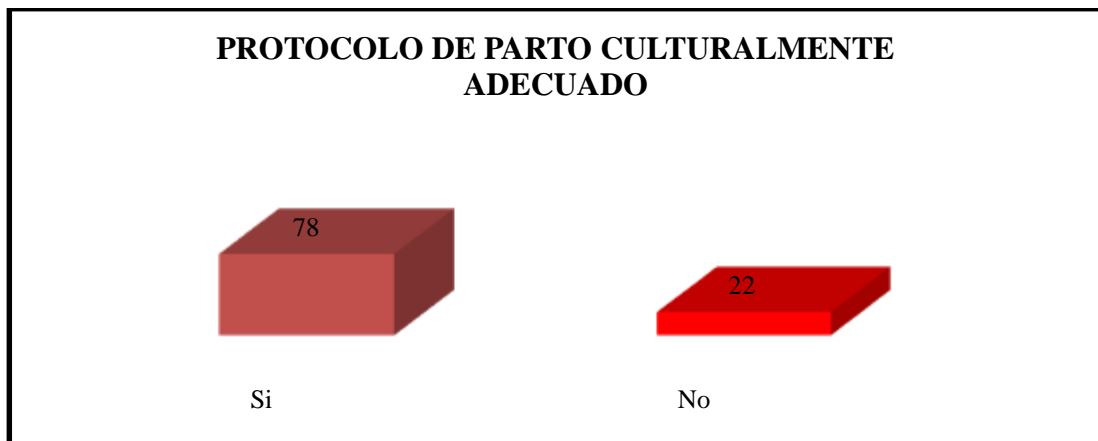


Fuente: Encuesta personal
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El 100% del personal encuestado considera que el hospital es el lugar más seguro para que las mujeres embarazadas se sometan al procedimiento de parto culturalmente adecuado. Lo que tiene su razón de ser puesto que las instituciones que prestan servicios de salud están debidamente equipadas para prestar servicios de salud y asistencia médica especializada que permita asumir la labor de parto, el alumbramiento y los primeros auxilios a la madre y al recién nacido, en condiciones seguras y disminuyendo al máximo los riesgos. “una reducción en la duración del período expulsivo, una pequeña reducción en los partos asistidos, una reducción en las episiotomías, una disminución de la manifestación de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto y menos patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal”. (Paris, 2011) El desarrollo de la ciencia y la tecnología en los servicios de salud, aportan bienestar, seguridad y mejoran la calidad de vida de las familias especialmente en los procesos de atención del parto.

¿Cree que es necesario aplicar el protocolo del parto culturalmente adecuado en el Hospital?

Gráfico 25 Protocolo de parto culturalmente adecuado en el hospital



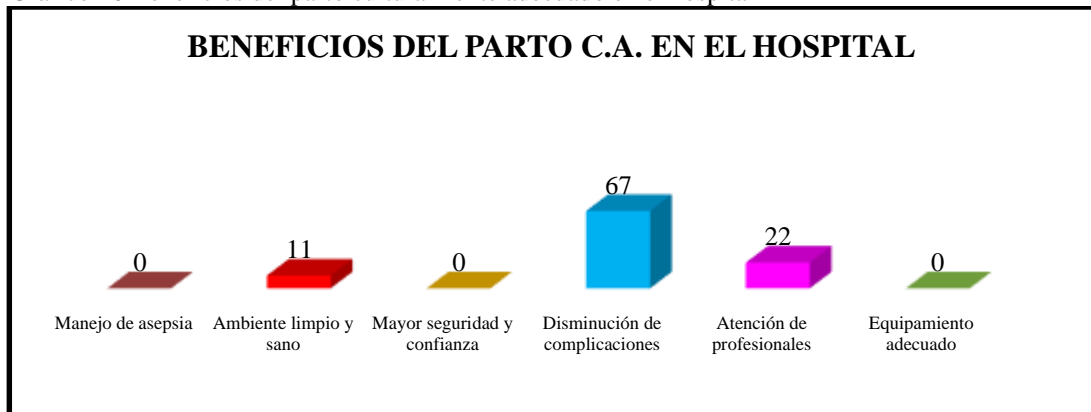
Fuente: Encuesta personal

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: En La opinión del 78% de los profesionales encuestados, es importante aplicar el protocolo del parto culturalmente adecuado en el Hospital. El protocolo de atención tiene “la finalidad de articular los conocimientos y prácticas médicas de la biomedicina, de la medicina tradicional y de las comunidades rurales andinas, a objeto de brindar una atención humanizada e integral en los servicios de salud de primer nivel, en la que el personal de salud, las parteras y las mujeres deben concertar sobre los procedimientos de atención materna y neonatal que las usuarias anhelan recibir. Estos protocolos son resultado del reconocimiento colectivo e institucional de que la salud constituye un equilibrio entre lo fisiológico, lo psicológico, lo social y lo espiritual, aspectos que deben ser tomados en cuenta a tiempo de brindar una atención de calidad” (Ministerio de Salud Pública, 2009) El protocolo es un conjunto de actividades secuenciales, lógicas y organizadas que se aplican de forma estandarizada para garantizar seguridad y calidad en el resultado.

¿En qué beneficiaría el procedimiento del parto culturalmente adecuado en el Hospital y no en el domicilio?

Gráfico 26 Beneficios del parto culturalmente adecuado en el hospital



Fuente: Encuesta personal

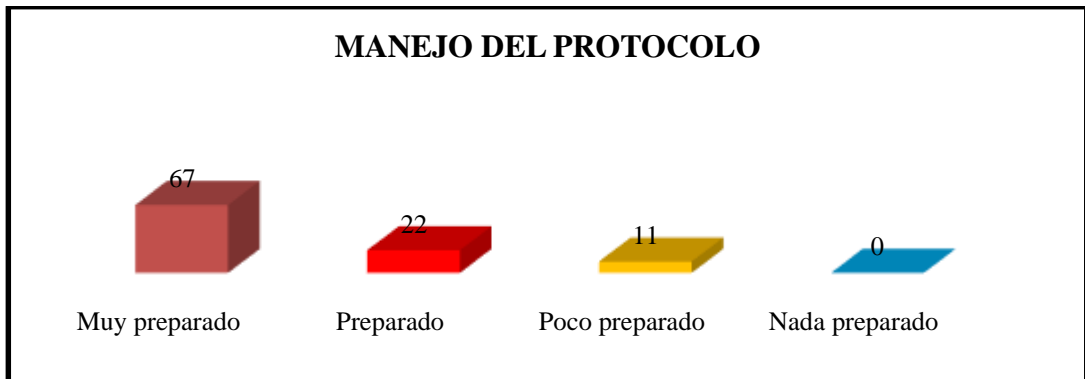
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El procedimiento del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo ofrece mayores ventajas y posibilidades, de acuerdo a la opinión del 67% de las mujeres que fueron encuestadas, quienes consideran que en el Hospital disminuyen las complicaciones puesto que las instituciones de salud cuentan con personal especializado, equipos e instrumentos así como la infraestructura adecuada para prevenir y “disminuir cualquier riesgo que se presente en el momento del parto bajo cualquier modalidad de atención, pero sobre todo en el caso del parto culturalmente adecuado que incorpora prácticas interculturales que eventualmente pueden implicar riesgos” (Ministerio de Salud, 2013)

Desde la visión de la investigadora, la atención hospitalaria en el parto culturalmente adecuado aporta múltiples beneficios para la madre y el niño, porque posee infraestructura, logística y recursos humanos especializados.

