



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

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS NACIDOS
POR PARTO DOMICILIARIO, COMUNIDAD DEL
CERCADO-COTACACHI, PERÍODO 2014.**

AUTORA:

Andramunio Sandoval Suni Alexandra

DIRECTORA DE TESIS:

MSc. Susana Meneses D.

IBARRA – ECUADOR

2015

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



IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docente y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada la voluntad de participar en este proyecto, para lo cual ponemos a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100246754-4
APELLIDOS Y NOMBRES:	ANDRAMUNIO SANDOVAL SUNI ALEXANDRA
DIRECCIÓN:	BARRIO SAN JOSÉ CALLE ESMERALDAS
EMAIL:	andramuniosuni@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2915-142 0983252738

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO, COMUNIDAD EL CERCADO-COTACACHI PERIODO 2014.
AUTORAS:	Andramunio Sandoval Suni Alexandra
FECHA:	2015/03/01
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Enfermería.
DIRECTOR DE TESIS:	Msc. Susana Meneses.

AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, ANDRAMUNIO SANDOVAL SUNI ALEXANDRA, con cédula de ciudadanía N° 100246754-4 en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos

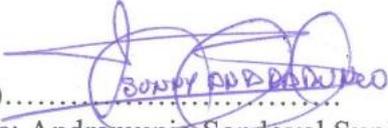
entrega del ejemplar respectivo en forma digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra al 1 de mes de Abril del 2015.

LA AUTORA:

(Firma).....
Nombre: Andramunio Sandoval Suni Alexandra
C.C.:100246754-4

ACEPTACIÓN:

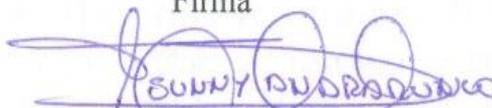

.....
Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA.

Facultado por resolución de Consejo Universitario

RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA

ANDRAMUNIO SANDOVAL SUNI ALEXANDRA, portadora de la cédula de ciudadanía N° 100246754-4 respectivamente, se declara en forma libre y voluntaria que la presente información y elaboración del trabajo investigativo: “FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO COMUNIDAD EL CERCADO, COTACACHI - PERIODO 2014”, así como las expresiones vertidas, contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este presente trabajo investigativo. Que no ha sido previamente presentado para ningún grado, ni calificación profesional y se ha respetado las diferentes fuentes y referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

Firma



Andramunio Sandoval Suni Alexandra
CC. 1002467544



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

Yo, SUNI ALEXANDRA ANDRAMUNIO SANDOVAL, con cédula de identidad Nro. 100246754-4 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados a la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado **“FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO, COMUNIDAD EL CERCADO, COTACACHI-PERÍODO 2014”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciadas en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra al 1 de mes de Abril del 2015.

ANDRAMUNIO SUNI
C.I. 100246754-4

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico al dueño y salvador de mi vida a mi Dios, quien me dio la bendición y sabiduría para hacer de este sueño una hermosa realidad ¿Saber quién soy? ¿Saber a dónde voy? y ¿Qué es lo quiero lograr? Fueron las preguntas que día con día me las hice y en la que permitió desarrollar en mi la paciencia, disciplina y amor cuando las energías sentí se agotaban, a mis padres, pilares fundamentales en el milagro de la vida dignos ejemplos de esfuerzo, trabajo y constancia que supieron sacarme adelante dándome su apoyo y su ayuda en los momentos que más los necesite., y en especial a mis hijos a quienes amo mucho y que son la razón de mi existencia, mi perseverancia y constancia para seguir viviendo junto a ellos y verles crecer como personas, hijos, amigos y profesionales.

SUNI ANDRAMUNIO

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, quien me dio la vida, sabiduría, bendición y convicción para hacer este hermoso sueño una realidad, por estar cuidando de la niña de sus ojos en cada momento de mi vida, porque su protección y amor que sobre pasa todo entendimiento humano, guio este proyecto por senda segura para el desarrollo y culminación del mismo con éxito

A mis queridos Padres e hijos quienes con su apoyo incondicional hicieron que el trabajo sea liviano para seguir adelante, por su paciencia, apoyo, consejos, amor, comprensión, preocupación y ayuda económica llegara a culminar mi meta.

A ti mi pedacito de cielo que todos los días tuviste palabras para darme aliento cuando la guardia ya vencía, cuando de cansancio y de sueño ya me rendía, cuando quería correr y me recordabas que esta meta la lograría solo si la podía resistir por eso y por tu paciencia, disciplina y humor te doy por agradecido.

Pongo en consideración mi más sinceros agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte, fuente del saber, por haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional para así contribuir con la sociedad y mi pueblo.

A mi Directora de tesis Msc. Susana Meneses, quien con sus conocimientos científicos, técnicos y morales, su apoyo, su tiempo y dedicación permitió llegar a feliz término la culminación del proyecto de investigación.

TEMA

“FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS SALUD EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO, EN LA COMUNIDAD DEL CERCADO-COTACACHI PERÍODO 2014”.

INDICE

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	ii
RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE;	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
TEMA	viii
INDICE	ix
INDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
CAPÍTULO I.....	1
1 EL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del Problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Justificación.....	5
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo general	8
1.3.2 Objetivos específicos	8
CAPÍTULO II	9
2 MARCO TEÓRICO	9
2.1 Marco Referencial.....	9
2.2 Marco Contextual.....	11
2.2.1 Reseña Histórica de la Comunidad El Cercado	12
2.3 Marco Conceptual.....	19
2.3.1 Atención Primara de Salud.....	19
2.3.1.3 Ampliación de la cobertura de los servicios de salud	20

2.3.2 Salud Sexual y Reproductiva	21
2.3.3 Enfoque Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva	22
2.3.4 Embarazo.....	23
2.3.5 Parto	33
2.3.6 El puerperio o post-parto.....	41
2.3.7 Parto Culturalmente Adecuado	45
2.3.8 Parto Domiciliario	49
2.3.9 Recién Nacido	53
2.4 Marco Legal	63
2.4.1 Ley Orgánica de Salud	67
2.4.2 Plan del buen vivir en Salud.....	68
CAPÍTULO III.....	71
3 METODOLOGÍA	71
3.1 Tipo de Investigación	71
3.2 Diseño de Investigación	72
3.3 Población o Muestra.....	72
3.3.1 Población.....	72
3.3.2 Muestra.....	73
3.3.3 Fórmula	73
3.3.4 Técnicas e instrumentos de investigación	74
3.5 Cuadro de relación de Variables	74
3.5.1 Variables Dependientes.....	74
3.5.2. Variables Independientes	75
CAPÍTULO IV.....	81
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	81
4.1 Presentación de resultados y discusión.	81
4.2 Resultados de la encuesta.....	82
4.2.1 Presentación de Resultados	82
4.3 Conclusiones	118
4.4 Recomendaciones.....	120

CAPÍTULO V	123
5 PROPUESTA.....	123
5.1. Plan de intervención.....	123
5.1.2 Presentación	123
5.1.3 Justificación.....	124
5.2 Objetivo.....	125
5.2.1 Objetivo General	125
5.2.2 Objetivos Específicos.....	125
5.3 Plan de intervención.....	127
5.4 Programa de educación	132
BIBLIOGRAFÍA	159
ANEXOS	173

INDICE DE TABLAS

Distribución de resultados, en relación con la edad, de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.1.....	82
Distribución de resultados, en relación con la etnia de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.2.....	83
Distribución de resultados, en relación al idioma que hablan las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.3.....	84
Distribución de resultados, en relación a la religión que practican las mujeres de la comunidad El Cercado, manzana 05.	
Tabla Nro.4.....	85
Distribución de resultados, en relación al estado civil de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.5.....	86
Distribución de resultados, en relación al nivel de instrucción educativo de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.6.....	87
Distribución de resultados, en relación a la ocupación de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.7.....	88
Distribución de resultados, en relación al ingreso económico de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.8.....	89
Distribución de resultados, en relación a las viviendas de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.9.....	90
Distribución de resultados, en relación al material de construcción de la vivienda de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.10.....	91

Distribución de resultados, en relación a los ambientes de las viviendas que disponen las mujeres de la El Cercado.	
Tabla Nro.11.....	92
Distribución de resultados, en relación a los servicios básicos, en el domicilio de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.12.....	93
Distribución de resultados, en relación al suministro de agua, que disponen las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.12.1.....	94
Distribución de resultados, en relación a la disposición de energía eléctrica, en los domicilios de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.12.2.....	95
Distribución de resultados, en relación a la disposición del servicio de alcantarillado, en las viviendas de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
TablaNro.12.3.....	96
Distribución de resultados, en relación al servicio telefónico, con que cuentan las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.12.4.....	97
Distribución de resultados, en relación a la disposición del servicio de recolección de basura, en los domicilios de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.12.5.....	98
Distribución de resultados, en relación a las vías de acceso vial, que disponen las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.13.....	99
Distribución de resultados, en relación a los medios de transporte, con que disponen las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.14.....	100
Distribución de resultados, en relación a número de partos, en las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.15.....	101

Distribución de resultados, en relación a problemas de salud o enfermedades presentadas, en los embarazos de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.16.....	102
Distribución de resultados, en relación a exámenes de laboratorio, que se realizaron las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.17.....	103
Distribución de resultados, en relación a la administración de la vacuna difteria y tétanos, en las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.18.....	104
Distribución de resultados, en relación a los controles prenatales, que se realizaron las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.19.....	105
Distribución de resultados, en relación al lugar donde fue atendido el parto, de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.20.....	106
Distribución de resultados, en relación a la persona que atendió el parto intra domiciliario, de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.21.....	107
Distribución de resultados, en relación a motivos por las cuales decidió dar a luz en la casa, las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.22.....	108
Distribución de resultados, en relación al uso de método anticonceptivo, en las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.23.....	109
Distribución de resultados, en relación al espacio intergenesico entre sus embarazo, de las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro. 24.....	110
Distribución de resultados, en relación a las características del llanto de los hijos, de las madres de la comunidad El Cercado, al minuto de nacido.	
Tabla Nro.25.....	111
Distribución de resultados, en relación a las características del llanto de los hijos, de las mujeres de la comunidad El Cercado.	

Tabla Nro.25.1.....	112
Distribución de resultados, en relación a las características del color de la piel en los recién nacidos, de las madres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro. 26.....	113
Distribución de resultados, en relación al instrumento u objeto con el que cortaron el cordón umbilical, las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.27.....	114
Distribución de resultados, en relación al tiempo que esperan para cortar y pinzar el cordón umbilical, las mujeres de la comunidad El Cercado.	
Tabla Nro.28.....	115
Distribución de resultados, en relación a las normas de higiene, aplicadas por las mujeres de la comunidad El Cercado, durante el parto.	
Tabla Nro.29.....	116
Distribución de resultados, en relación a conocimiento del tamizaje neonatal, en las madres de la comunidad El Cercado.	
TablaNro.30.....	117

RESUMEN

El paradigma ha girado en torno a que uno de los contextos importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto en la gestación como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo, es bien sabido que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre y del recién nacido. El presente estudio de investigación tiene como objetivo hallar explicación a la ocurrencia de enfermedades que desencadenan la atención del parto domiciliarios en la comunidad El Cercado y aportar al conocimiento de la problemática relacionada con la salud materna y del recién nacido. El objetivo de esta investigación, es determinar los factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario, por lo que se establece una propuesta para prevenir los factores de riesgo y disminuir los problemas de salud en los niños y niñas fomentando un estilo de vida saludable. El diseño del estudio de este trabajo, es de tipo no experimental, cuantitativo, de diseño observacional de cohorte transversal. En los cuales no se interviene ni manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales en la realidad. El tipo de estudio es descriptivo u observacional para determinar los factores de riesgo que inciden en la salud de los niños nacidos en parto domiciliario, en el que se estudiaron 142 habitantes mujeres de la comunidad El Cercado en edad fértil, que dieron a luz en sus domicilios. Los datos obtenidos fueron mediante la aplicación de una encuesta en la que se determinó que el 99% de los partos son en el domicilio, el índice de mortalidad infantil alcanza el 21.13%, seguidos de problemas de salud en el recién nacido como: disnea, cianosis y anemia, los antecedentes patológicos maternos, los factores sociodemográficos y sus costumbres culturales lo que conlleva a sensibilizar a la comunidad para que de preferencia la atención del parto se lo haga a nivel institucional.

ABSTRACT

The home births have as framework the maternal and perinatal health which has undergone major transformations in their conceptualization, returning the attention to the mother child and birth registration, analyzing the sexual and reproductive health, adding the social, cultural, demographic gender development. The prototype has revolved around one of the most important contexts in maternal care; they are institutional care in pregnancy and childbirth, postpartum and newborn. It is also well known that homebirth attended in poor condition carries a significant risk to the health of the mother and the newborn.

This research finds explanation for the occurrence of diseases by home birth in El Cercado community and contributes to the knowledge of the problems related to maternal and newborn health.

The objective of this research is to determine the risk factors and health problems in children who were born at home, so a proposal is established to prevent the risk factors and reduce health problems in children by promoting a healthy life style. The study design of this work is not experimental; it is quantitative, cross-sectional and observational study design. Where there is no intervention or manipulation of the study factor, it is observed what happens to the phenomenon studied in natural conditions.

The type of study is descriptive and observational to determine the risk factors which are affecting the health of children who had home birth, 142 childbearing age women inhabitants of El Cercado community who gave birth in their homes. The obtained data was applied by a survey which found that 99% of births are at home, the infant mortality rate reaches 21.13%, followed by health problems in the newborn such as dyspnea, cyanosis and anemia, maternal medical history, sociodemographic factors and cultural habits which leads to sensitize the community to have a baby in an institution; and that managers of Asdrubal de la Torre Basic Hospital prioritizes and drive their actions aimed at primary health care, with emphasis on providing personalized attention home by home by each mother and child.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema.

Según la OMS un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. (OMS, 2010).

La mortalidad materna ocurrida en casa se ha relacionado principalmente con complicaciones del parto, hemorragias y sepsis. En América Latina y El Caribe, 3'240.000 gestantes no tienen control del embarazo y 3'440.000 no reciben atención institucional para el parto. De acuerdo a la OPS, existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa, sin recibir atención alguna en una institución de salud. (Villegas, 2009).

El Ministerio de Salud del Perú tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de Intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna. Estas estrategias han estado orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional, el cual tiene como objetivo garantizar un parto seguro que no ponga en riesgo la vida de la gestante. Sin embargo, persisten los reportes discordantes entre las coberturas de la atención del control prenatal (77,2 %) y la atención del

parto institucional (49,5 %), mientras que el 50.5% de los partos son domiciliarios siendo atendidos por personal de salud no calificado. (Barreda-Gallegos, 2006)

En el Ecuador, sólo el 30,1% de partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud. Más del 40% de mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región amazónica dieron a luz en su casa. El 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios. (MSP, 2015)

Los pueblos indígenas ancestrales han puesto en práctica en su cotidianidad, los saberes en la salud que han sido heredados por generaciones. Sin embargo, desde la conquista española, el conocimiento indígena de la salud ha sido desautorizado desde el sistema formal de atención médica, al asociarlo con la brujería, charlatanería, hechicería, llegando incluso a la persecución a los prestadores tradicionales de salud, situación que ha impedido tener una relación de respeto a los conocimientos y prácticas tradicionales. (UNORCAC, 2008)

Cotacachi presenta precarias condiciones sociales y económicas, sobre todo en su población rural, mayoritariamente indígena. En las comunidades persisten problemas como: falta de acceso a agua de calidad, una infraestructura sanitaria deficiente, insuficiente acceso a tierras productivas y sistemas de comercialización, cambios en los patrones alimenticios, sumados al desempleo, la falta de vivienda digna, bajos niveles de escolaridad e insuficiente acceso a los servicios de salud. (UNORCAC, 2008)

Los riesgos asociados al embarazo, parto y puerperio constituyen otro problema importante. Según el Censo de Condiciones de Vida, en las comunidades filiales a la UNORCAC, las parteras atienden el 36.1% de los partos, 30.3% de partos son atendidos por médicos y el 33.7% de mujeres no recibe ninguna atención profesional. El 20% de mujeres tiene, al menos un hijo muerto.

La tasa de mortalidad infantil es de 35 x 1000 nacidos vivos, cifra que es alta en relación con la tasa de mortalidad infantil nacional al 2006, que se registra en 24 x 1000 nacidos vivos. (UNORCAC, 2008)

Para muchas mujeres dar a luz en la maternidad o en el hospital es más seguro, desde el punto de vista médico. Sin embargo, los hospitales están localizados en ciudades y poblados y no siempre son utilizados por mujeres que viven en el área rural o incluso en la misma ciudad, tanto por razones geográficas como por razones socioculturales. (OIT)

Tomando en cuenta que en la Comunidad del Cercado, perteneciente a la parroquia El Sagrario del cantón Cotacachi, existe un alto índice de partos domiciliarios, mismos que son atendidos por personal no capacitados, en condiciones inseguras para la salud del binomio madre e hijo, lo que desencadena el incremento de la morbilidad infantil y materna y asociado a esto que los factores socioculturales: población en estudio indígena donde su costumbres ancestrales, principios, conocimientos, mitos y visión holística son la que se imponen hacer uso de los servicios de salud, el factor económico que viven con un salario básico menor al estipulado como salario mínimo vital con un promedio de hijos por familia de , el factor geográfico en la que las vías de acceso para el transporte son de tercer orden contando con dos recorridos diarios de transporte público, lo que dificulta la oportuna atención en caso de una labor de parto, razón por la cual hemos escogido este lugar para realizar el presente trabajo de investigación.

La salud integral en los seres humanos es de vital importancia en los tiempos actuales, encaminados a la aplicación de la política de estado para el verdadero cumplimiento del Buen vivir, consagrado en nuestra constitución, por lo que es necesario buscar estrategias que conlleven a la aplicación de un Derecho fundamental como es el de la Salud, razón por la cual, nos damos cuenta que en los tiempos actuales es necesario socializar en todas la áreas y sectores la

utilización correcta del talento humano, recursos científicos y tecnológicos. (Ministerio del Interior, 2013) (Constituyente, 2008),

Es necesario recalcar que en pleno siglo XXI, sigan existiendo comunidades que no tengan acceso a un sistema de salud efectivo, ya sean estos por distintas razones o circunstancias, ya pueden ser estas de índole geográfico, económico y social, por lo que; aun sigan habiendo casos de partos domiciliarios, los mismos que aun sin ser elevados pero siguen marcando cifras que en muchos casos no son tomadas en cuenta para el desarrollo de los países. (OIT)

Es por lo expuesto anteriormente que este trabajo de investigación va enfocado a encaminar y concienciar a las madres, familia y comunidad sobre las complicaciones y problemas de salud que contraen los partos domiciliarios en los recién nacidos.

1.2 Formulación del problema

El parto en casa o parto domiciliario tiene como referencia la salud materna y perinatal, la cual ha experimentado cambios importantes en su conceptualización, al pasar de la mirada del binomio madre hijo y el control de la natalidad al análisis de la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos de desarrollo y de género.

En la que el problema gira en torno a que una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo, es bien sabido que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato o de ambos, más la decisión de dar a luz en casa son determinadas por varios factores que desencadenan la morbilidad y mortalidad. (Villegas, 2009)

Entre los factores que incrementan la preferencia del parto domiciliario tenemos: Personales (la edad, el bajo nivel educativo, su cultura, nivel socioeconómico, el estado conyugal, el embarazo no deseado, paridad, espacio intergenesico, madres multíparas, el antecedente de parto domiciliario, y la procedencia rural). Factores demográficos (accesos viales de tercer orden, falta de servicio de transporte, ubicación geográfica la zona rural, ubicación de los centros de salud en la cabecera cantonal) y a los que se suman los Factores económicos hacen que se conviertan en barreras al acceso de la atención profesional de salud.

La práctica de los partos domiciliarios como una actividad habitual en la comunidad en estudio con una población mayoritariamente, de etnia indígena en la que los saberes médicos ancestrales generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socioculturales. Permite plantear el siguiente cuestionamiento.

¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la salud de los niños nacidos en parto domiciliario, en la comunidad El Cercado en el cantón Cotacachi?

1.3 Justificación

El presente trabajo de investigación se justifica partiendo de la necesidad de incorporar conocimientos que conduzcan a construir una modalidad de atención y de intervención que represente una verdadera alternativa a la salud integral de la mujer y el neonato. Esto pasa precisamente por el cuestionamiento al modelo de atención médico, el cual reproduce las actitudes de una sociedad patriarcal y desconoce la perspectiva de género.

Según la OMS:

Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal.

- a) Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida.
- b) En los países en desarrollo, casi la mitad de las madres y recién nacidos no reciben cuidados profesionales durante el parto y posparto.
- c) Hasta dos de cada tres fallecimientos de recién nacidos pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida.
- d) La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud.
- e) La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia.
- f) La atención durante el parto que es un factor predisponente para una muerte materna y perinatal, por los cuidados y atención durante el parto en domicilio el que menor atención recibe es el recién nacido por lo cual hay muerte perinatal a falta de atención inmediatamente en el momento adecuado. (OMS, 2010)

Si asociamos a esto la muerte materna, que afecta sobre todo a los países pobres y presenta un gran impacto individual, familiar, social y económico. Las muertes maternas son de aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo. El no demorar en la identificación de estas señales de peligro, el no demorar en acudir a un servicio de salud y el no demorar en recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte.

En América Latina y El Caribe, 3'440.000 no reciben atención institucional para el parto. De acuerdo a la OPS: existe una fuerte asociación entre la

mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos en casa por personal no calificado. (Villegas, 2009)

En el Ecuador, el 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios. (MSP, 2015)

Según el Censo de Condiciones de Vida realizado en el cantón Cotacachi, en las comunidades filiales a la UNORCAC, las parteras atienden el 36.1% de los partos, 30.3% de partos son atendidos por médicos y el 33.7% de mujeres no recibe ninguna atención profesional. El 20% de mujeres tiene, al menos un hijo muerto. La tasa de mortalidad infantil es de 35 x 1000 nacidos vivos, cifra que es alta en relación con la tasa de mortalidad infantil nacional al 2006, que se registra en 24 x 1000 nacidos vivos. (UNORCAC, 2008).

Con estos compendios, el Plan Nacional del Buen Vivir, plantea elementos concretos y propone una lógica de planificación a partir de los siguientes Objetivos Nacionales para el Buen Vivir, los mismos que se relacionan con el desempeño de las metas nacionales, y con la necesidad de concretar los desafíos derivados del nuevo marco constitucional. Que para el estudio se tomara como referentes el siguiente: (Senplades, 2007)

Mejorar la calidad de vida de la población: buscando condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortaleciendo la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos. (Senplades, 2007).

Para lo cual se plantea presentar una propuesta, La implementación de la Guía Educativa “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”, con la participación directa y activa de autoridades y líderes comunitarios; para la mejora de la problemática de salud encaminada a corregir la realidad de la comunidad. Constituyéndose en

un instrumento educativo para los moradores de esta comunidad, promoviendo estilos de vida saludable en atención del plan del Buen Vivir y dando cumplimiento a lo estipulado en la ley.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario, comunidad El Cercado, Cotacachi, período 2014.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Analizar las características sociodemográficas de las madres en fase de post parto de la comunidad de Cercado.
- b) Detallar los riesgos de salud en los recién nacidos después del parto.
- c) Puntualizar los problemas de salud del recién nacido relacionados por la práctica de los partos domiciliarios.
- d) Elaborar un plan de intervención, sobre la base del estudio factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario, para disminuir los riesgos de enfermedades relacionadas con la atención del parto.
- e) Diseñar una Guía Educativa “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”, dirigida a los moradores de la comunidad El Cercado, como un instrumento básico para la atención del parto intradomiciliario.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Referencial.

