

CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES E INDICADORES DE PARTO Y NACIMIENTO HUMANIZADO EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C VELASCO IBARRA, MACHALA ECUADOR

Compliance with standards and indicators of humanized labor and birth in the type C health center Velasco Ibarra, Machala Ecuador

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0097>

Elida Yesica Reyes Rueda^{1*}

<https://orcid.org/0000-0002-2466-2063>
ereyes@utmachala.edu.ec

Carmen Liliana Paccha Tamay¹

<https://orcid.org/0000-0002-7323-2764>
cpaccha@utmachala.edu.ec

Jorge Armando García Maldonado¹

<https://orcid.org/0000-0002-1303-6577>
jagarcia@utmachala.edu.ec

Sara Margarita Saraguro Salinas

<https://orcid.org/0000-0002-4711-1416>
ssaraguro@utmachala.edu.ec

Recibido: 12 de septiembre de 2021

Aceptado: 20 de enero de 2022

RESUMEN

Introducción: El parto constituye un acontecimiento extraordinario en la vida de la mujer, dado precisamente, por ser la culminación del embarazo humano y al unísono, el inicio de una nueva vida, razón por la que se le atribuye especial interés a nivel universal. **Objetivo:** Analizar el cumplimiento de estándares e indicadores de parto y nacimiento humanizado en el Centro de Salud Tipo C. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Con una población total de pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto “Velasco Ibarra”, en Machala Ecuador, de enero a diciembre del 2020. **Resultados:** 743 pacientes tuvieron control prenatal con más de 5 sesiones, el 100% de los partos fue espontáneo, con ruptura anteparto, sin inducción, en su mayoría con las semanas completas. En cuanto a la presentación del parto 996 casos fueron de presentación cefálica. 862 pacientes no tuvieron acompañantes, sino, el grupo sanitario, médicos y enfermeras y solo a 125 se le permitió tener a su pareja. En cuanto a la posición del parto, 908 estuvieron en posición de litotomía (ginecológica), en cuanto a la analgesia, solo 267 y ninguna requirió anestesia, así como tampoco requirieron sangre, sulfato, hierro ni anticonceptivos postparto. **Conclusiones:** Se precisa la inclusión del componente humanizador e integral para la concepción del parto como un proceso natural y fisiológico, con la combinación científico-humanista en el logro de una atención con calidad y calidez, donde la mujer ecuatoriana protagonice su proceso de parto como un sujeto de cuidado y no como objeto del mismo.

Palabras Claves: Parto; Nacimiento; Humanizado; Salud

1. Universidad Técnica De Machala (UTMACH)- Ecuador
* Autor de correspondencia: ereyes@utmachala.edu.ec



SUMMARY

Introduction: Childbirth is an extraordinary event in a woman's life, given precisely because it is the culmination of human pregnancy and at the same time the beginning of a new life, which is why special interest is attributed to it at a universal level. **Objective:** To analyze compliance with humanized childbirth and delivery standards and indicators in the Type C Health Center. **Materials and Methods:** Observational, descriptive, prospective, cross-sectional study. With a total population of patients treated at the Obstetric Center Service of the "Velasco Ibarra" Institute, in Machala Ecuador from January to December 2020. **Results:** 743 patients had prenatal control with more than 5 sessions, 100% of deliveries were spontaneous with antepartum rupture, without induction and almost all with complete weeks. And in 3, regarding the presentation of delivery, 996 cases were of cephalic presentation. 862 patients did not have companions, but the health group, doctors and nurses and only 125 were allowed to have their partner. As for the position of delivery, 908 were in the lithotomy (gynecological) position, as for analgesia only 267 and none required anesthesia, nor did they require blood, sulfate, iron, or postpartum contraceptives. **Conclusions:** the inclusion of the humanizing and integral component is required for the conception of childbirth as a natural and physiological process, with the scientific-humanistic combination in achieving care with quality and warmth, where the Ecuadorian woman is the protagonist of her birth process as a subject of care and not as its object.

Keywords: Childbirth; Birth; Humanized; Health

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX, la falta de confianza en la naturaleza y el exceso de confianza médica en la tecnología llevaron a la aplicación de una serie de prácticas que caracterizaron la Obstetricia moderna e influyeron en alejar al parto de su esencia natural (1). Los profesionales de salud involucrados en el proceso de parto se han centrado durante los últimos dos siglos en sistematizar la atención brindada, cuyos resultados han sido una disminución en las tasas de mortalidad materna e infantil (2,3,4). Sin embargo, a partir de algunas décadas atrás, numerosas iniciativas y políticas públicas internacionales y recientemente nacionales, han intentado dar un vuelco a esta tendencia, tratando de humanizar la atención en salud desde el nacimiento (3,5).