¿Estaría preparado para aplicar el procedimiento de un protocolo de parto culturalmente adecuado?

Gráfico 27 Preparado para aplicar protocolo de parto culturalmente adecuado



Fuente: Encuesta personal

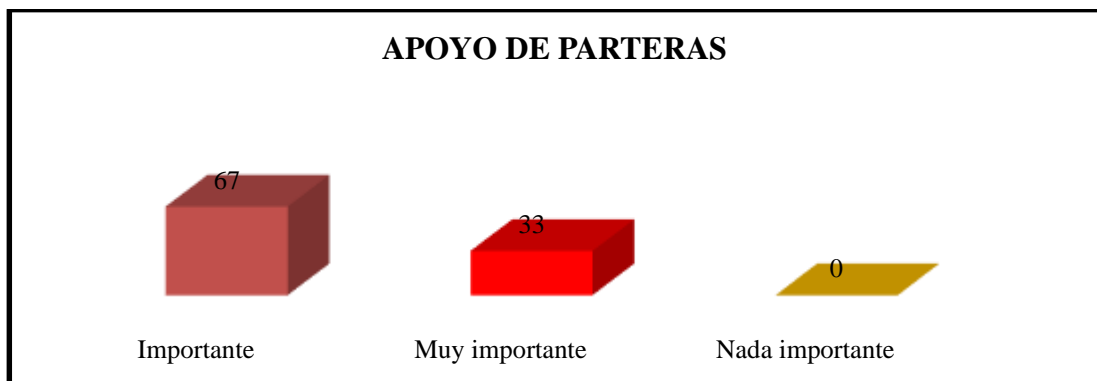
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El personal responsable de la sala de parto se considera muy preparado para aplicar el procedimiento de un protocolo de parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo, puesto que para implementar el programa, el Ministerio de Salud invirtió en capacitación a fin de que todo el personal forme parte del procedimiento de atención con enfoque intercultural. “El parto culturalmente adecuado constituye una estrategia de acercamiento de las instituciones de salud a las poblaciones originarias, para disminuir los índices de mortalidad materna e infantil en el Ecuador, un país con alta densidad poblacional indígena y campesina.” (UNICEF, 2006, pág. 4)

El personal de la sala de partos del Hospital San Luis de Otavalo está preparado para brindar un procedimiento de atención exitoso y seguro para sus pacientes.

¿Cree que es importante el apoyo de las parteras en el parto culturalmente adecuado?

Gráfico 28 Importante apoyo de parteras en el parto culturalmente adecuado



Fuente: Encuesta personal
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El 67% del personal encuestado opina que es importante la presencia de las parteras en el procedimiento del parto culturalmente adecuado. Desde tiempos antiguos, es la partera quien ayuda a traer al mundo los niños de la población indígena, por lo tanto, “se convierte en una especie de vínculo entre la medicina ancestral, las prácticas comunitarias y los recursos que proporciona el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la medicina para la atención del parto con seguridad y disminuyendo los riesgos” (UNICEF, 2006, pág. 23)

La partera es un personaje importante desde la cosmovisión indígena, es la persona que goza de la confianza de la mujer embarazada y de la familia, por lo que es la primera persona que establece contacto con la embarazada y es ella quien asume el cuidado y control del embarazo.

¿Cuáles cree usted que son los beneficios del parto culturalmente adecuado?

Gráfico 29 Beneficios del parto culturalmente adecuado



Fuente: Encuesta personal

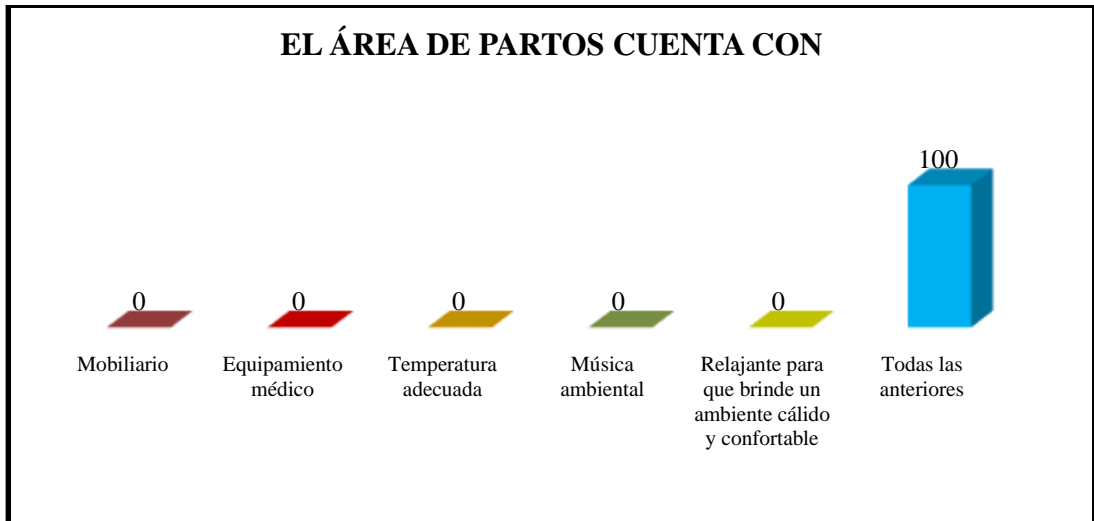
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: Los beneficios de ser atendida mediante el procedimiento del parto culturalmente adecuado son evidentes, el personal con un 56% de opinión, así lo reconoce cuando opina que “la fuerza de gravedad actúa a favor de la mujer, el feto sufre menos y está más oxigenado, las contracciones son más frecuentes y eficaces, el dolor disminuye y con él disminuye la necesidad de administrar analgésicos, se reduce también la mala posición fetal, la participación del familiar más cercano genera mayor confianza” (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 20012)

Desde el punto de vista de la investigadora, los beneficios que aporta el procedimiento del parto culturalmente adecuado pueden resumirse en el nivel de confianza y seguridad de la mujer embarazada y de su familia, quienes se sienten atendidos en un entorno que les es muy cercano y conocido.

¿El área de partos dispone de?

Gráfico 30 El área de partos con que cuenta



Fuente: Encuesta personal

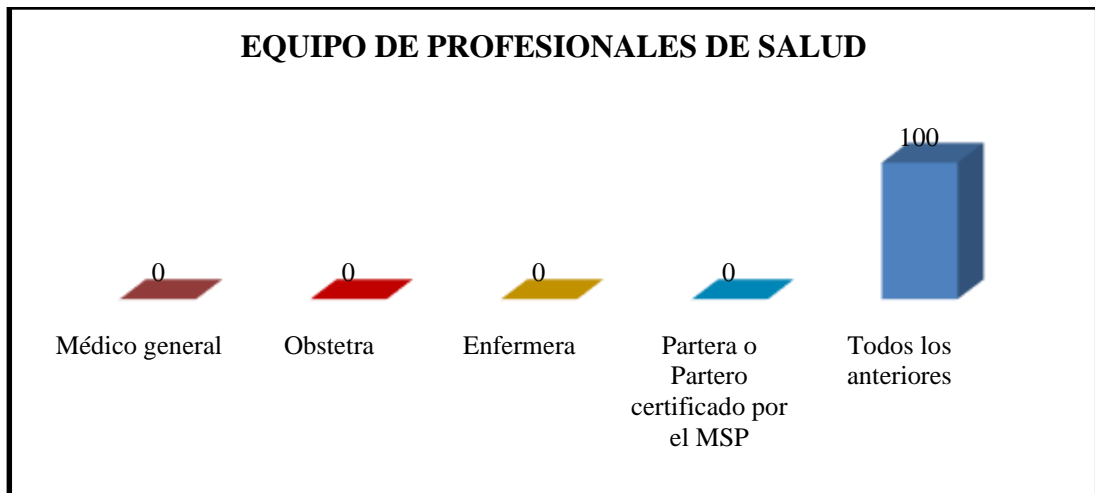
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: Todo el personal del área de partos del Hospital San Luis de Otavalo, afirma que está equipado con mobiliario, equipamiento médico, temperatura adecuada, música ambiental, espacio relajante para que brinde un ambiente cálido y confortable. Dicho de otra forma, “el parto culturalmente adecuado con enfoque intercultural mantiene un equilibrio óptimo entre aquello que necesita la mujer embarazada y su familia para sentirse en confianza y las posibilidades que ofrece la ciencia médica y la tecnología para garantizar un buen servicio” (Ministerio de Salud, 2013, pág. 37).

