

Aplicación de la Normativa ESAMYN y la Reducción del Tiempo del Trabajo de Parto. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2018-2019.

Application of the ESAMYN Regulations and the Reduction of Labor Time. Vicente Corral Hospital Moscoso, Cuenca, 2018-2019.

Mata Calderón, María Gabriela^{1*}, Tapia Cárdenas, Jeanneth Patricia², Sánchez Salazar, Gustavo Mauricio³
^{1,3} Universidad de Cuenca, Ecuador
² Ministerio Salud Pública del Ecuador.
*gabimc16@hotmail.com



Recibido: 28 de noviembre de 2023

Aceptado: 20 de diciembre de 2023

Resumen

La normativa sanitaria para la certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMYN), se ha implementado con la finalidad de reducir la morbilidad materna y fetal mediante la atención adecuada y oportuna de la embarazada, un parto humanizado, la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. El objetivo del estudio fue determinar la aplicación de la Normativa ESAMYN y su asociación en la reducción del tiempo del trabajo de parto, durante el 2018-2019. Se trató de un estudio de casos y controles. Se revisaron 338 expedientes clínicos de gestantes que ingresaron a labor de parto con una dilatación de 4 a 5 cm, se identificaron como casos a las mujeres cuyo parto fue atendido de aplicando la normativa ESAMYN y los controles aquellas con la forma convencional. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25 y se presentaron resultados mediante tablas personalizadas. El 79 % tuvieron edades de 20 a 39 años, el 38,2 % unión libre, el 48,8 % un nivel de instrucción secundaria y un 58 % residían en zonas urbanas; el 66,9 % eran multíparas y un 88,2 % tuvieron controles prenatales suficientes (≥ 5 controles) y el 50,3 % se sometieron a partos humanizados. El nivel de aplicación de la normativa en la población de estudio fue del 100 %; el promedio de tiempo del inicio y fin del trabajo de parto aplicando la normativa ESAMYN se observó una diferencia de aproximadamente de 1 hora con 22 minutos del inicio del parto y de 1 hora con 0 minutos con el final del parto convencional; no hubo diferencias en el tiempo de la labor de parto aplicando la normativa ESAMYN al comparar con la atención del parto convencional; la totalidad de las gestantes a las que se aplicó la normativa tuvieron partos vaginales.

Palabras clave: PARTO, PARTO HUMANIZADO, CESAREA. .

Abstract

The health regulations for the certification of Health Establishments as Mother and Child Friendly (ESAMYN) have been implemented with the aim of reducing maternal and fetal morbidity and mortality through adequate and timely care for pregnant women, a humanized delivery, promotion, protection and support of breastfeeding. The objective of the study was to determine the application of the ESAMYN Regulation and its association in reducing the time of labor, during 2018-2019. It will be a case-control study. 338 clinical records of pregnant women who entered labor with a dilation of 4 to 5 cm were reviewed, women whose delivery was attended to by applying the ESAMYN regulations were identified as cases, and those with the conventional method were identified as controls. Statistical analysis was performed using the SPSS 25 program and results were presented using personalized tables. 79% were between the ages of 20 and 39, 38.2% free union, 48.8% had a secondary level of education and 58% lived in urban areas; 66.9% were multiparous and 88.2% had sufficient prenatal controls (≥ 5 controls) and 50.3% underwent humanized deliveries. The level of application of the regulations in the study population was 100%; the average time of the beginning and end of labor applying the ESAMYN regulations showed a difference of approximately 1 hour and 22 minutes from the start of labor and 1 hour and 0 minutes with the end of conventional labor; there were no differences in the time of labor applying the ESAMYN standards when compared with conventional delivery care; All of the pregnant women to whom the regulations were applied had vaginal deliveries.

Key words: CHILDBIRTH, HUMANIZED DELIVERY, CAESAREA. .

