



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE POSTGRADO**

**“TRABAJO DE TITULACION ESPECIAL”
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
GERENCIA CLINICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**TEMA
VIOLENCIA OBSTETRICA EN MUJERES POSTPARTO**

**AUTORA:
LIC. PAOLA ISMENIA MEJÍA QUINTERO**

**TUTORA:
DRA. PATRICIA LEÓN LEÓN**

**AÑO - 2017
GUAYAQUIL – ECUADOR**



OF.COORD.POSG.FCMUG. 1023.17
Septiembre 30 de 2017

LICENCIADA

PAOLA ISMENIA MEJIA QUINTERO

MAESTRIA EN GERENCIAS CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Ciudad

Por medio del presente comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Normativa vigente de **Unidad de Titulación Especial** de la Dirección de Postgrado Vicerrectorado de Investigación, Gestión Social de Conocimiento y Posgrado, su **Proyecto de Titulación** ha sido aprobado con el tema:

"VIOLENCIA OBSTETRICA EN MUJERES POSTPARTO".

Tutor: Dra. Patricia León León, MSc..




El cual fue Revisado y aprobado por la Coordinación de Postgrado de la Facultad el día 15 de septiembre de 2017, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del mismo de acuerdo a la normativa establecida.

Atentamente


DR. GUILLERMO CAMPUZANO CASTRO, MSc.
COORDINADOR DE POSGRADO

C. archivo

<i>Revisado y Aprobado por:</i>	<i>Dr. Guillermo Campuzano Castro, MSc.</i>
<i>Elaborado por:</i>	<i>Inspector Robinson Ríos</i>

 Presidencia de la República del Ecuador		 Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes		 SENESCYT <small>Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación</small>	
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA FICHA DE REGISTRO ESTUDIO DE CASO EXAMEN COMPLEXIVO					
TÍTULO: VIOLENCIA OBSTETRICA EN MUJERES POSTPARTO					
AUTORES: LCDA PAOLA MEJIA QUINTERO			TUTOR DRA. PATRICIA LEÓN LEON		
			REVISORES:		
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil			FACULTAD: Ciencias Médicas		
PROGRAMA: Postgrado					
FECHA DE PUBLICACIÓN:			NO. DE PÁGS: 33		
ÁREA TEMÁTICA: salud					
PALABRAS CLAVES: Postparto - Violencia Obstétrica - Atención Humanizada - Atención Intercultural - Insatisfacción de Pacientes.					
<p>Resumen: Violencia Obstétrica es toda acción nociva que se expresan mediante un trato deshumanizado mediante la utilización de un lenguaje inapropiado y grosero, discriminación, humillación burlas y críticas respecto al estado de la mujer y su hijo por parte de los profesionales de la Salud. Los procesos de Institucionalización del parto han dejado de lado las particularidades de los individuos y grupos sometiendo a la mujer parturienta como objeto de intervención hasta cierto punto relegando sus derechos, en cuanto a la información oportuna, apego precoz inmediato, privacidad, participación familiar, considerar la alimentación, vestimenta y respeto a sus costumbres. Objetivo: Determinar la violencia obstétrica en mujeres de postparto en la sala de recuperación del Centro de Salud de Rioverde. Metodología: enfoque cuantitativo tipo descriptivo y transversal dedican a describir y recolecta datos o componentes sobre diferentes aspectos de las mujeres en postparto. Resultados: Al analizar los resultados de esta investigación se refleja que el 55% de las mujeres postparto no recibieron información oportuna sobre su cuidado y del bebe no se les respetaban sus costumbres, no les permitieron ingerir ninguna infusión de plantas medicinales mientras que el 60% de las mujeres respondieron no recibieron una atención humanizada por parte de la enfermera. Conclusión: La atención humanizada e intercultural está afectada en cerca de la mitad de las pacientes que no se les permite y la toma de infusión de plantas medicinales, reciben en forma tardía atención en el postparto, así como también por no recibir atención oportuna, separación del bebé de su madre por más de una hora del nacimiento y no cumple con la lactancia materna, verificando el objetivo propuesto por el personal de enfermería</p>					
N° DE REGISTRO(en base de datos):			N° DE CLASIFICACIÓN: N°		
DIRECCIÓN URL (estudio de caso en la web)					
ADJUNTO URL (estudio de caso en la web):					
ADJUNTO PDF:					
CONTACTO CON AUTORES/ES:			Teléfono:062451598 - 0997792149		E-mail: pmejiaq@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:			Nombre: Secretaria de la Coordinación de Posgrado		
			Teléfono: 042394154 egraduadosug@hotmail.com		

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de la MAESTRANTE PAOLA ISMENIA MEJIA QUINTERO, del Programa de Maestría/Especialidad GERENCIA CLINICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médica CERTIFICO: que el trabajo de titulación VIOLENCIA OBSTETRICA EN MUJERES POSTPARTO, en opción al grado académico de Magíster en GERENCIA CLINICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente,

Dra. Patricia León
Tutora

Guayaquil, Septiembre de 2017

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a dar este paso muy importante en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me ha enseñado a valorarlos cada día más. A mis padres por su ejemplo de lucha en la vida, sus consejos y su inmenso amor. A mis hermanos por estar allí en los momentos difíciles de mi vida. Y en especial a mi hijo Ariel Eduardo Espinoza Mejía mi mayor inspiración para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida, salud, mucha, fortaleza, y la sabiduría necesaria para culminar con éxito el esfuerzo de este cada día.

A mi hijo Ariel Eduardo Espinoza Mejía por ser mi fortaleza para seguir adelante con perseverancia y constancia en la vida.

DECLARACIÓN JURAMENTADA

“La responsabilidad del contenido de este Trabajo de Titulación Especial, me corresponde exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”



Firma

Lic. Paola Mejía Quintero

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de Salud

FMI: Fondo Monetario Internacional

PNDU: Informes de Desarrollo Humano

INDICE DE CONTENIDO

Portada	I
Repositorio Nacional en Ciencias y Tecnología.....	III
Certificación del tutor	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Declaración juramentada	VI
Abreviaturas.....	VII
Indice de contenido.....	VIII
Indice de tabla.....	X
Resumen.....	XI
Abstract.....	XII
Introducción	1
Delimitación del problema.....	2
Formulación del problema	2
Justificación	2
Objeto de estudio	2
Campo de acción o de investigación.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos	3
Novedad científica	4
CAPITULO I	5
Marco Teórico.....	5
1.1. Teorías generales	5
1.2. Teorías sustantivas	7
1.3. Referentes empíricos.....	9
CAPITULO II.....	13
Marco Metodológico.....	13
2.1. Metodología.....	13
2.2. Métodos.....	13
2.3. Hipótesis	13
2.4. Universo y muestra	13

2.5. Criterios de inclusión e exclusión	14
2.6. Gestión de datos	16
2.7. Criterios éticos de la investigación	16
CAPITULO III.....	17
Resultados	17
3.1. Antecedentes de la población.....	17
3.2. Diagnostico o estudio de campo	19
CAPITULO IV.....	22
Discusion.....	23
Limitaciones.....	24
CAPITULO V	25
Propuesta.....	25
Introducción	25
Antecedentes	25
Justificación	26
Objetivo general.....	26
Objetivo específicos.....	26
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Referencias bibliograficas	
Anexos	

INDICE DE TABLA

TABLA N° 1 Información Oportuna a las mujeres postparto	19
TABLA N° 2 De tiempo de Demora en la Atención	19
TABLA N° 3 De Posiciones del Parto	19
TABLA N° 4 Participación en el Pinzamiento del Cordón Umbilical	20
TABLA N° 5 Separación del Recién Nacido	20
TABLA N° 6 De Lactancia Materna	20
TABLA N° 7 De toma de Infusión de Plantas Medicinales	20
TABLA N° 8 De ofertamiento de la Placenta	21
TABLA N° 9 De Privacidad de las mujeres Postparto	21
TABLA N° 10 El trato a las pacientes	21
TABLA N° 11 atención humanizada	22
TABLA N° 12. Control de sangrado	22
TABLA N° 13. Control de signos vitales	22

RESUMEN

Violencia Obstétrica es toda acción nociva que se expresan mediante un trato deshumanizado mediante la utilización de un lenguaje inapropiado y grosero, discriminación, humillación burlas y críticas respeto al estado de la mujer y su hijo por parte de los profesionales de la Salud. Los procesos de Institucionalización del parto han dejado de lado las particularidades de los individuos y grupos sometiendo a la mujer parturienta como objeto de intervención hasta cierto punto relegando sus derechos, en cuanto a la información oportuna, apego precoz inmediato, privacidad, participación familiar, considerar la alimentación, vestimenta y respeto a sus costumbres. **Objetivo:** Determinar la violencia obstétrica en mujeres de postparto en la sala de recuperación del Centro de Salud de Rioverde. **Metodología:** enfoque cuantitativo tipo descriptivo y transversal dedican a describir y recolecta datos o componentes sobre diferentes aspectos de las mujeres en postparto. **Resultados:** Al analizar los resultados de esta investigación se refleja que el 55% de las mujeres postparto no recibieron información oportuna sobre su cuidado y del bebe no se les respetaban sus costumbres, no les permitieron ingerir ninguna infusión de plantas medicinales mientras que el 60% de las mujeres respondieron no recibieron una atención humanizada por parte de la enfermera. **Conclusión:** La atención humanizada e intercultural está afectada en cerca de la mitad de las pacientes que no se les permite y la toma de infusión de plantas medicinales, reciben en forma tardía atención en el postparto, así como también por no recibir atención oportuna, separación del bebé de su madre por más de una hora del nacimiento y no cumple con la lactancia materna, verificando el objetivo propuesto por el personal de enfermería

Palabras clave: Postparto - Violencia Obstétrica - Atención Humanizada - Atención Intercultural - Insatisfacción de Pacientes.