Las instalaciones del Hospital San Luis de Otavalo fueron especialmente adaptadas en la sala de partos, para ofrecer una atención humanizada a las mujeres embarazadas y a sus familias, pero a la vez cuentan con todos los recursos, equipamiento y personal preparados para asumir el procedimiento en las mejores condiciones posibles.

¿Para la atención del parto culturalmente adecuado el área de labor cuenta con el equipo de salud?

Gráfico 31 Equipo de salud que atiende parto culturalmente adecuado en el hospital



Fuente: Encuesta personal

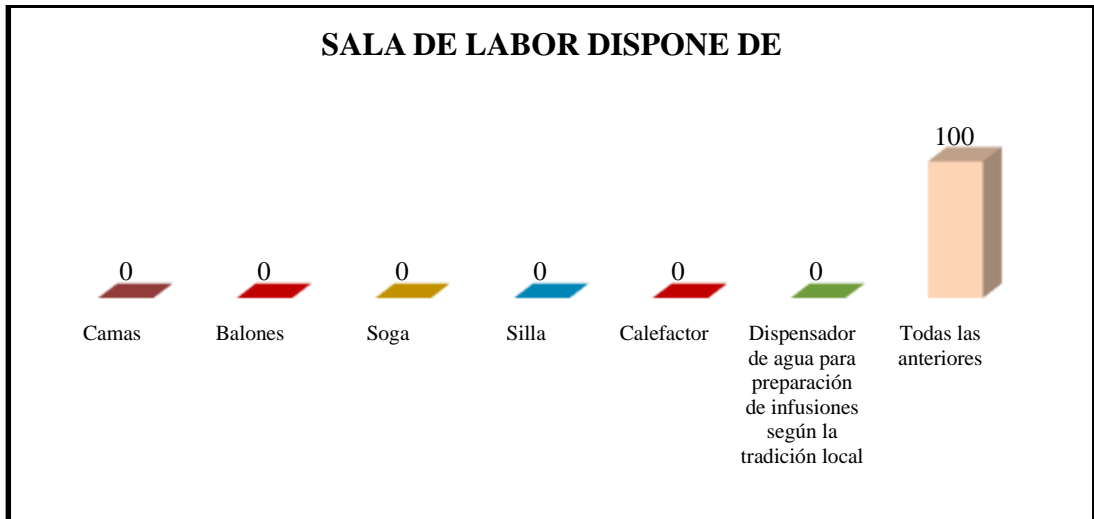
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El personal encuestado por unanimidad afirma que la sala de partos del Hospital San Luis de Otavalo, cuenta con personal médico general, obstetra, enfermera, partera o partero certificado por el Ministerio de Salud Pública. “La partera facilita todo el proceso como se debe y esto permite a la partera poder hacer uso de todo tipo de herbolaria que la mujer requiera para concluir su trabajo exitosamente” (OMS, 2006).

El área de atención de parto culturalmente adecuado, integra personal profesional y de confianza de la mujer embarazada para dar a luz a su hijo en un ambiente confortable y con atención especializada.

¿La sala de labor dispone de?

Gráfico 32 Sala de labor dispone de



Fuente: Encuesta personal

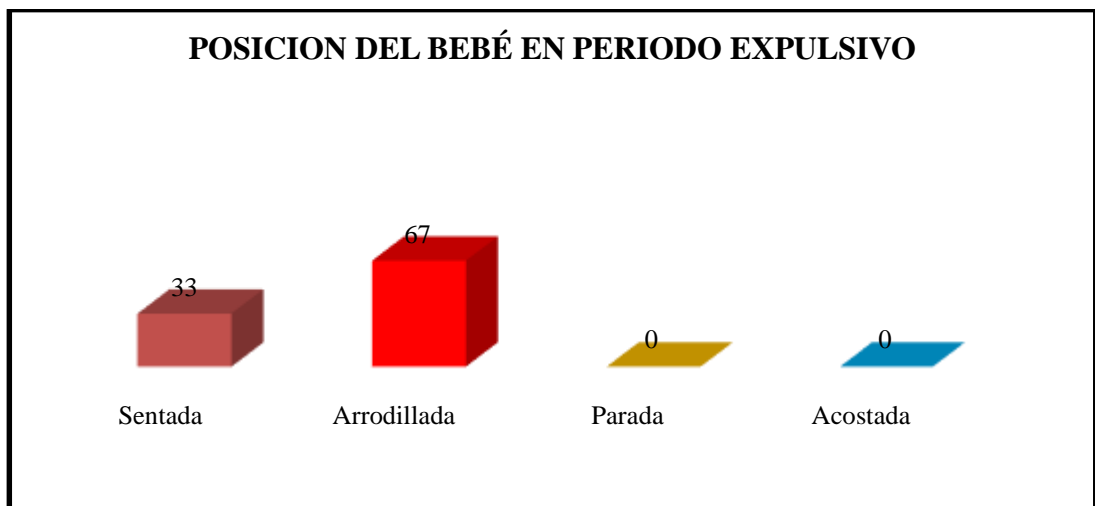
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: El 100% del personal encuestado describe el ambiente de la sala de partos equipado con camas, balones, sogas, silla, calefactor, dispensador de agua para preparar infusiones según la tradición local. La casa se encuentra construida dentro del área del hospital, y se realizó con financiamiento del Ministerio de Salud Pública, cuya atención está dada por parte de las parteras obstétricas y enfermeras de la sala de partos, quienes trabajan de forma coordinada. (Hospital San Luis de Otavalo, 2010)

Se trata de incorporar mobiliario y enseres que resulten cómodos y suficientes para garantizar los procedimientos de atención en el parto culturalmente adecuado con una visión intercultural a fin de que las mujeres embarazadas perciban un ambiente acogedor y familiar.

¿Durante el periodo expulsivo del parto la seguridad del feto y de la madre se presenta de mejor manera en las posiciones?