1 Introducción

El parto es un evento fisiológico de trascendental importancia y significancia en la vida reproductiva de una mujer, este periodo inicia desde que la aparición de las contracciones uterinas y finaliza con el nacimiento del recién nacido y su separación de la placenta.¹

El protocolo para llevar a cabo el parto ha tenido muchas transformaciones a lo largo de la historia, aunque en este punto conviene mencionar un hecho relevante durante el siglo XX, el cual revolucionó la forma de atención del parto, pues las madres tuvieron la opción de ser apoyadas por parteras y dar a luz en sus hogares, donde la asistencia del personal de salud fue únicamente requerida al momento de presentar alguna dificultad durante el proceso.² Sin embargo, paulatinamente en esta actividad fue modernizado, pues luego de la segunda Guerra Mundial, en virtud a los grandes avances científicos y médicos, se pudo evidenciar un constante desarrollo dentro de la medicina perinatal, con el empleo métodos más especializados.³

No obstante, estos avances tecnológicos indujeron de manera irremediable e inevitable a una excesiva aplicación de múltiples procedimientos o medicamentos durante el embarazo, parto y postparto, los cuales en muchas ocasiones son innecesarios, conllevando a un irrespeto a la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ante esta problemática ha presentado diferentes alternativas, las cuales se ajustan a la atención ofrecida a las madres, llegando a considerar retornar al proceso natural. Los cuidados emocionales durante la labor de parto, el parto y puerperio indican la obligación de distintas perspectivas que engloban prácticas ciertamente más humanizadas, donde acoger, atender, dar orientación y generar relaciones son puntos críticos del personal de atención obstétrica. El término de humanización en este análisis integra procesos, conductas e instrucciones sobre el tema de la salud, para lograrlo, el hospital tiene que estar bien constituido con un entorno capacitado, donde los procedimientos que acaban con el aislamiento tradicional de la madre prevalezcan.⁴

La atención humanizada del parto comprende también la inserción de procesos que permitan su seguimiento, omitiendo comportamientos ajenos que puedan representar algún tipo de peligro en la salud de las gestante y sus hijos, el abuso, la arbitrariedad e incluso la toma de decisiones de una forma violenta en el nivel obstétrico, término que engloba un apoderamiento del cuerpo de la embarazada sin su consentimiento, así como de sus procesos reproductivos por parte de los profesionales de la salud, que se traducen en un trato deshumanizado, patogenizando procesos naturales y el uso excesivo de fármacos, que trae como consecuencia una pérdida de la voluntad, autonomía y la habilidad para tomar alguna elección sobre ella misma tanto a nivel general como sexual, finalmente repercutiendo de forma negativa en los recuerdos de la vivencia de la mujer en este evento.⁵

Ante tal problemática, en Ecuador se han realizado modificaciones a favor del parto humanizado y en el marco del Proyecto Binacional Ecuador-Perú “Mejoramiento de la salud de grupos de población en situaciones de vulnerabilidad” se buscó la implementación de una estrategia en centros de salud para que se diera cumplimiento a la normativa de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMYN), la cual es una práctica innovadora y humanizada de la atención del parto, que primordialmente asegura el respeto a los derechos fundamentales de un ser humano, en el ámbito de la reproducción y la sexualidad, y cuyo objetivo es la reducción de la morbimortalidad materna e infantil, además la disminución de las complicaciones en el momento del parto y puerperio, así como costos de asistencia médica generados por estas alteraciones, esto es posible gracias a la incentivación y asistencia durante la lactancia materna, así como el apoyo a la gestante por medio de la aplicación de una atención humanizada durante el parto, dicha normativa está compuesta por cuatro elementos tales como: el componente general, atención prenatal, parto y puerperio, y por último lactancia materna.⁶

La atención humanizada del parto, se establece como la asistencia hacia la embarazada, partiendo de la observación de varios componentes que le proporcionan una experiencia lo más placentera posible para la labor de parto hasta el nacimiento. Desde una visión más pragmática, los elementos básicos para su cumplimiento y aplicación se sustentan, en la capacidad y el poder de las gestantes de tomar decisiones, además de reconocer, entender y respetar el entorno socio-cultural de la paciente; por otra parte, requiere ofrecer cualquier tipo de ayuda emocional que necesite, garantizar su privacidad y autonomía, respetar la fisiología del parto e intervenir solo lo requerido, todo ello permitiendo que las mujeres tomen decisiones informadas acerca de su cuidado, a tener un acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y parto, con libertad de movimiento y posición durante todo el proceso, y la disminución de las episiotomías de rutina. Se requiere también facilitar la toma de líquidos y alimentos en el trabajo de parto, restringir el uso de oxitócicos y anestesia innecesaria, así como disminuir la tasa de cesáreas,⁶ aunque este proceso continúa siendo una utopía de la realidad hospitalaria de nuestro país, en los cuales se sigue realizando trabajos de partos mecanizado.⁷