ABSTRACT

Obstetric violence is any harmful action that is expressed through a dehumanized treatment through the use of inappropriate and rude language, discrimination, humiliation, mockery and criticism regarding the status of women and their children by health professionals. The processes of Institutionalization of childbirth have left aside the particularities of individuals and groups subjecting the woman in labor as an object of intervention to a certain extent relegating their rights, in terms of timely information, immediate early attachment, privacy, family participation, consider food, clothing and respect for their customs. Objective: To determine obstetric violence in postpartum women in the recovery room of the Rioverde Health Center. Methodology: quantitative, descriptive and cross-sectional approach to describing and collecting data or components on different aspects of postpartum women. Results When analyzing the results of this investigation, it is reflected that 55% of postpartum women did not receive timely information about their care and the baby was not respected their customs, they were not allowed to ingest any infusion of medicinal plants while 60% of the women responded they did not receive a humanized attention from the nurse. Conclusion The quality of postpartum care information and their babies is perceived as bad in 1/3 of the patients. Humanized and intercultural care is affected in about half of the patients who are not allowed to take infusion of medicinal plants, who receive late care in the postpartum period, as well as not receiving timely care. Separation of the baby from his mother for more than an hour of birth and does not comply with breastfeeding.

Key word: Postpartum - Obstetric Violence - Humanized Care - Intercultural Care - Patient Dissatisfaction.

INTRODUCCION

Violencia Obstétrica es toda acción nociva que se expresan mediante un trato deshumanizado mediante la utilización de un lenguaje inapropiado y grosero, discriminación, humillación, burlas y críticas respecto al estado de la mujer y su hijo por parte de los profesionales de la Salud.

En el ámbito físico, esta violencia se traduce en prácticas invasivas; tales como: el tacto realizado por más de una persona, la episiotomía de rutina, el uso de fórceps, presión abdominal, el raspaje de útero sin anestesia, una cesárea sin justificación médica y el suministro de medicación innecesaria. También implica las identidades específicas culturales que aseguran la interacción y comunicación oportuna sin subordinación de la paciente durante el parto y posparto.

Los procesos de Institucionalización del parto han dejado de lado las particularidades de los individuos y grupos sometiendo a la mujer parturienta como objeto de intervención hasta cierto punto relegando sus derechos sin importar religión, edad, nivel socio-económico y educativo.

El estado tiene la obligación de proveer servicios de salud materna desde la perspectiva de derechos humanos y en este aspecto la CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) ha recomendado garantizar el acceso a la atención profesional durante el parto y el posparto, incluyendo servicios de obstetricia de emergencia, especialmente a los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, respetando las necesidades, costumbres de cada región.

Delimitación del problema

El trato deshumanizado mediante la utilización de un lenguaje inapropiado y discriminatorio, obstaculizar el apego precoz del niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de amamantarlo inmediatamente al nacer, el abuso de poder, demora en la atención y separación del recién nacido, infraestructura deficiente, el desconocimiento de las normas y protocolos el cual conlleva un maltrato a la paciente el incumplimiento de las normas, retraso en las medidas obstétricas, falta de libre posición y demora en la atención y separación del recién nacido constituye una vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos.

Formulación del problema

¿Cómo va a incidir en las mujeres postparto la violencia obstétrica ejercida por el personal de enfermería en la sala de recuperación del centro de salud de Rioverde del Cantón Rioverde de la Provincia de Esmeraldas?

Justificación

La investigación se justifica en fomentar un cambio de comportamiento y conocimiento del personal de Enfermería en Derechos Sexuales y Reproductivos para contribuir con conocimientos de enfermería en la atención oportuna de las mujeres que acuden al Centro de Salud de Rio verde del Cantón Rio verde de la Provincia de Esmeraldas para de esta manera mejorar la calidad de Atención Humanizada e Interculturalidad durante el postparto.

Objeto de estudio

Postparto Fisiológico

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se

desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

Campo de acción o de investigación

La Violencia Obstétrica es toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecta la intimidad libertad y estado de salud emocional y ser protagonista de su propio parto expresada en un trato arbitrario, indolente, bochornoso mediante la utilización de un lenguaje hostil despótico, amenazante y sarcástico.

Además obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, y obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente al nacer.

Objetivo general

Determinar la violencia obstétrica en mujeres de postparto en la sala de recuperación del Centro de Salud de Rioverde.

Objetivos específicos

- Establecer los fundamentos teóricos del posparto
- Analizar la violencia obstétrica y atención intercultural en las mujeres postpartos
- Elaborar un plan educativo de cambio de comportamiento y conocimientos del personal de enfermería.

Novedad científica

La Investigación genera una participación activa y concientización de los profesionales de Enfermería en un cambio de actitud comportamiento para la atención Humanizada e Intercultural en las pacientes postparto debido a las acciones fundamentales de sensibilizaciones de buen trato y asegurando normas de Promoción del Buen Vivir establecidas por el MSP.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Teorías Generales

Postparto

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

El puerperio o posparto es el periodo después del parto en el que el organismo recuperar la situación previa al embarazo; comprende las seis semanas siguientes al parto.

Durante el puerperio (“la cuarentena”) va a tener pérdidas de sangre (loquios), que son las diferentes secreciones uterinas que debe expulsar, pueden durar unos 30-40 días, durante los cuales irán cambiando de aspecto. Si en algún momento cree que presentan muy mal olor póngase en contacto con nosotros.

Si ha tenido un parto vaginal, a las pocas horas y asegurándose de que no se maree, ya puede darse una ducha completa. Si le han practicado episiotomía la debe lavar sin miedo con agua y jabón y luego secar bien la herida, no es imprescindible ninguna otra medida. Se puede lavar el cabello tan pronto como lo desee.

Si le han practicado una cesárea deberá esperar un poco más a darse una ducha, hasta que su médico le permita levantarse. Debe evitar los baños y el coito hasta finalizado la cuarentena.

Cambios que se producen durante el posparto

Durante el posparto se producen varios cambios, los músculos de la pelvis y el abdomen volverán poco a poco a su tono normal, a veces dificultado por la sobre distensión y los desgarros musculares que se pueden producir durante el embarazo y parto.

También puede presentar en las primeras horas dificultad para la micción espontánea, debido a la disminución del tono de la vejiga en partos muy prolongados o instrumentados y a la anestesia peridural.

Es habitual un cierto estreñimiento tras el parto, debido a los enemas, a la falta de ingesta, a la disminución de la actividad física, a la presencia de hemorroides.

Depresión postparto

La tristeza posparto se presenta entre el 50 y 80% de las madres quienes manifiestan síntomas de ansiedad, irritabilidad, llanto fácil, y labilidad emocional, que desaparece en dos semanas luego del parto y no requiere tratamiento. Se lo considera normal y se relaciona con el desequilibrio hormonal de estrógenos y progesterona tras la salida de la placenta, incremento de responsabilidades, alteración del ritmo de sueño, alteración de la rutina, impacto del parto. La psicosis puerperal por su parte representa el más severo e inusual cuadro de los trastornos del estado del ánimo en el posparto. Se caracteriza por: aparición antes de las dos semanas, depresión grave y delirios. Se presenta en uno o dos partos de cada 1000 afectando principalmente a las primíparas. Debido a los síntomas psicóticos, las madres tienen riesgo de dañar a sus hijos debido a cuidados maternos negligentes, incompetencia al realizarlo o alucinaciones que llevan a hacer daño al niño. Cuando el cuadro depresivo se prolonga, es muy intenso o aparece un cuadro depresivo después del mes del posparto se debería considerar la presencia de depresión posparto.

1.2. Teorías Sustantivas

Violencia Obstétrica

Es toda acción nociva que se expresan mediante un trato deshumanizado mediante la utilización de un lenguaje inapropiado y grosero, discriminación, humillación, burlas y críticas respecto al estado de la mujer y su hijo por parte de los profesionales de la Salud.

En el ámbito físico, esta violencia se traduce en prácticas invasivas; tales como: el tacto realizado por más de una persona, la episiotomía de rutina, el uso de fórceps, presión abdominal, el raspaje de útero sin anestesia, una cesárea sin justificación médica y el suministro de medicación innecesaria. También implica las identidades específicas culturales que aseguran la interacción y comunicación oportuna sin subordinación de la paciente durante el parto y posparto. (Santiago, 2015)

Tipos de Violencia Obstétricas

Violencia obstétrica física Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

Violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica, obstétrica.

Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. (Arguedas Ramírez, 2014)

Las omisiones configurativas de violencia obstétricas.