Gráfico 33 Periodo expulsivo del bebé se presenta de mejor forma en las posiciones



Fuente: Encuesta personal
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: De acuerdo con la opinión de la mayoría del personal encuestado, un 67% indica que las mujeres embarazadas prefieren la posición de rodillas en el momento del parto. Lo que coincide con una de las posiciones que se consideran apropiadas para el parto culturalmente adecuado. “Esta posición es tradicional en la mujer indígena para tener a su hijo en su casa o con la partera, forma parte de sus prácticas adquiridas por la tradición, los usos y costumbres milenarias de sus antepasados” (González Guzmán, 2010, pág. 21)

La posición de rodillas parece ser la postura de mayor aceptación y la que mejor se adapta a las condiciones esperadas o acostumbradas por las mujeres embarazadas. Es como las civilizaciones antiguas asentadas en el Ecuador, acostumbraban alumbrar a sus hijos.

¿Cuáles son las situaciones de riesgo para usted para atender un parto?

Gráfico 34 Situaciones de riesgo para el personal en la atención del parto



Fuente: Encuesta personal

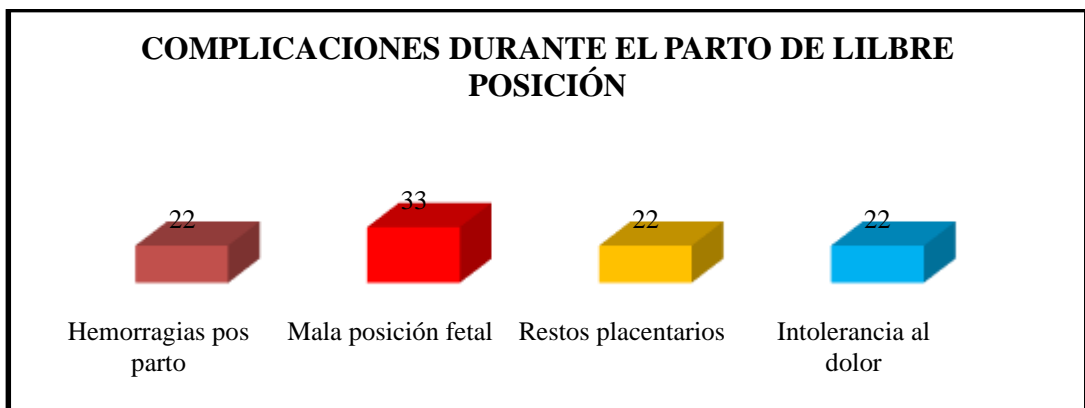
Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: Para el 56% de las mujeres embarazadas, la exposición a contaminación por fluidos, es el principal riesgo que enfrenta el personal durante el procedimiento del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo. “Disminuir el riesgo de contaminación implica adoptar correctamente el protocolo de atención que proporciona seguridad al personal especializado que atiende el parto como también a la madre y el niño que son los pacientes a quienes se les asiste con garantía de éxito” (Ministerio de Salud, 2008, pág. 64).

La exposición a posturas corporales rígidas y de larga duración a que están sometidas las personas que integran el equipo profesional de atención de la sala de partos, conduce a riesgos de enfermedades laborales propias de los servidores públicos vinculados a la salud. Por lo que es necesario promover la aplicación de programas de atención de enfermedades laborales.

¿Cuáles son las principales complicaciones que se puede presentar en un parto a libre posición?

Gráfico 35 Principales complicaciones durante el parto de libre posición



Fuente: Encuesta personal

Elaborado por: Encalada Armas Mónica Janeth

Análisis: Las respuestas polarizadas del personal en esta pregunta, señalan que los principales riesgos para la paciente y el niño, en el proceso de parto culturalmente adecuado tienen que ver, en primer lugar con la mala posición fetal con un 33%, hemorragias pos parto, restos placentarios e intolerancia al dolor, con igual porcentaje, en segundo lugar. “El parto es un proceso complejo en cualquier circunstancia que se lo afronte, los riesgos tanto para la madre como para el niño están siempre presentes, de ahí la necesidad de que los servicios de salud sexual y reproductiva, cuenten con profesional capacitado y experimentado para resolver las complicaciones que puedan presentarse”. (Emanuel, y otros, 2008, pág. 32) Los riesgos a los que están expuestas las mujeres embarazadas durante el procedimiento del parto culturalmente adecuado, no son distintas ni menos importantes que los pacientes que reciben atención médica en otros servicios hospitalarios. Lo importante es que el equipo de especialistas está preparado para asumir y solucionar los inconvenientes que se presenten.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Las mujeres embarazadas que optan por la atención del parto culturalmente adecuado corresponden mayoritariamente a la etnia indígena, reside en el sector rural, con estado civil casado y formación académica secundaria, la mayoría de las pacientes son multíparas.
- El mayor factor de riesgo es la falta de asistencia al control prenatal médico durante el embarazo por parte de las pacientes, que no permite detectar posibles complicaciones que pueden presentarse en el momento del parto. En las mujeres indígenas y campesinas, persiste la preferencia de no acudir a los servicios públicos de salud para recibir atención de control prenatal, el parto y posnatal; afrontan el parto en el ambiente familiar, haciendo prevalecer sus prácticas y costumbres tradicionales, por razones de índole económica y cultural.
- Como factor protector es importante el ambiente hospitalario (condiciones de infraestructura, cuartos fríos, vestimenta, higiene), que constituye un limitante para que las mujeres embarazadas acudan con confianza al Hospital para recibir atención oportuna y adecuada, por lo cual se implementó el ambiente, equipos, insumos y otros elementos que hacen que las pacientes y sus familias, se sientan cómodos, seguros y confiados con el modelo de atención y en el momento del parto.

- El personal profesional, técnico, operativo y de apoyo asignado a la sala de partos, se evidencia que tiene un alto potencial de conocimientos en los protocolos de atención y seguridad y los aplica con propiedad durante la atención a las pacientes, logrando adquirir suficiente confianza y decisión para alumbrar a su hijo en condiciones seguras.

5.2. Recomendaciones

A las autoridades y personal del Hospital San Luis de Otavalo se recomienda:

- Ampliar la cobertura de difusión y atención del parto culturalmente adecuado, extendiéndola a toda la población del cantón, a través de la aplicación de un plan de difusión local que permita a las mujeres en edad sexual reproductiva conocer los beneficios del programa para optimizar el servicio e incrementar el nivel de confianza de las mujeres embarazadas y sus familias que se deciden por este proceso para el nacimiento de su hijo o hija.
- Minimizar los factores de riesgo y aumentar los factores protectores mediante la planificación e implementación de estrategias adecuadas de cuidado del paciente y reducir índices de mortalidad materna infantil en el cantón y la provincia, de esta manera promover condiciones de salud seguras.
- Monitorear, actualizar y mejorar, el protocolo del parto culturalmente adecuado establecido sobre la base de la experiencia y la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones Jurídicas.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2011). *Ley del Ejercicio Profesional de enfermería*. Registro Oficial.
- Asociacion El Parto es Nuestro. (2012). *El alumbramiento de la placenta*. Madrid: Asociacion El Parto es Nuestro.
- Cabanilla, J. (8 de Abril de 2011). Vivir juntos sin el matrimonio. *El Universo*, págs. <http://www.eluniverso.com/2011/04/08/1/1382/vivir-juntos-sin-matrimonio.html>. Recuperado el 27 de marzo de 2016
- Cárdenas Rosero, C. M., & Cachiguango Quinaluisa, S. E. (2012). *Impact y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo de profesionales de salud del Hospital San Luis de Otavalo, en el año 2011-2012*. Ibarra: Universidad Técnica del Norte.
- Colección Bebes y más. (2013). *Parto, la episiotomía*. Buenos Aires, Argentina.: QMS.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, codificación*. Quito: Registro Oficial .
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de la Salud 67*. Quito: Ediciones Legales.
- Cortés Cortés, M. E., & Iglesias León, M. (2011). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. Campeche, Mexico: Universidad Autonoma del Carmen.: UAC.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combest, J., Halie, M., Leaped, L., & otros, y. (2008). *Agencia para la Investigación y calidad de la Atención Médica*. New York: AHRQ.
- Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os. (2006). Nivel de estudios de los profesionales Enfermeras/os . Quito, Pichincha. Recuperado el 8 de enero de 2015, de Federación Ecuatoriana de Enfermeras: <http://federacionecuatorianadeenfermeras.org/index.php/quienes-somos>