2 Metodología

La presente investigación correspondió a un estudio de casos y controles. Se analizaron 388 expedientes clínicos de gestantes que cumplieron los criterios de inclusión; a 169 gestantes se realizó parto humanizado, denominados casos, y a 169 controles el tipo convencional durante el periodo 2018-2019 en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. Se elaboró un formulario de recolección de datos, que recogió variables socio-demográficas, obstétricas, neonatales, así como el cumplimiento de la normativa ESAMYN. La información fue analizada por medio del programa SPSS versión 25, aplicándose esta-

dística descriptiva y presentando los datos consolidados en tablas personalizadas. El estudio cumplió con todos los procedimientos bioéticos para investigación en seres humanos.

3 Resultados y discusión

Tabla 1: Características socio-demográficas.

		f (338)	% (100)
Edad¹	≤ 19 años	64	18.9
	20 a 39 años	267	79.0
	≥40 años	7	2.1
Estado civil	Soltera	95	28.1
	Casada	107	31.7
	Unión libre	129	38.2
	Divorciada	7	2.1
Instrucción	Primaria	151	44.7
	Secundaria	165	48.8
	Superior	22	6.5
Residencia	Urbana	196	58.0
	Rural	142	42.0

¹ Edad: media 26,28 ± 6,8 años

La mayoría de mujeres que participaron en el estudio tuvieron rangos de edad de 20 a 39 años, seguidas de las adolescentes con un 18,9%; 4 de cada 10 madres refirieron tener estado civil unión libre, 5 de cada 10 un nivel de instrucción secundaria y 6 de cada 10 residían en áreas urbanas (tabla 1).

Tabla 2: Características obstétricas.

		f (338)	% (100)
Paridad¹	Primípara	112	33.1
	Múltipara	226	66.9
Controles prenatales²	Ninguno	3	0.9
	Insuficientes (1-4 controles)	37	10.9
	Suficientes (≥5 controles)	298	49.7
Tipo de parto	Humanizado	170	50.3
	Convencional	168	49.7

¹ Paridad: media 2,4 ± 1,3;

² Controles prenatales: media 6,8 ± 2,3 controles

En cuanto a las características obstétricas, 7 de cada 10 mujeres tuvieron más de un parto, 9 de cada 10 se realizaron ≥ 5 controles prenatales y 5 de cada 10 se sometieron a un parto humanizado según la normativa ESAMYN (tabla 2).

Tabla 3: Nivel de aplicación de normativa ESAMYN componente C.

		f (338)	% (100)
ENSAMYN	Alto	169	100
	Total	169	100

*No hubo ESAMYN con valores de bajo/medio

En el análisis de la normativa ESAMYN se identificó que el cumplimiento de esta normativa en la población de estudio fue del 100% (tabla 3).

Tabla 4: Promedio de tiempo del trabajo de parto aplicando la normativa ESAMYN versus parto convencional.

	Normativa ESAMYN	Media	Desviación Estándar
Inicio labor de parto	Si (n = 169)	11.86	7.02
	No (n = 169)	13.08	6.70
Fin de labor de parto	Si (n = 169)	12.81	6.70
	No (n = 169)	11.76	7.31

El promedio de tiempo del inicio y fin del trabajo de parto aplicando la normativa ESAMYN se observa una diferencia de aproximadamente de 1 hora con 22 minutos del inicio del parto y de 1 hora con 0 minutos con el fin del trabajo de parto convencional (tabla 4).

En este estudio no hubo diferencias en el tiempo de la labor de parto aplicando la normativa ESAMYN al comparar con la atención del parto convencional ($p > 0,05$) (tabla 5).

Todas las mujeres sometidas a la normativa ESAMYN tuvieron partos vaginales (tabla 6).

La norma de los “Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño” (ESAMYN) implementada en el Ecuador en el año 2016, es una herramienta que tiene como objetivo optimizar la calidad de la atención materna y neonatal, fomentando un trato de manera respetuosa a nivel prenatal, el parto, posparto y lactancia materna.⁸