El sistema de salud latinoamericano ha logrado bajos índices de mortalidad materna e infantil, que lo ubican dentro de los primeros países a nivel mundial en exhibir estas cifras, lo que constituye un logro tanto para el sistema de salud como para el sistema socioeconómico; pero al tomar en consideración que el parto establece el principio y el

punto de partida de la vida, su humanización constituye una necesidad inaplazable, razón por lo que la presente investigación tiene como objetivo caracterizar el parto humanizado que permita desplegar los horizontes profesionales del equipo de salud que atiende el parto (5-7).

El parto constituye un acontecimiento extraordinario en la vida de la mujer, dado precisamente, por ser la culminación del embarazo humano y al unísono el inicio de una nueva vida, razón por la que se le atribuye especial interés a nivel universal. Desde la década de los años 70 del siglo XX, Leboyer, obstetra francés, considerado el precursor de la humanización del parto, llamaba la atención a la sociedad respecto a la forma en que los seres humanos eran traídos al mundo (8-11). A criterio de los autores, el proyecto de acción relacionado con los problemas de humanización de la atención al parto no puede circunscribirse solo a la actualización de los conocimientos clínicos y tecnológicos, sino, que debe de incluir diferentes formas de transformar el conocimiento teórico, que sustente en la práctica, la expresión de los conocimientos de una forma integradora, donde el humanismo avance paralelo a los adelantos científicos y tecnológicos (11-16). Al tomar como referencia este tipo de proyecto de acción, para ser dirigido al equipo de salud que brinda atención a la mujer durante el parto, se identifica como objetivo de la presente investigación reforzar el conocimiento teórico sobre la humanización al parto, que transforme en la práctica asistencial, la atención integral a la mujer. Todo ello supone consecuencias positivas en términos de salud y una mejor calidad de atención para las mujeres en las áreas asistenciales del servicio obstétrico en el nivel hospitalario. El presente trabajo tiene como objetivo analizar el cumplimiento de estándares e indicadores de parto y nacimiento humanizado en el Centro de Salud Tipo C.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Con una población total de pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto “Velasco Ibarra”, en Machala Ecuador, de enero a diciembre del 2020. La muestra fue 996 mujeres que acudieron al Centro de Salud para la atención del parto, quienes aceptaron participar en la investigación de manera voluntaria



RESULTADOS

Tabla 1. Control Prenatal

Consultas prenatales		Hospitalización durante el embarazo		Administración de corticoides antinatales			Administración de uteroinhibidores	
≤ 4	≥ 5	SI	NO	SI	NO	N/A	SI	NO
253	743	267	729	38	0	958	0	996

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)

Como se aprecia en el cuadro 1, 743 pacientes tuvieron control prenatal con más de 5 sesiones como lo establece OMS (2021), la mayoría no requirió hospitalización y no necesitaron corticoides ni uteroinhibidores, lo que indica que fueron embarazos controlados sin factores de riesgo.

Tabla 2. Desarrollo del Parto

Inicio del parto		Ruptura de membranas anteparto		Edad Gestacional al parto	
Espontáneo	Inducido	SI	NO	Semanas	Días
996	0	729	267	973	23

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)

Tabla 3. Desarrollo del Parto

Presentación/situación del feto		
Cefálica	Pelviana	Transversa
996	0	0

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)

En la tabla 2, se muestra que el 100% de los partos fue espontaneo, con ruptura anteparto, sin inducción y casi todos con las semanas completas. Y en el 3, en cuanto a la presentación del parto 996 casos fueron de presentación cefálica.



Tabla 4. Desarrollo del Parto

Acompañante				
Pareja	Familiar	Partera	Otro	Ninguno
125	9	0	0	862

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)

Tabla 5. Desarrollo del Parto

Posición del parto					
Arrodillada	De pie	Cuclillas	Sentada	Acostada de lado	Litotómica
0	0	0	88	0	908

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)

En cuanto al acompañamiento, 862 pacientes no tuvieron acompañantes, sino, el grupo sanitario, médicos y enfermeras, y solo a 125 se le permitió tener a su pareja. En cuanto a la posición del parto, 908 estuvieron en posición litotomía (ginecológica) como la más común en casos de trabajo de parto.