- Fundación Medicina Fetal Barcelona. (2011). *El parto normal, paso a paso*. Barcelona: Inatal.
- Fundación Nacional de Seguridad. (2014). *Informe*. Quito: Fundación Nacional de Seguridad.
- GAD Otavalo. (2015). *Composición Étnica*. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de Gad Municipal del cantón Otavalo: http://www.otavalo.gob.ec/webanterior/?page_id=841
- García Cantos, M. (2015). *Consentimiento Informado*. Quito : Sociedad Ecuatoriana de Bioetica .
- González Guzmán, D. (2010). *Manual para la humanización*. Quito: Dirección Provincial de Salud.
- Harvey, A. S., & y Hermida, J. (2009). *Propuesta de Investigación Operativa: “Efecto de la adaptación cultural de la atención obstétrica sobre la satisfacción de las usuarias en cuanto a la labor de parto y el parto, y sobre la demanda de partos institucional*. Quito: USAID.
- Hermida, J; Robalino, M.E; Vaca, L; Ayabaca, P; Romero, P; Vieira, L. (2005). *Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. Informe LACRSS No. 65*. LACRSS No. 65. Publicado para la USAID, LACRSS, Quito.
- Hospital San Luis de Otavalo. (2010). *Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural*. Otavalo: Ministerio de Salud Pública.
- Hospital San Luis de Otavalo. (2016). *Plan Estratégico del Hospital San Luis de Otavalo. Archivo institucional*. Otavalo, Imbabura, Ecuador: Inédito.
- INEC. (2012). *Proyecciones de la población de la República del Ecuador 2010-2050*. Quito: INEC.
- Infogen, org. (2013). *Qué es el puerperio*. *Revista 100*, 11.
- Italfármaco S.A. (2012). *Desde el inicio de tu embarazo*. Madrid: NATALBEN.
- Jiménez Mayorga, I., Soto Sánchez, M., Vergara Carrasco, L., Cordero Morales, J., Rubio Hidalgo, L., & Carreño, C. (14 de Mayo de 2010). *Protocolo de sondaje vesical*. Recuperado el 18 de Marzo de 2016, de <http://www.index-f.com/lascasas/>: <http://www.index-f.com/lascasas/>

- López Villagrán, S. M. (2014). *Implementación de la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico del cantón Pelileo, provincia de Tungurahua en el año 2013*. Ambato: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (Enero - Marzo 2012 de 20012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*(0138-600X).
- Ministerio de Salud. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Quito: Consejo Nacional de Salud.
- Ministerio de Salud. (2008). *Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de atención materno neonatal*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud. (2009). *Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE)*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía técnica buenas práctica para la seguridad del paciente en la atención en salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma para el cuidado obstetrico y neonatal esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*. Quito: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2012). *Plan de Calidad, estandares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guía metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada*. Quito: Graphus.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural*. Quito: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (s.f.). Transformación del Ministerio de Salud. *Transformación Sectorial*. Ecuador.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2006). *Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuado*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
- Ministerio de Sanidad. (2014). *Plan de parto y nacimiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministro de Salud Pública. (2006). *Resolución Ministerial 0348*. Quito: Registro Oficial.

- Ministerio de Salud. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. Proceso de Normalización de Sistema Nacional de Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Montero Gutiérrez, J. d. (2015). *Factores Socio culturales de las embarazadas y su incidencia en el parto domiciliario en la comunidad indígena de la parroquia Ambatillo Alto durante el periodo enero - junio 2014*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Morgenroth, B. (2011). *Preparación integral para el parto, maternidad y paternidad*. Buenos Aires: CABA.
- OMS. (2006). *Guía práctica de la OMS. Cuidados en el parto normal*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura*. Ginebra: IBEAS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Lactancia materna*. Mexico: OMS.
- Paris, E. (2011). *Beneficios y riesgos de los partos en vertical*. Mexico : OMS .
- Paul, G. (2012). Seguridad del Paciente, Cierta Avance y Numerosos Retos. *Obstetrics & Gynecology*, 122-125.
- Pedro-Gómez, J. d., Morales-Asencio, J. M., Sesé Abad, A., Bennasar Veny, M., Artigues Vives, G., & Perelló Campaner, C. (2011). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *scielo*, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300004.
- Pérez, T. S. (31 de Octubre de 2011). *Educación para una sexualidad responsable*. Recuperado el 28 de Marzo de 2016, de Gestiópolis: <http://www.gestiopolis.com/educacion-sexualidad-responsable-jovenes-cubanos/>
- Ramírez, O., & Gómez, J. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av.enferm*(XXIX (2)), 3664-3665.
- Rendón, J. L. (2013). *Beneficios y riesgos del parto vertical, semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Morán del cantón Daule*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2013-2017*.

Quito: Senplades.

Sgreccia, E. (2010). *Manual de Bioética*. Mexico : Ed. Diana. .

UNICEF. (2006). *Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados*. La Paz: Prisa Ltda.

Villa Romero, V. D., & Vinuesa Sierra, G. E. (2012). *Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado, durante los meses de mayo y junio del 2012* . Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Waece, org. (2013). *La madre despues del parto*. Madrid: Waece, org.

Zurro A., M. (2010). *Atención primaria de salud*. Barcelona: Elsevier.

ANEXOS

ANEXO 1 Encuestas

Encuesta Aplicada al Personal de Salud

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

OBJETIVO:

Identificar los factores de riesgo y protectores de la seguridad de las pacientes atendidas en el parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo.

INSTRUCTIVO

Las respuestas que sean obtenidas mediante esta técnica es de carácter confidencial la cual tiene fines netamente de investigación, marque con una x la respuesta que usted considere correcta.

DATOS GENERALES

Edad:

Género:

Masculino

Femenino

Cargo que ocupa:

Tiempo de servicio

1. ¿Qué es el parto a libre posición?

- a) Dar a luz en el domicilio
- b) Dar a luz en la comunidad
- c) Dar a luz a libre posición
- d) Dar a luz en el hospital

- e) Dar a luz en manos de una partera
- f) Dar a luz en posición horizontal

2. ¿Quiénes prefieren el parto culturalmente adecuado?

- a) Mujeres Mestizas
- b) Mujeres Indígenas
- c) Mujeres Afro ecuatorianas
- d) Todas

3. ¿Qué lugar considera seguro para efectuar el procedimiento del parto culturalmente adecuado?

- a) Hospital (sala de partos)
- b) Domicilio
- c) Casa de la Partera
- d) Centro de Salud

4. ¿Cree que es necesario aplicar el protocolo del parto culturalmente adecuado en el Hospital?

SI NO

¿POR QUÉ ?

5. ¿En qué beneficiaría el procedimiento del parto culturalmente adecuado en el Hospital y no en el domicilio?