En este estudio se analizaron 388 expedientes clínicos de mujeres que ingresaron por labor de parto en fase activa, con una dilatación de 4 cm a 5 cm, distribuida en dos grupos, el control con gestantes sometidas a un parto convencional y el de casos, que incluyó a aquellas madres a las cuales se aplicó la normativa ESAMYN. En lo que respecta a las variables sociodemográficas, se identificó que el grupo etario con mayor frecuencia correspondió a gestantes de 20 a 35 años en un 79%. Resultados que coinciden con lo expuesto por los autores Dagnaw et al.,⁹ año 2022, con un total 369 mujeres que participaron en el estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de atención de la maternidad centrada en la persona, entre las madres que dieron a luz en los centros de salud de los hospitales públicos de Etiopía, concluyendo que la edad más frecuente fue de 20 a 30 años con el 95,1%. Este fenómeno podría explicarse por el hecho las mujeres adultas jóvenes son aquellas que se encuentran en un mayor

Tabla 5: Diferencia de tiempo del trabajo de parto aplicando la Normativa ESAMYN y el parto convencional.

Inicio labor de parto			
		Se asumen varianzas iguales	No se asumen varianzas iguales
Sig. t		0.574	-1.638
Sig. (bilateral)		0.102	0.102
Diferencia de medias		-1.22	-1.22
95 % de intervalo de confianza de la diferencia	Inferior	-2.69	-2.69
	Superior	0.24	0.24
Fin de labor de parto			
		Se asumen varianzas iguales	No se asumen varianzas iguales
Sig. t		0.480	1.355
Sig. (bilateral)		0.176	0.176
Diferencia de medias		1.054	1.054
95 % de intervalo de confianza de la diferencia	Inferior	-0.47	-0.47
	Superior	2.58	2.58

*Prueba T para muestras independientes

Tabla 6: Vía de parto según la aplicación de la Normativa ESAMYN y el parto convencional.

		ESAMYN		
		Sí	No	Total
Vía del parto	Parto vaginal	169	169	338
Total		169	169	338

auge de la etapa reproductiva, por lo que son ellas las que en su mayoría se inmiscuyen en el proceso de gestación y las atenciones recibida por parte del personal de salud durante el parto, razón por la cual tienen mayor probabilidad de exponerse a partos humanizados o en su defecto situaciones que violenten sus derechos humanos y/o reproductivos.¹⁰ El 38,2 % refirió un estado civil unión libre. Lo cual concuerda con los estudios de Yismaw et al.,¹¹ año 2022, Etiopía, quienes evaluaron el nivel de atención respetuosa durante el parto entre las madres que dieron a luz en establecimientos de salud públicos, demostrando que el estado civil de las gestantes en su mayoría correspondió a mujeres casadas o en unión de hecho. En este contexto, se especifica que

los acompañantes durante el parto, suelen ser las parejas sentimentales, siendo los que brindan apoyo físico, emocional y espiritual a las mujeres durante el trabajo de parto promoviendo el respeto por parte del personal médico a la mujer, lo cual genera un impacto positivo en la experiencia del mismo.¹² De acuerdo a la instrucción educativa el 48,8 % cursaba la secundaria. Hechos que difieren a lo expuesto por Baranowska et al.,¹³ año 2019, Polonia, quienes analizaron las experiencias de 8.378 gestantes que tuvieron partos respetuosos, donde el 78,9 % refirió un nivel educativo superior, situación que promueve a las gestantes una mayor conciencia sobre la atención que debe de presentar el personal de salud durante el parto, además hacen presentar un mayor empoderamiento y defensa de sus derechos.¹⁴ El 58 % de mujeres participantes residían en zonas urbanas. Concordantemente, Abebe et al.,¹⁵ año 2022, Etiopía, en su estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de la atención obstétrica y neonatal, incluido el respeto durante la etapa del parto, observaron que el lugar habitual de residencia fue la zona urbana con el 92,4 %. En este punto conviene mencionar, que las mujeres que viven en áreas urbanas, poseen ingresos económicos más elevados en contraste con las residentes en localidades rurales, determinantes que les permiten solventar gastos de sus partos en hospitales privados, en los cuales aparentemente existe mayor empatía de los proveedores de atención médica, y desde esta perspectiva reducen la probabilidad de maltrato, abuso, falta de respeto y abandono de las mujeres durante el parto, características que les son atribuidas a hospitales públicos o gubernamentales.¹⁶ En cuanto al número de partos, se documentó que al 66,9 % de mujeres multíparas se aplicó la normativa ESAMYN. Lo cual concuerda con lo expuesto por Montoya et al.,¹⁷ año 2020, en su estudio con los registros de históricas clínicas de 401 mujeres donde se aplicaron prácticas de parto respetuosas en quince hospitales Mexicanos, identificándose que el 94 % eran multíparas. Así también, Wassihun et al.,¹⁸ año 2018, realizaron una investigación sobre la atención de maternidad compasiva y respetuosa durante el parto en 284 mujeres, determinado que 89,8 % de las gestantes fueron multíparas. Esta mayor frecuencia podría sustentarse debido a que la experiencia previa, reforzada por experiencias previas, impulsa a las pacientes a evitar un trato irrespetuoso.¹⁹ Con respecto a los controles prenatales, se identificó que el 88,2 % de las gestantes tuvieron ≥ 5 controles, categorizándose como adecuados. Igualmente los autores Ferede et al.,²⁰ año 2022, evaluaron la atención materna respetuosa entre 611 madres que dieron a luz en instituciones de salud de Etiopía, observando que el 63,4 % tuvo ≥ 5 controles prenatales. Sinérgicamente, Tarekegne et al.,²¹ año 2021, Etiopía, evaluaron el estado de la atención de maternidad centrada en la persona en 384 madres, con el objetivo de evaluar la atención respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores individuales de las mujeres y garantizar que sus valores guíen todas las decisiones clínicas durante el parto, evidenciado que el 74,3 % de mujeres que tuvieron partos