Tabla 6. Desarrollo del Parto

Prácticas Interculturales					
Vestimenta		Entrega de placenta		Ingesta de líquidos	
SI	NO	SI	NO	SI	NO
0	996	0	996	0	996

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)

Tabla 7. Desarrollo del Parto

Nacimiento		Nacimiento Múltiple		Episiotomía		Desgarro		Manejo Activo		Placenta	
Vivo	Muerto	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Completa	Retenida
996	0	10	986	210	783	15	981	996	0	993	6

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)



Tabla 8. Acciones Postparto

Ligadura cordón al cesar pulsaciones		Recibió											
		Inducto conducción		Oxitóxicos en TDP		Antibióticos		Analgesia		Anestesia local		Trasfusión de sangre	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
267	729	0	996	0	996	193	803	267	729	0	996	0	996

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)

Tabla 9. Acciones Postparto

Recibió Sulfato de Magnesio		Administración de hierro parenteral				Apego precoz		Anticonceptivos en el posparto inmediato	
Preeclampsia	Eclampsia								
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5	991	0	0	0	996	996	0	948	48

Fuente: Datos recopilados por los Autores (2020)

Según los resultados obtenidos, a ninguna se les permitió estar vestidas durante el parto, esto debido a medidas sanitarias básicas, todos los niños nacieron vivos y solo 10 eran gemelos, a 267 se le realizó ligadura de cordón, ninguna utilizó oxitoxina post parto, ni requirieron antibióticos, (solo 193), en cuanto a la analgesia solo 267 y ninguna requirió anestesia, así como tampoco requirieron sangre, ni sulfato, ni hierro ni anticonceptivos postparto.

Para constatar el aumento se estima que en el periodo 1988-2000 los nacimientos en instituciones privadas sobrepasaron la mitad de los nacimientos (sobre un total analizado de 992 casos); mientras que en 1997 las cesáreas fueron el 48% de los nacimientos, en 2003 fueron casi el 64%. Desde el campo de la salud y los derechos humanos ha comenzado a plantearse que el aumento en el número de las cesáreas no es ajeno a un fenómeno más general que englobaría el uso y abuso de las cesáreas y toda una serie más de prácticas biomédicas institucionalizadas y violentas: uso y abuso de fórceps, oxitocina, rasurados, edemas entre otros. Si se considera que estas prácticas y técnicas se dan en el marco de relaciones asimétricas de poder, que generan maltrato, se comprende el sentido abarcador de lo que se denuncia como Violencia Obstétrica.



Es en este marco donde deben comprenderse los intentos por definir y especificar la violencia obstétrica, para, a partir de ello, elaborar planes y programas que busquen reducirla o eliminarla, un grupo de médicos varones, formados en la escuela de la medicina social latinoamericana y que estuvieron en contacto con colegas de Sudamérica que alentaron en sus propios países el parto humanizado, fueron los que diseñaron e implementaron el modelo de atención intercultural del parto de la Secretaría de Salud. Definieron la Violencia Obstétrica como un tipo de violencia que afecta la salud reproductiva y que está "frecuentemente presente en la atención convencional de los servicios institucionales y privados". Esta frecuencia en la atención "convencional", los alerta sobre la "naturalización" que se hace de estas violencias institucionales. La Violencia Obstétrica es entonces para ellos "producto del patriarcado, que se manifiesta en la legitimación de procedimientos como la apropiación del cuerpo de la mujer y un trato deshumanizador y una patologización de sus procesos naturales".

Se define entonces por los autores, como parto humanizado, la atención integral que se le brinda a la mujer y la familia durante el proceso del parto, con el objetivo de percibir a la mujer como sujeto de cuidado, permitiéndole su participación activa, la satisfacción de necesidades y libertad de decisión mediante la combinación científico-humanista del equipo de salud en su atención para la percepción del parto como un acontecimiento natural y fisiológico, acorde a los preceptos del sistema de salud ecuatoriano.

El movimiento de humanización del embarazo, el parto y el nacimiento se inscribe en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en la reivindicación de estos. Ningún procedimiento debería existir simplemente por la comodidad del personal hospitalario. El parto humanizado, requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la mujer, para servir sus necesidades individuales y deseos particulares y deben basarse en un soporte legal que apremia, se asuma en Ecuador con carácter urgente. En opinión de los autores, se percibe aún, el camino a recorrer en los hospitales y maternidades hasta que las mujeres tengan acceso a una atención de parto, no solo segura sino, también acogedora, con respeto a sus necesidades físicas, emocionales, psicológicas, sociales y espirituales.

Como regla general se presume que toda mujer mayor de edad es capaz de actuar y ejercer de forma autónoma sus derechos. Por consiguiente, puede tomar decisiones sobre su embarazo y parto por sí misma, autorizando los cuidados o tratamientos a través del



consentimiento informado, que es la manifestación de la conformidad libre, voluntaria, consciente e informada de una persona capaz en relación con una intervención o actuación que afecta a su salud.