- a) Manejo de Asepsia
-

- b) Ambiente amplio y sano
- c) Mayor seguridad y confianza
- d) Disminución de complicaciones
- e) Atención de profesionales
- f) Equipamiento Adecuado

6. ¿Estaría preparado para aplicar el procedimiento de un protocolo de parto culturalmente adecuado?

- a) Muy Preparado
- b) Poco Preparado
- c) Medianamente Preparado
- d) Nada Preparado

7. ¿Cree que es importante el apoyo de las parteras en el parto culturalmente adecuado?

- a) Importante
- b) Muy importante
- c) Nada Importante

8. ¿Cuáles cree usted que son los beneficios del parto culturalmente adecuado?

- a) La fuerza de gravedad que actúa a favor de la mujer
- b) El feto sufre menos y está más oxigenado
- c) Las contracciones son más frecuentes y eficaces
- d) El dolor disminuye y con el disminuye la necesidad de administrar analgésicos
- e) Reducción de malas posiciones fetales
- f) La participación de familiar cercano genera mayor confianza
- g) Todas las anteriores

9. ¿El área de partos dispone de?

- a) Mobiliario
- b) Equipamiento médico
- c) Temperatura adecuada
- d) Música ambiental
- e) Relajante para que brinde un ambiente cálido y confortable
- f) Todas las anteriores

10. ¿Para la atención del parto culturalmente adecuado el área de labor cuenta con el equipo de salud?

- a) Médico General
- b) Obstetra
- c) Enfermera
- d) Partera o partero certificada por el MSP
- e) Todos los Anteriores

11. ¿La sala de labor dispone de?

- a) Camas
- b) Balones
- c) Soga
- d) Silla
- e) Calefactor
- f) Dispensador de agua para preparación de infusiones según la tradición local
- g) Todas las anteriores

12. ¿Durante el periodo expulsivo del parto la seguridad del feto y de la madre se presenta de mejor manera en las posiciones?

- a) Sentada
- b) Arrodillada
- c) Parada
- d) Acostada

13. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo para usted para atender un parto?

14. ¿Cuáles son las principales complicaciones que se puede presentar en un parto a libre posición?

Encuesta Aplicada a la Paciente

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

OBJETIVO:

Identificar los factores de riesgo y protectores de la seguridad de las pacientes atendidas en el parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo

INSTRUCTIVO

Las respuestas que sean obtenidas mediante esta técnica es de carácter confidencial la cual tiene fines netamente de investigación, marque con una x la respuesta que usted considere correcta.

DATOS GENERALES

Edad:

Estado Civil:

Casada Soltera Unión Libre

Nivel de escolaridad:

Primaria Secundaria Superior Analfab

Número de Embarazo

Lugar de Procedencia: Rural Urb

Auto identificación Indígena Mestiza Afro ecuatoriana

1) ¿Sus anteriores partos donde fueron?

- a) Casa
- b) Hospital
- c) Casa de la partera

2) **¿Dónde cree usted que es un lugar seguro para dar a luz?**

- a) Hospital
- b) Casa
- c) Casa de la partera

3) **¿Qué beneficios se tiene dando a luz en la casa?**

- a) Seguro y confianza
- b) Calor (abrigo)
- c) Limpieza
- d) Acompañamiento
- e) Vestimenta

4) **¿En qué posición dio a luz?**

- a) Acostada
- b) Sentada
- c) Parada
- d) Arrodillada

5) **¿Le permitieron ingresar algún familiar?**

- a) Esposo
- b) Familiares(Hija, cuñada, prima otros)
- c) Partera
- d) Ninguno

6) **¿En qué posición cree usted sentir seguridad para usted y su niño?**

- a) Acostada
- b) Arrodillada
- c) Sentada
- d) Parada
- e) Ninguna

7) **¿Porque cree usted, que no asisten regularmente a dar a luz en el hospital?**

- a) Vergüenza
- b) No tiene dinero
- c) Incomodidad
- d) Abandono

- e) Mala experiencia en el hospital
- f) Episiotomía (corte)
- g) Practicas rutinarias (tacto, rasurar)

8) ¿Cuantos controles se realiza durante el embarazo?

- a) 1 control
- b) 3 controles
- c) 5 controles
- d) Mas
- e) Ninguno

9) ¿Conoce algún signo de peligro para acudir inmediatamente al hospital?

- a) Salida de agua de fuente(líquido amniótico)
- b) Salida de sangre(Hemorragia)
- c) Mala posición del bebe

10) ¿Se sintió cómoda en la sala de parto?

- a) Piso resbaloso
- b) Cuarto frio
- c) Luz fuerte
- d) Cuarto pequeño
- e) Incomodo
- f) Todas las anteriores
- g) Ninguna de las anteriores

11) ¿Cómo le gustaría que sea la bata del hospital para el momento del parto?

- a) Bata Cerrada
- b) Bata Abierta
- c) Ropa que vaya puesta

12) ¿Durante todo el trabajo de parto quien le acompañó?

- a) Médico – enfermera – obstetra
- b) Partera y familiar
- c) Ninguna
- d) A y b son correctas

13) ¿Después del parto le colocaron a su bebé en su pecho?

SI NO

14) Que información recibió sobre el cuidado que debe tener con su bebé?

- a) Alimentación
- b) Higiene
- c) Control Medico
- d) Vacunas
- e) Ninguna
- f) Todas las anteriores.

15) ¿Su familiar al entrar a la sala de labor estaba con ropa que usa diariamente u u otro tipo de vestimenta?

- a) Ropa diaria
- b) Bata del hospital
- c) Ropa deportiva
- d) Ropa de su cultura

ANEXO 2 Check List

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

OBJETIVO: Observar el cumplimiento de la aplicación de protocolo y elementos protectores en la seguridad de la paciente, durante el proceso de atención del parto culturalmente adecuado.

N°	Indicador	SI	NO
	Primera Etapa	x	
1	Adecuación del área física para atención del parto	x	
2	Espacio físico adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales	x	
3	Calidez, información y respeto a las prácticas habituales	x	
4	Tranquilidad y apoyo emocional	x	
5	Información del proceso del parto	x	
6	Asegure acompañamiento de la pareja o familiar	x	
7	Llenar o completar historia clínica	x	
8	Solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal.	x	
9	Identifique factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente (parto pretermino, rotura de membranas de más de 12 horas, fiebre, hemorragias o patologías del alumbramiento en embarazos anteriores, signos de sufrimiento fetal o alteraciones del estado materno).	x	
10	Realice una evaluación clínica inicial identificando signos de alarma que determinen el nivel de atención de la paciente, éste examen debe incluir: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura, siempre explicando a la paciente lo que se va a realizar y solicitando apoyo a la familia y partera o partero para el consentimiento de la paciente.	x	

11	Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional	x	
12	Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal	x	
13	Ausculte la frecuencia cardiaca fetal durante un minuto con cualquier método	x	
14	Control y Registro de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos	x	
15	Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel	x	
16	La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia a fin de evitar reevaluaciones antes de lo previsto.	x	
17	Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución	x	
18	Permita el uso de ropa adecuada según costumbres de la comunidad.	x	
19	No realice enema evacuante	x	
20	Recomiende a la paciente que se realice un aseo perineal con agua hervida o de hierbas que utiliza la comunidad	x	
21	No mantenga ayuno durante la labor de parto	x	
22	No coloque venoclisis rutinaria	x	
23	Permita libertad de movimientos	x	
24	Evaluación de la labor de parto y parto normal personal de mayor resolución.	x	
25	Preparativos. Permitir que la paciente cambie de posición buscando la que le dé mayor fuerza para la expulsión del feto	x	
26	Preparación del equipo y el entorno para la atención del parto	x	
27	Explique a la mujer qué es lo que se va a realizar, escuche y responda sus preguntas.	x	
28	Explique e interactúe con la partera capacitada de la zona y el acompañante	x	
29	Brinde apoyo emocional continuo y tranquilice a la paciente	x	
30	Realice el lavado perineal con agua tibia	x	