respetuosos presentaron controles prenatales suficientes. Lo cual puede deberse a que la atención prenatal brinda a las gestantes desde el periodo prenatal hasta el puerperio, información continua sobre la preparación del parto así como también los derechos durante este periodo reproductivo, lo cual permite a las mujeres realizar un seguimiento de las acciones por parte del personal sanitario.²² En esta cohorte un 50,7 % de pacientes presentaron partos humanizados. Concordando con los estudios de Oosthuizen et al.,²³ año 2017, Sudáfrica, quienes realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la atención respetuosa en las unidades obstétricas en 653 gestantes que fueron atendidas en diferentes casas de salud de esta región, indicando que el 88,5 % de mujeres tuvieron partos humanizados. Teóricamente la morbilidad y mortalidad materna, son en la mayor parte debidas a complicaciones durante el parto, las cuales pueden deberse a factores maternos propios o debido a falta de preparación por parte del personal de salud, razón por la cual se han implementado una serie de normativas en cada país para lograr establecer un mejor trato hacia la mujer, que conlleva a una mejor comunicación, confianza y atención empática durante el parto, factores que podrían reducir la frecuencia de complicaciones maternas y fetales.²⁴ En el grupo de casos, lo cual correspondió a 169 pacientes, al 100 % se cumplió con la ESAMYN. Resultados que concuerdan Oosthuizen et al.,²³ año 2017, Sudáfrica, quienes realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la atención respetuosa en las unidades obstétricas en 653 gestantes utilizando una encuesta donde expuso las experiencias maternas evaluando la atención respetuosa en el parto, participación y toma de decisiones por parte del personal médico, los resultados indicaron que la aplicación del parto respetuoso a las gestantes por parte del personal se realizó en el 85,2 % de los casos. Igualmente, Bante et al.,²⁵ año 2020, Etiopía, con un total de 425 mujeres, indicaron que el 83,5 % de profesionales de la salud trataron con respeto durante el parto a la gestantes. A su vez, Abebe et al.,¹⁵ año 2022, Etiopía, realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención obstétrica y neonatal, incluido el respeto durante la etapa del parto, indicando que las normativas establecidas de este país para para atención materna respetuosa fue aplicada adecuadamente en un 70,8 %. Así mismo, Dagnaw et al.,²⁶ año 2020, se realizó un estudio con 310 participantes, con el objeto de identificar la atención de la maternidad centrada en la persona, la cual brinda atención respetuosa a las gestantes durante el parto, identificándose que el cumplimiento de esta normativa fue en el 82,1 %. De igual manera, Getahun et al.,²⁷ año 2022, Etiopía, realizaron una investigación para evaluar el nivel de atención centrada en la persona durante el parto, los resultados del cumplimiento de esta normativa en 254 gestantes durante el parto fue del 87,3 %. Referente al promedio de tiempo del inicio y fin del trabajo de parto aplicando la normativa ESAMYN se observó que existieron diferencias de aproximadamente de 1 hora con 22 minutos del inicio del parto y de 1 hora con 0 minutos