La maternidad en todas las culturas a nivel mundial es uno de los acontecimientos de mayor importancia en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por tal razón en el entorno del parto existen innumerables saberes, conocimientos, costumbres, tradiciones, rituales y demás prácticas culturales en las diferentes congregaciones humanas. Además, en razón a la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada pueblo, cada cultura ha experimentado y desarrollado un método de cuidado de la salud específico para éste proceso. (humanium.org.es)

Dar a luz en casa supone más riesgo para el recién nacido que si el parto se atiende en el hospital. En concreto, se registran el doble de muertes neonatales cuando el alumbramiento ocurre en el domicilio. Así lo indican los resultados de un estudio realizado en Estados Unidos por el Maine Medical Center. Se trata de un metanálisis de diferentes estudios realizados en países desarrollados, en Europa y EE UU. En total, se incluyen más de 350.000 partos de bajo riesgo planificados para realizarse en casa, comparados con otros más de 200.000 nacimientos en hospitales. (Rubio, 2012)

El estudio indica que en un 0,2% de los alumbramientos domésticos fallece el bebé. Es decir, que de cada 1.000 recién nacidos mueren dos. La cifra disminuye a la mitad entre los nacidos en hospitales: un 0,09%, lo que significa menos de un fallecido por cada millar de alumbramientos. Las probabilidades de imprevistos también son mayores en las primíparas. Según el estudio, si se trata de un primer

parto, la mujer tiene un 36% de probabilidades de acabar siendo asistida en el hospital. Si se trata del segundo, la probabilidad de que el traslado sea necesario desciende a un 9%. (Rubio, 2012)

Según la antropóloga Margaret Clark, en estos contextos multiculturales un factor decisivo es la falta de reconocimiento hacia las creencias sobre las causas y curaciones de algunas enfermedades por parte de los médicos del sistema de salud occidental. Así por ejemplo, un médico que rechaza la creencia del “mal de ojo” por considerarla irrelevante no tiene posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello. (NANDA, 1970)

Es necesario recalcar la falta de socialización sobre la importancia de las creencias que cada una de las nacionalidades, pueblos y culturas a nivel mundial poseen, ya que en cada una de sus circunstancias son el reflejo y el ejemplo para poder realizar actividades encaminadas a fortalecer, cuidar, mejorar e inclusive a mantener de generación en generación sus saberes culturales, que en definitiva son la esencia de cada uno de los pueblos. (NANDA, 1970)

Y es que a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los saberes médicos ancestrales generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra cuerpo, alma y espíritu. Además, dentro de las diferentes comunidades, pueblos y nacionalidades, los sabios del Subsistema de Salud ancestral (yachaks, curanderos, hierbateros, parteras/os, fregadores, kuyfichak) y otras culturas, son gente que aparte de hablar el mismo idioma, están dispuestos a acompañar el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero sino que establecen un sistema de trueque, reforzando de ésta manera, las relaciones de afecto, confianza y solidaridad al interior de la comunidad. (NANDA, 1970)

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello, junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado. (NANDA, 1970)

. La concentración promedio de consultas de control prenatal es de 3,3 y, del total de consultas, apenas el 29,9% son primerizas; la cobertura de control de postparto, no inmediato, fue de 41,5. (OPS, 2013) (MSP, 2015)

Con estas cifras como base de estudio es necesaria e importante abordar el tema de los partos domiciliarios, con este estudio se pretende fomentar a mejorar el estilo de vida de los involucrados, para disminuir los de factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre e hijo a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dando paso al cumplimiento de la meta para el año 2015 la de reducir la muerte en la infancia en dos terceras partes.

2.2 Marco Contextual.

En el mundo actual y a través de la historia de la humanidad, los seres humanos buscamos alternativas para poder tener un mejor estilo de vida en todos los campos, ya sean estos científicos, tecnológicos, sociales y culturales, más sin embargo en el aspecto netamente de salud, en la actualidad, existiendo muchos avances en esta área, aun utilizamos procedimientos y técnicas ambiguas en los partos en general.

La necesidad de implementar una capacitación, socialización y entrega de conocimientos en este tema tan importante como lo es los partos domiciliarios,

conlleva a buscar estrategias para abarcar un número mayoritario de personas que por su situación ya sea esta económica, social y cultural, no han tenido acceso a este tipo de información.

La problemática principal radica en que, los métodos y materiales utilizados en los partos domiciliarios, en muchos de los casos conllevan a aumentar los índices de factores de riesgo en la salud de los recién nacidos, como también contraen problemas de salud en la madre durante el parto y postparto.

La comunidad del Cercado perteneciente a la Parroquia El Sagrario del Cantón Cotacachi, por ser un lugar geográficamente apartado de los centros asistenciales de salud y por su difícil acceso, ya sea por la falta de transporte, infraestructura de asistencia en el área de salud, y también por la dificultad de las carreteras y caminos vecinales, presenta un alto índice de madres embarazadas que optan por tener su labor de parto en sus propios domicilios.

Por ser un tema muy complicado y en muchos de los casos olvidado, no contamos con autores e investigadores que nos orienten y ayuden en nuestra investigación; más sin embargo al escoger este tema como proyecto de investigación, se tratara en lo posible de aportar mayoritariamente a que, en el caso específico de los partos domiciliarios, en nuestra área de estudio, lleguen a un feliz término.

2.2.1 Reseña Histórica de la Comunidad El Cercado

Cotacachi, al ser el cantón más extenso de la provincia de Imbabura tiene una superficie de 1.809 km², está ubicado a las faldas del volcán que lleva su mismo nombre, sintéticamente este paraje nos resume el valor del pueblo indígena que lo habita. Fue fundada en la época colonial por Fray Pedro de la Peña, el 6 de julio de 1824 fue ascendido a la categoría de Cantón por Simón Bolívar, y finalmente en 1.861 se logra la cantonización, iniciando así, su vida política administrativa

con el nombre de Santa Ana de Cotacachi. El cantón Santa Ana de Cotacachi tiene 38.000 habitantes. (AME, 2014)

La comunidad El Cercado se denomina así por encontrarse cercado entre las comunidades aledañas y bajo las faldas del volcán Cotacachi (Andrango, 2011), fue fundada en el año 1938 un 10 de mayo, en su totalidad la población es indígena predominando el idioma quichua y español, Mantienen bien arraigado costumbres, tradiciones y concepciones culturales ancestrales. Que se mantiene intactas hasta la actualidad las mismas que se encuentran coordinadas por el Ilustre Municipio de Cotacachi, dentro del área social, mientras que en el área de salud mediante un convenio en el que interviene la UNORCAC, la Cruz Roja y la Junta provincial de Imbabura, el Área de Salud Nro. 3 y la Dirección provincial de Salud permite que los habitantes de las comunidades puedan ser atendidas por los médicos en el hospital Asdrúbal de la Torre. (UNORCAC, 2013)

2.2.1.1 Generalidades de la Comunidad El Cercado

Población: Cuenta con una población aproximada de 1200 habitantes, la muestra en investigación ubicada en la manzana 05 cuenta con 180 familias de las cuales el 100% son indígenas, Según el último censo realizado Hospital “Asdrúbal de la Torre” el 22 de Abril del 2012. (Gavilanes, 2012)

La mayor parte de la población hablan la lengua quichua y muy poco hablan el castellano. En la comunidad, la lengua habitual es el quichua.

Características Físicas La comunidad esta acentuada en el sector rural de la parroquia el Sagrario, cantón Cotacachi, provincia de Imbabura. (UNORCAC, 2015)

Características Demográficas: Está ubicado al noroeste del Cantón Cotacachi, perteneciente a la parroquia de El Sagrario a 7 kilómetros.

Clima: La temperatura en esta zona alcanza los 25 centígrados, se viven dos estaciones: verano e invierno. (Andrango, 2011)

Límites: al norte con la hacienda La María y la comunidad de El Morlan, al sur con la comunidad de San Pedro y la comunidad de Tunibamba, al este con la comunidad de Alambuela y Tunibamba, al occidente con el páramo de Cotacachi Cayapas.

Actividades Productivas: Sus actividades productivas se basan en la producción agropecuaria, artesanal y la construcción. Además, las labores anteriormente eran el hilado de lana de ovejas, o milma o puccha. Ellos confeccionaban anacos, fachalinas y ponchos. Antiguamente se sembraban en los meses de diciembre trigo, cebada y lenteja.

Servicios Básicos: Dentro de los servicios básicos tenemos que el 95% de la comunidad El Cercado, cuentan con servicios básicos y un porcentaje minoritario del 5% no cuenta con dichos servicios. Cabe mencionar que el suministro de estos permite garantizar y proporcionar un mejor estilo de vida.

Agua: la población cuenta con el suministro de agua entubada 100% las mismas que no garantizan un estilo de vida saludable lo que provoca daño permanente e irreversible en la salud de sus habitantes, especialmente a nivel del tracto digestivo en la que la mayor parte de los niños presentan cuadros diarreicos y gastroenteritis infecciosos (19,8%). Esto concuerda con los datos levantados en el Censo de Condiciones de Vida realizado por la UNORCAC, donde las comunidades rurales registran como sus enfermedades más frecuentes: enfermedades respiratorias y gripes, seguidos por diarreas y dolor de estómago. (UNORCAC, 2008)

Energía eléctrica: el 69% de la población de la comunidad el Cercado cuentan con este servicio, que es muy necesario para el desarrollo de las actividades dentro de la vida diaria, mientras que un porcentaje mínimo del 31%

no cuenta con este servicio, tomando en cuenta que uno de los objetivos del Plan de Mejoramiento de los Sistemas de Distribución de Energía Eléctrica, es: asegurar la disponibilidad de energía eléctrica, para satisfacer la demanda actual y futura de los abonados del servicio eléctrico, en condiciones de cantidad, calidad y seguridad adecuadas.

Alcantarillado: el 100% de la población lamentablemente no cuenta con alcantarillado, lo cual es perjudicial para los seres humanos que necesitan mayor control de la salud y eliminación de las excretas de forma correcta.

Teléfono: el 47% de los habitantes de la comunidad si disponen del servicio telefónico, ya sea este celular o convencional, convirtiéndose la tecnología en una herramienta que facilita la comunicación acortando distancia, ahorrando tiempo y en algunos de los casos a costos bajos, convirtiéndose los servicios y dispositivos telefónicos no en un lujo, sino en la necesidad de mantenerse comunicados por las diferentes razones que se presentaren en el diario vivir

Vías de acceso: el 100% de las vías de acceso a la comunidad son de tierra, por lo que se clasifican en vías de tercer orden, al ser estas vías de este tipo dificultan el transporte eficiente, eficaz y oportuno para ir a la ciudad y viceversa, por tanto los cabildos en la mayoría de los casos y en sus posibilidades tratan de dar mantenimiento y realizar autogestión ante las autoridades parroquiales, cantonales, provinciales e incluso ante organizaciones no gubernamentales.

Recolector de basura: el 33,10% de la población cuentan con este servicio, mientras que en un 66,90% no cuentan con este servicio; por lo tanto podemos evidenciar que al estar estas comunidades ubicadas geográficamente distantes de las urbes, son abandonadas y despreocupadas por las administraciones de los gobiernos de turno, razón por la cual al no disponer de estos servicios se constituyen en factores de riesgos y problemas de salud.

Transporte el 7% de la población hace uso del servicio de taxi, con el 10% se transportan en camionetas, con el 32% utilizan bus de transporte público, los mismo que tienen frecuencias establecidas por la Agencia Nacional de Transito Transporte Terrestre y Seguridad vial, que son en un numero minoritario de dos, en horarios para facilitar la movilización de los estudiantes a los centros educativos, y en un porcentaje superior de 51% se movilizan a pie, considerado este motivo una barrera para llegar a los establecimientos de salud de manera rápida, eficaz y oportuna que en mucho de los casos optan por este medio ya que no representa gasto económico alguno. (MSP, 2008)

Vivienda: el 96% de las mujeres viven en casa propia, valga recalcar que al ser una comunidad rural aún se conserva la tradición y la buena costumbre de convivir en las inmediaciones que sus progenitores entregan a sus herederos que de generación en generación pasan a sus sucesores con el único afán de que la familia permanezca unida, razón por la cual en muchos de los casos el espacio físico no es suficiente para la convivencia humana, convirtiéndose en hacinamientos, donde la pobreza y las precarias condiciones sanitarias son un factor de riesgo y problema de salud que afectan en su mayoría a los más vulnerables.

2.2.1.2 Aspecto Económico

Actividades Productivas:

Se caracteriza por la producción agrícola y actividades artesanales. Su problema social es la migración ocasional a la ciudad, para realizar actividades como la construcción, las florícolas y el empleo doméstico. Los productos que se siembran son: fréjol, maíz, alverja y minoría ciertas hortalizas.

Su movimiento económico es dinámico puesto a que los productos agrícolas se expenden en las instalaciones de la UNORCAC donde funciona el Hambi Mascary mercado andino el día domingo. . (UNORCAC, 2008)

Sector ganadero:

Los moradores de esta comunidad realizan la crianza de ganado bovino y porcino mismo que en poca cantidad es consumido aquí, pero en su gran mayoría son vendidos en las ferias de animales en el Cantón vecino Otavalo.

Aspecto Religioso

La mayor parte de la comunidad es Católica en un 60%, seguida de la religión Evangélica con un porcentaje del 40%. La formación espiritual constituye un factor importante ya que en esta comunidad.

2.2.1.3 Instituciones

Instituciones jurídicas:

Existen diversas organizaciones sociales, deportivas y pequeñas micro empresas de demuestran el empeño de superación de los moradores de esta Comunidad. En la estructura Político y Administrativo la comunidad El Cercado es Jurisdicción del Gobierno Municipal de Santa Ana de Cotacachi y Cuenta con: Concejo de Gobierno Comunitario, Junta de Agua potable, Junta Administradora de Agua de Riego, Organización Sisa Pacari, Organización Hatarishun, Club Deportivo El Cercado, Micro empresa de Manillas y telares, Micro empresa de pan de trigo.

Instituciones educativas:

En cuanto a instituciones educativas la comunidad El Cercado cuenta con una escuela fiscal y un Centro de desarrollo infantil que funcionan en conjunto.

Educación Básica Intercultural Bilingüe “San Jacinto”

Turismo del cantón Cotacachi En los últimos años se está desarrollando la Producción Agroindustrial de flores, frutas y espárragos. Estos productos no tradicionales son destinados a la exportación. Siendo su mayor fuerte la **talabartería**: es la actividad predominante de los artesanos Cotacacheños, quines con increíble creatividad elaboran una gran variedad de artículos de cuero de calidad como: billeteras, carteras, cinturones, maletas, zapatos, ropa, entre otros que se comercializan en los almacenes de la ciudad y en el exterior. (viajandox.com, 2014)

Turismo Comunitario: No tienen iniciativas de turismo comunitario.

Inmigración: Cotacachi y sus alrededores situados en la hermosa provincia de Imbabura han acogido desde hace una década a cientos de inmigrantes extranjeros, especialmente a jubilados estadounidenses y de otras naciones que han encontrado la tan anhelada paz y tranquilidad para disfrutar de su edad de adultos mayores en estos bellos parajes ecuatorianos. Allí gozan de las bondades del clima, del entorno natural, de la hospitalidad de la gente, y de las manifestaciones culturales indígenas, muchas de ellas muy distintas a las de sus países de origen. (Diario La Hora, 2014)

2.3 Marco Conceptual.

2.3.1 Atención Primara de Salud

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria fundamental accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena intervención y a un costo asequible para la población del país, formando parte integral del desarrollo socioeconómico general de las comunidades.

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. (MSP, 2012)

La atención primaria de salud tiene como objetivo principal curar la enfermedad, impedir su aparición, lo que favorece a que aumente el nivel de salud. Para impedir su aparición haciendo que los factores responsables de su origen no pueda producirla efectivamente. Para ello se promoverá todo aquello que aumenta el nivel de la salud de las personas. Esto se fundamenta en que es mejor para las personas no enfermar que ser curada. (MSP, 2012)

2.3.1.2 Los componentes básicos de la atención primaria de la salud

Los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas. (MSP, 2012)

a) Educación sanitaria y promoción de la salud.

- b) Adecuado abastecimiento de alimento y promoción de una buena alimentación.
- c) Abastecimiento de agua potable y de saneamiento básico.
- d) Cuidados sanitarios materno-infantiles, incluyendo la salud reproductiva.
- e) Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- f) Prevención y control de enfermedades endémicas.
- g) Tratamiento apropiado de las enfermedades más habituales y de los traumatismos comunes.
- h) Provisión de medicamentos esenciales.

2.3.1.3 Ampliación de la cobertura de los servicios de salud

Si bien la atención primaria abarca a toda la población, proponiéndose equidad en el acceso a los servicios esenciales, la realidad obliga a satisfacer, en primer término, las necesidades básicas de los sectores pobres o excluidos; sin embargo no debe limitarse solamente a ellos. Por lo tanto, no puede considerarse como "un programa" cuyo objetivo sea solamente atender las necesidades mínimas de las personas que viven en la extrema pobreza por lo que de manera deliberada y equivocada se la denomina "medicina para los pobres". Implica en todo caso, extender o ampliar la cobertura de los servicios de salud. (MSP, 2012)

- a) Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud
- b) Aumentar la disponibilidad relativa de recursos
- c) Poner en operación un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población.

Si el objetivo general se encamina en lograr una productividad óptima dentro de los límites aceptados de eficiencia y acceso a los diferentes niveles por parte de las comunidades. (MSP, 2012)

2.3.2 Salud Sexual y Reproductiva

2.3.2.1 Conceptos de salud sexual y reproductiva

Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 180 países aceptaron como meta que antes del año 2015 debía lograrse el acceso universal a los servicios de salud de la reproducción y a la información al respecto.

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud sexual “, el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”. (AECI, 2005)

La tasa global de fecundidad que a nivel nacional es de 3.2 hijos, en las mujeres indígenas llega al 4.9. Mientral más alto el nivel educativo de las mujeres menor es la fecundidad. La planificación familiar a nivel nacional establece que el 73% de mujeres con pareja utilizan algún anticonceptivo. Pero solo el 47% de las mujeres indígenas lo usan y el 25% de métodos tradicionales. (ENDEMAIN, 2004).

Este contexto requiere especial atención a los derechos que nos comprometen en relación al cuidado de la salud sexual y reproductiva de las personas, el mismo que debe reconocer a hombres y mujeres la decisión si quiere o no tener hijos, a tener embarazos y partos saludables y a recibir ayuda para poder engendrar hijos. La calidad de vida y la salud de la población están en gran medida influenciadas por las conductas y comportamientos sexuales y reproductivos, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un componente clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

2.3.3 Enfoque Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva

Xavier Albó, sostiene que la interculturalidad es un enfoque que expresa la convivencia con el “otro”, con los que son distintos, por lo que implica el concepto de alteridad. Este enfoque empezó a utilizarse en los años 80, sin embargo es un concepto equivoco que no ha logrado consenso en la academia y que se lo presenta como retórica de convivencia pacífica entre culturas. (MSP, 2006)

El enfoque intercultural aplicado a la salud sexual y reproductiva en el Ecuador. Se plantea algunas interrogantes sobre la situación actual de la salud en el país, preguntándose Por qué, pese a los avances alcanzados en salud, persiste brechas entre las poblaciones indígenas y no indígenas, particularmente en salud materna, con consecuencias importantes para la salud de las mujeres indígenas. (MSP, 2006)

Si bien la salud y la enfermedad se han desarrollado de manera diferentes en Oriente, Occidente y en otras culturas indoamericanas. En la concepción occidental el concepto de salud es la ausencia de enfermedad como resultado de factores biopsicosociales, el énfasis curativo para atender enfermedades de individuos es la característica de las políticas y programas de salud pública en el resto de países incluido el Ecuador. (MSP, 2006)

Mientras que los conocimientos de otras culturas y saberes como las indígenas, son de manera general, desvalorizadas en cuanto estas no se ajustan a los principios de la ciencia científica y el positivismo en lo que se fundamenta en la lógica y la realidad empírica, se deduce a lo que se puede cuantificar y es ciego a los contextos globales más complejos. (MSP, 2006)

Por tanto la interculturalidad siendo una propuesta al dialogo entre culturas que se reconocen con igual valor, igual dignidad y merecedoras de respeto. Y es cuando se critica la interculturalidad desde el entendido de que quizá es una estrategia del Estado y los grupos dominantes para mitigar las revueltas de los indígenas. Entre otras críticas que la demanda de la interculturalidad hace más indudable las diferencias étnicas y por tanto ahondan discrepando la cultural.

2.3.4 Embarazo

2.3.4.1 Concepto de embarazo

Se entiende por embarazo o gestación, el tiempo comprendido desde la nidación (o la fecundación, hasta la expulsión de la placenta en el parto. Su duración aproximada es de 280 días o 40 semanas, después del comienzo de la última regla, pudiendo variar desde la número 38 hasta la 42. En el cuerpo de la mujer, inicia una serie de cambios físicos, metabólicos y psíquicos importantes destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto. (Aller & Pages, 1977)

Durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que conocemos como síntomas de embarazo. (Bebes y Mas, 2014).

2.3.4.2 Cambios de la mujer en el embarazo

El aumento de peso en el embarazo es de 12 kilos. Está provocado principalmente por el peso del bebé, la placenta y el líquido amniótico, así como también por el aumento del tamaño del útero, de las mamas y del líquido extracelular. (Bebes y Mas, 2014) (Vega, 1948)

Además de los cambios físicos hay otros menos visibles responsables en gran medida de las molestias más frecuentes en el embarazo como el edema, cambios en la piel y el estreñimiento. (Bebes y Mas, 2014). (Vega, 1948) Se producen modificaciones a nivel hormonal, pero también a nivel respiratorio, hormonal, digestivo, circulatorio, renal, óseo y nervioso. (Vega, 1948)

El volumen sanguíneo de la embarazada se incrementa entre un 50 y un 80 % para satisfacer las necesidades de crecimiento del bebé, propiciando la dilatación de los vasos sanguíneos, la aparición de varices, las palpitaciones y la taquicardia.

A medida que el útero va aumentando de tamaño, los órganos internos se desplazan ligeramente de su posición. A su vez, se producen cambios posturales del esqueleto que se adapta al embarazo y se prepara para el parto. (Vega, 1948).

2.3.4.3 Signos y Síntomas del Embarazo

a. Ausencia de menstruación

La amenorrea o ausencia de menstruación es el síntoma de embarazo más importante. Si la regla se retrasa, es un signo claro de posible embarazo. (Bebes y Mas, 2014)

b. Sensibilidad en los pechos

Otro de los síntomas que hacen sospechar un embarazo es una extrema sensibilidad en los pechos. Hinchazón, irritabilidad e incomodidad, incluso un

leve dolor al rozar los pezones. La hormona progesterona incide en el crecimiento de las glándulas mamarias y los estrógenos en el desarrollo de los conductos de la leche, provocando que aumente en las mamas el flujo de sangre, la capa de grasa y se incremente el tamaño de las glándulas lácteas. (Bebes y Mas, 2014)

c. Cansancio

Diversas mujeres experimentan una sensación de cansancio y sienten sueño a cualquier hora del día. El cuerpo de la mujer se prepara para albergar una nueva vida. Esto se traduce en un aumento considerable del volumen de sangre que circula por sus venas y en un aumento del pulso, por lo que también necesita un mayor descanso para recuperar energías.

d. Mareos

El sistema cardiovascular de la mujer funciona a marchas forzadas por tanto es normal que una bajada de la presión arterial provoque mareos en cualquier momento del día, que en algunos casos pueden acabar en desmayo. Suelen presentarse al ponerse de pie o levantarse de la cama de forma violenta, después de comer, o tras estar de pie por tiempo prolongado. (Bebes y Mas, 2014)

e. Náuseas y vómitos

Hay mujeres que no los tienen y otras en cambio que pueden tenerlos durante todo el embarazo, aunque lo más frecuente es que desaparezcan tras el primer trimestre, a lo máximo cuatro meses. Depende mucho de cada mujer. (Bebes y Mas, 2014)

Siendo las hormonas que provocan una desagradable sensación de salivación excesiva, y ganas de vomitar. Son más frecuentes en las mañanas al despertarse, o en cualquier momento del día. (Bebes y Mas, 2014)

f. Aversión a ciertos olores y alimentos

El aumento de estrógenos provoca que la mujer tenga un olfato gusto también se ven afectados en el embarazo, especialmente en el primer trimestre. Olores que antes le agradaban pasan a ser repugnantes, e igual con las comidas.

g. Otros síntomas de embarazo

Varias mujeres sufren molestias habituales como: dolor de cabeza y en la nuca, congestión nasal, provocada por la dilatación de los vasos sanguíneos o hinchazón de pies y manos debido al aumento del volumen sanguíneo. (Bebes y Mas, 2014)

2.3.4.4 Duración del embarazo

La duración aproximada de un embarazo es de 280 días. Son 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas (aproximadamente nueve meses) desde el momento de la fecundación. Se considera un embarazo a término aquel que transcurre entre la semana 37 (259 días cumplidos) y la semana 42 de gestación (294 días cumplidos). (Bebes y Mas, 2014) (Vega, 1948)

Un embarazo de menos de 37 semanas se considera pre-término, mientras que uno de más de 42 semanas se considera post-término. Existe una fórmula para conocer la fecha probable de parto, conocida como: Naegale, que consiste en restarle tres meses y añadirle siete días a la fecha (el primer día) de la última menstruación. (Bebes y Mas, 2014). El embarazo se divide en trimestres. El primer trimestre abarca hasta la semana 14 de embarazo, el segundo trimestre de la semana 14 a la semana 28 de embarazo y el tercer trimestre desde la semana 28 a la semana hasta el nacimiento. (Bebes y Mas, 2014)

2.3.4.5 Cambios de la mujer en el embarazo

El aumento de peso en el embarazo es de 12 kilos. Está provocado principalmente por el peso del bebé, la placenta y el líquido amniótico, así como también por el aumento del tamaño del útero, de las mamas y del líquido extracelular. (Bebes y Mas, 2014) (Vega, 1948)

Además de los cambios físicos hay otros menos visibles responsables en gran medida de las molestias más frecuentes en el embarazo como el edema, cambios en la piel y el estreñimiento. (Bebes y Mas, 2014). (Vega, 1948) Se producen modificaciones a nivel hormonal, pero también a nivel respiratorio, hormonal, digestivo, circulatorio, renal, óseo y nervioso. (Vega, 1948)

El volumen sanguíneo de la embarazada se incrementa entre un 50 y un 80 % para satisfacer las necesidades de crecimiento del bebé, propiciando la dilatación de los vasos sanguíneos, la aparición de varices, las palpitaciones y la taquicardia.