Falta de anestesia en los legrados.

Una de las conductas emisivas frecuentes en violencia obstétrica está constituida por la omisión de anestesia cuando se realiza un legrado ante la sospecha de un aborto auto provocado.

Omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

Omisión de intimidad. Cabe recordar que la ley de parto humanizado garantiza la intimidad durante todo el proceso asistencial, la que lógicamente debe ser prestada dentro de los medios con los que se cuenten. (Dois, 2013)

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, Consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de Aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Según estudio de la argentina Laura Belli (2013), somos un objeto de intervención, no un sujeto de derecho, y esto se debe, principalmente, a la relación asimétrica de poder entre las

mujeres y los profesionales de la salud. La violencia gineco-obstétrica es pues, una consecuencia casi inevitable de la aplicación de este paradigma biomédico. (Remache Chicaiza, 2014)

Según estudio de (Paolini, 2015), que señala las relaciones de poder en la asistencia al embarazo y parto desde el biopoder, los hospitales se convierten en una de las más importantes “instituciones disciplinarias”, siguiendo un modelo misógino, autoritario y muy jerarquizado, donde los cuerpos de las mujeres deben ser controlados para producir el resultado esperado: un bebé saludable. Es el dominio sobre nuestros cuerpos en un momento clave de nuestra vida sexual.

1.3. Referentes Empíricos

La episiotomía es una incisión quirúrgica de la vagina y el periné. Practicada a más del 80% de las primíparas en América Latina, constituye un grave problema de salud, por constituir una lesión quirúrgica y hemorrágica que violenta la integridad anatómica y funcional del canal blando del parto (Cárdenas, et al, 2014). Elaborado en el centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés, 2013 por Lic. Ana Elizabeth Loya Ñacata “El estudio demuestra que de 150 pacientes que presentaron Hemorragia Obstétrica, 2 pacientes fueron sometidas a Histerectomía. El 15% de las pacientes que presentaron Hemorragia Obstétrica presentaron shock hipovolémico. Se puede concluir que la atención de enfermería en la Hemorragia Obstétrica significa que la enfermera pondrá en práctica sus conocimientos, habilidades, destrezas y principios bioéticos para poder actuar y brindar atención de enfermería con calidad y calidez y así garantizar la vida de la paciente.

Pereira, Carlota; Domínguez, Alexa; Toro, Judith. Violencia Obstétrica desde la perspectiva de la paciente Determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la sala de partos del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas durante el período

comprendido entre junio y octubre de 2013. Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo, en el que se investigó, la posibilidad de ocurrir violencia obstétrica en 326 pacientes, atendidas por partos, cesáreas y abortos. Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas orientado a conocer la opinión de las pacientes en cuanto a la atención recibida y si tenían conocimientos acerca de la violencia obstétrica. Resultados: La prevalencia de violencia obstétrica fue de 26,3 %, predominando la violencia psicológica. Cuando hubo agresión verbal o maltrato los responsables fueron el obstetra, el anestesiólogo, y las enfermeras. El 34,4 % de las pacientes no recibió información adecuada sobre los procedimientos que les practicarían, mientras que al 65,6 % les fueron realizados procedimientos médicos o quirúrgicos sin solicitarles el consentimiento informado por escrito.

Estudios realizados en México en las sociedades donde los valores patriarcales imperan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada. Debido a la directa relación entre la especialidad médica de la obstetricia y la sexualidad y potencial reproductivo de las mujeres, los y las profesionales de este campo – matronas/es, obstetras y ginecólogos/as – pueden convertirse en agentes clave para el respeto de la autonomía y agencia de las mujeres.

Durante el 2013 y 2014, un grupo de investigadoras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile estudiaron a un grupo de 508 mujeres que tuvieron sus partos en dos servicios de salud del sistema público chileno. Del uso de oxitócica sintética, anestesia epidural y rotura artificial de membranas, contraviniendo las Recomendaciones para el Parto Humanizado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo del programa gubernamental Chile 2013.

Según los números de 2013 presentados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en nuestro país el porcentaje de cesáreas en el sistema privado bordea el 66 por ciento y un 37,4 en el público. El alto índice convierte a Chile en el tercer estado miembro con más cesáreas, sólo después de México y Turquía. . Chile 2013. Respecto a su cuerpo y el de sus bebés, o Debate: Cuando los sujetos se embaraza. DILEMATA, año 7 Silvia Bellón Sánchez por lo contrario, en profesionales con gran poder para ejercer control y vulnerar sus derechos.; Camarco, 2013; y Magnone.

Saavedra D. (2013) realizó en Colombia el estudio: “Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo”. Los resultados evidenciaron una percepción del cuidado recibido en su mayoría favorable (75%). En relación a la deferencia respetuosa, el 81% de las madres calificó los comportamientos del cuidado como favorables. En cuanto a la asistencia segura, el 57% calificó los comportamientos de cuidado como favorables. En cuanto a la interacción positiva, el 72% de las madres percibió el cuidado como favorable, en esta dimensión la gestante en trabajo de parto y parto percibió tranquilidad, apoyo y acompañamiento durante el trabajo de parto y parto. Existió además una deficiencia en el uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.

Quintana M, y col. (2013) elaboraron en Uruguay es estudio “Satisfacción y calidad en analgesia del parto”, con el objetivo de medir la satisfacción de 151 gestantes asociada a la analgesia del parto. La mediana de la edad fue 21 años y el 52% fueron primigestas. El alivio del dolor fue evaluado según Escala Visual Analógica (EVA) antes y después de realizado el procedimiento, se encontró un EVA entre 8 y 10 antes de la analgesia y de 0 a 2 post procedimiento. Además el 70,9% estuvieron calmadas totalmente con la analgesia del parto. Por último, el 97,4% se sintió apoyada por el equipo tratante en todo momento. Se concluye que la satisfacción materna está fuertemente determinada por la efectividad de la técnica,

dependiendo también de otros factores como el apoyo percibido durante el trabajo de parto y experiencias previas.

Castellanos C. y col (2012) desarrollaron un estudio en Venezuela, titulado: “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias”, para lo cual se encuestó a 425 puérperas sobre aspectos relativos a violencia obstétrica. Los resultados mostraron que el 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante y solo un 20,5% percibió trato no violento. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%). Estos hallazgos llevaron a concluir que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1. Metodología

El método cuantitativo se enfoca en recolectar información basado en los números para investigar, analizar y comprobar información y datos; hechos sociales para formular en base esto de hipótesis precisas, responder pregunta tales como, ¿cuántos?, ¿quiénes?, ¿en qué medida?; este intenta especificar y delimitar la asociación o correlación, además de las variables.

El paradigma utilizado tiene un enfoque cuantitativo se dedican a describir y recolecta datos o componentes sobre diferentes aspectos de las mujeres en postparto que son el objeto de estudio y a su vez realizar un análisis y medición de lo mismo para determinar la violencia obstétrica.

2.2. Métodos

Diseño no experimental, de tipo descriptivo y transversal

2.3. Hipótesis

La atención de las mujeres postparto es ejercida con violencia obstétrica por el personal de enfermería.

2.4. Universo y muestra

Universo

200 mujeres postpartos que se encuentran en la sala de recuperación del Centro de Salud de Rioverde

Muestra

La muestra son 200 mujeres igual al universo

2.5. Criterios de inclusión e exclusión

Inclusión

Paciente puérpera inmediata de parto vaginal.

Paciente sin patología postparto

Paciente que acepte participar en el estudio.

Exclusión

Paciente con alteración del estado de conciencia.

Paciente puérpera de embarazo múltiple.

Paciente cuyo parto haya terminado en cesárea.

Paciente que no acepte participar en el estudio

VARIABLES DEPENDIENTES

La Violencia Obstétrica

VARIABLES INDEPENDIENTE

Posparto

Tabla 2.1 OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador
Violencia Obstétrica	Se entiende por violencia obstétrica cualquier acción que patologicice los procesos reproductivos naturales y biológicos. Estos se expresan mediante un trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud, relacionadas con todo el procedimiento que conlleva un embarazo.	Cuidado del paciente sin visión humana	Respetar a la paciente Brindar confort: camas tendidas y con almohada Brindar Información adecuada sobre el cuidado postparto y del bebe Participación familiar en el Pinzamiento de cordón Apego precoz inmediato Lactancia inicial (1ra hora de vida) Alojamiento conjunto
Postparto	El postparto, también conocido como puerperio, es la fase que sigue al parto y dura aproximadamente 6 semanas o cuarenta días, lo que hace que también muchas veces sea conocido como cuarentena	Tiempos de controles	Control de Sangrado Control de signos vitales
Atención Intercultural	Respeto a las costumbres	Costumbres postparto	Permitir toma de infusión de hierbas Oferta de la placenta

2.6. Gestión de Datos

Los datos teóricos se obtuvieron de textos, revistas, artículos bibliográficos.

Para obtener la información se solicitó por escrito el acceso a las hojas de vaciaron los datos en el programa de Excel 2015, para su calificación en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearán tablas y gráficos estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Se generó herramientas de recolección encuesta a las mujeres postparto que se encuentran en la Sala de Parto del Centro de Salud de 24 horas Rioverde. Observación al personal de Enfermería durante la atención a las mujeres postparto. Ficha de Recolección de Datos 051

2.7. Criterios éticos de la Investigación

Durante la investigación en la parte legal se pide autorización al Director de la unidad para la realización de la entrevista, observación revisión y recolectar datos de las pacientes y se guarda el derecho a la confiabilidad de información y no divulgación de los datos.