con el fin del trabajo de parto convencional. Resultados que concuerdan con lo expuesto por Mutabazi et al.,²⁸ año 2021, Sudáfrica, realizaron un estudio que tuvo como objetivo describir las experiencias de parto de las mujeres en hospitales en los cuales se utilizaron normativas que conllevan a un parto humanizando, determinando así que el promedio del tiempo del trabajo de parto en aquellas que tuvieron partos respetuosos fue <12 horas en el 68 %. De igual manera, Bulto et al.,²⁹ año 2020, Etiopía, realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la atención materna respetuosa durante el trabajo de parto y el parto entre 567 mujeres que dieron a luz en instituciones de salud, indicando que el promedio del tiempo en aquellas que presentaron atención materna respetuosa fue <12 horas con el 73,4 %. Por su parte, Bante et al.,²⁵ año 2020, Etiopía, con un total de 425 mujeres, que tuvieron partos respetuosos, la duración del trabajo de parto fue <12 horas con el 62,6 % a diferencia de aquellas que presentaron partos convencionales en las cuales la duración del trabajo de parto fue ≥ 12 horas con el 37,4 %. Además, Amare et al.,³⁰ año 2022, indicaron que de un total de 776 mujeres que dieron a luz, el tiempo total del parto fue <12 horas en un 64,7 %. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de las recomendaciones para un parto humanizado es explicar a las gestantes que la “etapa latente del parto varía de una mujer a otra, aunque la fase activa, la cual implica una dilatación cervical >5 cm, de manera general no dura un tiempo >12 horas en primíparas y >10 horas en múltiparas”, razón por la cual podría explicarse que los resultados obtenidos en esta investigación indicaron que no existieron diferencias en el tiempo de la labor de parto aplicando la normativa ESAMYN al comparar con la atención del parto convencional.³¹ Finalmente, se encontró que todas las gestantes a las que se aplicó la normativa ESAMYN tuvieron partos vaginales. Resultados que coinciden con los estudios de Ferede et al.,²⁰ año 2022, autores que valoraron la atención materna respetuosa entre 611 madres que dieron a luz en instituciones de salud de Etiopía, indicando que de aquellas mujeres que presentaron partos respetuosos el 90,8 % tuvieron partos vaginales. Igualmente Bulto et al.,²⁹ año 2020, Etiopía, realizaron un estudio en 567 mujeres cuyo objetivo fue evaluar la atención materna respetuosa durante el trabajo de parto y el parto, determinado que aquellas que tuvieron partos humanizados la forma de presentación del parto fue vaginal con un 87,8 %. Así también Míngude et al.,³² año 2021, obtuvieron que de 319 mujeres a las que se les practico parto respetuoso en el 51,7 % de gestantes la vía del parto fue la vaginal. De igual manera, Mengistie et al.,³³ año 2022, realizaron un análisis en 451 mujeres evaluando el estado de la atención materna respetuosa, indicando que de las mujeres que presentaron este tipo de atención el 53,2 % tuvieron partos vaginales. Filha et al.,³⁴ año 2022, Brasil, se realizó un estudio con 937 gestantes en las cuales se aplicó el Proyecto Parto Adecuado implementado por este país, el cual tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad de la atención al

parto, demostraron que en las mujeres que tuvieron partos humanizados, la principal vía de nacimiento fue la vaginal con el 72,2%. Teóricamente la educación prenatal a las gestantes es importante ya que se encontraran preparadas y con actitudes positivas hacia el parto vaginal conociendo las ventajas de este método así como también las complicaciones que conlleva una cesarea, la alta frecuencia de los partos vaginales obtenidos en el estudio podrían deberse a que las gestantes tuvieron partos respetuosos y por ende experiencias positivas durante el parto en embarazos anteriores.³⁵ Entre las limitaciones identificadas en la presente investigación, destaca la gran dificultad en la búsqueda de bibliografía de estudios similares en el territorio ecuatoriano, pues la normativa ESAMYN, rige a nivel únicamente de nuestro país, por lo cual no existieron estudios similares que pueden corroborar los resultados obtenidos. El estudio propuesto tiene implicaciones en el ámbito de salud pública, principalmente en el área de gineco-obstétrica, ya que la normativa ESAMYN permite a las mujeres tener un parto humanizado guiado por los profesionales de salud, dejando experiencias positivas en las mismas que podrían conllevar a una mejor resolución de partos y una reducción en sus complicaciones, sin embargo, es de vital importancia que el personal de salud sea capacitado constantemente para que se pueda aplicar de manera correcta esta normativa.