31	Materiales y medicamentos básicos para la atención del parto y del recién nacido completos y esterilizados.	x	
32	Verifique las condiciones de limpieza e higiene del lugar y del personal de atención	x	
	EXPULSIÓN DE LA CABEZA	x	
33	Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé	x	
34	Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada	x	
35	Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo, mejor con un paño estéril de ser posible, a medida que la cabeza del bebé se pulsa	x	
36	Valore la necesidad de realizar episiotomía selectiva	x	
37	Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar	x	
38	Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial	x	
39	Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical	x	
40	Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé	x	
41	Sólo si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello	x	
	FINALIZACIÓN DEL PARTO, INICIO DEL NACIMIENTO	x	
42	Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa	x	
43	Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales	x	
44	Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción	x	
45	Si la posición adoptada por la embarazada es vertical, la cabeza se desprenderá sola recibéndole con una mano y con la otra recibir el cuerpo del niño, de lo contrario o si es otra posición mueva suavemente hacia la región anal la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior	x	

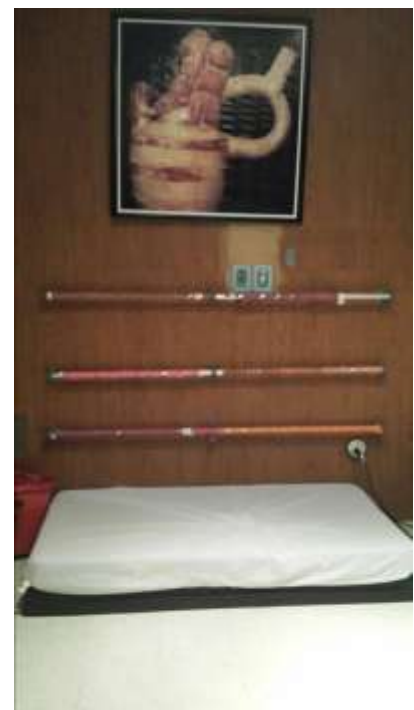
46	Lleve la cabeza del bebé hacia la región anterior para extraer el hombro posterior	x	
47	Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera	x	
48	Coloque al bebé siempre sobre el abdomen de la madre para ella lo pueda tocar.	x	
49	Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, permita cortar el cordón umbilical a la partera tradicional y al familiar según las prácticas de la comunidad.	x	
50	Si las condiciones de la madre y el recién nacido lo permiten inicie la lactancia materna.	x	
51	Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés	x	
52	De ser necesario utilizar técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres de la comunidad.	x	
53	Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen	x	
54	Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente, conjuntamente con la partera o partero tradicional	x	
55	Entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma	x	
56	Una vez que ha sido expulsada la placenta realizar el aseo vulvo perineal con agua medicinal tibia respetando las costumbres de la zona	x	
	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	x	
57	Después de ligar el cordón umbilical el pediatra-neonatólogo o personal de salud que cumpla la función de atender al recién nacido seguirá secando al bebé. Realizará apego precoz e iniciará de ser posible lactancia materna	x	
58	Simultáneamente, verificará que exista una adecuada entrada de aire así como el tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color cada 30 segundos	x	
59	La conducta será de observación si el bebé está en buenas condiciones, con color rosado, respiración rítmica y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm	x	

60	Si el bebé presenta meconio pero está vigoroso, con llanto fuerte y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm, sólo requerirá de aspiración	x	
61	El recién nacido necesitará reanimación si: presenta cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardíaca menor de 100 lpm, presencia de meconio pesado	x	
62	Identifique y realice la valoración de APGAR al primer y al quinto minutos de vida, cuidando el calor que se debe proporcionar al bebé	x	
63	Se registrará adecuadamente todas las acciones efectuadas en la Historia Clínica perinatal y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.	x	
64	Se pesará y medirá al recién nacido, se permitirá que sea vestido con ropa limpia traída por los familiares	x	
65	Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	x	
66	Lávese las manos minuciosamente	x	
67	Permitir la participación de los familiares, partera o partero según las costumbres de la comunidad. Procurar que la ropa que utilizará el recién nacido esté limpia.	x	
68	Trate de interactuar con los acompañantes de la paciente, respete las prácticas inofensivas de la paciente y los acompañantes sobre ella y el bebé	x	
69	.Promover en la madre y la comunidad el manejo del niño manteniendo el aseo de las manos, principalmente durante la lactancia.	x	
70	Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal	x	
71	En el puerperio debe permitir que la paciente sea fajada si es una costumbre de la comunidad	x	
72	En lo relacionado a la dieta permitir que los familiares lleven la alimentación que acostumbran a dar en su comunidad	x	
73	Durante la estadía postparto se orientará sobre lactancia materna y se dará conserjería de planificación familiar	x	
74	Si la paciente adopta un método anticonceptivo este será entregado o colocado según el caso previo al alta	x	

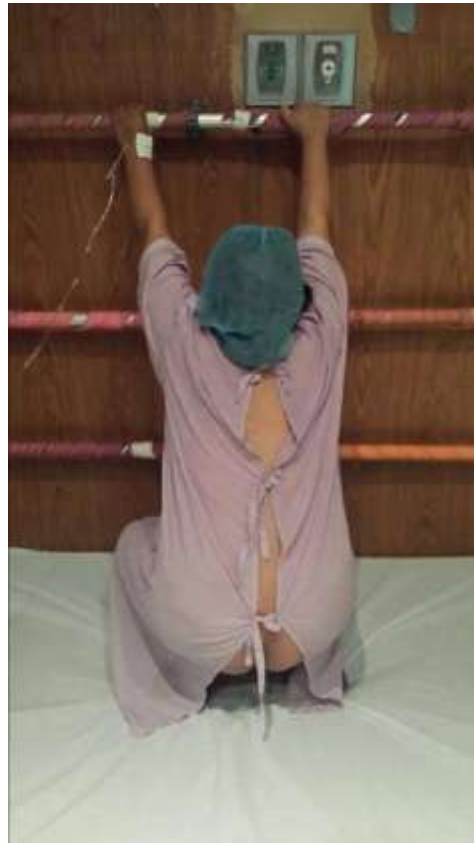
75	.Se dará el Alta entre 24 a 48 horas del parto según evolución del caso. Previo al alta se indicarán los signos de alarma a observarse tanto en la madre como en el recién nacido	x	
76	Se enviará con la paciente la Hoja de contrarreferencia para ser entregada en su subcentro de salud para los controles subsecuentes	x	
77	Independientemente se enviará una copia de la contrarreferencia con el mensajero de la unidad donde se realizó el parto al sub centro de salud para los controles subsecuentes.	x	
78	El jefe de obstetricia donde se realizó el parto se comunicará personalmente con el Director del subcentro de salud para informar del alta y condición de la paciente.	x	

ANEXO 3 Fotos









ANEXO 4 Validaciones



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

Ibarra, 22/02/16

Lic. Nataly Navarrete

LÍDER DE LA SALA DE PARTOS

Presente

De nuestras consideraciones:

En virtud de la implementación del proyecto de investigación "FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO". Solicitamos muy comedidamente, se digne autorizar el ingreso de la Srta. Mónica Encalada estudiante de la Carrera de Enfermería, con la finalidad de realizar el proceso de investigación y recabar información científica en la unidad de Prestación de servicios.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente solicitud anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

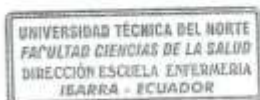
Atentamente

Msc. Maritza Álvarez

DIRECTORA DE CARRERA

Dr. Darwin Jaramillo

TUTOR DE TRABAJO DE GRADO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA



Ibarra, 22 /02 /2016

Ing. José Farinango

DIRECTOR JAMBI HUASI

Presente.