Previa la autorización de los directivos del Centro de Salud Rioverde se realizó la presente investigación guardándose la confidencialidad de la información, que fue obtenida mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes que presentaron complicaciones.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. Antecedentes de la Población

El Centro de Salud 24 horas Rioverde tiene 7 comunidades, de las cuales 5 son de fácil acceso con vías de primer y segundo orden, excepto las comunidades del Achiote y Amazonas que tiene carretera de tercer orden y caminos vecinales según la época del año, precautelando que en temporada de invierno el acceso es por caminata.

La parroquia Rio verde como cabecera Cantonal cuenta con una población de 4.768 de los cuales 2.228 son menores de 19 años y de 2345 corresponden a la población de 20 a 64 años; el 52 % de la población corresponde al sexo masculino y el 48% al sexo femenino.

El 71% de la comunidad las comunidades de afluencia de Rio verde tiene instalada la red de agua potable, luz eléctrica y teléfono celular que funciona en forma irregular y el 29% de las comunidades se abastecen de agua de tanqueros pozos y ríos, plantas eléctricas y de manera irregular teléfono celular. Cabe mencionar que el aporte de agua potable es deficiente en la provincia teniendo varios días en el mes en el que escasea y además en muestras obtenidas, la naturaleza de la misma conlleva detritus los cuales son factor importante en la parasitosis y dermatosis propia de la provincia.

La comunidad no dispone de un sistema de alcantarillado sanitario; la población general utiliza el sistema de letrinas y pozo séptico, que normalmente son construidas sin criterio técnico por lo tanto el funcionamiento es defectuoso. Se conoce que las varias construcciones que dan al rio Verde presentan su salida de desechos bajo tuberías amplias.

En la Parroquia Rioverde predomina la población mestiza en un 85% negros en un 13% y chachi 1% el cual están asentados en la comunidad de palestina.

El 64% viven en hacinamiento, y 37% en pobreza crítica es por eso que es considerado dentro del quintil 1. Actualmente encontramos colonos de otras provincias.

La calidad de vida y la situación socio-económica de la población es precaria, sus ingresos no les permite el acceso a la canasta básica familiar, determinando así un índice de pobreza de 70,5%, con una pobreza extrema de 23,1

El 94% de la población mantiene un buen estado nutricional, mientras que 5% de la comunidad presenta obesidad y 0.2% de desnutrición debido a la mala alimentación el cual no consumen alimentos nutritivos

De las 200 mujeres postparto el 77% corresponden a nuestras comunidades y el 23% corresponden a otras comunidades cantones y provincias diferentes que llegaron a su parto o por poco tiempo a nuestra comunidad. De estas mujeres postparto 41 fueron adolescentes y solo el 63% corresponden a nuestra comunidad es decir que 27% corresponden a otras comunidades cantones y provincias.

Al analizar los resultados de esta investigación se refleja que el 55% de las mujeres postparto no recibieron información oportuna sobre su cuidado y del bebe no se les respetaban sus costumbres, no les permitieron ingerir ninguna infusión de plantas medicinales mientras que el 60% de las mujeres respondieron no recibieron una atención humanizada por parte de la enfermera.

Como resultado de la observación directa efectuada en este caso, se pueden señalar las siguientes causas: Por la alta demanda de pacientes, falta de tiempo, rutinas del área, para realizar una valoración adecuada, se requiere conocer sobre la condición humana del paciente, basado en datos que puedan ayudar a diagnosticar problemas reales y potenciales en el mismo o afirmar un determinado estado de salud.

3.2. Diagnostico o Estudio de Campo

Según los objetivos específicos planteados se generaron los siguientes resultados.

TABLA N° 1 Información Oportuna a las mujeres postparto

-ATENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY MALA	10	5%
MALA	110	55%
-BUENA	70	35%
MUY BUENA	10	5%
TOTAL	200	100%

Análisis: El 55% de las mujeres posparto indican que la información que les dieron durante el postparto fue mala.

TABLA N° 2 De tiempo de Demora en la Atención

-ATENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oportuna	30	15%
Tardía	90	45%
Insuficiente	80	40%
TOTAL	200	100%

Análisis: el 45% de las mujeres postparto indican que el tiempo de atención es tardía

TABLA N° 3 De Posiciones del Parto

POSICIONES DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	92	46%
NO	108	54%
TOTAL	200	100%

Análisis: El 54% de las mujeres posparto refieren que el Personal de Salud no dejó adoptar posición selectiva de Parto.

TABLA N° 4 Participación en el Pinzamiento del Cordón Umbilical

PARTICIPACION EN EL PINZAMIENTO DEL CORDON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	5%
NO	190	95%
TOTAL	200	100%

Análisis: el 95% de las mujeres postparto refieren que no participación en el pinzamiento del cordón umbilical

TABLA N° 5 Separación del Recién Nacido

SEPARACION DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-10 min	25	13%
10-30 min	76	38%
30-60min	99	50%
Total	200	100%

Análisis: el 50% de las mujeres postparto estuvieron separadas de sus bebés

TABLA N° 6 De Lactancia Materna

LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	108	54%
NO	92	46%
TOTAL	200	100%

Análisis: El 54% de las mujeres posparto indican que su bebé tomó leche materna durante las primeras horas de vida.

TABLA N° 7 De toma de Infusión de Plantas Medicinales

TOMA DE INFUSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	56	25%
NO	144	75%
TOTAL	200	100%

Análisis: El 25% de las mujeres postparto indican que en el postparto no le dejaron ingerir ninguna infusión de plantas medicinales.

TABLA N° 8 De ofertamiento de la Placenta

OFERTA DE PLACENTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	94	47%
NO	106	53%
TOTAL	200	100%

Análisis: El 47% de las mujeres posparto indican que les informaron que si se podrían llevar su placenta, mientras que al 53% no les informaron.

TABLA N° 9 De Privacidad de las mujeres Postparto

-PRIVACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	98	49%
NO	102	51%
TOTAL	200	100%

Análisis: El 51% de las mujeres posparto refieren que en el momento del trabajo de parto y expulsivo no tuvieron privacidad al momento de ser examinadas.

TABLA N° 10 El trato a las pacientes

TRATO	Presente		Ausente		TOTAL	%
	Presente	%	Ausente	%		
Trato No Humanizado	120	60%	4	2%	124	62%
Trato Humanizado	66	33%	10	5%	76	38
TOTAL	186	93%	14	7%	200	100%

Chi cuadrado 7.14%

Valor P = 0.75%

Corrección de

yates 5.70

TABLA N° 11 atención humanizada

atención humanizada					TOTAL	%
	Presente	%	Ausente	%		
Sin atención Intercultural	120	60%	4	2%	124	62%
Con atención Intercultural	66	33%	10	5%	76	38%
TOTAL	186	93%	14	7%	200	100%

Chi cuadrado 7.14%

Valor P = 0.75%

Corrección de Yates 5.70

Se observa que si bien hay diferencia proporcional esto no se demuestra estadísticamente a través del chi cuadrado ya que el valor p es mayor a 0,05

TABLA N° 12. Control de sangrado

Categorías	Pacientes	Porcentaje
una vez	75	38%
dos veces	37	19%
tres veces	39	20%
ninguna	49	25%
	200	100%

Análisis: El 38% de las mujeres de postparto refieren que solo una vez les controlaron el sangrado por el personal de enfermería

Tabla N° 13. Control de signos vitales

Categoría	Pacientes	Porcentaje
0 a 10 minutos	40	20%
10 a 30	40	20%
30 a 60	50	25%
1 a 2 horas	70	35%
Total	200	100%

Análisis: el 35% de las mujeres postparto indicaron que las tomaron los signos vitales cada 2 horas.

CAPITULO IV

DISCUSION

Todas las mujeres quieren sentirse protagonistas de su embarazo y parto, confían plenamente en la competencia profesional de los expertos, cuya presencia les confiere seguridad, pero demandan mayor presencia de cualidades personales como el cariño y el trato deferente, es decir cualidades que permiten humanizar la asistencia de parto.

La Violencia Obstétrica reportada por Pereira Domínguez 2013 en el Hospital Gregorio Domínguez Hernandez refiere que el 34% de las mujeres postparto no recibieron información sobre los procedimientos lo que se puede relacionar con el presente estudio donde las mujeres postparto refieren una información deficiente hasta el 50% esto coincide con el estudio de Pereira y Domínguez El estudio de Castellano en la Maternidad de Concepción en Venezuela el 2012 se reportó trato deshumanizado asociado con la obstaculización del apego precoz en cerca del 24% de las pacientes, mientras que el presente estudio existió de un retraso alrededor de 60 minutos en la mitad de las pacientes en esta acción resulta fundamental la participación de la enfermera en favorecer el acercamiento de la madre a su hijo sin exclusión y sin discriminación. Según Silvia Bellon Sánchez estudios realizados en México en el 2013 donde estudiaron a mujeres postparto donde el 36% no daban la información necesaria sobre el estado de su bebe y ella. Este estudio se relaciona con esta investigación.