4 Conclusiones

Hubo un alto nivel de aplicación de la normativa ESAMYN; se observó una diferencia de aproximadamente de 1 hora con 22 minutos del inicio del parto y de 1 hora con 0 minutos aplicando la normativa ESAMYN, al comparar con la atención del parto convencional; la totalidad de las gestantes a las que se aplicó la normativa tuvieron partos vaginales.

5 Agradecimiento

Agradecemos de manera especial a las mujeres que contribuyeron con el desarrollo de esta investigación.

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio fue autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financieros o de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con todas las autorizaciones éticas correspondientes por parte del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca.

Referencias Bibliográficas

1. Taghizadeh Z, Ebadi A, Dehghani M, Gharacheh M, Yaddollahi P. A time for psycho-spiritual transcendence: The experiences of Iranian women of pain during childbirth. *Women and Birth*. 2017 dec;30(6):491-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217301907>.
2. Leister N, Riesco MLG. Childbirth care: the oral history of women who gave birth from the 1940s to 1980s. *Texto Contexto - Enfermagem*. 2013;22(1):166-74. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/j3x6K34kgCjtKcfxj36W8Cz/abstract/?lang=en>.
3. Barbosa LdC, Fabbro MRC, Machado GPdR. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Avances en Enfermería*. 2017 may;35(2):188-205. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/59637>.
4. Mirchel C. Proyecto binacional Ecuador-Perú. 2017. Available from: https://www.paho.org/sites/default/files/noticias-proyecto-binacional-ecuador-peru_0.pdf.
5. Medeiros LNMSN, Knackfuss AP, Rosado FR. Humanization of labor and birth program: institutional aspects in the quality of assistance. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2017 aug;11(8):3290-4. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/110195>.
6. Espinosa Chavarrea TM, Ordóñez Cevallos AP. Evaluación de la calidad de atención del parto vaginal según la percepción de las pacientes atendidas en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo comprendido entre 01 julio 2016 al 31 julio 2016. *PUCE*. 2016;11. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/13893>.
7. Mitteroecker P, Windhager S, Pavlicev M. Cliff-edge model predicts intergenerational predisposition to dystocia and Caesarean delivery. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2017 oct;114(44):11669-72. Available from: <https://www.pnas.org/doi/abs/10.1073/pnas.1712203114>.
8. Quizanga Maldonado CJ, Panchi Candonga HS. Cumplimiento del componente lactancia materna de la normativa sanitaria establecimientos de salud como amigos de la madre y del niño-esamyn relacionado a una lactancia materna exitosa en el hospital general laticunga. *Universidad Técnica de Ambato*. 2019;11. Available from: [//repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/30424](http://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/30424).
9. Dagnaw FT, Kehali KY, Agago TA, Hailemeskel HS. Person-centered Maternity Care Among Mothers Who Gave Birth in South Wollo Zone Public Hospitals, Northeastern Ethiopia: A Mixed-method Study. *Health services insights*. 2022;15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36211716/>.
10. Zitha E, Mokgatle MM. Women's Views of and Responses to Maternity Services Rendered during Labor and Childbirth in Maternity Units in a Semi-Rural District in South Africa. *International journal of environmental re-*