A medida que el útero va aumentando de tamaño, los órganos internos se desplazan ligeramente de su posición. A su vez, se producen cambios posturales del esqueleto que se adapta al embarazo y se prepara para el parto. (Vega, 1948).

2.3.4.6 Controles prenatales

Son todas las actividades y procedimientos que el equipo de salud realiza a la embarazada con el propósito de identificar factores de riesgo en la embarazada y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los elementos que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (MSP, 2007)

a. Completo e integral

La atención por personal calificado, Detección precoz del embarazo, Control periódico e integral de la embarazada, Atención de: riesgo nutricional o detección de discapacidades y enfermedades perinatales, maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia o infecciones de transmisión sexual, consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia o enfermedades buco – dentales, Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal. (MSP, 2007)

b. Precoz

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

c. Enfoque Intercultural

Los servidores de salud deben tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con juicio de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la pluriculturalidad de la zona de atención. (MSP, 2007)

d. Periódico

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051. Nivel mínimo eficiente: 5 controles. Uno en las primeras 20 semanas. Uno entre las 22 y 27 semanas. Uno entre las 28 y 33 semanas. Uno entre las 34 y 37 semanas. Uno entre las 38 y 40 semanas. (MSP, 2007)

e. Afectivo

La mujer embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad. Los horarios de atención deben favorecer la afluencia al control prenatal. Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir. Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera

de las pacientes. Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas. (MSP, 2007)

2.3.4.7 Embarazo de riesgo

Para definir lo que es un embarazo de riesgo, es necesario conceptualizar lo que es un riesgo y a lo que se le denomina como una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. La noción cualitativa inicial, es señalar, la ausencia o presencia de riesgo, ha avanzado hacia otra cuantitativa: riesgo bajo y riesgo alto. (Rigol, 2008).

El embarazo de riesgo en la futura madre le obligara a seguir ciertos cuidados y recomendaciones especiales, incluso algún tratamiento especial, pues corre peligro la salud del binomio madre-hijo. (Rigol, 2008)

- a. Un embarazo de bajo riesgo:** Las complicaciones son menos frecuentes. La mayoría de los embarazos son de bajo riesgo, pero como son muchísimas más las mujeres con embarazos de bajo riesgo, al final, ocurren más complicaciones en los embarazos de bajo riesgo que en los de alto riesgo. (Rigol, 2008)

- b. Un embarazo de alto riesgo:** es aquel en que se presentan una serie de circunstancias o enfermedades que facilitan el que puedan aparecer complicaciones que afecten al feto y/o la madre. (Rigol, 2008)

2.3.4.8 Factor de Riesgo

Son todas aquellas características, circunstancias o motivos que se observa en un individuo y que va asociado con una posibilidad de incrementarse pudiendo sufrir daño a su salud. Toman importancia los factores de riesgo cuando estos son

identificables antes de que ocurran los hechos que se pronostican. Al hablar de utilización del enfoque de riesgo con desenlaces preventivos y es conocido la probabilidad de una enfermedad, un accidente o la muerte y se trata de evitarla o reducirlas. (Rigol, 2008)

El embarazo detectado precozmente y la prevención en esta presunción intermedia es la consulta pre natal objetivo en los pacientes con factor de riesgo. El establezco de salud en las gestantes durante las consultas permite determinar que: durante el diagnóstico al momento de la captación, no tiene seguimiento continuo preconcepciones o pre- gravídico. (Rigol, 2008)

El diagnóstico temprano del embarazo de riesgo conlleva a coordinar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiera el grado de riesgo. Y en la que no se debe de quitar significación a disminuir la atención de las pacientes con bajo riesgo. (Rigol, 2008)

➤ **Priorización del plan de acción en los siguientes riesgos:**

- a. Mujeres menores de 20 años
- b. Mujeres mayores de 20 años
- c. Diabéticas
- d. Hipertensas Desnutridas
- e. Infecciones urinarias silentes y conocidas
- f. Cardiopatías Asmáticas
- g. Riesgo de trombo embolismo
- h. Multíparas
- i. Riesgo obstétrico (Rigol, 2008)

2.3.4.9 Factores de riesgo obstétricos

La Edad: Los extremos en la edad reproductiva la adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años, tiene mayor probabilidad de padecer prematuréz y bajo peso del producto al nacer. (Se considera edad ginecológica al

tiempo transcurrido entre el inicio de la menarquia y la fecha de fecundación), edad de 35 años o pre menopausia, se asocia con mayor ocurrencia de inserción baja de placenta, atonía uterina posparto y riesgo genético para el producto, tiene mayor riesgo, siendo el calculado para esta última aproximadamente 6 veces mayor por el declive fisiológico para mantener un embarazo y el trabajo de parto. Para una adolescente lo que más aumenta es la morbilidad. (Rigol, 2008)

La anemia: dentro de las causas de morbilidad las que prevalecen son la anemia, la escasa ganancia de peso, la infección urinaria, cérvico vaginitis que puede ocasionar amenaza de parto pre término (APP), ruptura prematura de membranas (RPM) y prematuréz, los estados hipertensivos gestacionales y el parto quirúrgico. (Rigol, 2008)

El intervalo intergenesico: menor de dos años, tiene mayor probabilidad de presentar prematuréz y retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU). (Rigol, 2008)

La multigesta: puede presentar, con mayor frecuencia, inserción baja de placenta y atonía uterina posparto. En multíparas, el índice de cambios es mucho menor que en madres primigestas. Durante el parto, puede suceder que se cambie “el diagnóstico” y se pase a considerar algún riesgo debido a situaciones diversas. (Rigol, 2008)

El antecedente de 2 abortos: está relacionado con la probabilidad de una reincidencia en el 50% de los casos; 3 o más abortos espontáneos consecutivos, establecen el diagnóstico de aborto habitual. (Rigol, 2008)

El antecedente de hemorragia en la 2ª mitad del embarazo: hace más probable su recurrencia. (Rigol, 2008)

El antecedente de cesárea previa: se asocia con la probabilidad de presentar inserción baja de placenta, acretismo placentario ruptura de cicatriz uterina

durante el trabajo de parto. Este riesgo se incrementa conforme aumenta el número de cesáreas previas. (Rigol, 2008)

Los antecedentes de malformaciones congénitas en la pareja: aumentan la probabilidad de ocurrencia de malformaciones congénitas en el producto. (Rigol, 2008)

El antecedente de muerte fetal en un embarazo anterior: tiene gran probabilidad de volver a presentarse ya que generalmente traduce patología crónica de base. (Rigol, 2008)

Con el antecedente de prematuréz: existe la probabilidad de volverse a presentar, así como partos pre término, RCIU y bajo peso al nacer. (Rigol, 2008)

El antecedente de hipertensión arterial: incrementa el riesgo de presentar, RCIU, muerte fetal y materna. (Rigol, 2008)

El antecedente de diabetes: se relaciona con una mayor probabilidad de presentar PE, aborto, pérdida fetal, defectos al nacimiento, RCIU o microsomía fetal. (Rigol, 2008)

El antecedente de cardiopatía congénita o adquirida: frecuentemente reumática, predispone a mayor frecuencia de insuficiencia cardiaca materna en la 2ª mitad del embarazo o de productos con RCIU y muerte materna. (Rigol, 2008)

El antecedente de nefropatía: se asocia con mayor probabilidad de presentar parto pre término, RCIU, PE y muerte fetal. (Rigol, 2008)

2.3.5 Parto

2.3.5.1 Concepto de parto

El parto es un proceso fisiológico el cual da por culminado el embarazo, en el cual es expulsado el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno, considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. El parto aparece con las contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

2.3.5.2 Parto vaginal espontáneo

En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. (Cabero, 2013)

Se conoce con el nombre de posición de litotomía o ginecológica, y ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical, en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. (Cabero, 2013)

2.3.5.3 Los procedimientos y protocolos en atención al parto

Siempre La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién

nacido. El éxito de la valoración dependen del equipamiento en los centros asistenciales de salud. Entre los más frecuentes usados para el monitoreo de la madre y su bebé, están: (MSP, 2009)

Auscultación: de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) usando un estetoscopio o con ultrasonido. En algunos centros se acostumbra imprimir el control de los latidos del feto, y en otros son apuntados en un partograma por el personal de atención al parto. Se recomienda auscultar la FCF de forma intermitente, durante 60 segundos como mínimo, cada 15 minutos en el periodo de dilatación y cada 5 minutos en el periodo de expulsivo. La auscultación intermitente deberá interrumpirse y sustituirse por la monitorización continua cuando aparezcan alteraciones en la FCF o en la evolución del parto. (Rogol, 2004)

Dinámica uterina: el control de las contracciones uterinas puede ser realizado de manera mecánica, usando un manómetro y ocasionalmente un catéter de presión intrauterino el cual brinda lecturas más precisas de las contracciones uterinas y de los latidos fetales.

Control de signos vitales: tales como presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura de la madre durante el trabajo de parto.

El tacto vaginal es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios. Éstos suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad.

Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto. El control de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante el parto puede realizarse de manera intermitente mediante el estetoscopio de Pinard o utilizando ultrasonidos

(Doppler) en las mujeres de bajo riesgo y con una evolución normal del parto. (Rogol, 2004)

2.3.5.4 Inicio del parto

Se espera que el parto de una mujer ocurra entre las semanas 37 y 42 completas desde la fecha de la última menstruación. El inicio del trabajo de parto varía entre una mujer y otra, siendo las signos más frecuentes: la expulsión del tapón mucoso cervical, la aparición de leves espasmos uterinos a intervalos menores de uno cada diez minutos, aumento de la presión pélvica con frecuencia urinaria, la ruptura de las membranas que envuelven al líquido amniótico con el consecuente derramamiento del voluminoso líquido con indicios de secreciones con sangre. (Cabero, 2013)

2.3.5.5 Trabajo de parto falso

La aparición de contracciones uterinas breves e irregulares tanto en intervalo como en duración sin cambios cervicales se denomina trabajo de parto falso o falsa labor. Las contracciones leves previas a las verdaderas contracciones del trabajo de parto son normales y llevan el nombre de contracciones de Braxton Hicks. Además de ser contracciones leves, son esporádicas, no tienen un patrón definido y tienden a desaparecer con el descansar, cambiar de posición, baños tibios y la hidratación. Es importante realizar un correcto diagnóstico del inicio de la fase activa del parto, ya que un error en el mismo puede conducir a una serie de intervenciones en el parto que no son necesarias. (Cabero, 2013)

2.3.5.6 Factores que influyen en el proceso de la labor del parto

Edad Materna: La mujer muy joven, menos de 16 años puede tener una pelvis pequeña e inmadura, por lo que ella se incrementa el riesgo de desproporción céfalo pélvico y mayor peligro de sufrir Preeclampsia.

Peso Materno: Las embarazadas obesas están en riesgo a presentar retraso o detención de las fases latentes o activas del trabajo, con una segunda etapa más lenta.

Intervalo de Nacimiento: Cuanto el intervalo entre los nacimientos es menor de un año, la mujer está en peligro de presentar un trabajo de parto más rápido y de tener un hijo más pequeño.

Peso al nacer y edad gestacional: Los prematuros y los recién nacidos pequeños suelen provocar un trabajo de parto rápido, los fetos de gran tamaño o macrosomicos guardan relación con trabajos de partos más prolongados, especial durante la segunda etapa. La edad gestacional menor de 37 semanas se acompaña de una proporción más elevada de presentaciones anómalas, que pueden afectar la evolución del parto. La edad gestacional mayor de 42 semanas se acompaña de macrosomía (feto de gran tamaño) y mayor riesgo de complicaciones perinatales. (océano/centrum, 2007)

Posición Fetal: El trabajo de parto evoluciona de manera más eficaz cuando el feto se encuentra en posición de vértice bien fija.

Estado del saco amniótico: La rotura temprana del saco amniótico puede alterar el trabajo de parto, pero no hay pruebas de que lo acorte.

Sitio de implantación de la placenta: Se ha demostrado que la implantación de placenta en la parte alta o en fondo del útero se acompaña de trabajo de parto prolongado.

Posición de la madre durante el trabajo de parto: Se ha observado que la posición vertical es la más idónea para la dilatación del cuello uterino, y que se acompaña de menor incidencia de compresión del cordón umbilical y de aumento de la comodidad materna.

Factores Psicológicos: Estrés y ansiedad estimulan la descarga de catecolamina, hormonas que inhiben la actividad uterina. (Ministerio de Salud Publica, 1994-2009)

2.3.5.7 Etapas del parto

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino. (Cabero, 2013)

Prodrómico o preparto

Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero. No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis. (Cabero, 2013)

Dilatación

El primer período de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 s o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a

este período como período de dilatación. La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) y se divide en: fase latente, fase activa y fase de desaceleración. La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino. Usualmente entre la dilatación completa y la fase de nacimiento se da un corto periodo de latencia en el que las contracciones desaparecen por completo. (Cabero, 2013)

Expulsión o Nacimiento

También llamada período expulsivo o período de pujar y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto. (Cabero, 2013)

Alumbramiento

Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de signo de Ahlfeld.

El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como mecanismo de Schultze (cara fetal) y por lo general son cerca del 95 % de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se

desgarra inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el mecanismo de Duncan (cara materna). Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las ligaduras vivas de Pinard. (Cabero, 2013)

Después del alumbramiento es seguido por el período denominado "puerperio inmediato", la madre y el niño deben estar juntos para favorecer el "alojamiento conjunto" para designar la permanencia del bebé en el mismo cuarto que su progenitora, instaurar la lactancia, " exitosa de vital importancia el descanso y la tranquilidad de la madre y el recién nacido. (Cabero, 2013)

2.3.5.8 Manejo y tratamiento de la placenta

En las instituciones públicas de salud se las trata con cal luego de la deshidratación de la misma, algunas personas ven a la placenta como una parte especial del nacimiento por motivo de su rol en la nutrición y soporte vital por tantos meses. En otras culturas es costumbre enterrar a la placenta como un rito ceremonial a la Pacha Mama en agradecimiento del nuevo ser y sobre ella se planta un árbol, el día del nacimiento del infante. En otras culturas la placenta es ingerida por los familiares del neonato, de manera ceremonial, un hábito denominado placentofagia. La placenta es usada también con fines cosméticos. (Telesur, 2015)

2.3.5.9 Complicaciones del parto

a. Distocia

Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la

madre y en su bebé. La no progresión del parto puede deberse a contracciones uterinas muy débiles o irregulares que no producen la dilatación cervical y se trata generalmente con oxitocina sintética intravenosa o con prostaglandina en gel tópico cervical. (MSP, 2008)

También puede deberse a una desproporción feto pélvico debido a macrosomía fetal o a estrechez del canal pélvico. El sufrimiento fetal es la aparición de signos que indican el deterioro del feto. Básicamente por la alteración del patrón normal del ritmo cardíaco fetal. Para ello se monitoriza a la madre con una tococardiografía fetal la cual establece cierta relación de la frecuencia cardíaca fetal y la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas. A su vez otro signo que hace pensar en la pérdida de bienestar fetal, es la aparición de líquido amniótico de color verde o teñido de meconio (heces fetales), el cual es expulsado cuando el feto circunstancialmente o de forma crónica tiene un déficit en el aporte de oxígeno.

La fiebre puerperal.- ha sido en el pasado una causa importante de muerte materna, debido a la deficiente asepsia durante el parto, así como a la mayor susceptibilidad a las infecciones por la madre si tiene anemia o desnutrición.

Retención placentaria.- La retención de placenta es una causa menos frecuente y requiere el examen de la placenta, la exploración de la cavidad del útero y la eliminación manual del tejido retenido

Hemorragia postparto.- La hemorragia posparto (pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto) ocurre hasta en el 18% de los nacimientos y es la morbilidad materna más común en los países desarrollados. La atonía del útero es responsable de la mayoría de los casos y puede ser manejada mediante el masaje uterino junto con la administración de oxitocina, prostaglandinas.

Preeclampsia.- También llamada toxemia, y es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Puede ocurrir durante la segunda mitad del

embarazo, síntomas de la preeclampsia: presión arterial alta, edema y grandes cantidades de proteínas en orina.

Eclampsia.- Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas. Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Enfermedades cardiológicas.- La enfermedad cardiovascular se refiere a las enfermedades del corazón y a las enfermedades del sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) de todo el organismo, tales como el cerebro, las piernas y los pulmones.

Anemia.- Alteración de la composición sanguínea, determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina. (MSP, 2008)

2.3.6 El puerperio o post-parto

2.3.6.1 Concepto de puerperio o post-parto

Se denomina puerperio al período de tiempo que transcurre desde el final del parto hasta las 6-8 semanas del posparto.

Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

Puerperio Mediato: abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

Puerperio Tardío: abarca el día 11 hasta el día 45. (MSP, 2008)

2.3.6.2 Cambios durante el puerperio

Estos cambios que se van a describir son cambios normales que se producen durante el puerperio:

Involución uterina y de los genitales: En el útero se produce una reducción muy rápida del volumen y del peso. También se produce rápidamente la involución de los genitales externos y de la vagina. La vagina queda algo ampliada y el himen se convierte en pequeños restos de la mucosa. El introito puede permanecer más abierto que antes del parto. (Sanitas.es, 2014)

Entuertos puerperales: Son unas contracciones uterinas ligeramente dolorosas que aparecen durante los primeros días después del parto. Suelen aumentar al dar de mamar y generalmente son menos frecuentes en las mujeres que tienen su primer embarazo. (Sanitas.es, 2014)

Loquios: Se trata de unas secreciones procedentes del útero que se eliminan por los genitales externos durante el puerperio. Al principio son de un color rojo, sanguinolento, y no suelen exceder la cantidad de una menstruación normal. Conforme va pasando el tiempo se van haciendo seros anguinolentos, de color rosado, y se eliminan en menor cantidad. Finalmente sólo permanece una secreción poco abundante, de color amarillento. Es importante tener en cuenta que los loquios no son malolientes. (Sanitas.es, 2014)

Estreñimiento: Representa otra molestia habitual del puerperio que se evitará, generalmente, con una dieta adecuada. Puede estar motivado/reforzado por el miedo al dolor perineal, la episiotomía y las hemorroides. (Sanitas.es, 2014)

Alteraciones de la micción: También pueden aparecer alteraciones de la micción, no siendo rara la dificultad para la misma o la incontinencia. Generalmente, estas molestias se resuelven en los primeros días. (Sanitas.es, 2014)

Cambios de coloración de la piel: Se habían producido durante el embarazo. Inician también su regresión, aunque pueden tardar varios meses en desaparecer del todo. (Sanitas.es, 2014)

Recuperación del peso: Siempre que el peso ganado durante el embarazo no sea excesivo, se recuperará fácilmente después del parto. Aproximadamente, la mitad de los 10-11 kg aumentados se van a perder durante el parto; y en los siguientes días, 3-4 kg más. La mayor parte de las mujeres logran, sin excesiva dificultad, equilibrar el peso previo en las siguientes semanas.

Recuperación de la tonicidad del abdomen: Se irá produciendo a lo largo del puerperio. Durante este tiempo la piel recobra la elasticidad, aunque persisten las estrías. Realizando los ejercicios necesarios, los músculos recuperarán pronto su tono habitual. (Sanitas.es, 2014)2.

2.3.6.3 Complicaciones durante el puerperio

Durante el puerperio también pueden surgir complicaciones. Es preciso prestar atención a los siguientes signos de alarma: (Sanitas.es, 2014)

Hemorragia: Cualquier sangrado vaginal anómalo deber ser valorado por el médico.

Loquios: Si son malolientes se deberá acudir al médico.

Fiebre: Durante los 2-3 primeros días del puerperio aparece con frecuencia un ascenso térmico, esporádico, denominado “fiebre efímera”, que cede espontáneamente.

Dolor de espalda: Muy frecuente, relacionado con el esfuerzo del parto, que generalmente se pasa con reposo y calor local.

Mastitis: Constituye una patología infecciosa que aparece con una cierta frecuencia durante el puerperio y se caracteriza por fiebre, dolor, hinchazón, endurecimiento y enrojecimiento local de la mama y secreción purulenta.

Grietas en los pezones: Pueden ocasionar una lactancia dolorosa y deberán ser valoradas por el especialista. (Sanitas.es, 2014)

2.3.6.4 Cuidados durante el puerperio

Higiene: Para mantener una buena higiene, la ducha diaria es lo más conveniente, pudiendo realizarse desde el primer momento. No se aconsejan los baños hasta pasadas seis semanas después del parto. Para mantener una buena higiene del perineo será suficiente, en general, realizar lavados con agua de sal un par de veces al día y después de las deposiciones. (Sanitas.es, 2014)

Movilización y deambulación precoz: Es aconsejable para prevenir complicaciones. La deambulación se comienza el primer día después del parto, incrementando el ejercicio físico de manera gradual. (Sanitas.es, 2014)

Alimentación: La dieta será similar a la del embarazo, con un mayor aporte lácteo para las madres que dan el pecho. Su médico le indicará la necesidad de dar suplementos de vitaminas o minerales. (Sanitas.es, 2014)

Relaciones sexuales: Estarán contraindicadas hasta que no haya cesado la eliminación de los loquios, pero lo mejor es posponerla hasta después de los 40-45 días del parto, de acuerdo con las indicaciones de su médico. (Sanitas.es, 2014)

Cuidado de las mamas: Es conveniente mantener una higiene cuidadosa y, también el uso de un sujetador adecuado. (Sanitas.es, 2014)

2.3.7 Parto Culturalmente Adecuado

2.3.7.1 Atención del parto culturalmente adecuado

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento. (MSP, 2008)

Al reconocer que nuestro país es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, es ineludible también entender que los distintos grupos étnicos tienen diversas perspectivas en la atención de salud. En gran parte esto puede explicarse porque el sistema biomédico no satisface sus necesidades.

El sistema biomédico, que define las causas y tratamientos de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los saberes médicos ancestrales generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra cuerpo, alma y espíritu. (MSP, 2008)

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida porque la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado. (MSP, 2008)

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunos de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto. (MSP, 2008)

2.3.7.2 Posición del parto

El parto vertical no es una práctica nueva, es la posición natural ya utilizada desde los comienzos de la humanidad, hecho que se ha demostrado en los grabados y esculturas encontrados en las diferentes culturas. Esta práctica todavía se conserva en nuestras comunidades indígenas, donde la mujer aun concurre a la partera y opta por el parto domiciliario. (Investigación Salud, 2011)

Es por esta razón que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes recomiendan ésta modalidad para el parto, al enfatizar su aporte a una mejor calidad de vida de las madres gestantes y de sus hijos, al referirnos a ellos cabe señalar aquí otra ventaja de la posición vertical que es la de evitar tracciones del feto o maniobras sobre el abdomen de la madre para su expulsión, que frecuentemente son realizadas en el parto horizontal, disminuyendo así los traumatismos del recién nacido. (Investigación Salud, 2011)

Los cambios fortalecen el respeto a la cultura de la paciente para que escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, con ello permite respetar la fisiología natural del parto.