Durante el 2013 y 2014, un grupo de investigadoras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile estudiaron a un grupo de 508 mujeres que tuvieron sus partos en dos servicios de salud del sistema público chileno. Del uso de oxitocina sintética, anestesia epidural y rotura artificial de membranas mientras que el presente estudio presenta que el 60% de las mujeres postparto recibieron un trato no Humanizado. Chile 2013.

Casi todos los estudios investigados tienen una similitud con la presente investigación ya que se asemejan a más de la mitad de las mujeres postparto de haber recibido violencia obstétrica

Limitaciones

Si bien se encuesta a 200 mujeres en postparto, probablemente la muestra no fue suficiente para comprobar una diferencia estadísticamente significativa. Por otro lado el tiempo de investigación resulto muy corto.

CAPITULO V

PROPUESTA

Título de la propuesta

Plan educativo de cambio de comportamiento y conocimiento del personal de enfermería en derechos sexuales y reproductivos.

Introducción

Violencia Obstétrica es toda acción nociva que se expresan mediante un trato deshumanizado mediante la utilización de un lenguaje inapropiado y grosero, discriminación, humillación, burlas y críticas respecto al estado de la mujer y su hijo por parte de los profesionales de la Salud.

En el ámbito físico, esta violencia se traduce en prácticas invasivas; tales como: el tacto realizado por más de una persona, la episiotomía de rutina, el uso de fórceps, presión abdominal, el raspaje de útero sin anestesia, una cesárea sin justificación médica y el suministro de medicación innecesaria. También implica las identidades específicas culturales que aseguran la interacción y comunicación oportuna sin subordinación de la paciente durante el parto y posparto.

Antecedentes

Según datos estadísticos de la Sala de Parto del Centro de Salud Rioverde solo se realizaban 5 partos al mes debido a que las mujeres referían que no acudían porque recibían violencia Obstétrica por parte del Personal de Salud en cuanto a que recibían trato deshumanizado no información sobre su cuidado y de su bebe no se permitía el acompañamiento de su familiares y no se sentían como en su casa por ello es necesario sensibilizar al personal de enfermería.

Justificación

Considerando que se obligaba a la mujer a dar a luz en posición vertical y con las piernas levantadas prácticas injustificadas como la inmovilización durante el trabajo de parto, la rotura sistemática de bolsa, las cesáreas innecesarias o las episiotomías, colocación de una bata fría, obstaculizar el apego precoz, el abuso de poder, la desinformación, impedir que la madre decida con la excusa de que es "por su bien" el trato deshumanizado mediante la utilización de un lenguaje inapropiado y discriminatorio alteran el proceso natural de parto y postparto constituyen una vulneración de sus derechos.

La investigación que se efectuará tendrá como objetivo generar la concientización en las enfermeras profesionales en el cambio de actitud y comportamiento en la Atención Humanizada y con pertenencia Intercultural hacia las mujeres postparto que se encuentran en la Sala de Parto del Centro de Salud de Rioverde

Beneficiarios

Las mujeres postparto serán las beneficiarias por que recibirán una mejor atención de calidad mediante el cumplimiento de las normas de atención del parto y postparto en libre posición y con pertenencia Intercultural con enfoque de derechos

Las enfermeras Profesionales porque estarán sensibilizadas y fortalecidas en conocimientos en temas de Derechos Sexuales y Reproductivos y Buen trato.

Objetivo general

Mejorar la calidad de atención del parto y postparto de bajo riesgo en libre posición con pertinencia Intercultural mediante el cumplimiento de las Normas y Protocolos del MSP

Objetivo Específicos

Sensibilización y fortalecimiento de Conocimiento al Personal de Enfermería en temas de Derechos Sexuales y reproductivos.

Sensibilizar al Personal de Enfermería sobre buen trato que debemos brindar a las mujeres postparto.

Factibilidad

El Centro de Salud Rioverde es una entidad de salud pública nivel uno que brinda la atención de salud a la población cuenta con una Sala de Parto y Posparto.

Estrategias

El modelo de atención fue dado a conocer a las autoridades del Centro de Salud de Rioverde del Cantón Rioverde de la Provincia de Esmeraldas para que conozcan la incidencia de la Violencia Obstétrica que se genera en las mujeres postparto para tomen las respectivas estrategias para el mejoramiento y optimización de la atención en las mujeres postparto.

La metodología

La Metodología a emplear será en mejorar la calidad de atención en mujeres postparto en libre posición con pertenencia intercultural mediante encuestas y observación.

Metas:

Recursos

a. Humanos

Investigadores: Lcda. Paola Mejía Quintero Enfermeras Profesionales directo, tutor, mujeres postparto

b. Materiales

Recursos físicos Papel bond, Bolígrafo y Lapiceros

Recursos tecnológicos

Computadora, Internet, Dispositivo USB, Tinta de impresora, Cámara digital, Teléfono

Textos, Revistas

Centro de Salud Rioverde	MODELO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA	Gestión de Cuidados de Enfermería
Procedimiento: CUIDADOS EN MUJERES POSTPARTO		MODELO DE ATENCIÓN
		Pág. 1
<p>DEFINICIÓN: El período puerperal se inicia después del parto, la mujer va a sufrir una serie de transformaciones en su cuerpo para retornar al estado previo que tenía antes del embarazo.</p> <p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir la violencia obstetrica en mujeres postparto <p>RECURSOS HUMANOS</p> <p>Mujeres postparto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal de enfermería. <p>RECURSOS MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia Clínica. ▪ Libro de Registro. <p>PROCEDIMIENTOS</p> <p>Siguiendo un orden cronológico, unos cuidados que se van a dar por parte de atención de enfermería mientras las mujeres estén en la sala de recuperación</p> <p>Una vez que la mujer este en la sala de recuperación ya en la planta de hospitalización mientras dure su estancia se tomarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constantes hemodinámicas: cada 2 horas. - Temperatura: cada 2 horas. - Involución uterina: cada 2 horas. - Loquios: cada 8 horas. - Estado del periné: cada 4 horas. 		

- Micción: cada 2 horas.
- Circulación venosa de las piernas: cada 2 horas.
- Estado de las mamas: cada 2 horas.
- Estado mental: cada 2 horas.

Con respecto al dolor es lógico pensar que influye en la sensación de bienestar y en el estado general que sienta la mujer. Este dolor es natural por el propio proceso del parto al quedar edematosas las zonas implicadas.

La mujer deberá tener una dieta variada y equilibrada toma de infusiones de plantas medicinales

La mujer normalmente, si todo va bien, estará hospitalizada alrededor de 24 horas.

Es importante que no abandone el Centro de Salud sin tener unos conocimientos básicos sobre el cuidado de su bebé y de ella misma, ya que ella será ahora la auténtica generadora de cuidados.

Cronograma de la Propuesta

Meses Semanas	ENERO / JULIO 2017																			
	2ª. SEMANA					3ª. SEMANA					4ª. SEMANA					1ª. SEMANA				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Reunion con Autoridades del Centro de Salud	XX	XX	X	XX	XX															
Reunión con las Enfermeras Profesionales						XX		XX		XX										
Aplicación y desarrollo de Propuesta.															XX	X	XX			
Socialización de la estrategia																		XX	XX	XX

Presupuesto

Actividad	Rubros
Adquisición de material bibliográfico	120.00
Materiales de encuesta	100
Alimentación del personal y pacientes	250.00
Transporte	200,00
Desarrollo de la propuesta de investigación e impresiones	200.00
Empastado y encuadernación	130.00
Gastos varios	250.00
Total	\$ 1250.00

Impacto

El impacto que se espera es disminuir la violencia obstétrica en las mujeres postparto y la sensibilización de las enfermeras profesionales en Derechos Sexuales y Reproductivos con el objetivo de disminuir la morbilidad materno perinatal.

CONCLUSIONES

La calidad de la información del cuidado del postparto y sus bebés es percibida como mala en un tercio de las pacientes. La atención humanizada e intercultural está afectada en cerca de la mitad de las pacientes que no se les permite la toma de infusión de plantas medicinales, que reciben en forma tardía atención en el postparto, así como también por no recibir atención oportuna, separación del bebé de su madre por más de una hora del nacimiento y no cumple con la lactancia materna. Con este resultado se verificó que existe violencia destinada por parte del personal de enfermería, es importante buscar estrategias para lograr un cambio de comportamiento en las enfermeras profesionales que permita resaltar el derecho de la mujer al recibir una atención de calidad y calidez en el postparto de la propuesta de un plan educativo dirigido al personal de enfermería.