- search and public health. 2020 jul;17(14):1-12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32668762/>.
11. Yismaw WS, Teklu TS, Panduragman HP. Respectful maternity care during facility-based child birth and associated factors in public health facilities of Ilu AbaBor zone, Southwest Ethiopia. *Reproductive health*. 2022 dec;19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35459182/>.
 12. Da-Silva-Carvalho I, Santana-Brito R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*. 2017 jul;16(47):71-97. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es&nrm=iso&tlng=eshttp://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000300071&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
 13. Baranowska B, Doroszevska A, Kubicka-Kraszyńska U, Pietrusiewicz J, Adamska-Sala I, Kajdy A, et al. Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019 dec;19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31870323/>.
 14. Hulsbergen M, van der Kwaak A. The influence of quality and respectful care on the uptake of skilled birth attendance in Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020 dec;20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33176709/>.
 15. Abebe AH, Mmusi-Phetoe R. Respectful maternity care in health centers of Addis Ababa city: a mixed method study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2022 dec;22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36289526/>.
 16. Gurung R, Ruysen H, Sunny AK, Day LT, Penn-Kekana L, Målqvist M, et al. Respectful maternal and newborn care: measurement in one EN-BIRTH study hospital in Nepal. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021 mar;21(Suppl 1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33765971/>.
 17. Montoya A, Fritz J, Labora A, Rodriguez M, Walker D, Treviño-Siller S, et al. Respectful and evidence-based birth care in Mexico (or lack thereof): An observational study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2020 nov;33(6):574-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32111555/>.
 18. Wassihun B, Zeleke S. Compassionate and respectful maternity care during facility based child birth and women's intent to use maternity service in Bahir Dar, Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018 jul;18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29986659/>.
 19. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: 29. inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive health*. 2019 jun;16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31182118/>.
 20. Ferede WY, Gudayu TW, Gessesse DN, Erega BB. Respectful maternity care and associated factors among mothers who gave birth at public health institutions in South Gondar Zone, Northwest Ethiopia 2021. *Women's health (London, England)*. 2022;18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35916397/>.
 21. Tarekegne AA, Giru BW, Mekonnen B. Person-centered maternity care during childbirth and associated factors at selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia, 2021: a cross-sectional study. *Reproductive health*. 2022 dec;19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36195884/>.
 22. Umar N, Quaife M, Exley J, Shuaibu A, Hill Z, Marchant T. Toward improving respectful maternity care: a discrete choice experiment with rural women in northeast Nigeria. *BMJ global health*. 2020 mar;5(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32201626/>.
 23. Oosthuizen SJ, Bergh AM, Pattinson RC, Grimbeek J. It does matter where you come from: mothers' experiences of childbirth in midwife obstetric units, Tshwane, South Africa. *Reproductive health*. 2017 nov;14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29145897/>.
 24. Habte A, Tamene A, Woldeyohannes D, Endale F, Bogale B, Gizachew A. The prevalence of respectful maternity care during childbirth and its determinants in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2022 nov;17(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36417397/>.
 25. Bante A, Teji K, Seyoum B, Mersha A. Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020 feb;20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32041564/>.
 26. Dagnaw FT, Tiruneh SA, Azanaw MM, Desale AT, Engdaw MT. Determinants of person-centered maternity care at the selected health facilities of Dessie town, Northeastern, Ethiopia: community-based cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020 sep;20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32912244/>.
 27. Getahun SA, Muluneh AA, Seneshaw WW, Workie SG, Kassa ZY. Person-centered care during childbirth and associated factors among mothers who gave birth at health facilities in Hawassa city administration Sidama Region, Southern Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*. 2022 dec;22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35869484/>.
 28. Mutabazi UP, Brysiewicz P. Descriptive survey of women's childbirth experiences in two state hospitals in KwaZulu-Natal. *Curationis*. 2021;44(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33970005/>.
 29. Bulto GA, Demissie DB, Tulu AS. Respectful maternity care during labor and childbirth and associated factors among women who gave birth at health institutions in the West Shewa zone, Oromia region, Central Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020 aug;20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32746788/>.

30. Amare NS, Mekuriyaw AM, Tesema GW, Ambaw YL. Proportion and associated factors of respectful maternity care during childbirth in North Showa zone public health institutions, North Showa, Ethiopia: An institutional-based cross-sectional study. *Frontiers in public health*. 2022 jul;10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35968449/>.
31. OMS. Parto humanizado: recomendaciones de la OMS - Andrómaco;. Available from: <https://www.andromaco.com/publicaciones/revista-conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado>.
32. Mingude AB, Dejene TM, Habtegiorgis SD, Sahle F. Magnitude and associated factors of respectful maternity care in Tirunesh Beijing Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2021. *SAGE open medicine*. 2022;10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36419864/>.
33. Mengistie T, Mulatu T, Alemayehu A, Yadeta TA, Dheresa M. Respectful maternity care among women who gave birth at public hospitals in Hadiya Zone, Southern Ethiopia. *Frontiers in public health*. 2022 sep;10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36238243/>.
34. Filha MMT, Leite TH, Baldisserotto ML, Esteves-Pereira AP, do Carmo Leal M. Quality improvement of childbirth care (Adequate Birth Project) and the assessment of women's birth experience in Brazil: a structural equation modelling of a cross-sectional research. *Reproductive health*. 2022 dec;20(Suppl 2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36522792/>.
35. Mirghafourvand M, Meedya S, Mohammadi E, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi MA, Ghanbari-Homaie S. Iranian women's perception on the determinants of birth experience: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2022 dec;22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36199065/>.