En nuestro país se está implementando la atención del parto vertical con adecuación intercultural, éste plan es una herramienta para movilizar y organizar los recursos institucionales y comunitarios, con el fin de dar una atención oportuna y de calidad a las madres gestantes. (Investigación Salud, 2011)

Pero esta tarea no es fácil se necesita un lugar adecuado para el parto vertical, tener personal capacitado que esté listo para resolver cualquier complicación y educar a las madres y sus familias para que acudan a las instituciones, al conocer la atención y los beneficios que puede recibir.

La posición fisiológica es más adoptada por las mujeres indígenas y por ser confortable la de cuclillas; “La parturienta se coloca en cuclillas, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras el permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. (MSP, 2008)

2.3.7.3 Abrigo y vestimenta

En la medicina ancestral de las comunidades indígenas de la región Andina, cuentan con elemento importante aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio humoral. Este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto.

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales de las parteras, parteros y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica se refiere a la “práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría. En cambio, ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto. (MSP, 2008)

2.3.7.4 La Dieta y Alimentación

Cada comunidad tiene distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de anís, de manzanilla, de paraguay, de higo, de pepas de culantro, de canela, de marco etc. (MSP, 2008)

Algunas de las infusiones que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del parto y alumbramiento. (MSP, 2008)

En éste sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de aguas de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención. (MSP, 2008)

2.3.7.5 Entrega de la placenta

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza “al igual que una persona”. Pues ellos manifiestan que entregan a la Pacha Mama el símbolo de la fertilidad de la mujer y como la madre tierra es warmi permitirá que nuevamente la mujer quede encinta. (MSP, 2008)

2.3.8 Parto Domiciliario

Datos del INEC en el 2008 en Ecuador reporto un 80 % de muerte materna por falta de atención del parto y de las complicaciones del post parto a pesar de los adelantos de la ciencia médica y la mejora de la salud pública. A nivel mundial, sólo el 53% de los partos son atendidos por personal calificado, el 40% de los partos tienen lugar en hospitales o centros de salud. Según MSP del Ecuador, sólo el 30,1% de los partos de las mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud. Más del 40% de mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas determina haber dado a luz en su casa. El 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios. En Ecuador ocurren 105 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, y 13 defunciones de niños por cada mil nacidos vivos. (MSP, 2008)

Según el Censo de Condiciones de Vida, en las comunidades que integran la UNORCAC, Unión de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Cotacachi FENOCIN Acuerdo Ministerial 0139 del 21 de Abril, 1980, las parteras atienden el 36.1% de los partos, 30.3% de partos son atendidos por médicos y el 33.7% de mujeres no recibe ninguna atención profesional. El 20% de mujeres tiene, al menos un hijo muerto. La tasa de mortalidad infantil es de 35 x 1000 nacidos vivos, cifra que es alta en relación con la tasa de mortalidad infantil nacional al 2006, que se registra en 24 x 1000 nacidos vivos. (UNORCAC, 2008)

Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo y que son poco conocidas por el personal de salud. La concepción y práctica sobre el embarazo, parto, post parto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública. (MSP, 2014)

En un primer momento se ha privilegiado la adecuación cultural del parto, para garantizar a las mujeres indígenas el acceso a los servicios y responder a las aspiraciones de ellas y de las organizaciones comunitarias de que su cosmovisión se respete y se integre en las políticas de salud, y en relación a este modelo.

En este sentido la misión del MSP tiene como objeto no solo apoyar la consolidación de experiencias ya existentes de atención/gestión con enfoque intercultural, que permitirá adecuar la oferta de servicios según el requerimiento de la demanda culturalmente diversa que brinde prioritariamente atención pertinente y oportuna a una población servida inequitativamente por el antiguo modelo biomédico convencional, pues gran parte de ella se halla geográficamente dispersa, socialmente estratificada y culturalmente diferenciada. (MSP, 2014)

El Ministerio de Salud comprometido con la implementación de políticas interculturales desarrolla también esfuerzos para atender a la población. Este es un ámbito que requiere conocimiento, redefinición de la práctica médica y participación de la población, de los pueblos indígenas, afro ecuatorianos montubios, mestizos, para hacer de la salud un derecho cumplido. (MSP, 2014)

2.3.8.1 Factores de riesgo que condicionan a parto domiciliario

a. Factores personales y/o Servicios de Salud

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, entre los que podemos mencionar a los siguientes: factores personales como la corta edad, el bajo nivel educativo, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente.

Entre los factores institucionales más importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto. (MSP, 2010)

b. Factores de Riesgo Socio-económicos

Se relacionan con las condiciones de exclusión social derivadas de la falta de bienes materiales. Estos factores se presentan:

- Cuando hay necesidad de realizar doble o triple jornada de trabajo por el bajo ingreso de las mujeres o incluso en la migración como única opción para obtenerlo. La migración femenina en condiciones de embarazo afecta tanto a la salud de la madre como a la del niño, pues en los lugares de destino no se cuenta con prestaciones laborales que le permitan tener una adecuada atención durante el embarazo y posparto.
- Por la falta de servicios de salud en zonas marginadas y rurales.
- En la desnutrición por falta de ingresos suficientes para cubrir los requerimientos nutricionales durante y después del parto. (MSP, 2008)

c. Factores de Riesgo Socio-culturales

Son todos aquellos que limitan la decisión de la mujer por usos, costumbres y tradiciones de orden cultural. Tales factores se manifiestan:

- En la presión conyugal, comunitaria y de grupos religiosos que favorecen maternidades tempranas 13 años de edad o tardías 49 años de edad; embarazos no espaciados; lactancia prolongada y a temprana edad que provoca el abandono de la madre a la escuela o colegio; falta de información sobre métodos anticonceptivos y de comunicación temprana sobre el aborto, por parte de las instituciones de salud.
- A través de interpretaciones y prácticas tradicionales que son impuestas por parte del cónyuge, la comunidad o grupos religiosos, para atender dolores, sangrados, desnutrición, debilidad orgánica, fiebre, urgencias obstétricas, y que aumentan los riesgos de muerte materna. (MSP, 2006)

Los factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna indígena conjugan condiciones que ponen a la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad. En las zonas rurales las muertes maternas se deben a padecimientos sistemáticos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas). En esos lugares, el reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones. (MSP, 2006)

A lo largo de la región, las barreras culturales, las actitudes poco respetuosas y la limitada habilidad comunicativa de muchos proveedores de salud limitan el acceso de las mujeres a la atención calificada. Las mujeres, especialmente las mujeres indígenas, rechazan el tratamiento que reciben en los hospitales, que perciben a menudo como irrespetuoso e insensible.

2.3.9 Recién Nacido

2.3.9.1 Definición Recién Nacido (RN) O Neonato:

Producto de la concepción que nace vivo, se usa el término hasta los 28 días de vida. (MSP, 2008)

2.3.9.2 Recién nacido normal

El recién nacido a término o recién nacido sano, sin complicaciones ni patologías, es el nombre que recibe el bebé antes de cumplir un mes. Durante las dos o tres primeras semanas de vida el bebé tiene que realizar una serie de cambios para adaptarse a la nueva vida extrauterina. (MSP, 2008)

2.3.9.3 Recién nacido patológico

Neonato de pre término o término, con patología asociada, o que presenta alguna alteración en su mecanismo de adaptación a la vida extrauterina. (MSP, 2008)

2.3.9.4 Clasificación del neonato con riesgo al nacer

RN con riesgo bajo al nacer: cumple los siguientes criterios: rosado llanto fuerte, adecuada respiración, activo, frecuencia cardiaca > 100 lpm, peso > 2500 gramos, edad gestacional > 37 semanas de gestación. (MSP, 2008)

RN con mediano riesgo al nacer: cumple los siguientes criterios: peso entre 2000 y 2500 gramos, o entre 3000 y 4000 gramos, edad gestacional entre 35 y 37 semanas de gestación. (MSP, 2008)

RN con alto riesgo al nacer: cumple los siguientes criterios: PESO >4000 O >2000 gramos, edad gestacional <35 o >41semanas, ruptura prematura de membranas mayor de 24 horas, (en <2000 gramos o < semanas 35), anomalías, cianosis persistente, trauma importante al nacido, liquido meconial, madre Rh(-). (MSP, 2008)

2.3.9.5 Recepción del recién nacido

Conjunto de medidas que se realizan para lograr precozmente la hemostasis y hemodinamia correctas, con la finalidad de prevenir la morbilidad y mortalidad derivada de una potencial lesión tisular hipóxicoisquémica. (MSP, 2008)

2.3.9.6 Atención del recién nacido

Personal: En todo parto debe estar presente personal capaz de iniciar la reanimación. En los partos normales de bajo riesgo, se debe tener acceso inmediato a una persona capaz de practicar una reanimación completa. Debe haber un equipo distinto para cada recién nacido de un embarazo múltiple. (MSP, 2008)

Equipo: Material en sala de recepción:

- a. Cuna de calor radiante, Fuente de luz, reloj con segundero
- b. Compresas calientes y limpios sabanas plásticas, gorros
- c. Guantes y material de protección

- d. O2 con medidor de flujo, listo para el uso aspiración con manómetro de presión.
- e. Perilla de caucho
- f. Equipo de succión estéril
- g. Bolsas de reanimación (tipo ambú) con mascarillas para prematuros y RN a término autoinflables o reanimador con pieza en T, mascarar.
- h. Laringoscopio con pilas, funcionando, y con hojas neonatales 00 y 01, TET, catéteres etc.
- i. Equipo para medir glucosa con tirillas
- j. Termómetro
- k. Clamp umbilical (MSP, 2008)

Medicamentos

- a. Adrenalina
- b. Suero fisiológico
- c. Suero glucosado al 10%
- d. Heparina
- e. Vitamina K
- f. Nitrato de plata al 1%

Material

- a. Termocuna con cronómetro
- b. Fuente de oxígeno
- c. Aspiración central y sondas de aspiración
- d. Bolsa de reanimación autoinflable con válvula unidireccional
- e. Laringoscopio y espátulas de distintos tamaños (0 y 1)
- f. Sondas endotraqueales nº 2,5 a 4.
- g. Sonda y adaptador para aspiración de meconio
- h. Campos, bisturí y gasas estériles
- i. Pinza plástica para cordón umbilical
- j. Jeringas de 1 cc y 10 cc
- k. Estetoscopio

- l.** Balanza de platillo o digital
- m.** Cinta métrica inextensible
- n.** Tallímetro

Formularios de registro

- a.** Historia clínica perinatal Form # 051
- b.** Historia de hospitalización neonatal (MSP, 2008)

2.3.9.7 Factores de riesgo perinatales

Es importante considerar que los factores de riesgo prenatales están muy ligados a los riesgos perinatales ya que ellos desencadenan problemas de salud en la madre, el feto y el recién nacido, su deterioro afecta a ambos por igual. Se debería iniciar el cuidado de la salud del binomio Madre- Niño desde el periodo prenatal, ya que la mayoría de los factores que afectan el desarrollo de la salud reproductiva, se presentan aún antes de que la mujer se embarace.

El periodo perinatal es muy importante porque la solución adecuada de algún daño, se basa fundamentalmente en la identificación y detección temprana de los factores de riesgo y el tratamiento oportuno de los problemas perinatales. (Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, 2013)

En este periodo se producen más muertes, que en cualquier otro periodo de la vida y muchos de los trastornos que se producen, son causas de secuelas que pueden llevar a la incapacidad para el resto de la vida. Alrededor del 90% de los recién nacidos son normales y sanos, requiriendo únicamente medidas de puericultura y educación familiar; pero un 10% de ellos tienen problemas. Por ello un recién nacido enfermo puede tener diversos trastornos y por sus complejas necesidades, debe ser atendido por un pediatra con adecuada formación neonatológica. (Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, 2013)

Si ya se habló de que existen una serie de factores de riesgo prenatales que tienen una gran importancia en el óptimo desarrollo del feto. Pues bien, existen también unos factores de riesgo perinatales (es decir, durante el parto y el alumbramiento) que también es importante conocer cada uno de estos factores que pueden comprometer el adecuado desarrollo motor, cognitivo, comunicativo, lingüístico y social del recién nacido. (Hospital Bengarrison, 2012) (Robaina, 2011)

Prematuridad: para determinar si un bebé es prematuro o no, se deben diferenciar los tiempos de gestación debido a las distintas repercusiones que pueden tener para el recién nacido. Así, se entiende como parto a término aquel que se da entre las 37 y las 42 semanas de gestación; parto prematuro sería aquel que nace antes de las 37 semanas y parto pos maduro, aquel que nace con más de 42 semanas de gestación. (Hospital Bengarrison, 2012)

Bajo peso al nacer: del mismo modo que hay que comprobar los tiempos de gestación para ver los posibles efectos en el desarrollo del bebé, también se debe tener en cuenta su peso. De este modo, diferenciamos niños con bajo peso (cuando nace con un peso comprendido entre los 1.500 y los 2.500 gramos), muy bajo peso (el bebé nace con un peso entre los 1.000 y los 1.500 gramos) y extremadamente bajo (un peso menor a 1.000 gramos). (Hospital Bengarrison, 2012). Entre los factores posibles causantes de la prematuridad del bebé y del bajo peso al nacer nos encontramos con embarazos múltiples, algún tipo de infección materna durante el embarazo, factores genéticos, consumo de drogas y tabaco o problemas de nutrición por parte de la madre.

Problemas respiratorios: el problema más importante del niño prematuro es el Síndrome de Distress Respiratorio, el cual consiste en una insuficiencia respiratoria debida a la falta de una lipoproteína (que se comienza a producir en cantidades suficientes a partir de la semana 34) que recubre la superficie de los alvéolos pulmonares y evita que se colapsen durante la respiración normal. (Hospital Bengarrison, 2012)

Tras recibir tratamiento para esta insuficiencia respiratoria, muchos niños desarrollan una enfermedad crónica denominada displasia broncopulmonar, teniendo más probabilidad de padecerla aquellos niños que estén más de 30 días con respiración asistida o con un peso inferior a 1.250 gramos (además, suelen presentar algún tipo de retraso en el desarrollo o problemas de lenguaje según van creciendo). Por otro lado, los bebés prematuros también pueden sufrir apnea: un patrón respiratorio irregular que se caracteriza por pausas prolongadas debido a que el Sistema Nervioso Central aún está inmaduro o presenta algún tipo de daño. (Hospital Bengarrison, 2012)

Asfixia perinatal: es debida a una disminución de la cantidad de oxígeno que se produce y se envía al flujo sanguíneo cerebral del bebé. Se evidencia dando una puntuación baja en el test de APGAR, mostrando el bebé cierta irritabilidad, respuestas exageradas o pérdida de sensibilidad y tono muscular bajo. También pueden aparecer convulsiones persistentes y graves e incluso el coma. Las causas pueden ser varias, entre las que se deben mencionar los problemas con la placenta o el cordón umbilical, parto difícil o bebé macrosómico. Aquellos niños con un problema de este tipo pueden presentar desde cierta hipotonía general hasta retraso evolutivo y parálisis cerebral. (Hospital Bengarrison, 2012)

Problemas metabólicos: son los niños que presentan bajo peso al nacer o prematuridad aquellos que son más susceptibles a padecer problemas de este tipo. Las deficiencias pueden darse en productos esenciales para el metabolismo cerebral (como la glucosa) o la insuficiencia de minerales como el calcio, potasio, sodio, fósforo, hierro y magnesio. No obstante, existen programas de screening para detectar estas posibles alteraciones metabólicas, como la prueba del talón (Hospital Bengarrison, 2012).

Hiperbilirrubinemia: la mayoría de los bebés desarrollan algún grado de ictericia, la cual se debe a una elevada cantidad de bilirrubina (pigmento amarillo que se produce cuando se descomponen los glóbulos rojos de la sangre). En el caso de bebés prematuros y bebés de bajo peso con niveles de bilirrubina elevados

existe un mayor riesgo de parálisis cerebral e hipoacusia neurosensorial. (Hospital Bengarrison, 2012)

Macrosomia: el recién nacido macrosómico es aquel cuyo peso al nacer es de 4 000 g o más. Tiene como características más relevantes el aumento de peso y de la grasa corporal y la longitud del cuerpo y la circunferencia cefálica, dan sensación de gran potencia, mayormente presentan coloración pletórica y parecen hinchados. (López, 2013).

Son múltiples los factores de riesgos que influyen en la concepción de un recién nacido macrosómico como: la presencia en la madre de diabetes mellitus y diabetes gestacional, y se reporta en estos casos una incidencia de macrosomía de un 46 %, la edad materna superior a 35 años, la obesidad, la ganancia excesiva de peso durante el embarazo, la multiparidad y la pos madurez. (Dra. Irka Ballesté López, 2003.)

Sepsis Neonatal: es una entidad clínica grave, que resulta de la interacción entre el agente patógeno y la respuesta del huésped. La Sepsis: como una condición clínica que expresa una respuesta inflamatoria sistémica (generalizada) secundaria a la presencia de una infección comprobada, pero no necesariamente, mediante hemocultivos. Esto es muy importante, pues si los hemocultivos son negativos, no se excluye el diagnóstico. Incidencia 1-10 de cada mil recién nacidos vivos. (Robaina, SCIELO, 2011)

2.3.9.8 Problemas de salud en el recién nacido

La OMS proporciona datos claves de la problemática de salud pública que se presenta a nivel mundial y en la que refleja lo siguiente: Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal, Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida, En los países en

desarrollo, casi la mitad de las madres y recién nacidos no reciben cuidados profesionales durante el parto y posparto y hasta dos de cada tres fallecimientos de recién nacidos pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida. (OMS, 2010)

La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia. (OMS, 2010)

La mortalidad materna y perinatal son un problema de salud pública, puesto que esto afecta al vínculo familiar tanto social, moral y a veces económico, porque al morir una madre los niños quedan huérfanos con hogares inestables y a esto contribuye la poca información los cuidados y reconocimiento de signos de alarma puede tener una mujer durante el embarazo y por ende la alimentación de la misma , también es un factor importante la idiosincrasia de la comunidad que todavía existe en algunas comunidades lejanas, como la atención de partos en su casa atendidos por familiares o curanderos con una higiene y atención deficiente. (OMS, 2010)

La atención durante el parto que es un factor predisponente para una muerte materna y perinatal por los cuidados y atención durante el parto en domicilio el que menor atención recibe es el recién nacido por lo cual hay muerte perinatal a falta de atención inmediatamente en el momento adecuado.

Al cumplir con la meta para el año 2015 la de reducir la muerte en la infancia en dos terceras partes, de los 93 niños por cada 1000 que morían antes de cumplir cinco años en 1990, a 31 por cada 1000. Se estará fortaleciendo y contribuyendo en manera a que este problema de salud pública se reduzca viéndose cumplido el Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que fueron adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. (OMS, 2010)

2.3.9.9 Cuidados del recién nacido

El cuidado posterior del recién nacido debe adherirse a las normas de la American Academy of Pediatrics como se describe en las Guías para el Cuidado Perinatal, así como a la declaración de la ACOG con respecto a la atención del recién nacido. Aunque una revisión más detallada de estas normas sería demasiado larga para incluir en esta declaración, algunos puntos de práctica son dignos de mención específica: (Larguía, 2007)

Cuidado de transición (primeras 4-8 horas): El niño debe mantenerse caliente y debe ser sometido a un examen físico detallado que incluya una evaluación de la edad gestacional y del estado de crecimiento intrauterino (peso, talla y circunferencia craneana), así como una evaluación del riesgo integral de condiciones neonatales que puedan necesitar un control o intervención adicional. La temperatura, la frecuencia cardíaca y respiratoria, el color de la piel, la circulación periférica, la respiración, el nivel de conciencia, el tono, y la actividad deben ser monitorizados y registrados por lo menos una vez cada 30 minutos hasta que la condición del recién nacido se considere normal y se haya mantenido estable durante 2 horas. (Larguía, 2007)

Monitoreo de la enfermedad por estreptococos del grupo B: Según lo recomendado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y la AAP, las mujeres embarazadas deben ser examinadas para la colonización por estreptococos del grupo B a las 35 a 37 semanas de gestación. Las mujeres que están colonizadas deben recibir mayor e igual a 4 horas de penicilina, ampicilina, o cefazolina por vía intravenosa. (Larguía, 2007)

Monitoreo de la enfermedad por estreptococos del grupo B: Los neonatos que tienen crecimiento fetal anormal (estimados como pequeños o grandes para la edad gestacional), o cuyas madres tienen diabetes deben ser tenidos en un hospital o maternidad, debido al aumento del riesgo de hipoglucemia y otras complicaciones neonatales. Si, después del parto, se descubre que un niño es

pequeño o grande para la edad gestacional o si ha requerido reanimación, debe ser examinado para hipoglucemia como se indica en la declaración de la AAP. Si la hipoglucemia es identificada y persiste después de la alimentación (glucosa menor 45 mg/dl), el lactante debe ser trasladado inmediatamente a un centro médico para continuar su evaluación y tratamiento.

Profilaxis ocular: Todo recién nacido debe recibir profilaxis contra la oftalmia neonatal gonocócica. (Larguía, 2007)

Vitamina K: Todo recién nacido debe recibir una sola dosis parenteral de óxido de vitamina K1 natural (fitonadiona [0,5-1 mg]) para evitar la enfermedad hemorrágica del recién nacido dependiente de vitamina K. La administración oral de la vitamina K no ha demostrado ser tan eficaz como la administración parenteral para la prevención de la enfermedad hemorrágica tardía. Esta dosis debe administrarse poco después del nacimiento, pero se puede retrasar hasta después de la primera lactancia. (Larguía, 2007)

Vacunación contra Hepatitis B: Se recomienda la inmunización temprana contra la hepatitis B para todos los lactantes médicamente estables con un peso al nacer mayor 2 kg. (Larguía, 2007)

Evaluación de la alimentación: La lactancia materna, incluyendo la observación de la posición, la prendida, y la transferencia de leche, deben ser evaluados por un cuidador entrenado. La madre debe ser alentada para registrar el tiempo y la duración de cada alimentación, así como la producción de orina y heces, durante los primeros días de la lactancia materna. (Larguía, 2007)

Detección de hiperbilirrubinemia: Los neonatos cuyas madres son Rh negativas deben tener una muestra de sangre de cordón enviada para la realización de una prueba de Coombs directa; si el tipo de sangre de la madre es O, la sangre de cordón umbilical puede ser evaluada para obtener el tipo de sangre del bebé y la prueba de anticuerpos directa, pero no se requiere siempre que haya una

vigilancia, una evaluación del riesgo y un seguimiento adecuados. Todos los recién nacidos deben ser evaluados por el riesgo de hiperbilirrubinemia y deben ser sometidos a detección de bilirrubina entre las 24 y 48 horas de vida. El valor de bilirrubina debe ser representado en el nomograma hora-específico para determinar el riesgo de hiperbilirrubinemia grave y la necesidad de repetición de las determinaciones. (Larguía, 2007)

Cribado neonatal universal: Todo recién nacido debe someterse a un cribado neonatal universal en conformidad con los mandatos estatales individuales, con la primera muestra de sangre idealmente recogida entre las 24 y las 48 horas de vida.

Cribado de la audición: El cuidador principal del neonato debe garantizar que la audición de cualquier niño nacido fuera del ámbito hospitalario sea evaluada alrededor del mes de vida, según las recomendaciones de la AAP. (E. Doménech*, 2008)

Provisión de atención de seguimiento: La documentación integral y la comunicación con el proveedor de seguimiento son esenciales. Los registros escritos deben describir el cuidado prenatal, el parto y el curso postnatal inmediato, documentar claramente qué exámenes y medicamentos han sido proporcionados por el encargado del nacimiento, y lo que falta realizar. Todos los recién nacidos deben ser evaluados por un profesional de la salud que tenga conocimientos y experiencia en pediatría dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento y posteriormente dentro de las 48 horas de la primera evaluación.