RECOMENDACIONES

Se propone un cambio significativo en el comportamiento y sensibilización de buen trato del personal de enfermería en las mujeres postparto. A nivel institucional adecuar las condiciones de trabajo a través del mejoramiento de la infraestructura e implementación de materiales e insumos, capacitaciones continuas en cuanto a derechos sexuales reproductivos y buen trato, monitoreos constantes en cuanto al cumplimiento del cumplimiento de estándares normas y protocolos para la atención del postparto con pertinencia intercultural

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

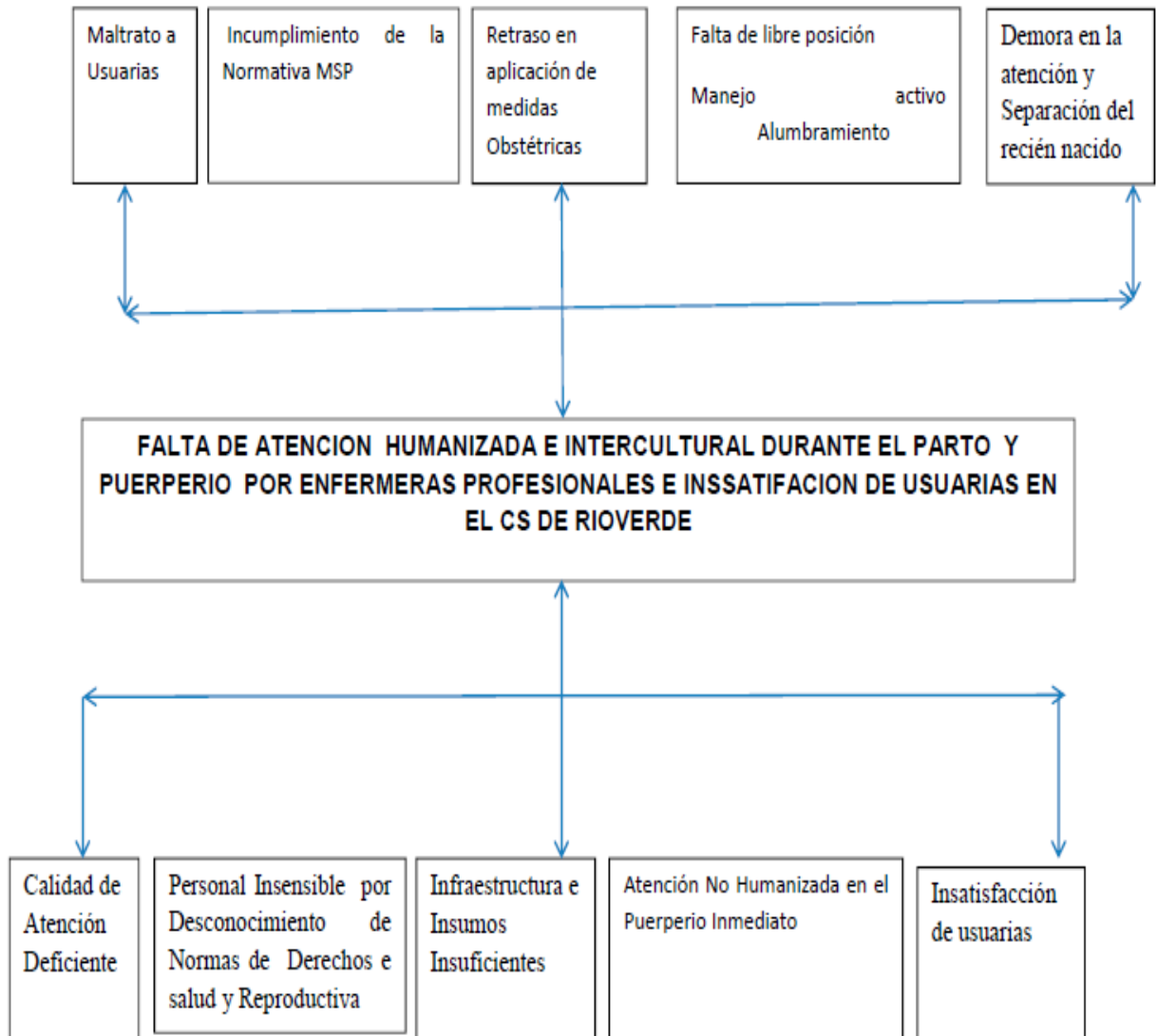
- Alvarez Rodríguez C., (2014). Violencia Obstétrica. Telefe Noticias. Recuperado de: <http://tefe-noticias.com.ar/es/news/salud/20140404/violencia-obstetrica-tambien-violenciagenero/26333.shtml> el 30/08/2014
- Arguedas Ramírez. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Inter. ca mbio sobre Centroamérica y el Caribe, 11(1).
- Colanzi. (2014). De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica. . In VIII Jornadas de Sociología de la UNLP La Plata.
- Dois, A. L. (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Revista chilena de pediatría, 84(3), 285-292.
- Dillon, M. (2013). La Violencia Obstétrica es Violencia de Género. Página 12. Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-8037-2013-05-26.html> el 01/09/2014.
- MUDANÇA, D. (2016). LA ENFERMERA OBSTETRA Y LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO: EN BUSCA DEL CAMBIO EN EL MODELO ASISTENCIAL. . Enfermería global, (9), 1.
- Paolini. (2015). Violencia perinatal, una nueva conceptualización. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Fa.
- Remache Chicaiza. (2014). PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CONTROLES PRENATALES Y SU INCIDENCIA EN LAS COMPLICACIONES POST PARTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO AUGUSTO N. MARTÍNEZ. (Bachelor's thesis).
- Santiago, R. V. (2015). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Revista Conamed, 18(
- Neeson, J. Consultor de Enfermería Obstétrica, 2da ed. Mexico; Ed Oceano/Centrum, 2014. Pág. 877-879.

- Kidd P, Sturt P. Urgencias e Enfermería; España; Ed Océano Vol I, 2014 Pág. 308-409.
- Kim, M. Diagnóstico en enfermería y plan de cuidados, 5ta ed. España; Ed HARCOURT BRACE, 2013. 341, 363.
- Lowdermilk, Leonard; Shannon Perry y Irene Bobak, Enfermería Materno Infantil, Volumen I. España; Ed OCEANO, 2013. Pág 464.
- Nordmark, R. Bases Científicas de la enfermería, 2 da ed. Mexico; Ed Oceano/Centrum, 2015. Pág 608-709.
- Perry, S. Enfermería Materno Infantil, 6ta ed. España; Ed Oceano, 2013. Pág. 793-865.
- Reeder, S. Enfermería Obstétrica y Neonatológica. 2da ed. España; Ed Oceano, 2015. Pág. 345-358.
- Rivera, B. Obstetricia de Willians. 22va ed. Mexico;. Ed Interamericana, 2016. Pag. 696-849
- Salas, B. Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atencion Materno Neonatal. Ecuador. 2017. Pág. 13- 20-23. 154
- Seguranyes, G. Enfermería Maternal. 3era ed. España; Ed MASSON, 2014. Pág 245-255.
- Villaba, M. Nuevo Manual de la Enfermería. España; Ed Oceano, 2013. Pág 841-844.
- Yépez, E. Norma y Prot
- Libertad, M. A. (2014), Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista cubana Salud Publica, Vol. 30, N (4). Ciudad de la Habana Sept.
- Dic. Ed.: Ciencias Medicas. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008 el día 13/11/2014.
- Medina, G. (2015). Violencia Obstétrica. Revista de Derecho de Familia y de las Personas, Vol. (4), pp.2-4. Recuperado de: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/> el 17/09/2014.
- Silin, J. (2014). De mujeres, matronas, doulas y partos. Dialnet. Pp. 1-11. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4095877> el 29/08/2014 el 31/08/2014.

- Silva, K.L. & Sena, R.R. (2016). La educación de Enfermería: Búsqueda de la formación crítica y reflexiva y de las competencias profesionales. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Vol. 14 (5), PP. 5-18. Recuperado de: www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a18.pdf el 23/09/2014
- Bourbotte, S. & Santiago, L. (2016). Parto Humanizado y Violencia Obstétrica. Recuperado de: <http://agenciatao.wordpress.com/2012/09/10/parto-humanizado-basta-deviolencia-obstetrica/> el 17/09/2014.
- Bondone, Martina, (2014). Parirás en Silencio. Recuperado de: <http://notas.org.ar/2014/05/21/pariras-en-silencio/> el 30/08/2014.
- Contrera, E. (2015). Violencia Obstétrica, Dolores de Parto. Recuperado de: <http://www.centrocultural.coop/blogs/salud/tag/violencia-obstetrica/> El 31/08/2014.
- Olza, I. (2015). Secuelas de la Violencia Obstétrica. Recuperado de: <http://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/> el 31/08/2014.

ANEXOS

ARBOL DEL PROBLEMA



ENCUESTA

Encuesta dirigida a las mujeres postparto que se encuentran en la Sala de Parto del Centro de Salud 24 horas de Rioverde

DE LA ENCUESTA:

¿En su opinión el tiempo que Usted tuvo que esperar desde que ingreso al Centro de salud, hasta que fue examinada por el médico u obstetriz enfermera fue:

oportuno, () tardio () insuficiente ()

En su opinión, ¿La información que le dio el personal luego del parto sobre su cuidado y el de su bebé, fue:

Muy mala Mala, Buena o Muy Buena?

¿Durante el posparto en el Centro de Salud u Hospital usted tuvo o no tuvo privacidad
Si No

¿Durante el trabajo de parto y posparto, le ofertaron y/o permitieron el
acompañamiento de su pareja, un familiar, la partera o la pareja de su elección?