Es recomendable planificar los cuidados y en el caso de la mujer embarazada, es prever la atención futura relacionada con su embarazo y parto. La planificación anticipada de la atención en el caso de la mujer embarazada se refiere a un proceso generador de vida. Esta planificación serviría para reforzar la relación clínica entre la mujer y los profesionales asistenciales, con el entorno familiar y personal, para que la mujer y su pareja conozcan las características, consecuencias del embarazo y del parto y la consideración de este proceso como un acontecimiento vital, normal y no como una enfermedad.

Para los autores, esta planificación anticipada en Ecuador se traduce en la atención prenatal y el resto de las atenciones que le brinda el sistema de salud a la embarazada, obteniendo un lugar cimero los programas de Maternidad y paternidad responsables y el de Psicoprofilaxis obstétrica, a través de los cuales se realiza la orientación y preparación de la pareja para asumir el embarazo y el parto como procesos naturales incluidos dentro del ciclo vital de la familia. Aseveran, además, que en el desarrollo de estos programas se encuentran las bases que incursionarán el progreso del parto humanizado en Ecuador, a pesar de que resulta necesario realizar una revisión de ambos para la inclusión del abordaje integral del parto humanizado desde la esencia propia del nivel primario de salud.

CONCLUSIONES

De este análisis teórico, surgen presunciones con relación al proceso de parto en el contexto de las maternidades Ecuatorianas, donde existen profesionales de la salud con un nivel científico y un dominio tecnológico elevado para garantizar un resultado satisfactorio en el binomio madre-hijo pero se precisa la inclusión del componente humanizador e integral para la concepción del parto como un proceso natural y fisiológico, con la combinación científico-humanista en el logro de una atención con calidad y calidez, donde la mujer Ecuatoriana protagonice su proceso de parto como un sujeto de cuidado y no como objeto del mismo



REFERENCIAS

1. Munares-García O. Características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú. 2013. MÉD UIS. 2015[citado 3 enero 2016];28(3):291-9.
2. Gaitán-Duarte, H., Eslava-Schmalbach, J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017[citado 3 enero 2016];68.
3. García Jordá D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. Ciudad de La Habana, 2007-2010. [Tesis doctoral]. Universidad de La Habana, Facultad de Biología; [citado 23 febrero 2015] 2011.
4. Santos Redondo P, Al-AdibMendiri M. Estrategia de atención al parto normal. Extremeño de Salud. 1ª Edición. Brasil; [citado 23 febrero 2015]. 2013.
5. Cabrera Ditzel J. Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile. Renacer del parto natural. REV CHIL OBSTET GINECOL 2003[citado 21 agosto 2016];68(1):65-7.
6. Fray Bartolomé de las Casas. Historia de las Indias. Vol II. Madrid: 1875 [citado 21 agosto 2016].
7. De Gordón y de Acosta AM. Medicina indígena de Cuba y su valor histórico. Cuad Hist Salud Pública [serie en Internet] 2008[citado 18 Ene 2015];(104):[aprox. 24 p.].
8. Ancheta Niebla E. Hechos y personalidades relacionados con la enfermería cubana 1899-1958. [Tesis doctoral]. Universidad de La Habana, Facultad de Enfermería: "Lidia Doce"; 2015.p. 5-7 [citado 1 mayo 2016].
9. Le Roy J. Hospitales de San Francisco de Paula (para mujeres). Rev. Med y Cirg. Habana. 1921[citado 4 abril 2017];26:564-73.
10. Delgado G. Los hogares maternos: su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su creación. Cuad Hist Salud Pública [serie en Internet]. 2007[citado 18 Jun 2015];(101): [aprox. 10 p.].
11. López Espinosa JA. Contribución al estudio de la bibliografía cubana sobre Obstetricia. Acimed. 2006[citado 18 agosto 2017];14(6).

12. Martínez-Fortún JA. Algunos datos relativos a la medicina contemporánea. Cuad Hist Salud Pública [serie en Internet]. 2005[citado 31 Junio 2016];(98):[aprox. 6 p.].
13. Hernández Saíenz M, Martel Martínez M. La práctica social de las comadronas en Nuevitas antes del Triunfo de la Revolución. Rev Hum Med. 2006[citado 22 marzo 2017]
14. Amaro Cano MC. La formación humanística de las enfermeras: una necesidad insoslayable. Cuba. Rev Cub Enf. 2013[citado 13 agosto 2017]
15. Biurrun Garrido A., Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Matronas Prof. 2013[citado 28 Dic 2016]
16. Duarte H, Eslava-Schmalbach J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017[citado 3 enero 2016]