2.4 Marco Legal

Al reconocer que nuestro país es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, es ineludible también entender que los distintos grupos étnicos tiene diversas perspectivas en la atención de salud. Para lo cual contamos con una legislación y normativa existente que, como ciudadanos ecuatorianos nos

corresponde dar fiel cumplimiento, pues de esta manera contribuimos al desarrollo y progreso de nuestra patria, y al enunciar la base legal de esta investigación debemos mencionar en primera instancia nuestra ley suprema como es la constitución vigente.

En el capítulo primero; Principios de aplicación de los derechos de nuestra Constitución en su **Art. 10.-** Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

Este artículo es muy importante, ya que nuestra constitución dispone que todos los ciudadanos y ciudadanas ecuatorianas, sin distinción de ningún tipo, ser beneficiarios y en todo momento pudiendo exigir sus derechos, los mismos que son aplicables con equidad e igualdad.

En la sección cuarta; Cultura y ciencia del capítulo primero de nuestra carta magna en su **Art. 21.-** Las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir sobre su pertenencia a una o varias comunidades culturales y a expresar dichas elecciones; a la libertad estética; a conocer la memoria histórica de sus culturas y a acceder a su patrimonio cultural; a difundir sus propias expresiones culturales y tener acceso a expresiones culturales diversas. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

Al ser nuestro país pluricultural, es necesario que todos respetemos las diferencias ideológicas, y que como seres humanos podamos escoger una o varias comunidades que se ajusten a nuestra forma de ser y pensar, por la tanto en este artículo en mención garantiza la difusión de las diversas expresiones culturales con las que contamos en nuestro país.

En la Sección séptima; Salud de nuestra Constitución vigente en su **Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al

ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

Dentro de los derechos fundamentales de los ciudadanos ecuatorianos está el de la salud, por tal razón hacemos mención este artículo en el que nuestra constitución ecuatoriana garantiza que es un deber del estado proporcionarlo, utilizando las estrategias necesarias para que esté al alcance de todas y todos los ciudadanos ecuatorianos.

El Estado ecuatoriano reconoce el derecho de la salud **art.42 al 45** y los derechos colectivos de los pueblos indígenas y ecuatorianos **art. 83 al 85**, en la Constitución Política. En concordancia constitucional se creó la Dirección Nacional de Salud de los pueblos indígenas, mediante Acuerdo Ministerial Nro. 016442, el 13 de septiembre de 1999, como instancia técnico-administrativa del Ministerio de Salud Pública MSP que diseña políticas y estrategias para la convalidación y revalorización de los Sistemas de Medicina Tradicional.

En su capítulo III, su sección cuarta, de las Mujeres embarazadas de nuestra Constitución ecuatoriana en su **Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.

3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

El artículo en mención, dispone y garantiza a las mujeres embarazadas en todas sus etapas, la protección, no discriminación, gratuidad y las facilidades para la pronta recuperación, por tal razón es muy necesario que exijamos el cumplimiento de estas garantías que benefician y ayudan a la conservación de la vida, tanto de la mujer como madre y del binomio madre e hijo.

En el capítulo cuarto, Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades de la Constitución de nuestro país, en su **Art. 57.-** Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, de conformidad con la Constitución y con los pactos, convenios, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, los siguientes derechos colectivos; en su numeral **12.** Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

Es muy necesario e importante que hagamos mención del presente artículo, ya que con la aplicación y cumplimiento del mismo, garantiza a las comunidades, pueblos y nacionalidades como un grupo colectivo, la protección y el desarrollo de los saberes ancestrales que enunciamos en nuestro trabajo de investigación, que en muchos de los casos es la razón fundamental de su esencia cultural.

En el Título VII; RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR, Capítulo primero, Inclusión y equidad; Sección segunda, Salud de nuestra Constitución en el **Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional; y, en el **Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

Nuestra constitución al ser el Ecuador un Estado constitucional de derechos y justicia social, ha enmarcado su esencia en proteger a las personas como verdaderos seres humanos respetando sus diferencias e individualidades, siempre con el afán de garantizar la convivencia humana y enfocados al cumplimiento de nuestra normativa legal existente y de esta manera alcanzar el buen vivir; el *sumak kawsay*.

2.4.1 Ley Orgánica de Salud

Art.6 Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.”

Art. 10 Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados

paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.”

2.4.2 Plan del buen vivir en Salud

En el Ecuador se vive una ruptura conceptual respecto del modelo de desarrollo del Estado, que se origina en la aprobación y puesta en vigencia de la nueva Constitución del Ecuador, donde el concepto de calidad de vida ha sido sustituido por el de Sumak Kawsay o Buen Vivir, que busca un nuevo patrón de riqueza y redistribución. (Senplades, 2007)

El “Buen Vivir” o “Sumak Kawsay”, es una categoría simbólica que denota en la cosmovisión de numerosos pueblos ancestrales, un equilibrio entre las comunidades y la naturaleza. Entendemos por Buen Vivir la consecución del florecimiento de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza, para la prolongación indefinida de las culturas humanas. (Senplades, 2007)

“En la cosmovisión de las sociedades indígenas, en la comprensión del sentido que tiene y debe tener la vida de las personas, no existe el concepto de desarrollo. Tampoco existen conceptos de riqueza y pobreza determinados por la acumulación y la carencia de bienes materiales. Desde la concepción indígena lo que se busca es el Buen Vivir, que constituye una categoría en permanente construcción y reproducción. (Senplades, 2007)

Siguiendo con este planteamiento holístico, se entiende que por la diversidad de elementos a los que están condicionadas las acciones humanas que propician el sumak kawsay (Buen Vivir), como son el conocimiento, los códigos de conducta ética y espiritual en la relación con el entorno, los valores humanos, la visión de futuro, entre otros, el concepto de sumak kawsay constituye una categoría central de la filosofía de la vida de las sociedades indígenas”. (Carlos Viteri Gualinga, indígena kichwa amazónico) (Ramírez, 2008).

Con estos compendios, el Plan Nacional del Buen Vivir, plantea elementos concretos y propone una lógica de planificación a partir de los siguientes Objetivos Nacionales para el Buen Vivir, los mismos que se relacionan con el desempeño de las metas nacionales, y con la necesidad de concretar los desafíos derivados del nuevo marco constitucional. Que para el estudio se tomara como referentes los siguientes: (Senplades, 2007)

Mejorar la calidad de vida de la población.

Buscamos condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortalecemos la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos. (Senplades, 2007)

Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad Igualdad y erradicación de la pobreza

Contar con alimentos adecuados y nutritivos, acceso a agua segura y saneamiento, trabajo digno, salud, hábitat seguro y vivienda digna, educación y erradicar la violencia y la discriminación. Lo contrario a esto equivale a atravesar situaciones de pobreza. Lograr que cada ecuatoriano y ecuatoriana tenga garantizado lo descrito ha sido una de las principales preocupaciones del Gobierno. (Senplades, 2007)

Al mencionar los objetivos del Plan del Buen Vivir que son aplicables a nuestra investigación, es muy importante recalcar la esencia y la razón de este plan, si todas y todos los ciudadanos ecuatorianos cooperáramos para que tengan su efectividad, tendríamos un sociedad más justa, equitativa en la que pudiéramos convivir como verdaderos hermanos buscando el bien común con el único objetivos de ver a nuestra patria grande y progresista.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo no experimental, cuantitativo, de diseño observacional de cohorte transversal, independientemente de la denominación utilizada, son todos estudios observacionales, en los cuales no se interviene ni manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad.

Este tipo de estudios pretende identificar y describir fenómenos de salud y/o enfermedad, mediante la observación y medición de los mismos, intentando dar respuestas a las preguntas básicas: ¿Qué pasa? ¿A quién le pasa eso? ¿Dónde ocurre ese fenómeno? ¿Qué sucede?

El tipo de estudio es descriptivo u observacional para determinar los factores de riesgo que inciden en la salud de los niños nacidos en parto domiciliario mediante el análisis de las estadísticas existentes, concientizando a la Comunidad sobre la importancia de la asistencia efectiva en la atención del parto y postparto, cuidados del recién nacido y profilaxis, esto se llevará a efecto mediante el trabajo de investigación en el lugar antes indicado, y la relación directa que se llevara con los actores de la comunidad mencionada para los efectos de este trabajo de estudio.

Además se utilizará la entrevistas personal y la encuesta como instrumento de investigación. Para el levantamiento de la información que proporcionen las mujeres de la Comunidad El Cercado siendo la muestra en este estudio.

3.2 Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación es ex post, ya que este tipo de investigación es apropiada para establecer posibles relaciones de causa-efecto observando que ciertos hechos han ocurrido y buscando en el pasado los factores que los hayan podido ocasionar, se diferencia del verdadero experimento en que en éste la causa se introduce en un momento determinado y el efecto se viene a observar algún tiempo después. Ya que es entendida como una búsqueda sistemática y empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente manipulables. (Aprender a investigar)

Para la realización de la investigación se toma como centro de interés la comunidad El Cercado, manzana 05, perteneciente a la parroquia El Sagrario del Cantón Cotacachi donde se presentan un mayor número de partos domiciliarios como una práctica naturalmente aceptada en las mujeres indígenas.

El presente estudio está orientado a determinar mediante un análisis cuantitativo y cualitativo sobre la determinación de los factores de riesgo y problemas de salud en los niños nacidos en partos domiciliarios en la comunidad antes enunciada.

3.3 Población o Muestra

3.3.1 Población

El universo de nuestro estudio son 142 habitantes mujeres de la comunidad de “El Cercado”, manzana 05 del cantón Cotacachi, de los cuales hemos tomado una muestra representativa de 82 mujeres en edad fértil, siendo tomadas en cuenta aquellas madres en etapa de post parto, los cuales fueron seleccionados a

través del muestreo aleatorio a criterio del investigador las mismas que reúnen las características necesarias en nuestra investigación.

3.3.2 Muestra

De esta población tomare una muestra probabilística porque al final del estudio se podrá detallar y generalizar a la población por lo que se utilizará una fórmula de tipo aleatorio simple para población finita y finalmente se escogerá la muestra.

3.3.3 Fórmula

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

Remplazado la fórmula tendremos:

$$n = \frac{142}{(141)0,0025+1}$$
$$n = \frac{142}{1,353} = 105$$

Identificación de la simbología

n = Tamaño de la muestra (o sea el número de unidades a determinarse) muestra

N = Universo o número de unidades de la población total población

σ = Varianza de la población respecto a las principales características que se van a representar. Es un valor constante que equivale a 0, 5

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza o nivel de significancia en el que se va a realizar el tratamiento de las estimaciones. Es un valor constante que equivale a 1,96

E = Límite aceptable de error muestra, que generalmente varía entre 0, 01 y 0,09. Para nuestro ejercicio tomaremos el valor de 0,06 o 6% (Que significa que de 100 casos, 94 veces la predicción será correcta). (Mario, 2012)

3.3.4 Técnicas e instrumentos de investigación

3.3.4.1 Encuesta

Serie de preguntas que se hace a muchas personas para reunir datos, y recolectar la opinión pública sobre asuntos determinados.

3.5 Cuadro de relación de Variables

3.5.1 Variables Dependientes

- Factores de riesgo
- Problemas de salud de los niños

Concepto	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS, 2002)	Quienes son afectados. Niños recién nacidos.	Antecedentes patológicos maternos. Atención del parto. Espacio intergenesico	SI NO Hospital Clínica Sub Centro de Salud Domicilio Otro Menos de 1 año 1 año 2 años

				Menos de 2 años Mayor a 2 años
Problemas de salud	Un problema de salud es todo aquello que requiere, o puede requerir, una acción por parte del agente de salud. (SALUD, 2014)	Neonatos	Controles Prenatales Diagnóstico de patología y complicaciones. Exámenes de laboratorio prenatales.	Menos de 5 controles 5 Controles Mayor a 5 controles Ninguno SI NO Sangre Orina Heces Otros Ninguno

3.5.2. Variables Independientes

Concepto	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	La edad biológicamente es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Y se	Edad biológica de las mujeres.	Promedio de edad de las mujeres embarazadas.	10 – 19 años 20 – 35 años 36 – 59 años Mayor o igual a 60 años

	refiere al conjunto de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona. (INDEX, 2008)			
Zona geográfica	Define las características sobre la ubicación geográfica en donde se encuentra ubicada la vivienda, y/o población en estudio. (AMIE, 2009-2010)	Ubicación geográfica.	Zona	Urbana Rural
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con	Número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos.	Número de partos.	1 parto 2 - 3 partos 4 - 5 partos 6 - 7 partos 8 - 9 partos 10 partos Más de 10 partos

	más de 28 semanas de gestación (D, https://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/item/4375/1/061_Embarazo_alto_riesgo.pdf , 2001)			
Estatura	Se define como la distancia que existe entre el plano de sustentación (piso) en el vértex (punto más alto de la cabeza. (MSP, 2008)	Crecimiento longitudinal.	Centímetros	1,45 m. Menos de 1.45 m. Más de 1.45 m
Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad	Nivel de instrucción educativo de un individuo.	Instrucción	Básica Elemental 2° EGB 3° EGB 4.° EGB Básica Media 5° EGB 6° EGB 7° EGB.

	determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión. (MINISTERIO DE EDUCACION, 2014)			Básica Superior 8° EGB 9° EGB 10° EGB. Bachillerato 1ro 2do 3er Superior
Nivel socioeconómico	Estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. (AMAI, 2008)	Acumulación económica de patrimonio y bienes.	Ingresos económicos.	340 Dólares Menos de 340 Dólares Mayor a 340 Dólares Bono de desarrollo humano. Otro Ninguno
Planificación Familiar	La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que	Período intergenesico.	Métodos de planificación familiar.	Temporales Naturales Definitivos Ninguno

	<p>desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción). (OMS)</p>			
Parto domiciliario	Partos asistidos en el hogar. (CONASA Y MSP, 2008)	Partos Asistidos	<p>Nro. De partos domiciliarios.</p> <p>¿Quién atendió el parto domiciliario?</p>	<p>1 parto 2 -3 partos 4-5 partos 6-7 partos 8-9 partos 10 partos Más de 10 partos</p> <p>Usted Madre Abuela Esposo</p>

				Suegra/Suegro Partera Otro
--	--	--	--	---

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados y discusión.

El presente trabajo de investigación con el tema “Factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario, comunidad el cercado, cantón Cotacachi periodo 2014”, teniendo como objetivo principal, determinar los factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario, que luego de analizar las características sociodemográficas de las mujeres de la comunidad y detallar los riesgos de salud en los recién nacidos nos permiten puntualizar los problemas de salud causados por la práctica de parto en el domicilio, con el propósito de realizar un plan de intervención sobre la base del estudio “Factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario, dentro de la comunidad El Cercado cantón Cotacachi” los mismos que permitirán disminuir los índices de morbilidad infantil.

El procesamiento y análisis de resultados, se refiere a una estadística descriptiva en donde se determinó la variable, frecuencia y porcentaje de lo que se investigó. Para la obtención de los datos se utilizó el instrumento de investigación como es la encuesta, la misma que se aplicó a una muestra de 142 mujeres pertenecientes a la comunidad El Cercado manzana 05, los resultados obtenidos se procesó mediante la utilización de la herramienta ofimática Excel; para la presentación se manejó en forma sistemática tablas de frecuencia, las mismas que permiten claramente evidenciar los datos e indicadores con sus respectivos porcentajes, con el correspondiente análisis y discusión.

La cual permite observar la situación real de la investigación y esta a su vez direcciona la planificación y ejecución de una propuesta como producto del trabajo de investigación en la cual se establecerá una guía educativa en “Manejo de Parto Domiciliario”. Dirigido a los habitantes de la comunidad, familias, parteras, siendo como principales protagonistas las mujeres en edad fértil, embarazadas y madres en fase postparto.

Por lo que este aporte en educación, promoción y prevención de factores de riesgo y problemas de salud, este a beneficio de los niños nacidos por parto domiciliario proyectando de esta manera acciones que le permitan al individuo, la familia y la comunidad a establecer un estilo de vida saludable, disminuyendo el índice de morbi-mortalidad infantil, puesto a que es una de las metas propuestas y está en vigencia en uno de los objetivos del milenio hasta el año 2015.

4.2 Resultados de la encuesta

4.2.1 Presentación de Resultados

4.2.1.1 Distribución de resultados, en relación con la edad, de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 1

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 -19años	12	8,45%
20 -35 años	90	63,38%
36 -59 años	30	21,13%
Mayor o Igual a 60 años	10	7,04%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario

Elaborado Por: Suni Andramunio

Análisis e Interpretación: Los resultados obtenidos demuestran que el 63% de las mujeres tienen una edad entre 20 a 35 años, mismas que se encuentran en edad fértil, tomando en cuenta que la edad reproductiva o fértil comprende desde el inicio de la pubertad hasta la menopausia. Al existir este índice elevado de mujeres en periodo reproductivo deducimos que en esta comunidad seguirán existiendo y practicando partos intra domiciliarios, por lo que la natalidad en este sector irá en aumento. (ABC, 2012)

4.2.1.2 Distribución de resultados, en relación con la etnia de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 2

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Indígena	142	100 %
Montubio	0	0 %
Mestizo	0	0%
Afro ecuatoriano	0	0%
Blanco	0	0%
Otro	0	0%
TOTAL	142	100 %

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio

Análisis y Discusión: De los datos obtenidos constatamos que, en su totalidad las mujeres de la Comunidad El Cercado son indígenas, siendo representado por el 100%, lo que está de acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado en Ecuador (INEC, 2010), demostrando así, que al ser indígenas, se encuentran arraigadas las costumbres, tradiciones las mismas que marcan la diferencia en los pensamientos y concepciones demostrados en ritos y prácticas culturales de las demás etnias, como en este caso la atención del parto intra domiciliario. (MSP, 2010)

4.2.1.3 Distribución de resultados, en relación al idioma que hablan las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 3

IDIOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Español	0	0%
Quichua	42	29,58
Bilingüe	100	70,42
Otro	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio

Análisis y discusión: Según los resultados obtenidos, se observa que de las mujeres en estudio, el 80% hablan el idioma Quichua y español lo que promueve a la afirmación y práctica de la comunicación en su propia cosmovisión, en lo cultural, social y científico, así como la incautación selectiva y crítica de elementos culturales de las otras sociedades por parte de los indígenas; también se facilita la apropiación de los elementos culturales indígenas por parte de otros sectores de la sociedad nacional en forma consciente y crítica, el 20% hablan el idioma quichua, este porcentaje representa a las mujeres ancianas, lengua materna que la mantienen de generación en generación, y que mediante la misma se pueden comunicar con las personas de la misma etnia y parteras haciendo más fácil la labor de parto, razón por la cual se la considera como una barrera cultural cuando acuden a un centro de salud donde el personal médico y personal de salud: no habla el idioma quichua, el lenguaje médico no es entendible para las pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar y su resistencia al uso de los servicios de salud. (MSP, 2010) (Lema, 2001)

4.2.1.4 Distribución de resultados, en relación a la religión que practican las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 4

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	85	59,86%
Testigo de Jehová	0	0%
Evangélica	57	40,14%
Ateo	0	0%
Ninguno	0	0%
Otro	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio

Análisis y discusión: El total de madres encuestadas responden que pertenecen a la religión católica con un porcentaje del 60% por trascendencia tienen un legado cultural que tratan de conservar de generación en generación, seguida de la religión Evangélica con un porcentaje del 40%. La formación espiritual constituye un factor importante ya que en esta comunidad aún no se ha podido insertar otras congregaciones religiosas, la creencia en un Dios supremo y la práctica de las manifestaciones religiosas de la iglesia católica predomina y admite la predisposición de sobre llevar la enfermedad, y mantener estilos de vida saludable. (PONTIFICIAUNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE IBARRA, 2012)

4.2.1.5 Distribución de resultados, en relación al estado civil de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 5

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	22	15,49%
Casada	92	64,79%
Divorciada	2	1,41%
Unión Libre	21	14,79%
Viuda	5	3,52%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis e Interpretación: Los resultados demuestran que el 65% de las mujeres son casadas viven con su cónyuge, en matrimonio siendo una institución legalmente establecida y amparada por la normativa legal existente en nuestro país; definiéndole como la base de la unidad familiar en esta sociedad y en esta época, la familia es la unidad más integrada, la que mejor logra perpetuarse y la que se autoprotege mejor; tanto desde el punto de vista económico como el de cualquier otro. La cultura se desintegraría si su piedra angular, la familia, dejara de tener validez como tal, el 15%, solteras, el 15% en unión de hecho tomando en cuenta que nuestra Constitución ampara y protege con igualdad de derechos y obligaciones a esta institución jurídica; viudas 4% y el 1% de mujeres son divorciadas en un mínimo porcentaje, lo cual dificulta el bienestar de la familia. (ASAMBLEA NACIONAL, 2008)

4.2.1.6 Distribución de resultados, en relación al nivel de instrucción educativo de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 6

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Básica elemental	103	72,54%
Básica Media	21	14,79%
Básica Superior	7	4,93%
Bachillerato	11	7,75%
Superior	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio

Análisis y discusión: Según el censo en el año 2010 en la provincia de Imbabura el analfabetismo es del 10.6%, siendo parte de este porcentaje las mujeres del área rural, persiste el rezago en la participación de las mujeres en la vida educativa debido a que se dedican a las tareas domésticas lo que les obliga a retirarse y no terminar la educación básica elemental el 72%, el 15% tienen educación básica media, el 8% bachillerato, y un 5% educación básica superior, demostrando así poca importancia a la instrucción académica debido a la falta de recursos económicos y el desinterés por parte de los padres. (MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA, 2013)

4.2.1.7 Distribución de resultados, en relación a la ocupación de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 7

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de Casa	95	66,90%
Artesana	29	20,42%
Jornalera	18	12,68%
Empleado Público	0	0%
Empleado Privado	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión : Los resultados demuestran que el 67% de las mujeres se dedican al cuidado de la casa y familia como: vestido, alimentación, salud e higiene puesto que hasta la actualidad se mantienen bien marcado en su cultura el patriarcado, en la que la mujer no tiene derecho a decidir u opinar violentando uno de los derechos que están estipulados dentro de; Los Derechos de la Mujer, el 20% de mujeres realizan artesanías como: manillas en lana e hilo, telares y bordados, el 13% se dedican a actividades de jornalearía, estas tareas que realizan tienen como objetivo aportar al sustento económico con el afán de satisfacer las necesidades básicas de la familia. (UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR, 1954)

4.2.1.8 Distribución de resultados, en relación al ingreso económico de las familias de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 8

INGRESO ECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 340 Dólares	93	65,49%
340 Dólares	11	7,75%
Más de 340 Dólares	0	0%
Otro: Bono Desarrollo Humano	38	26,76%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio

Análisis y discusión: Al referirnos al ingreso familiar debemos mencionar específicamente al rubro de ingresos económicos para la subsistencia de los hogares el 65% tiene un ingreso menor a 340 dólares americanos estipulado como remuneración básica unificada la misma que no cubre las necesidades básicas de la canasta familiar, el 27% reciben el bono de desarrollo humano, el 8% de los ingresos económicos para el hogar provienen del salario que perciben sus esposos 340 dólares americanos. De esto deducimos que la mayoría de personas de la comunidad El Cercado sobreviven con ingresos económicos mínimos, razón por la cual es un referente de la desigualdad económica que en muchos de los casos conlleva como resultado el retraso, desarrollo y el progreso de los pueblos. (CONCEJO NACIONAL DE SALARIOS, 2014)

4.2.1.9 Distribución de resultados, en relación a las viviendas de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 9

VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Propia	136	95,77%
Arrendada	0	0%
Prestada	6	4,23%
Anticresis	0	0%
Otra	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados demuestran que el 96% las mujeres viven en casa propia, Para los pueblos indígenas dependiendo del contexto territorial es su forma de vida y se conservar la tradición y costumbre de convivir en las inmediaciones que sus progenitores, con el único afán de que la familia permanezca unida, razón por la cual en muchos de los casos el espacio físico no es suficiente para la convivencia humana, convirtiéndose en hacinamientos, donde la pobreza y las precarias condiciones sanitarias son un factor de riesgo y problema de salud que afectan a los más vulnerables.