Si No

Para el momento del parto. ¿Le ofertaron y facilitaron la posibilidad de dar a
luz en diferentes posiciones?

Si NO

¿Cuándo dio a luz pusieron a su bebe inmediatamente sobre su pecho y no fue
retirado durante la primera hora de vida?

¿Su bebe recibió lactancia materna en la primera hora de vida?

¿Le preguntaron si desearia llevarse la placenta? Si la respuesta es afirmativa
preguntar

¿En el centro de salud u hospital le dieron la placenta?

En su opinión el tiempo que Usted tuvo que esperar desde que ingreso al Centro de salud, hasta que fue examinada por el médico u obstetriz enfermera fue:

Le dejaron tomar alguna infusión de Plantas

medicinales. Si No

Dejaron que su acompañante participara en el Pinzamiento del Cordón

Si No

Grafico N°1 Información Oportuna a las mujeres postparto

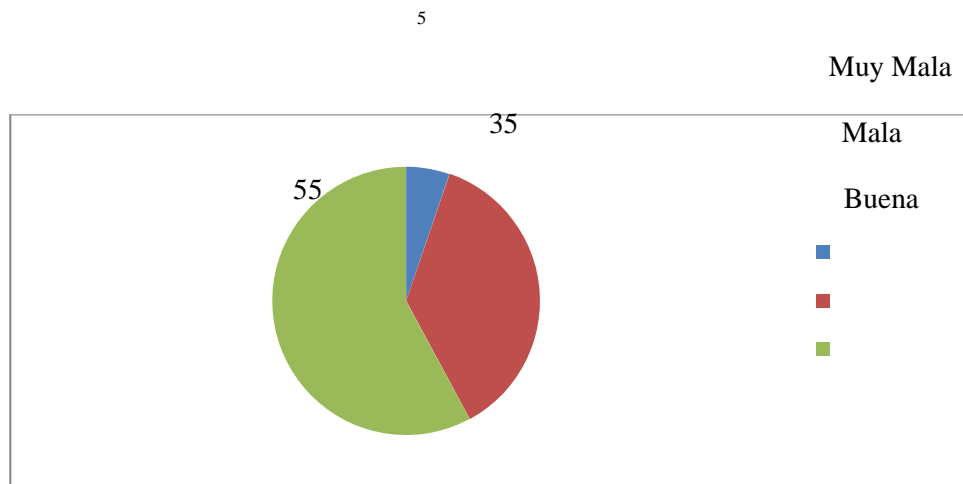


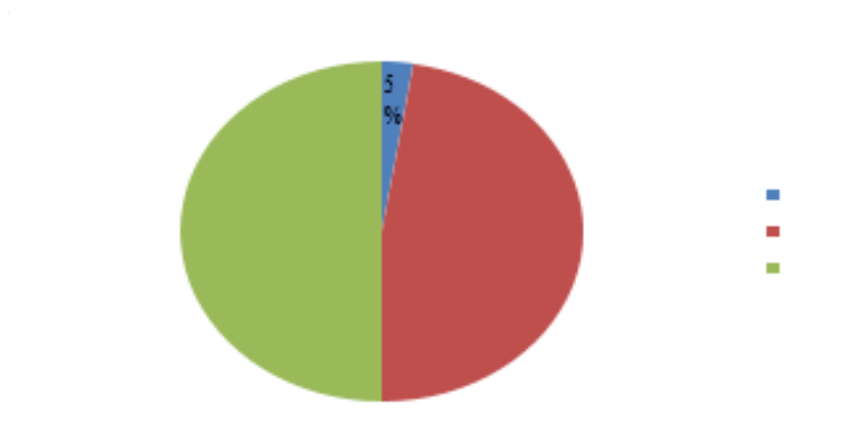
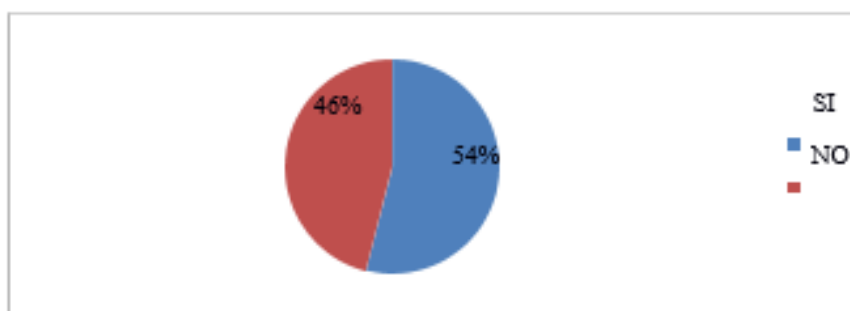
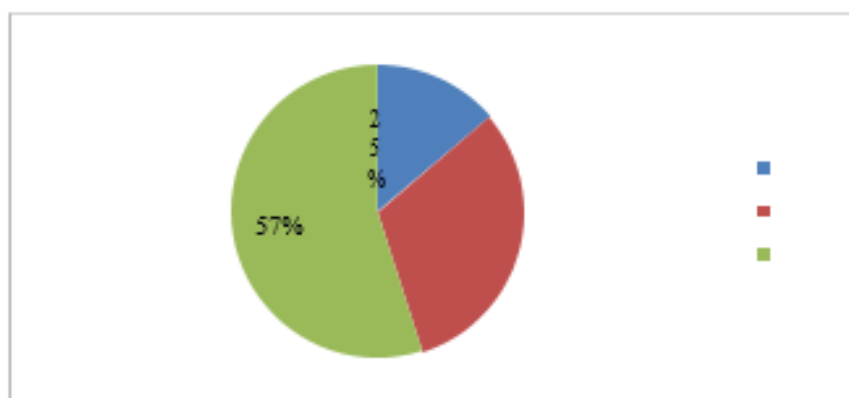
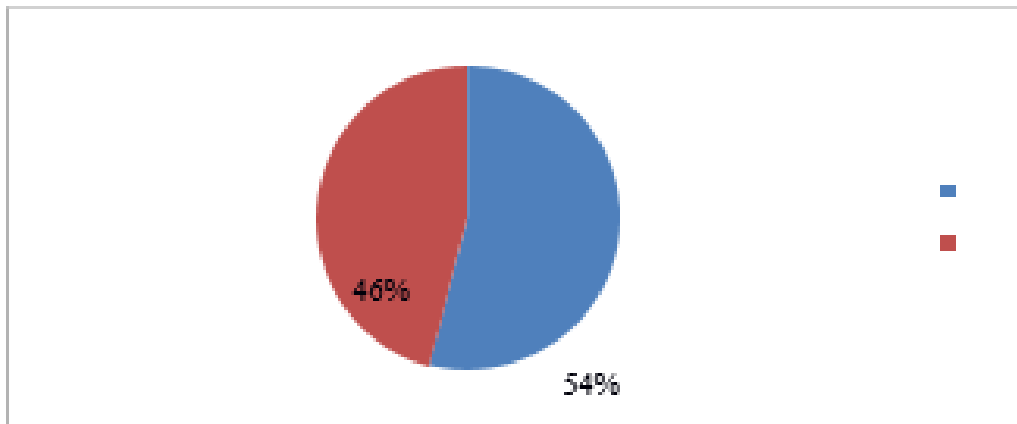
Gráfico2 Participación en el Pinzamiento del Cordón Umbilical**Gráfico N°3 de Lactancia Materna****Gráfico N°4 de Toma de Infusión de Plantas Medicinales**