De nuestras consideraciones:

En virtud de la implementación del proyecto de investigación " FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO". Solicitamos muy comedidamente, se digne autorizar el ingreso de la Srta. Mónica Encalada estudiante de la Carrera de Enfermería, con la finalidad de realizar el proceso de investigación y recabar información científica en la unidad de prestación de servicios.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente solicitud anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente

Msc. Maritza Álvarez

DIRECTORA DE CARRERA

Dr. Darwin Jaramillo

TUTOR DE TRABAJO DE GRADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL: JOSE PATRICIO

SNLAGO SUADANTA

REVISIÓN No.: 3

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:


Observaciones:

NINGUNA

APRECIACIÓN CUALITATIVA

CRITERIOS	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claridad en la redacción de los ítems	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinencia de la variable con los indicadores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevancia del contenido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factibilidad de la aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:
NINGUNA

Validado por: JOSE PATRICK INYAO T	C.I. N°: 1712740777
Profesión: TECNOLÓGICO EN MEDICINA ALTERNATIVA	
Lugar de Trabajo: JAMBÍ TUPA	
Cargo que desempeña: MÉDICO ALTERNATIVO	
Lugar y fecha de validación: OSAVANA, 25-02-2016	
Firma: 	





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

Ibarra, 22/02/16

Lic. Silvia Romero

DIRECTORA DEL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE

Presente

De nuestras consideraciones:

En virtud de la implementación del proyecto de investigación "FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO". Solicitamos muy comedidamente, se digne autorizar el ingreso de la Srta. Mónica Encalada estudiante de la Carrera de Enfermería, con la finalidad de realizar una encuesta piloto y recabar información sobre el tema en mención a un grupo de pacientes y personal que asisten a la unidad de Prestación de servicios.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente solicitud anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente


Msc. Maritza Alvarez
DIRECTORA DE CARRERA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN ESCUELA ENFERMERIA
IBARRA - ECUADOR


Dr. Darwin Jaramillo
TUTOR DE TRABAJO DE GRADO

HOSPITAL "ASDRÚBAL DE LA TORRE"
SOTACACHI
Fecha: 2016-02-22
UTN


NOMBRE DEL PROFESIONAL: Glai - Gisela Laura Velásquez

REVISIÓN No.: 4

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:


Validación con usuarios de pasaporte y personal de salud y atención
para a la población

APRECIACIÓN CUALITATIVA

CRITERIOS	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claridad en la redacción de los ítems	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinencia de la variable con los indicadores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevancia del contenido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factibilidad de la aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

Se realizó la validación y se cambió el instrumento y redacción
sobre la encuesta del personal de salud y usuarios

Validado por: <i>Dr. Cristina Soto</i>	C.I. N°: <i>1002414165</i>
Profesión: <i>Enfermera</i>	
Lugar de Trabajo: <i>Distrito 10003 - Cotacachi</i>	
Cargo que desempeña: <i>Substituto de Promoción de la Salud</i>	
Lugar y fecha de validación: <i>Cotacachi 29. 02-2016</i>	
Firma: 	

REVISIÓN No.: _____

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Suficiente: Medianamente Suficiente: _____ Insuficiente: _____


Observaciones:

CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA			
	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>			
Claridad en la redacción de los ítems	<input checked="" type="checkbox"/>			
Pertinencia de la variable con los indicadores	<input checked="" type="checkbox"/>			
Relevancia del contenido	<input checked="" type="checkbox"/>			
Facilidad de la aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>			

Observaciones:

Retirar las últimas preguntas.
- las anteriores preguntas son coherentes.

Validado por: Meira Torres Juan	C.I. N°: 944198473.
Profesión: Ginecóloga - Obstetra.	
Lugar de Trabajo: Hospital Psiquiátrico de La Torre	
Cargo que desempeña: Ginecóloga / obstetra.	

Lugar y fecha de validación:	24/02/16,
Firma:	

Dña. Neira Torres V.
Comisionada y gestora
L.O. 1/81 F. 53 N.º 156

NOMBRE DEL PROFESIONAL: CARLOS ANDRÉS BETANCOURT
LENARES

REVISIÓN No.: 3

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:


Se realizaron tres verificaciones del instrumento con las respectivas observaciones según las necesidades del trabajo de investigación

APRECIACIÓN CUALITATIVA

CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claridad en la redacción de los ítems	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinencia de la variable con los indicadores	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevancia del contenido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factibilidad de la aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

Es importante resaltar que el instrumento se corrige según las experiencias que tienen los pacientes de nuestra institución

Validado por: <u>Carlos Andrés Benítez Linares</u>	C.I. N°: <u>1722175120</u>
Profesión: <u>LIC ENFERMERIA, ESPECIALISTA EN CALIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTION</u>	
Lugar de Trabajo: <u>DEPTO DE SALUD 10003 / DEPTO. SEGURIDAD INDUSTRIAL</u>	
Cargo que desempeña: <u>TEC. SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL</u>	
Lugar y fecha de validación: <u>29-02-2016 - COTA CACHI</u>	
Firma: 	

Dr. José Ambrosio Vega
MEDICO GRUPO UJANO
Calle 1 Falso 39

SUMMARY

Analyzing the risk factors and protective safety of patients in culturally appropriate birth in San Luis de Otavalo Hospital, it involved to know how this program is developed and link the reality of the indigenous population, their habits and customs in the labor process, and scientific development of the institutions providing health services. The applied methodology was a quality-quantitative, descriptive and cross-sectional design, a survey was applied to staff and patients of the program. For the analysis of the results a test of variance analysis (ANOVA) was performed randomized blocks; and for the analysis of difference of measures Tukey HSD test was used, with the statistical package STATGRAPHYCS XV.II, which allowed to show that there is no statistically significant risk difference in patients with 95% of probability in reference to age, ethnicity and delivery position according to research. 71% of patients are between 20 and 35 years old, 70% are married, 66% have secondary education, 67% are multiple - pregnancy; 65% live in rural areas, 64% are indigenous, 76% have had their children in the hospital, 92% would prefer to give birth at home; 83% had a son in a kneeling position; 57% were accompanied by their husband; 79% do not go to hospital because they do not have money; 35% did not have control pregnancy; 57% dislike the delivery room because it's cold. 100% claim that the Hospital adopts security measures during childbirth. It is concluded that the San Luis Hospital of Otavalo, has professional and trained staff who knows the protocols about care of culturally accepted childbirth and the implement measures to prevent risks; it has 'protective safety for the mother and her child as well as for their families in a safe labour process with intercultural approach.

Keywords: Risk factors, protective safety of patients, culturally appropriate birth.