4.2.1.10 Distribución de resultados, en relación al material de construcción de la vivienda de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 10

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ladrillo	0	0%
Bloque	43	30,28%
Adobe	25	17,61%
Mixta	4	2,82%
Otro : Cartón Prensado Casas del MIDUVI	70	49,30%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: De acuerdo a la situación socio-económica de las mujeres de la Comunidad El Cercado se determina que según los datos obtenidos y observados el 49% de las casas están construidas de cartón prensado, las mismas viviendas que son entregadas por el MIDUVI, así como un 30 % de bloque, en un porcentaje del 18% de adobe, estas viviendas al tener mucho tiempo de ser construidas han ido sufriendo un desgaste y deterioro de las mismas y de esta manera no prestan las garantías necesarias para salvaguardar la integridad de sus habitantes y un 3% de construcción mixta, valga aclarar que las viviendas de construcciones mixtas son improvisadas y de materiales altamente inflamables y reciclables, que no brindan protección y seguridad mínima para el convivir humano.

4.2.1.11 Distribución de resultados, en relación a los ambientes de las viviendas que disponen las mujeres de la El Cercado.

Tabla Nro. 11

AMBIENTES DE LAS LAS VIVIENDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sala	0	0%
Dormitorio	52	36,62%
Cocina	20	14,08
Comedor	0	0%
Patio	23	16,20%
Baño o letrina	47	33,10%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la comunidad El Cercado, que se practican Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: La distribución de los ambientes en las viviendas de las mujeres de la Comunidad El Cercado, según los resultados corresponde a que todas tienen como ambientes principales: cocina con el 14% en este indicador es necesario mencionar que en la mayoría de viviendas cuentan con cocinas: de leña y a gas, lo que representa un riesgo permanente para los que habitan; dormitorio con 37%, patio con un porcentaje de 16% y baño y letrina con un porcentaje de 33%. Estas viviendas al no contar con espacios claramente definidos se convierten en un problema de salud en el transcurso del tiempo, ya que los efectos nocivos y tóxicos que son emanados por la combustión provocan daño directamente al sistema respiratorio, causando muchas veces la muerte a corto plazo siendo mayormente afectados los más vulnerables es decir los niños y también los adultos mayores.

4.2.1.12 Distribución de resultados, en relación a los servicios básicos, en el domicilio de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 12

SERVICIOS BASICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	135	95,07%
NO	7	4,93%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los seres humanos no pueden vivir sin cubrir las necesidades básicas para la vida como el agua potable, la luz eléctrica, el sistema de alcantarillado y el servicio telefónico. Los resultados demuestran que el 95% de la comunidad cuentan con servicios básicos y el 5% no disponen de servicios básicos. La falta de acceso a servicio sanitario tiene efectos directos sobre los niveles de morbi-mortalidad de la población, por lo tanto también es un indicador del derecho a la salud. Dado que el bienestar y salud de los pueblos indígenas dependen fuertemente de los ecosistemas, los programas deben diseñarse tomando en cuenta los usos y costumbres de los pueblos, sobre todo en lo referente al uso del territorio, espacio y materiales de construcción. (COMISION DE INCLUSION SOCIAL, DEMOCRACIA PARTICIPATIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS, 2013)

4.2.1.12.1 Distribución de resultados, en relación al suministro de agua, que disponen las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 12.1

AGUA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Agua Entubada	142	100%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados muestran que el (19,8%) de la población en investigación cuenta con el suministro de agua no potable (entubada) las mismas que no garantizan un estilo de vida saludable lo que provoca daño permanente e irreversible en la salud de sus habitantes, especialmente a nivel del tracto digestivo en la que la mayor parte de los niños presentan cuadros diarreicos y gastroenteritis infecciosos. Esto concuerda con los datos levantados en el Censo de Condiciones de Vida realizado por la UNORCAC, donde las comunidades rurales registran como sus enfermedades más frecuentes: enfermedades respiratorias y gripes, seguidos por diarreas y dolor de estómago. El acceso a agua potable es un derecho humano fundamental como parte del derecho a la vida. Un abastecimiento de agua inadecuado condiciona la salud y el bienestar de las personas. Los programas tendientes a garantizar este derecho, deberían considerar el profundo significado cultural y simbólico del agua, como elemento crucial de la cosmovisión y bienestar de los pueblos indígenas. (UNORCAC, 2008) (Senplades, 2007)

4.2.1.12.2 Distribución de resultados, en relación a la disposición de energía eléctrica, en los domicilios de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 12.2

ENERGÍA ELÉCTRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	98	69,01%
NO	44	30,99%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: De conformidad con lo dispuesto en la Ley de Régimen de Sector Eléctrico la energía eléctrica es un bien estratégico, y considerado como un bien mueble, para efecto de las consecuencias económicas, según lo dispuesto por el artículo 604 del Código Civil y las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguridad Nacional. Los resultados obtenidos determinó que el 69% de los habitantes de la comunidad si cuentan con este servicio, que es muy necesario para el desarrollo de las actividades dentro de la vida diaria, el 31% de los habitantes no cuenta con este servicio, a lo que no da cumplimiento con los objetivos del Plan de Mejoramiento de los Sistemas de Distribución de Energía Eléctrica, es: asegurar la disponibilidad de energía eléctrica, para satisfacer la demanda de los abonados del servicio eléctrico, en condiciones de cantidad, calidad y seguridad adecuadas con sus elementos debidamente dimensionados, ubicación correcta y en el momento oportuno. (Ministerio de Electricidad y Energía Renovable, 2015)

4.2.1.12.3 Distribución de resultados, en relación a la disposición del servicio de alcantarillado, en las viviendas de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 12.3

ALCANTARILLADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	142	100%
TOTAL	142	100%

Fuente:

Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio

Análisis y discusión: Si algo es indispensable para evitar algunas enfermedades graves, especialmente de los niños, es que la población disponga de agua segura y alcantarillado o letrinas, situación que significa un impacto importante en la salud de la población gracias a la disminución en la proliferación de vectores como de agentes infecciosos. Los resultados muestran que el 100% de los habitantes de esta comunidad, lamentablemente no cuenta con el sistema de alcantarillado, predisponiendo a los pueblos no tengan un buen nivel de vida, por eso es necesario que las entidades encargadas de velar por el desarrollo de los pueblos asignen el presupuesto necesario para dotar de este servicio. La responsabilidad y obligación es de los municipios teniendo que precautelar que esos servicios básicos lleguen a la ciudadanía con eficiencia. El déficit que el Ecuador mantiene de estos servicios es uno de los más altos en Sudamérica. (Universo, 2008)

4.2.1.12.4 Distribución de resultados, en relación al servicio telefónico, con que cuentan las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 12.4

TELÉFONO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	67	47,18%
NO	75	52,82%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Las inequidades existentes en la disponibilidad de la infraestructura de telecomunicaciones siguen siendo marcadas, tanto en la relación entre provincias, entre ciudades y, sobre todo, entre el sector urbano y rural el 53% de los pobladores de esta comunidad no disponen de servicio telefónico, mientras que el 47% de ellos si disponen del servicio telofónico, ya sea este celular o convencional, convirtiéndose la tecnología en una herramienta que facilita la comunicación acortando distancia, ahorrando tiempo y en algunos de los casos a costos bajos, convirtiéndose los servicios y dispositivos telefónicos no en un lujo, sino en la necesidad de mantenerse comunicados por las diferentes razones que se presentaren en el diario vivir. (ASAMBLEA NACIONAL). (Subsecretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, Ecuador., 2006)

4.2.1.12.5 Distribución de resultados, en relación a la disposición del servicio de recolección de basura, en los domicilios de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 12.5

RECOLECTOR DE BASURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	47	33,10%
NO	95	66,90%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio

Análisis y discusión.- Todas las personas que habitan en la ciudad tienen derecho a una ciudad social y económicamente inclusiva y, para ello, a acceder a servicios sociales básicos de proximidad en condiciones técnicamente óptimas y económicamente asequibles. La ciudad crea o promueve la creación de servicios públicos de calidad y no discriminatorios, que garanticen a todos sus habitantes, como mínimo: la formación, el acceso a la salud, la vivienda, el agua y el saneamiento, la energía y una alimentación suficiente. El 33,10% de los pobladores de esta comunidad cuentan con el servicio de recolección de basura y el 66,90% no cuentan con este servicio; la ubicación geográfica limita, siendo abandonadas y despreocupadas por las administraciones de los gobiernos de turno. (COMISION DE EINCLUSION SOCIAL DEMOCRETICA PARTICIPATIVA DE DERECHOS HUMANOS, 2003)

4.2.1.13 Distribución de resultados, en relación a las vías de acceso vial, que disponen las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 13

VIAS DE ACCESO VIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Asfaltado	0	0%
Empedrado	0	0%
Adoquinado	0	0%
Tierra	142	100%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión.- La Red Vial Nacional comprende el conjunto de caminos de propiedad pública sujetos a la normatividad y marco institucional vigente. La Red Vial Cantonal (caminos vecinales). Mejorar la movilidad es indispensable para dar acceso a los habitantes a los servicios. El 100% de las carreteras son vías de tercer orden, al ser estas vías de este tipo dificultan el transporte eficiente, eficaz y oportuno para ir a la ciudad y viceversa, por tanto los cabildos en la mayoría de los casos y en sus posibilidades tratan de dar mantenimiento y realizar autogestión ante las autoridades parroquiales, cantonales, provinciales e incluso ante organizaciones no gubernamentales. Pero son soluciones a corto plazo puesto a que las estaciones climáticas difieren en este problema razón por la cual casi todas las actividades de movilidad de los habitantes son principalmente a pie (TELEGRAFO, 2015)

4.2.1.14 Distribución de resultados, en relación a los medios de transporte, con que disponen las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 14

MEDIOS DE TRANSPORTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bus	45	32%
Taxi	10	7%
Camioneta	15	10%
Camión	0	0%
Moto	0	0%
A pie	72	51%
Otro	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados demuestran que el 7% de los pobladores de esta comunidad hacen uso del taxi como medio de transporte, el 10% se transportan en camionetas, el 32% utilizan el bus de transporte público, los mismo que tienen frecuencias establecidas por la Agencia Nacional de Transito Transporte Terrestre y Seguridad vial, en un número de dos 07:00 am y 13:00 horarios que facilitan la movilización de los estudiantes a los centros educativos, y el 51% se movilizan a pie, considerado a esto una barrera para llegar a los servicios. Situados en la urbe y en caso en que la salud se encuentre comprometida no permite llegar a los establecimientos de salud de manera rápida, eficaz y oportuna. Y optan por este medio para moverse a lo que no representa un gasto económico. (MSP, 2008)

2. RIESGO DE SALUD EN RECIÉN NACIDOS

4.2.1.15 Distribución de resultados, en relación al número de partos, en las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 15

Nro. DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 Parto	10	7,04%
2-3 Partos	8	5,63%
4-5 Partos	25	17,61%
6-7 Partos	18	12,68%
8-9 Partos	30	21,13%
10 Partos	40	28,17%
Más de 10 Partos	11	7,75%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados demuestran que hay un crecimiento poblacional de la natalidad considerable, en un rango de: 1 parto representado por el 7%, de 2 a 3 partos el 6%, de 4 a 5 partos el 17%, de 6 a 7 partos el 13%, de 8 a 9 partos el 21%, de 10 partos el 28%, y más de 10 partos un 8%, lo que demuestra que las mujeres en edad reproductiva han tenido al menos 10 partos, lo que da a considerar como un factor de riesgo y problemas de salud para el binomio madre e hijo. Si es necesario mencionar que multípara es aquella mujer que ha dado a luz más de una vez, y de gran multípara si ha tenido numerosos partos (más de cuatro o cinco), el riesgo de complicaciones durante el parto aumenta y representa un problema de salud pública. (DOCTISSIMO, 2015)

4.2.1.16 Distribución de resultados, en relación a problemas de salud o enfermedades presentadas, en los embarazos de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 16

PROBLEMAS DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección de Vías Urinarias	20	14,08%
Hipertensión Inducida por el Embarazo	0	0%
Eclampsia - Pre eclampsia	0	0%
Diabetes Gestacional	0	0%
Amenaza de Aborto	3	2,11%
Sangrado Vaginal	3	2,11%
Parto Prematuro	30	21,13%
Oligohidramios /Polihidramios	0	0%
Ruptura Prematura de Membranas	19	13,38%
Ninguna	0	0%
Otra: Anemia	67	47,18%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los datos obtenidos, revelan que las Infecciones de Vías Urinarias durante el embarazo se presentan en el 14% La prevalencia se duplica en las mujeres con nivel socioeconómico bajo, anémicas, y diabéticas. Sin embargo, el factor más importante es haber padecido alguna infección urinaria previa., Ruptura Prematura de Membranas el 13% en mujeres que han tenido más de 5 hijos, Parto Prematuro 21% por causas desconocidas, Anemia en el Embarazo 47% por el nivel bajo de hemoglobina, siendo un factor de riesgo para el parto y desarrollo del niño. Defectos graves del tubo neural (defectos congénitos que consisten en el desarrollo incompleto del cerebro y de la médula espinal). (MSP, 2008)

4.2.1.17 Distribución de resultados, en relación a exámenes de laboratorio, que se realizaron las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 17

EXAMENES DE LABORATORIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sangre	76	53,52%
Orina	47	33,10%
Heces	19	13,38%
Otros	0	0%
Ninguno	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y Discusión: Los resultados demuestran que el 54% de las mujeres se realizaron examen de sangre como: prueba de embarazo y para diagnosticar anemia en el embarazo, el 33% se realizaron exámenes de orina para descartar o diagnosticar infección de vías urinarias, el 13% se realizaron exámenes coproparasitario. Según datos de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU, casi cuatro millones de mujeres dan a luz cada año. Casi un tercio de ellas tiene algún tipo de complicación relacionada con el embarazo. Aquellas que no reciben una atención prenatal adecuada se exponen a que tales complicaciones no se detecten o no sean tratadas a tiempo. Esto, a su vez, puede tener graves consecuencias tanto para la madre como para el bebé. (HEALTH, 2015)

4.2.1.18 Distribución de resultados, en relación a la administración de la vacuna difteria y tétanos, en las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 18

VACUNA DT	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	60	42,25%
NO	82	57,75%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.
Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultado reflejan que el 42% de las mujeres embarazadas recibieron la inmunización DT, el 57% de mujeres embarazadas no fueron inmunizadas DT (Difteria-Tétano), Siendo una cifra bastante considerable se lo debería de considerar como un factor de riesgo para la salud del binomio madre-hijo por que optan por practicar Parto domiciliario en la que las condiciones socioeconómicas, las costumbres, la cultura, las prácticas ancestrales y medidas higiénicas en la atención del parto son deficientes en algunos de los casos. Siendo este un foco de infección y que como medida de prevención del TNN es la vacunación a las mujeres en edad fértil o embarazadas quienes desarrollan anticuerpos que transfieren por vía placentaria y disminuyen el riesgo de problemas de salud en el recién nacido. (MSP, 2011)

4.2.1.19 Distribución de resultados, en relación a los controles prenatales, que se realizaron las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 19

CONTROLES PRENATALES	CANTIDAD	PORCENTAJE
Menos de 5 Controles	90	63,38%
5 Controles	20	14,08%
Más de 5 Controles	0	0%
Ningún Control	32	22,54%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los datos obtenidos a partir de las encuestas aplicadas, revelan que un 63% de las mujeres se han realizado menos de 5 controles prenatales y únicamente por descartar el diagnóstico de embarazo en el primer trimestre, el 15% al menos se realizaron 5 controles prenatales los mismos óptimos, según la Norma y Protocolo Materno, el 23% de las mujeres no se han realizado los controles prenatales. A lo que declaran las mujeres de la comunidad El Cercado, que los controles prenatales no se los realizan periódicamente por las siguientes razones: porque consideran que los malestares del embarazo son normales, porque no cuentan con recursos económicos, porque no tienen con quién o dónde dejar a sus otros hijos, porque la mujer requiere del permiso de su esposo, o porque no existe suficiente personal capacitado, medicamento para atenderlas en el hospital. (MSP, 2008)

4.2.1.20 Distribución de resultados, en relación al lugar donde fue atendido el parto, de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 20

LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hospital	2	1,41%
Clínica	0	0%
Domicilio	140	98,59%
Sub Centro de Salud	0	0%
Otro	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados obtenidos determina que: el 1% de las encuestadas han dado a luz en el hospital por el lugar de trabajo y residencia en la ciudad, el 99% de las encuestadas respondió que el lugar de atención del parto fue en el domicilio la mayoría de ellas practican esta actividad por costumbre y porque sienten confianza y seguridad en la casa, que a pesar de las condiciones sociodemográficas para las mujeres de esta comunidad no representa un limitante para practicarse parto domiciliario. Las razones para preferir este tipo de alumbramiento están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo. (MSP, 2008)

4.2.1.21 Distribución de resultados, en relación a la persona que atendió el parto intradomiciliario, de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 21

PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Usted	42	29,58%
Madre	14	9,86%
Abuela	15	10,56%
Esposo	40	28,17%
Suegro-Suegra	1	0,70%
Partera	30	21,13%
Otro	0	0%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Según los datos obtenidos de la encuesta realizada a las mujeres de la comunidad El Cercado responde que el 30% se atienden ellas mismas el parto, el 10% es atendido por las madres, el 10% por las abuelas, el 28% por su esposo o pareja, el 1% por el suegro o suegra. Los resultados antes mencionados nos indican la problemática de salud pública porque no utilizan medidas de asepsia y antisepsia los cuales son fundamentales para evitar un proceso infeccioso o detectar signos de alarma en complicaciones durante el parto y post parto lo que hace se incremente el índice de morbilidad materno-infantil, el 21% por parteras de la comunidad quienes tienen conocimiento sobre el tema atención del parto, postparto y cual es un factor de riesgo materno-fetal CONSEJO INDIGENA DE SALUD ANCESTRAL JAMBI WARMIKUNA (UNORCAC, 2008)

4.2.1.22 Distribución de resultados, en relación a motivos por las cuales decidió dar a luz en la casa, las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 22

MOTIVOS PARA DECIDIR DAR A LUZ EN CASA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Más seguridad/ confianza en casa	12	8,45%
No había tiempo para llegar al	8	5,63%
Mal concepto del establecimiento de Salud	30	21,13%
Barreras para llegar a un establecimiento de	20	14,08%
Factores económicos	10	7,04%
Por costumbre	62	43,66%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario. (MSP, 2008)

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: De los resultados obtenidos, nos refleja que el 8% decide dar a luz en casa porque tienen más seguridad y confianza, el 6% respondió que decidió dar a luz en casa porque no había tiempo para llegar al establecimiento de salud, el 21% decidió dar a luz en casa porque tienen un mal concepto del establecimiento de salud, el 14% refiere porque existen barreras para llegar al centro de salud, el 7% manifestó que fue por la falta de recursos económicos. El 44% de las encuestadas respondieron que la comunidad mantiene una concepción cimentada en sus costumbres, principios, y tradiciones ancestrales en la que los procedimientos y actividades que están a cargo del personal de salud como: lavado vaginal, rasurado perineal, episiotomía, episiorrafia hacen sea una razón más para no acudir al hospital y deciden dar a luz en la casa por costumbre. (MSP, 2008)

4.2.1.23 Distribución de resultados, en relación al uso de método anticonceptivo, en las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 23

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Temporales	30	21,13%
Naturales	0	0%
Definitivos	15	10,56%
Ninguno	97	68,31
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados respecto a que en la vida de pareja dentro de los hogares se debe planificar para el futuro y determinar el número de integrantes de la familia, a quienes se les ofrece amor y se les cubre de muchas necesidades respondió que el 68% de ellas no utilizan ningún método anticonceptivo, ya sean por sus creencias y costumbres, por miedo a las contraindicaciones de los fármacos, porque sus esposos no lo permiten o por desconocimiento, el 21% de las encuestadas afirman que sí hacen uso de métodos anticonceptivos temporales (Implanon), el 11 % refiere que la paridad es satisfecha decidiendo ya no tener más hijos y optaron por someterse a un procedimiento definitivo (ligadura de trompas-vasectomía). Las parteras y voluntarias del, CONSEJO INDIGENA DE SALUD ANCESTRAL JAMBI WARMIKUNA - UNORCAC comentan que si les brindan educación sobre planificación la cual es importante para tener presente el número de hijos que desea tener y evitar riesgos materno-fetales. (UNORCAC, 2008)

4.2.1.24 Distribución de resultados, en relación al espacio intergenésico entre sus embarazo, de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 24

ESPACIO INTERGENÉSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	65	45,77%
1 año	40	28,17%
Menos de 2 años	20	14,08%
2 años	9	6,34%
Más de 2 años	8	5,63%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: los resultados obtenidos en cuanto al periodo intergenésico con el siguiente rango de tiempo previamente establecido respondieron que, el 46% tuvieron su siguiente hijo en el periodo menos de 1 año, el 28% tuvieron su siguiente hijo al 1 año, el 14% de ellas tuvieron su siguiente hijo en el periodo menos de 2 años, en un porcentaje del 6% tuvieron su siguiente hijo en el periodo de 2 años y un porcentaje del 6% tuvieron su siguiente en el periodo más de 2 años, convirtiéndose en un factor de riesgo tanto para la madre como para el niño. El período intergenésico se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. En las pacientes multíparas, el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico menores 24 o mayores 60 meses. (OBSTETRICIA, 2015)

3. PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO

4.2.1.25 Distribución de resultados, en relación a las características del llanto de los hijos, de las madres de la comunidad El Cercado, al minuto de nacido.

Tabla Nro. 25

LLANTO DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	72	50,70%
NO	70	49,30%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados recolectados de la encuesta realizada a las mujeres de la comunidad El Cercado nos proporciona información que para nuestro estudio es de suma importancia, si se está investigando los problemas de salud de los niños nacidos en parto domiciliario en la que se demuestra que del 51% de los recién nacidos en el domicilio al minuto de su nacimiento las madres si escucharon el llanto, lo que quiere decir en términos médicos que mediante la valoración de APGAR el parámetro de valoración esfuerzo respiratorio está dentro del puntaje satisfactorio. Mientras que el 49% de las encuestadas respondieron que no escucharon el llanto de sus hijos porque tienen por costumbre que sean separados de sus madres no realizar el apego precoz, por lo débiles y desgaste de energía física que conlleva el parto se desmayan, o porque los niños mueren antes o durante de la labor del parto. (MSP, 2008)

4.2.1.25.1 Distribución de resultados, en relación a las características del llanto de los hijos, de las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 25.1

LLANTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Llanto Débil	55	38,73%
Llanto Fuerte	50	35,21%
Llanto Vigoroso	7	4,93%
No lloro	30	21,13%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.
Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: El 39% de las encuestadas respondieron que el llanto de sus hijos al nacer se caracteriza por ser llanto débil concordando la mayoría de ellas con la circular de cordón umbilical. El 35% refiere que el llanto de sus hijos fue fuerte, lo que quiere decir que el recién nacido tolero todo el proceso del nacimiento y evoluciona muy bien fuera del vientre de la madre, el 5% manifiesta que el llanto de su hijo fue vigoroso y el 21% no escucharon el llanto de los recién nacidos. Lo que nos permite conocer que se presentaron complicaciones obstétricas en las madres y problemas de salud en los recién nacidos. El test de Apgar es una prueba determinante después del nacimiento del bebé porque, a través de ella se puede conocer el estado de salud del pequeño. (MSP, 2008)

4.2.1.26 Distribución de resultados, en relación a las características del color de la piel en los recién nacidos, de las madres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 26

COLOR DE LA PIEL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Cianótico /Morado	90	63,38%
Pálido	30	21,13%
Completamente Rosado	22	15,49%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados de la encuesta realizada a las mujeres de la comunidad El Cercado sobre el color de la piel de su hijo recién nacido por parto domiciliario, nos muestra que el 16% de los recién nacidos presento un color de piel completamente rosado y se interpreta como bienestar, el 21% de los recién nacidos presento un color de piel pálido. Y que casi siempre es causado por: parto difícil o liquido en la vía respiratoria del bebe a lo que se interpreta como severamente deprimido. El 63% de los recién nacidos presento un color de piel morado-cianótico lo que se interpreta como moderadamente deprimido. (MSP, 2008) Sin embargo, un niño que tenga un puntaje valorado por el TEST DE APGAR inferior a 7, en el primer minuto y un puntaje normal a los cinco minutos no debería tener ningún tipo de problemas a largo plazo. Los puntajes por debajo de 5 indican que el bebé necesita asistencia inmediata para adaptarse a su nuevo ambiente. (OMS, 1965)

4.2.1.27 Distribución de resultados, en relación al instrumento u objeto con el que cortaron el cordón umbilical, las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro.27

INSTRUMENTO U OBJETO CON QUE CORTAN EL CORDÓN UMBILICAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tijera	12	8,45%
Cuchillo	5	3,52%
Gillette	9	6,34%
Cuchilla	0	0%
Bisturí	5	3,52%
Otro: Bagazo de caña	111	78,17%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados nos reflejan que el instrumento que utilizan para cortar el cordón umbilical son diversos lo hacen con lo que a disposición encuentran en su domicilio, sin someterle a un proceso de limpieza, esterilización, aseo o higiene el 4% cortan el cordón umbilical con el cuchillo de cocina, el 6% responde que cortan con Gillette el cual es abierto su empaque en el momento mismo del parto, el 4% cortan el cordón umbilical con bisturí pues es parte del instrumental que utilizan las parteras, el 8% cortan el cordón umbilical con tijera la cual es utilizada como herramienta de trabajo en aquellas mujeres que realizan manualidades y artesanías. Y el 78% hace uso del bagazo de caña de choclo que es previamente recogido para su secado, el cual es sujetado por un hilo y colgado en la pared hasta el momento de su uso en el parto. Riesgo de infección latente en el recién nacido (onfalitis).