Gráfico N°5 de Ofertamiento de la Placenta



1

Gráfico N°6 Posiciones de Parto

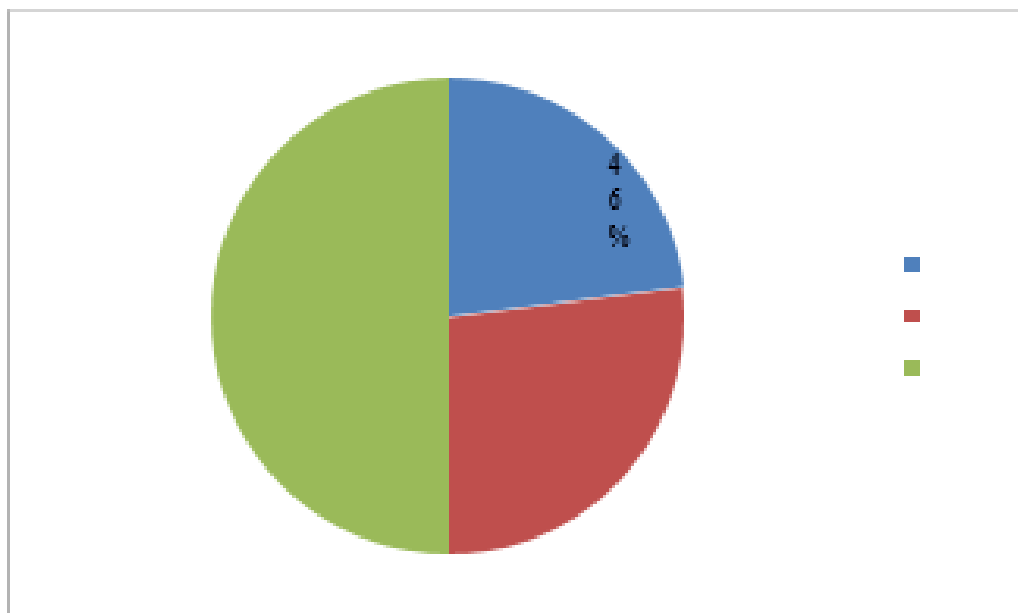


Gráfico N°7 de Tiempo de Demora en la Atención

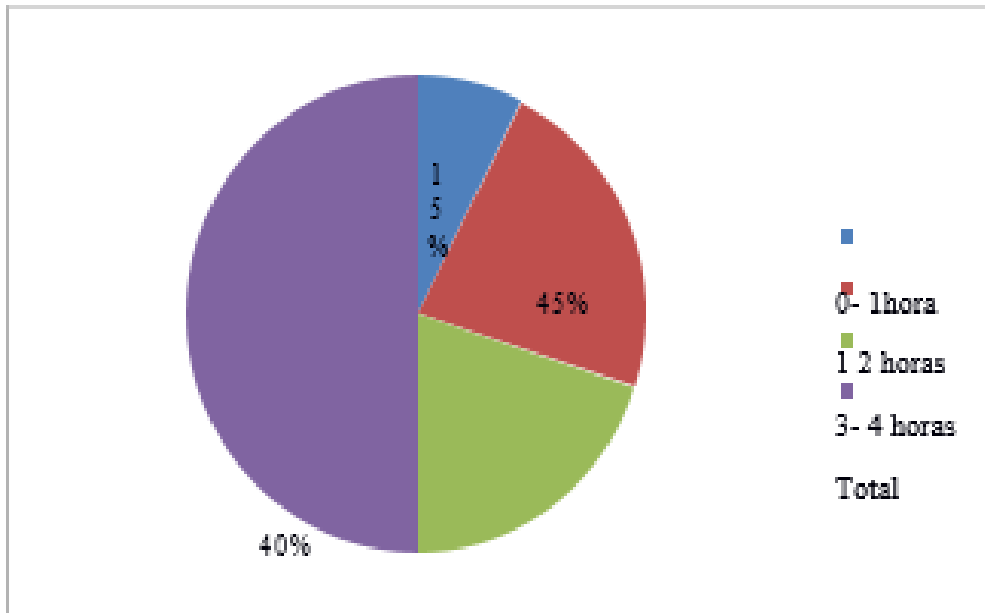


Gráfico N°8 Privacidad de las mujeres postparto



Grafico 9. Control de sangrado

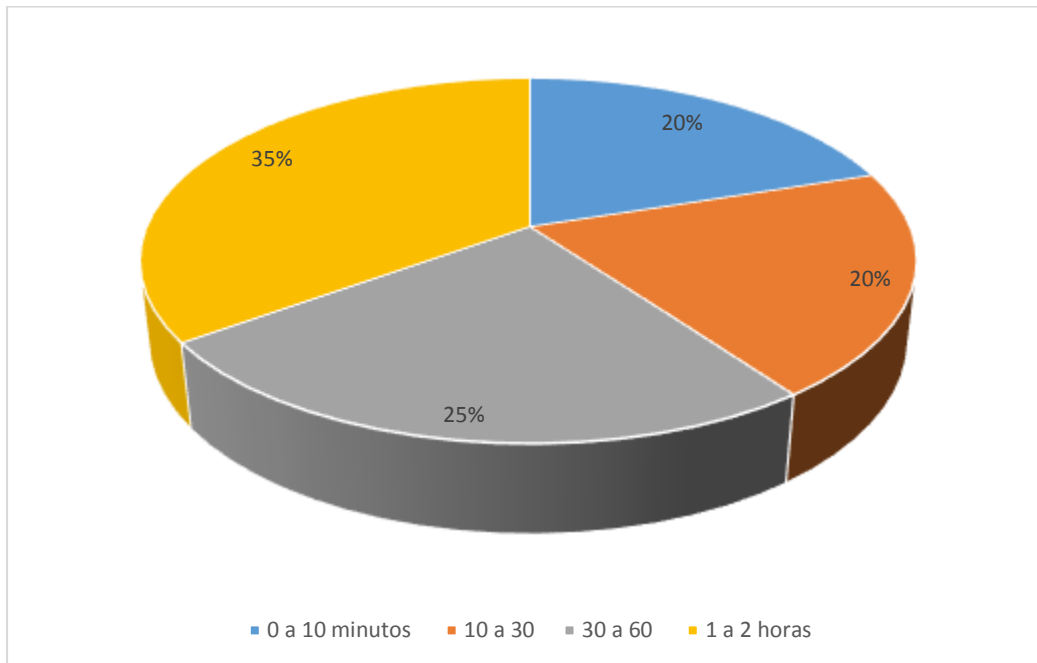
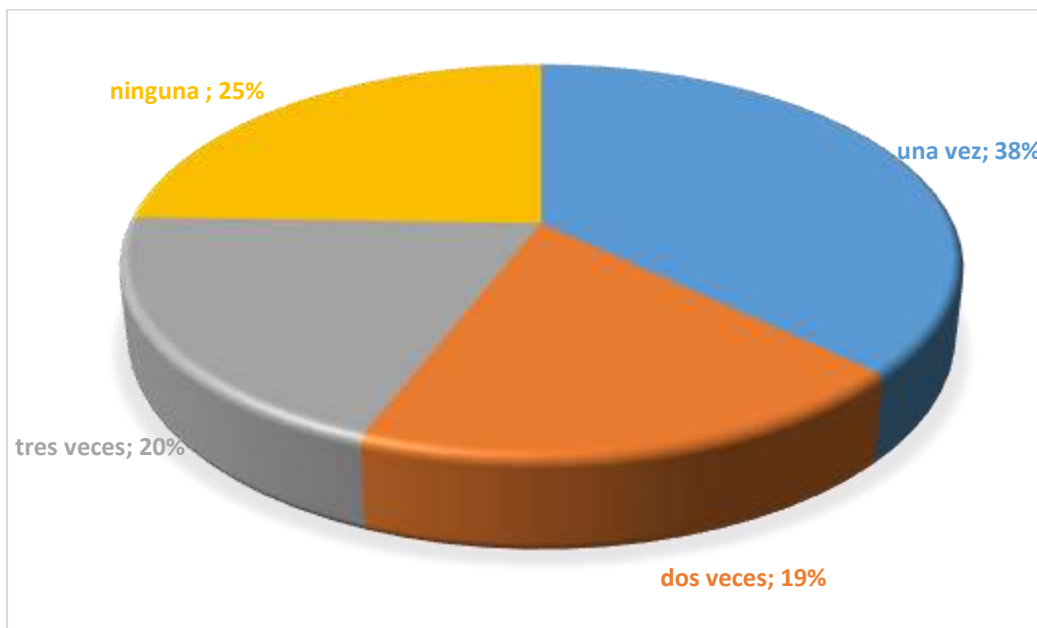


Grafico 10. Control de signos vitales





Ministerio
de Salud Pública

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN DISTRIAL DE SALUD 08D06 RIOVERDE
CS TIPO RIOVERDE**

Rioverde 20 de Junio del 2017

Dr. Ariel Laurencio
DIRECTOR DEL CS TIPO RIOVERDE

De mis consideraciones

Yo Sra. Lcda. Paola Ismenia Mejía Quintero con CI 0802230094. Me dirigo a ud. para solicitarle de la manera mas comedida se me permita hacer revisión de historias clínicas y observación en la Atención en pacientes (mujeres postpartos) que se encuentran y acuden a la Sala de Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación para realización y presentación de Trabajo de Titulación para Obtención de Titulo en la Maestria en **GERENCIA CLINICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA TEMA IMPLICACIONES DEL ROL DE ENFERMERIA EN LA VIOLENCIA OBSTETRICA EN MUJERES POSPARTO**


Lic. Paola Mejía Quintero
ENFERMERA DEL CS TIPO DE RIOVERDE

0802230094

*Autorizado
Dr. Ariel Laurencio
Asesor*





Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 0%

Date: martes, noviembre 22, 2016

Statistics: 0 words Plagiarized / 147 Total words

Remarks: No Plagiarism Detected - Your Document is Healthy.

INTRODUCCION Violencia Obstétrica es toda acción nociva que se expresan mediante una intimidación deshumanizados mediante el manejo de un enunciado inadecuado y grosero, discriminación, degradación, desairas y sátiras respecto al período de la dama y su fruto por parte de los expertos de la Salud. En el contorno corporal, esta intimidación se trueca en diestras invasivas; tales como: el manoseo ejecutado por más de un elemento, la episiotomía de práctica, el rito de fórceps, presión abdominal, el raspaje de útero sin anestesia, una cesárea sin alegato médica y el abastecimiento de tratamiento redundante.

También implica las identidades específicas culturales que aseguran la interacción y comunicación oportuna sin acatamiento de la paciente durante el alumbramiento y pos alumbramiento. Los métodos de Institucionalización del parto han dejado de lado las particularidades de los sujetos y grupos sometiendo a la dama parturienta como esencia de mediación hasta indudable punto confinando sus derechos.

¿Concurre depend

INTERNET SOURCES:

0% - Empty

2/6/16