4.2.1.28 Distribución de resultados, en relación al tiempo que esperan para cortar y pinzar el cordón umbilical, las mujeres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 28

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 3 Minutos	30	21,13%
3 minutos	20	14,08%
Más de 3 Minutos	92	64,79%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados demuestran que el 21% de ellas, a menos de 3 minutos realizan el corte y pinzamiento del cordón umbilical, el 14% de ellas realizan el corte y pinzamiento a los 3 minutos, el 65% esperan más de 3 minutos para el corte y pinzamiento. Según la OMS el corte y pinzamiento precoz del cordón umbilical es el que se realiza, generalmente a los 60 segundos tras el parto y el corte y pinzamiento tardío es el que se realiza transcurrido al menos un minuto desde el parto cuando ya han cesado las pulsaciones del cordón siendo este el tiempo óptimo para prevenir la anemia ferropénica en los lactantes. (OMS, 2012)

4.2.1.29 Distribución de resultados, en relación a las normas de higiene, aplicadas por las mujeres de la comunidad El Cercado, durante el parto.

Tabla Nro. 29

APLICACIÓN DE NORMAS DE HIGIENE EN EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lavado de Manos	90	63,38%
Esterilización del instrumento con el que se cortó el cordón umbilical: a) Ebullición b) Limpieza con solución jabonosa c) Desinfección con solución antiséptica	0	0%
Uso de Barreras de protección: a) Guantes b) Gorra c) Mandil d) Mascarilla e) Botas	0	0%
Uso de Campos Estériles	20	14,08%
Ninguna de las anteriores	15	10,56%
Otra: Cobijas Limpias	17	11,97%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados muestran que el 63% de las personas que atienden el parto, practican medidas de higiene especialmente el lavado de manos. El 11% no practica ninguna medida de higiene el mismo que tiende a desencadenarse en un factor de riesgo de infección. El 12% respondieron que para la recepción del recién nacido y adecuación del lugar donde se realiza el parto utilizan cobijas y sabanas limpias, El 14% de las encuestadas respondieron que cuando el parto es atendido por la partera utiliza campo estéril, previo al lavado de manos, uso de guantes y bata.

4.2.1.30 Distribución de resultados, en relación a conocimiento del tamizaje neonatal, en las madres de la comunidad El Cercado.

Tabla Nro. 30

TAMIZJE NEONATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	42	29,58%
NO	100	70,42%
TOTAL	142	100%

Fuente: Mujeres que pertenecen a la Comunidad El Cercado que se practicaron Parto Domiciliario.

Elaborado Por: Suni Andramunio.

Análisis y discusión: Los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a las mujeres de la comunidad El Cercado, respecto a si tienen o no conocimiento del tamizaje neonatal nos da como información que el 30 % de ellas tienen conocimiento de cómo es el procedimiento, para que se lo hace y que enfermedades se pueden prevenir cabe mencionar que en esta comunidad hay un caso de Hiperplasia Suprarrenal (Discapacidad intelectual y muerte precoz), el 70% de las encuestadas que es un gran porcentaje no tiene conocimiento del tema e incluso los recién nacidos que se encuentran dentro del tiempo establecido para hacerse el tamizaje no tienen ninguna información del tema. (MSP, 2015)

4.3 Conclusiones

Una vez concluido el trabajo de investigación sobre “Factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos en parto domiciliario, comunidad El Cercado, Cotacachi periodo 2014” y tomando en consideración los objetivos planteados se llega a determinar las siguientes conclusiones:

- 1- Los resultados de la investigación demuestran que, la mayor parte de la población en estudio, constituye el grupo de mujeres jóvenes de 20 – 35 años y que corresponde al periodo de edad fértil, de las cuales la totalidad son indígenas y el idioma que predomina es el quichua, enfatizando que en la etnia indígena, prevalecen las costumbres y tradiciones de su cultura, las mismas que marcan la diferencia en los pensamientos y concepciones, demostrados en ritos y prácticas culturales de las demás etnias, como en este caso la atención del parto intradomiciliario.
- 2- En la comunidad “El Cercado”, con un alto porcentaje se demuestra que, la mujer permanece en el hogar como eje fundamental de la familia, es la responsable directa de satisfacer las necesidades, en relación a: salud, alimentación, higiene, educación; y con su trabajo artesanal, crianza de animales y tareas agrícolas las cuales luego de su comercialización se convierte en un ingresos económicos extra, contribuyendo al sustento del hogar.
- 3- El mayor porcentaje de mujeres de la comunidad El Cercado, son casadas y viven con su cónyuge, permitiendo que la familia goce de una estabilidad emocional, afectiva y psicológica en la unión familiar, en relación al nivel educativo, tienen la educación básica elemental incompleta en su mayoría, el ingreso económico familiar para la subsistencia de sus hogares, está por debajo del monto establecido como remuneración básica, ingresos económicos que no cubre las necesidades de la canasta familiar razón por la cual es un referente de la desigualdad económica que en muchos de los

casos conlleva como resultado el retraso, desarrollo y el progreso de los pueblos.

- 4- La comunidad El Cercado en lo referente a la vivienda en su gran mayoría están construidas de cartón prensado, mismas que han sido entregadas por el MIDUVI. Siendo un aporte que en gran medida contribuye a que las familias de esta localidad tengan una vivienda propia. A lo que se debe señalar que el espacio físico no es suficiente para la convivencia humana, observando hacinamiento, lo que conlleva a la insalubridad
- 5- En cuanto a la disposición de servicios básicos en La comunidad El Cercado, disponen de agua entubada, carecen del servicio de alcantarillado, no cuentan con el servicio de recolector de basura, debido a la ubicación geográfica, las vías acceso son de tercer orden lo que dificultan el servicio de transporte, convirtiéndose en una comunidad olvidada, marginada y sin atención de los servicios básicos por las autoridades de turno.
- 6- El estudio permite evidenciar que, aspectos determinantes como: el control prenatal fuera de la norma establecida por el MSP, la falta de inmunización materna, el espacio intergenesico corto constituyen factores de riesgo para el recién nacido en el momento de atención del parto domiciliario.
- 7- El problema prioritario que se hace evidente en el presente estudio es el alto índice de mortalidad infantil que alcanza el 21.13% de los partos atendidos en el domicilio, seguidos de problemas de salud como: disnea, cianosis y anemia dejando constancia de la gran necesidad de la atención materna, antes, durante y después del parto.
- 8- La elaboración de la Guía educativa “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”, constituirá un instrumento básico y educativo en la atención del parto intradomiciliario, para los habitantes de la Comunidad

El Cercado, usuarias del Hospital Asdrúbal de la Torre y Técnicos de Atención Primaria de Salud.

- 9- La Universidad Técnica del Norte, la Facultad Ciencias de la Salud y la Carrera de Enfermería, en su calidad de Institución de Educación Superior, como un referente al Norte del país, deja constancia del aporte brindado a la comunidad El Cercado, a través de la implementación de la Guía educativa **“Manejo de Parto Domiciliario”**, y facilitando el fortalecimiento a la estrategia educacional en promoción y prevención de la salud siendo los pobladores principales beneficiarios a tener un estilo de vida saludable.

4.4 Recomendaciones

En el trabajo de investigación realizado con el tema de “Factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario comunidad El Cercado, Cotacachi periodo 2014”, con los resultados obtenidos se llega a establecer las siguientes recomendaciones:

1. Los directivos del Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre de Cotacachi” deberán implementar en el Plan Operativo Anual, programas educativos en salud sexual y reproductiva, dirigidos a la comunidad con la finalidad de difundir conocimientos elementales que orienten sobre aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad utilizando estrategias de educación popular que contribuyan a disminuir los índices de muerte materna e infantil y se promueva la atención del parto institucional.
2. La mujer como eje fundamental de la familia es la responsable de contribuir con la educación de medidas de higiene y manejo de normas sanitarias en la asistencia y práctica de parto domiciliario puesto, que en un porcentaje considerado mayoritario son sus esposos quienes

atienden el parto de forma empírica lo que hace que esta costumbre se siga practicando en esta comunidad para lo que se pretende garantizar la seguridad de la madre y de el niño con el uso de la guía educativa Manejo de Parto Domiciliario, la misma que será de gran utilidad y permitirá disminuir los problemas de salud.

3. Los directivos del Hospital Básico Asdrúbal de la Torre, deben priorizar e impulsar a sus acciones, dirigidas a la atención primaria de salud, con énfasis a brindar atención personalizada y puerta a puerta a la madre embarazada, realizando controles periódicos y seguimiento para llevar un monitoreo de controles prenatales, a fin de detectar precozmente los embarazos de riesgo y posibles complicaciones durante el parto y puerperio, donde se ve comprometido directamente el recién nacido.
4. Es necesario fomentar un cambio en la actitud de los habitantes de la comunidad El Cercado en el manejo de su salud, la misma que conlleva a la satisfacción de sus necesidades en relación al manejo del parto en domicilio, para prevenir problemas de salud en consideración a que, los riesgos de salud en el recién nacido se relacionan con antecedentes patológicos maternos, se deberá sensibilizar para que de preferencia la atención del parto se lo haga a nivel institucional.
5. El alto índice de partos domiciliarios en esta localidad se convierta en un verdadero problema de salud pública, por carecer de la atención de profesionales calificados en salud dentro de la comunidad, asociado a esto las aptitudes, costumbres, principios y concepciones ancestrales y que estando en vigencia el objetivo del milenio que es el reducir el índice de muerte materna e infantil hasta el año 2015, Es tarea direccionadas a las entidades que les compete participar activamente en promoción de salud y prevención de la enfermedad para dar soluciones

oportunas y efectivas. Y en la que la muerte de una madre y la inocencia de un niño no se apaguen.

6. Los moradores de la comunidad “El Cercado”, por medio de la socialización de la guía educativa Manejo de Parto Domiciliario están capacitados para poner en práctica las normas de bioseguridad, atención del parto y puerperio, cuidado del recién nacido, profilaxis los mismos que se convierten en los voceros para incentivar a su familia y gente allegada a cumplir con normas sanitarias eficaces y a bajo costo salvaguardando la integridad de la mujer y el recién nacido, con la finalidad de reducir el índice de morbilidad y mortalidad materna e infantil.

7. La Guía Educativa “Manejo del Parto Domiciliario”, como aporte de la Carrera de Enfermería a los pobladores de la comunidad El Cercado y a las usuarias del Hospital Básico Asdrúbal de la Torre, deberá ser implementada como un instrumento de apoyo de la Unidad de Salud, para educar a la población.

CAPÍTULO V

5 PROPUESTA

5.1. Plan de intervención

5.1.2 Presentación

La educación es la base fundamental en el cuidado de la salud de los pueblos; a medida que se adquieren conocimientos, se desarrolla mayor responsabilidad sobre el control de su salud. La educación está en caminata principalmente a la prevención en de presencia de enfermedades que se relacionan con factores socioeconómicos, culturales, creencias, aptitudes y prácticas de parto domiciliario.

Las desconocimiento por el nivel bajo de educación, sus costumbres su cultura arraigada de los habitantes de la comunidad, los criterios erróneos sobre el embarazo, parto y puerperio, la poca preocupación por la salud , las barreras económicas, geográficas, siguen siendo limitantes en la actualización de conocimientos; estos aspectos identificados en el grupo de estudio permiten determinar la necesidad de brindar un enfoque especial en las actividades de educación, especialmente relacionadas con el tema promoción de salud y prevención de enfermedades en el embarazo, parto y puerperio en la que se enfatizando la importancia de la elaboración de la “Guía educativa relacionada a Manejo de Parto Domiciliario ” que contribuirá con los conocimientos necesarios, oportunos y eficaces, haciéndoles beneficiarios a los habitantes de la comunidad “El Cercado” y usuarios del Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi.

En el plan de intervención se toma en cuenta compuestos importantes, relacionados con el problema de estudio sobre **“Factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario comunidad El Cercado, Cotacachi periodo 2014”** en el cual se pretende desarrollar una propuesta a los

habitantes de la comunidad “El Cercado”, para contribuir al manejo de parto domiciliario con prácticas y medidas sanitarias básicas que se encuentran dentro de las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública como ente rector en vigilancia de la Salud.

5.1.3 Justificación

Tomando como referencia los resultados estadísticos de la encuesta realizada a las mujeres de la comunidad El Cercado en la que el 99% de las encuestadas respondió que el lugar de atención del parto fue en el domicilio, la mayoría de ellas practican esta actividad por costumbre y porque sienten confianza y seguridad en la casa, que a pesar de las condiciones sociodemográficas para las mujeres de esta comunidad no representa un limitante, el 30% de los partos intradomiciliarios fueron atendidos por ellas mismas, el 10% es atendido por las madres, el 10% por las abuelas, el 28% por su esposo o pareja, el 1% por el suegro o suegra y el 21% por la partera comunitaria.

Son estos datos estadísticos los que encaminan a promocionar la salud materna y neonatal y la propuesta de la elaboración de la guía educativa que tiene por objetivo disminuir los factores de riesgo y problemas de salud en el recién nacido escogido como muestra de investigación

. Dando cumplimiento a los objetivos planteados en la investigación la contribución de este material permitirá sea un componente en educación y un elemento que no falte en los hogares de los pobladores de esta comunidad, puesto a que la importancia del manejo del parto en domicilio ha despertado el interés en los pobladores de la comunidad “El Cercado”, con respecto a estilos de vida saludable para la familia, en niño y la mujer, por lo que este estudio ha incentivado a la promoción de salud y prevención de enfermedades en el binomio madre e hijo desde la concepción hasta el nacimiento del nuevo ser, basados en los derechos de Salud Sexual y Reproductiva y bajo las Normas sanitarias básicas

de higiene y salud del MSP las mismas que servirán de guía para el Manejo de Parto y puerperio y que estará a disposición la Guía educativa “**MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO** ” dirigida a los moradores de la comunidad El Cercado, y que a través del hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi permita la difusión y promoción de la misma a los usuarios y usuarias de esta institución.

La Universidad Técnica del Norte, en su calidad de institución de educación superior, aporta permanentemente, con el desarrollo de los pueblos, en temas relacionados específicamente con educación y salud que le compete a la Facultad Ciencias de la Salud, carrera de Enfermería, aportando en esta oportunidad, con un plan de intervención con el tema “**Manejo de Parto Domiciliario**” para lo cual se desarrolló el siguiente plan de actividades.

5.2 Objetivo

5.2.1 Objetivo General

Contribuir con los pobladores de la Comunidad La Calera, y con los usuarios/as del Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi, con la innovación de conocimiento, mediante la utilización de la Guía Educativa sobre el “Manejo de Parto Domiciliario”.

5.2.2 Objetivos Específicos

- a) Diseñar la guía educativa “Manejo de Parto Domiciliario”, para difundir los conocimientos básicos en los pobladores de la Comunidad el Cercado y los usuarios del HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE.

- b) Implementar la Guía Educativa: “Manejo de Parto Domiciliario” en el Hospital Asdrúbal de la Torre, como un instrumento de apoyo para los miembros del equipo de salud.

- c) Socializar la guía educativa “Manejo de Parto Domiciliario”, en la comunidad El Cercado y en el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi.

	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación y revisión de elementos y componentes básicos. - Aplicación de normas APA. - Diseño de la “Guía Educativa Manejo de Parto Domiciliario” - Revisión de la “Guía Educativa Manejo de Parto Domiciliario” 		<p>Investigación de campo en la comunidad El Cercado.</p> <p>Revisión bibliográfica, diseño personal.</p>		
Implementar la guía EDUCATIVA: Manejo DE Parto Domiciliario en el Hospital Asdrúbal de la Torre como un instrumento de apoyo para los miembros del equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar oficio de gestión al presidente de la comunidad y al Director del Hospital Asdrúbal de la Torre, solicitando la implementación de la 	16/03/2015	<p>Oficio dirigido al presidente de la comunidad.</p> <p>Exposición oral Y Entrega de la guía educativa.</p>		

<p>Socializar la guía educativa “Manejo de Parto Domiciliario”, en la comunidad El Cercado y en el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi.</p>	<p>“Guía Educativa Manejo de Parto Domiciliario” como instructivo práctico en la atención del parto basadas en normas de bioseguridad.</p> <p>- Presentación del documento final de la “Guía Educativa Manejo de Parto Domiciliario” y aprobación, mediante charlas, incentivando a socializar a los pobladores de la comunidad El Cercado y usuarios y usuarias del servicio de consulta externa del Hospital</p>	<p>17/03/2015</p>	<p>Exposición oral Entrega de la guía educativa.</p>		
--	--	--------------------------	--	--	--

	COMUNIDAD EL CERCADO, COTACACHI PERIODO 2014”				
--	--	--	--	--	--

	<p>con los conocimientos básicos y fundamentales acerca de los problemas de salud que se desencadenan a causa de la deficiente aplicación de medidas de higiene y normas de bioseguridad en la atención del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la participación de los directivos, personal de salud y moradores de la comunidad “El Cercado”, en la resolución de los problemas que conlleva la presencia de factores de riesgo y complicaciones de la salud y en la que con la guía educativa “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”. - Socializar la guía educativa “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”, de las diferentes normas de higiene y bioseguridad, para fortalecer los conocimientos en los moradores de la comunidad El Cercado y los usuarios y usuarias del Hospital Asdrúbal de la Torre en el servicio de consulta externa. - Aportar al Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi con el 			
--	---	--	--	--

	<p>CONCLUSIONES</p> <p>La orientación y educación en relación a la atención de la madre y el niño a partir del embarazo y sus cuidados, atención del parto y puerperio a las familias de la comunidad y usuarios/as del servicio de consulta externa del Hospital Asdrúbal de la Torre.</p> <p>RECOMENDACIONES</p> <p>•Los moradores de la comunidad “El Cercado” y las usuarias/os del hospital Asdrúbal de la Torre podrán utilizar guía educativa sobre “Manejo de Parto Domiciliario” como un instrumento de consulta y orientación para llevar una vida más saludable lo cual estaría orientándose a los objetivos del Plan del Buen Vivir.</p> <p>DIAGNOSTICO FINAL</p> <p>Los habitantes de la comunidad El Cercado y usuarios/as realizan acotaciones a la charla educativa, la cual permite evaluar que los temas expuestos relacionados a “Manejo de Parto en Domicilio”. Son de su interés y la</p>	Expresión oral	Gesticulación	3min
			Gesticulación	3 min

	<p>atención a la misma es muy buena.</p> <p>“Entregar de la guía para que lo lean y refuercen la charla que fue expuesta”</p> <p style="text-align: center;">CLAUSURA Y AGRADECIMIENTO</p> <p>“Muchas gracias por su atención espero haya sido del completo agrado y que en gran parte de lo expuesto lo pongan en práctica de manera eficaz y eficiente ”</p>			
--	---	--	--	--

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



GUÍA EDUCATIVA “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”
DIRIGIDA A LOS MORADORES DE LA COMUNIDAD
EL CERCADO-CANTÓN COTACACHI



(UNORCAC, 2008)

AUTORA:
SUNI ANDRAMUNIO

DIRECTORA:
MCS.SUSANA



“La maternidad es la vocación más noble de la tierra. La auténtica maternidad es la más bella de todas las artes, la más grande de todas las profesiones. La mujer que pinta una obra de arte o la que escribe un libro que influya en millones de personas merece la admiración y el aplauso de la humanidad; pero la que críe con éxito a una familia de hijos saludables y hermosos, cuyas almas inmortales tengan ascendiente a través de las épocas después que las pinturas se hayan desmerecido y que los libros y las estatuas **hayan deteriorado o destruido, merece el más alto honor que el hombre pueda rendirle.**” (McKay, 2015)

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

MISION

La Universidad Técnica del Norte es una institución de educación superior, pública y acreditada, forma profesionales de excelencia, críticos, humanistas, líderes y emprendedores con responsabilidad social; genera, fomenta y ejecuta procesos de investigación, de transferencia de saberes, de conocimientos científicos, tecnológicos y de innovación; se vincula con la comunidad, con criterios de sustentabilidad para contribuir con el desarrollo social, económico, cultural y ecológico de la región y del país”.

VISION

“La Universidad Técnica del Norte, en el año 2020, será un referente regional y nacional en la formación de profesionales, en el desarrollo de pensamiento, ciencia, tecnológica, investigación, innovación y vinculación, con estándares de calidad internacional en todos sus procesos; será la respuesta académica a la demanda social y productiva que aporta para la transformación y la sustentabilidad”.

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

MISIÓN

“La Facultad Ciencias de la Salud es una Unidad Académica de educación superior, pública y acreditada, forma profesionales de excelencia, éticos, críticos, humanistas, líderes y emprendedores con responsabilidad social; con capacidades para diagnosticar, prevenir, promocionar y recuperar la salud de la población contribuyendo así en el mejoramiento de calidad de vida; se vincula con la comunidad, con criterios de sustentabilidad para aportar al desarrollo social, económico, cultural y ecológico de la región y del país”.

VISIÓN

“La Facultad Ciencias de la Salud en el próximo quinquenio continuará mejorando los procesos académicos – administrativos con fines de acreditación que se constituirá en referente en la formación de profesionales competentes, humanistas y éticos que contribuyan a mejorar la calidad de vida y salud de la sociedad”

CARRERA DE ENFERMERÍA

MISIÓN

“Formar profesionales de Enfermería con conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos que contribuyan a resolver los problemas de salud de la Población”

VISIÓN

“La carrera de Enfermería será acreditada y constituirá en un referente de Excelencia Regional”

CONTENIDOS

MISION.....	139
VISION.....	139
PRESENTACIÓN.....	141
JUSTIFICACIÓN.....	142
OBJETIVOS	143
Objetivo General.....	143
Objetivos Específicos.....	143
¿QUÉ ES EL CONTROL PRENATAL?.....	144
SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO.....	145
FACTORES DE PELIGRO EN EL EMBRAZO.....	146
SIGNOS DE ALARMA DEL PARTO.....	147
POSICIONES PARA ELPARTO.....	148
ATENCIÓN DEL PARTO.....	149
Equipo Básico de Parto.....	150
MANEJO DE LA LABOR DE PARTO.....	152
NORMAS DE BIOSEGUDIDAD.....	152
¿QUÉ ES EL POSTPARTO?.....	154
RECIEN NACIDO.....	155
CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.....	156
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	156
BIBLIOGRAFÍA.....	159

PRESENTACIÓN

Los partos en el domicilio tienen como referente la salud materna y perinatal la cual ha sufrido transformaciones importantes en su conceptualización, al regresar la mirada del binomio madre e hijo y al registro de la natalidad, analizando la salud sexual y reproductiva, añadiendo a esto aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo de género

El prototipo ha girado en torno a que uno de los contextos importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto en la gestación como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo, es bien sabido que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre y del recién nacido.

Dado el alto índice de partos domiciliarios en la comunidad El Cercado, demuestra que el 99% de las mujeres indígenas de esta localidad practican la atención del parto, como una actividad habitual en la que sus costumbres, aptitudes y cultura se antepone a tan importante acontecimiento como es el nacimiento de un niño.

Prevenir los factores de riesgo y disminuir los problemas de salud relacionados al MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO en el binomio madre e hijo propenderá a fomentar un estilo de vida saludable en la que la salud integral, el bienestar físico, psicológico y social vaya mucho más allá del sistema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano.

La Universidad Técnica del Norte, la Facultad Ciencias de la Salud y la Carrera de Enfermería, en coordinación y participación de los dirigentes y moradores de la Comunidad “El Cercado”, hace la presentación de la GUÍA EDUCATIVA “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”, elaborada como resultado de la investigación de “FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN LOS NIÑOS NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO, COMUNIDAD EL CERCADO, COTACACHI PERIODO 2014”.

JUSTIFICACIÓN

Según el Censo de Condiciones de Vida, en las comunidades del cantón Cotacachi, las parteras atienden el 36.1% de los partos, 30.3% de partos son atendidos por médicos y el 33.7% de mujeres no recibe ninguna atención profesional. El 20% de mujeres tiene, al menos un hijo muerto. La tasa de mortalidad infantil es de 35 x 1000 nacidos vivos, cifra que es alta en relación con la tasa de mortalidad infantil nacional al 2006, que se registra en 24 x 1000 nacidos vivos. (UNORCAC, 2008)

Sin embargo, cuando analizamos los resultados de la encuesta realizada con el tema Factores de Riesgo y Problemas de Salud en Niños Nacidos por Parto Domiciliario en la comunidad El Cercado, Los resultados demuestran que el 99% de las mujeres de esta comunidad son atendidos sus partos en el domicilio, el 28.17% de los partos son atendidos por su pareja, y el 29.58% son las mismas mujeres quienes se atienden el parto y el 10.56% de los partos son atendidos por las abuelas. Añadido a esto las inseguras condiciones de bioseguridad para la madre y el recién nacido, que ellos manejan sin previo conocimiento de normas sanitarias puesto a que el nivel socio económico, el nivel sociodemográfico, el nivel educativo, sus costumbres, tradiciones, creencias, aptitudes y prácticas en atención del parto, son las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud.

Se ve la necesidad de contribuir con la elaboración de una Guía Educativa con el tema “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”, la misma que se convertirá en una herramienta educativa de consulta y orientación en la que tiene por objetivo dar a conocer las normas de bioseguridad básicas, procedimientos y protocolo de manejo del parto, profilaxis y cuidado del recién nacido, para disminuir los riesgos y problemas de salud en los niños nacidos en parto domiciliario en el cantón Cotacachi comunidad El Cercado, estableciendo un estilo de vida saludable y dar cumplimiento al objetivo del Buen Vivir.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Implementar la guía educativa “MANEJO DEL PARTO DOMICILIARIO”, como un documento de apoyo para los habitantes de la Comunidad “El Cercado”; mismo que permita incentivar a la educación y promoción de la salud previniendo factores de riesgo y problemas de salud en madre y el recién nacido.

Objetivos Específicos

- Educar a los moradores de la comunidad “El Cercado”; con conocimientos básicos y fundamentales acerca de los problemas de salud que causa la atención del parto y puerperio, sin las medidas de higiene que deben tomar y el cuidado individualizado que deben dar al niño al nacer y a la madre antes durante y después del parto.
- Fomentar la participación de los dirigentes y moradores de la comunidad “El Cercado”, en la resolución de los problemas de salud que conlleva la presencia de enfermedades relacionadas con la atención del parto y puerperio, mediante la aplicación de las diferentes normas sanitarias y de bioseguridad para el binomio madre e hijo que contiene la guía educativa “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”.
- Socializar la guía educativa “MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”, en las diferentes técnicas, procedimiento y normas sanitarias en el cuidado del niño, para fortalecer los conocimientos en los moradores de la comunidad “El Cercado”.

¿QUÉ ES EL CONTROL PRENATAL?

El Control prenatal son el conjunto de acciones que permiten prevenir enfermedades en la madre y el niño durante el



LOS CONTROLES PRENATALES PERMITEN SABER QUE?

- 1.- Si está o no embarazada.***
- 2.- Cuántas semanas tiene de embarazo.***

LAS MUJERES EMBARAZADAS

- 1- Tienen derecho a que sus conocimientos, tradiciones y cultura sean respetadas por el personal de salud.***
- 4.- La madre embarazada es bienvenida y atendida con respeto y cariño, por el personal de salud.***
- 5.- Toda mujer embarazada deberá realizarse mínimo 5 controles.*** (MSP, 2008)



SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO



DOLOR DE CABEZA



VÓMITO EXCESIVO



SALIDA DE AGUA POR LA VAGINA



SI SIENTE DOLOR TIPO CONTRACCIONES



FIEBRE



SI NO SE MUEVE EL BEBÉ



SANGRADO VAGINAL



DOLOR EN EL VIENTRE

(Tumbez, 2012)

FACTORES DE PELIGRO EN EL EMBRAZO

EDAD

Madres jóvenes



(EXCELSIOR, 2013)

Madres añosas.



MADRES MULTIPARAS:

son aquellas mamitas que tienen varios hijos.



SI HA TENIDO ABORTOS.

SI SU HIJO NACIO ANTES DE LOS 9 MESES.

SI TIENE ENFERMEDADES COMO LA PRESIÓN ALTA.

SI PRESENTA HEMORRAGIAS O SANGRADOS VAGINALES. (MSP, 2008)

“DEBERA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD



SIGNOS DE ALARMA DEL PARTO

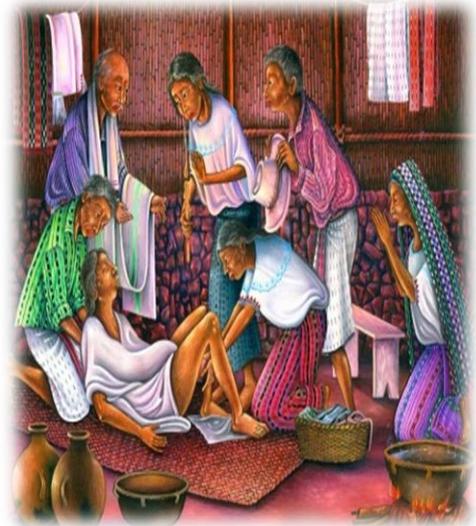
¡RECUERDE!
QUE USTED TIENE QUE PREPARAR EL LUGAR DONDE, SU HIJO NACERA.

Cuando la madre este entre las 37 y 42 semanas.

EL AMBIENTE DEBE MANTENERLO LIMPIO

Expulsión del tapón mucoso cervical.

Cuando sienta que se rompieron las membranas y el agua de fuente salga por la vagina.



Cuando se presente dolor y se le ponga duro en el vientre. cada 10 minutos.

Cuando presente sangrado por la vagina.

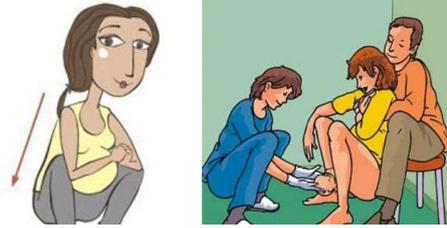
El parto natural es cuando el niño cruza por la vagina.



(BLOG, 2012) (BENDEZU, 2015)

POSICIONES PARA EL PARTO

POSICIÓN SENTADA O SEMISENTADA CON LOS MUSLOS FLEXIONANDO SOBRE EL ABDOMEN



POSICIÓN DE RODILLAS APOYADA SOBRE UNA SILLA



POSICIÓN DE RODILLAS APOYADA SOBRE APOYADA SOBRE SUS BRAZOS.



POSICIÓN LITOTOMIA O TUMBADA SOBRE SU ESPALDA



POSICIÓN DE PIE CON PIERNAS FLEXIONADAS APOYADA SOBRE SU ESPALDA



(Investigación Salud, 2011)

ATENCIÓN DEL PARTO



En todas las culturas la maternidad es uno de los sucesos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por ésta razón en torno al parto existen múltiples conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos étnicos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud determinado para éste suceso. (MSP, 2008)

Normas Higiénicas antes del parto

- *Cepillo limpio para el lavado de manos y uñas*
- *Alcohol para frotarse las manos después de lavárselas muy bien*

**LAVADO DE MANOS ANTES DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO
JABÓN, AGUA y CEPILLO.**



Equipo Básico de Parto

- *Envoltura de tela doble de sugerencia*
- *Dos toallas*
- *Dos batas*
- *2 pañales de tela*
- *2 compresas*
- *Guantes*
- *Botas de tela*
- *Gorro de tela*
- *Tijeras hervidas u hoja de Gillette nueva*
- *Gasas estériles o parches de tela limpios servirán para cubrir el ombligo y evitar contaminación.*
- *Pañal y sabanas limpio*

- *Perilla servirá para la aspiración de mucosidades de la nariz y la boca del bebe.*
- *2 Bandejas limpias una para lavarse las manos y la otra para revisar la placenta y examinarla.*

(LIBRE, 2015)



Agua limpia y previamente hervida y tibia vaciadas en recipientes limpios.



(ACUAMANI, 2013)



MANEJO DE LA LABOR DE PARTO



El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad (estera, silla, colchonetas), disponer de ropa cómoda y caliente para la embarazada (Faldón y camisón, disponer de bata limpia para los familiares, partera o partero que asistirá en la atención, que incluyan botas, debe existir colchoneta y paños limpios. (UNORCAC, 2008)

NORMAS DE BIOSEGURIDAD

- *La parturienta colaborara en todo instante durante la labor de parto.*
- *En lo posible tome una ducha o baño previo al parto.*
- *Uñas de los pies y manos cortas.*
- *Cabello recogido.*
- *Colocación de gorro, botas de tela limpias*
- *Utilizar vestimenta limpia tanto la parturienta y partera*
- *Bata o camisón limpia.*
- *Lavado de manos antes y después de cada procedimiento con agua y jabón en lo posible aplique desinfectante.*
- *Solicite a la paciente su colaboración.*
- *Lava el área genital con sablón o agua hervida, tibia y limpia*
- *Recipientes de agua limpios.*

- *Recipiente para colocar la placenta.*
- *Al atender el parto mantenga la bata o mandil de protección personal hasta tanto se haya cortado y ligado el cordón, retirado la placenta.*
- *La placenta deberá de ser incinerada o enterrada*
- *Mantenga las normas sanitarias durante todo el procedimiento de atención del parto.*
- *Los instrumentos usados durante el parto, debe ser colocado en un recipiente con cloro, lavarlos con abundante agua y jabón, secarlo.*
- *Los guantes, gasas, placenta, membranas y cordón deben ser incinerados.*
- *La ropa manchada de sangre coloque en un lugar seguro para que no se contamine con otros objetos u ropa de la familia.*
- *Cámbiese de guantes al ligar el cordón.*
- *Hilo limpio para amarrar el cordón umbilical*
- *Hilo limpio para amarrar el cordón umbilical*
- *Lávese las manos antes y después de cada actividad que realice durante el manejo del parto. (Montes, 2011) (ORG, 2015)*



¿QUÉ ES EL POSTPARTO?

Se denomina postparto al período de tiempo desde el final del parto hasta las 6-8 semanas del posparto.

LAS ETAPAS DEL POSTPARTO O PUERPERIO

¿Qué es el Puerperio Inmediato? comprende las primeras 24 Horas.

¿Qué es el Puerperio Mediano: abarca del segundo al décimo día

¿Qué es el Puerperio Tardío: abarca el día 11 hasta el día 45.

Cuidados durante el puerperio

Higiene diaria



BAÑO DIARIO

LAVADO DE MANOS
LAVADO DE DIENTES
DUCHAS VAGINALES
CAMBIARSE DE ROPA
PEINAR EL CABELLO



VERDURAS, FRUTAS

POLLO, HUEVOS
LACTEOS, CEREALES
LEGUMBRES

Alimentación

Cuidado de las mamas o senos



**LAVADO DE LAS MAMAS
CON AGUA TIBIA ANTES
DE AMAMANTAR AL
NIÑO.**

**SECAR EL SENO CON UN
PAÑO LIMPIO.**

**ANTES DE TOCAR SUS
SENOS LAVARSE LAS
MANOS.**

RECIEN NACIDO



Definición Recién Nacido (RN) O Neonato: *niño o niña que nace cumplida las 37 a 42 semanas y se le llama recién nacido hasta los 28 días de vida.* (MSP, 2008)



FACTORES DE RIESGO EN EL RECIEN NACIDO

Prematuridad: recién nacido que nace antes de las 37 semanas.

Bajo peso al nacer: (cuando el bebé nace con un peso comprendido entre los 1.500 y los 2.500 gramos)

Problemas respiratorios: insuficiencia respiratoria, el recién nacido tiene problemas para respirar.

Asfixia perinatal: disminución de la cantidad de oxígeno en el cuerpo del bebé.

Problemas metabólicos: insuficiencia de minerales como el calcio.

Macrosomia: recién nacido con un peso al nacer de 4 000 gramos.

Sepsis Neonatal: presencia de una infección. (INFANTIL, 2014)

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

ALIMENTE AL NIÑO
SOLO SENO
MATERNO



BAÑO DEL RECIEN
NACIDO CON AGUA
TIBIA.



SECAR Y LIMPIAR SUS
OIDOS CON UN PAÑO
LIMPIO Y SECO.

LIMPIAR Y SECAR
EL OMBLIGO CON
GASAS LIMPIAS.



CAMBIO DEL PAÑAL
CADA VEZ QUE LO
NECESITE.



SACAR LOS GASES AL
BEBÉ GOLPEANDO SU
ESPALDITA CON
PALMADAS DELICADAS.

VIGILAR EL SUEÑO
DEL NIÑO PARA
EVITAR SE AHOGUE.

DESPUES DEL PARTO
ACUDIR AL CENTRO DE
SALUD CON EL NIÑO PARA

ACUDIR AL CENTRO DE
SALUD MÁS CERCANO, PARA
QUE EL RECIEN NACIDO
RECIBA SU PRIMERA
VACINA



(MSP, 2012) (BENDEZU, 2015)

GLOSARIO DE TÉRMINOS

AMENORREA: *Falta de sangrado menstrual.*

CLOASMA O PAÑO: *Área de pigmentación color café que aparece en la cara durante el embarazo.*

CONTRACCIONES: *De Son contracciones uterinas indoloras que ocurren periódicamente. Durante el embarazo.*

ECLAMPSIA: *Presenta los mismo síntomas que la Preeclampsia (hipertensión, edema y proteinuria) agregando crisis convulsivas.*

EMPÍRICA: *Que obra por solo práctica.*

FETO: *Niño que se encuentra en el útero desde el final del tercer mes de embarazo hasta el parto.*

LÍQUIDO AMNIÓTICO: *Líquido traslúcido que rodea al feto, contenido por la bolsa amniótica, su composición y cantidad varía según avanza el embarazo, y cumple con distintas funciones como: proteger, mantener la temperatura y movimientos del feto.*

LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL: *Cuando el feto defeca en el útero el líquido amniótico se tiñe de color verde. Este puede ser considerado un signo de sufrimiento fetal.*

LOQUIOS: *Secreción del aparato genital que sigue hasta dos semanas después del parto, que cambia de color y cantidad según pasan los días*

MECONIO: Contenido intestinal del feto de color verde oscuro, de consistencia viscosa, en ocasiones puede ser un índice de mal estar fetal que este defeque en el útero y tiña el líquido amniótico (líquido amniótico meconial).

PERINATAL: Periodo que sigue inmediatamente al parto o lo que le antecede; aproximadamente 28 semanas De gestación; termina una o cuatro. Semanas después del parto

PLACENTA: Órgano vascular circular plano presente en el útero grávido que establece comunicación entre el riego sanguíneo fetal y materno, a través del cordón umbilical.

PRIMÍPARA: Mujer que da luz a su primer hijo.

PARTO PREMATURO: Es cuando el bebé nace antes de las 38 semanas que dura el embarazo. Casi siempre entre la semana 28 y la 37. También se conoce como parto prematuro si el bebé no alcanza un peso de 2.500 kg.

PREECLAMPSIA: Es una enfermedad exclusiva del embarazo, la mujer embarazada presenta presión alta.

RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRA UTERINO: RCIU

PARTO: Acción de parir

PUERPERIO: Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

ÚTERO: Órgano hueco muscular de la mujer en el que el feto es albergado y nutrido durante el desarrollo hasta el nacimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Salud Infantil*. (28 de Februar de 2009). Recuperado el 25 de Septiembre de 2014, de <http://lasaludinfantil.salud.es/reanimacion-del-recien-nacido-factores-de-riesgo-de-asfixia>
- Bebes y Mas*. (2014). Recuperado el 10 de marzo de 2015, de *Bebes y Mas*: <http://www.bebesymas.com/categoria/embarazo>
- Gobierno Local*. (08 de 04 de 2014). Obtenido de Banco de conocimientos, Salud Comunitaria:
/var/www/nuevo.gobiernolocal.gob.ar/wiki/data/pages/salud_comunitaria
- Gobierno Local, Banco de conocimientos*. (08 de 04 de 2014). Obtenido de Salud Comunitaria:
/var/www/nuevo.gobiernolocal.gob.ar/wiki/data/pages/salud_comunitaria
- ABC, C. M. (2012). Recuperado el 19 de febrero de 2015, de CENTRO MEDICO ABC: <http://www.abchospital.com/centro-de-gineco-obstetricia-y-pediatria-abc/ginecologia/edad-reproductiva>
- Aller, J., & Pages, G. (1977). *OBSTETRICIA MODERNA TERCERA EDICION*.
- AAME. (17 de diciembre de 2014). *Asociación de Municipalidades Ecuatorianas*. Obtenido de Asociación de Municipalidades Ecuatorianas.
- ANTAD. (s.f.). *ROPA DESECHABLE*. Obtenido de ROPA DESECHABLE.
- ASAMBLEA NACIONAL. (s.f.). Recuperado el 22 de FEBRERO de 2015, de CETID, ABOGADOS: <http://www.cetid.abogados.ec/archivos/95.pdf>
- ASAMBLEA NACIONAL. (2008). CAPITULO VI DERECHOS DE PARTICIPACION. *CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR*.
- ASAMBLEA NACIONAL. (2008). CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. En A. NACIONAL, *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA* (pág. 159). QUITO: Editorial Nacional.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito.

- Barreda-Gallegos, C. T.-M. (2006). Elección y Preferencia del Parto. *Revista de Salud Pública*.
- Bendezu, P. (2015). *ATENCIÓN DEL PARTO*. Recuperado el 18 de MARZO de 2015, de ATENCIÓN DEL PARTO: <http://www.pedrobend.com/obstetricia/atencion-de-parto/>
- BLOG, S. (2012). Recuperado el 24 de MARZO de 2015, de <https://senddero.wordpress.com/category/un-pueblo-en-la-montana/>
- Cabero, L. (2013). *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.
- Carpenito, L. (2005). *Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería*. España: Megraw. Hill.
- Comisión de inclusión social democrática participativa de derechos humanos. (2003). *El derecho a la ciudad » Carta-Agenda Mundial de Derechos Humanos en la Ciudad*. Recuperado el 22 de MARZO de 2015, de El derecho a la ciudad » Carta-Agenda Mundial de Derechos Humanos en la Ciudad: <http://www.uclg-cisdp.org/es/el-derecho-la-ciudad/carta-mundial/articulo-6>
- CONASA Y MSP. (2008). Recuperado el 18 de 12 de 2014, de <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/4.%20GuiaTecnicaParalaAtenciondelPartoCulturalmenteAdecuado.pdf>: <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/4.%20GuiaTecnicaParalaAtenciondelPartoCulturalmenteAdecuado.pdf>
- CONCEJO NACIONAL DE SALARIOS. (2014). *El Diario*. Recuperado el 21 de marzo de 2015, de El Diario: <http://www.eldiario.ec/temas/sueldo-basico-ecuador/>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Régimen del Buen Vivir*. Montecristi: Asamblea Nacional Constituyente.
- Constituyente, A. (2008). Constitución de la República del Ecuador. En A. Cosntituyente, *Constitución de la República del Ecuador* (pág. 159). Montecristi: Editorial Nacional.

- Contituyente, A. (2008). Consitutción de la República del Ecuador. En A. Contituyente, *Consitutción de la República del Ecuador* (pág. 29). Montecristi: Editorial Nacional.
- Culpi W. . (2011). *Estudio de la incidencia de las distenciones lumbares por porturas inadecuadas que ocurren en el cetro de rehabilitación del Hospital indígena de Atocha periodo agosto 2010 - enero 2011*. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato.
- Daza L. (2005). *Guía de buena práctica corporal. Atención primaria de calidad*. Madrid España: Panamericana.
- DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (s.f). *HUMANIUM AYUDA ALOS NIÑOS*. Obtenido de HUMANIUM AYUDA ALOS NIÑOS.
- Diario La Hora. (5 de abril de 2014). *DIARIO LA HORA*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de DIARIO LA HORA: <http://www.elnorte.ec/opinion/editorialistas/34740-inmigraci%C3%B3n-extranjera-en-cotacachi.html>
- Enciclopedia libre*. (s.f.). Obtenido de wikipedia.org: http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_preventiva
- ENDEMAIN. (2004).
- Falconí, D. J. (2014). Derecho Ecuador. *Derecho Ecuador*.
- Ferrado, M. L. (6 de JULIO de 2010). *El País*. Obtenido de El País: <http://elpais.com>
- Fundación Gravatar. (2012). *Apuntes de los seminarios de Fundamentos de Enfermería III y Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos generales. Generalitat Valenciana (Conselleria de sanitat)*. Ibarra: S/N.
- Fundamentos de Enfermería. (2003). *Niveles de Riesgo para la Atención de Enfermería*. El Salvador: Ministerio de Salud Pública.
- Fundamentos de Enfermería. (20 de 02 de 2013). *Mecánica Corporal*. Recuperado el 15 de 07 de 2013, de clasesfundamentosdeenfermeria: <http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com>

- Guirado, D. N. (23 de Febrero de 2006). *Publicaciones Cientificas Revistas Ciencias.com*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2014, de <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEupZkVFVvkrREJRdq.php>
- Hospital "Asdrubal de la Torre". (2014). *PROYECTO DE FORMACION DE TECNICOS EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD*. Sala Situacional, Instituto "17 de julio", Ibarra.
- Hospital Bengarrison. (17 de FEBRERO de 2012). *BEBES Y MAS*. Recuperado el 07 de 03 de 2015, de BEBES Y MAS: <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-perinatales>
- humanium.org.es. (s.f.). *HUMANIUM AYUDA A LOS NIÑOS*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de HUMANIUM AYUDA A LOS NIÑOS: <http://www.humanium.org/es/derechos-humanos-1948/>
- INEC. (2010). Recuperado el 18 de 12 de 2014, de <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/estadsticas-socio-demograficas>: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/estadsticas-socio-demograficas>
- INEC. (2010). Recuperado el SABADO 21 de FEBRERO de 2015, de INEC: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Integral, R. C. (Julio de 2001). *Scielo*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000400008&script=sci_arttext
- Internacional, S. (2005). *Enfoque Intercultural y de Género en Salud Materna*. Otavalo: EureKa.
- Investigación Salud. (10 de JUNIO de 2011). Recuperado el 10 de MARZO de 2015, de http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=204&Itemid=198
- Junta de Andalucía. (s.f.). *Salud SOCIEDAD Y ESTADO*. Recuperado el 10 de 03 de 2015, de Salud SOCIEDAD Y ESTADO: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/concep.htm>
- kozier, B. (2005). *Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica*. Madrid: Megraw. Hill.

- Larguía, M. (agosto de 2007). *Guías para transformar Maternidades tradicionales Maternidades Centradas en Familia*. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de Guías para transformar Maternidades tradicionales Maternidades Centradas en Familia: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/maternidades.pdf>
- Lema, C. Q. (2001). Educación Intercultural y Bilingüe. *Publicación mensual del Instituto Científico de Culturas Indígenas*.
- López, Á. (21 de 08 de 2013). *El Mundo*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2014, de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/08/20/noticias/1377015737.html>
- M. Sanchez Luna a, . C. (4 de JULIO de 2009). *RECOMENDACIONES PARA EL PARTO*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de RECOMENDACIONES PARA EL PARTO: http://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones_rn_parto_sen.pdf
- McKay, D. O. (2015). Obtenido de <http://www.celeberrima.com/frase/frase-david-o-mckay-la-maternidad-es-la-vocacion-mas-noble.html>
- MINISTERIO DE EDUCACION. (2014). *CURRICULO EDUCACION INICIAL* (ISBN ed.). (ISBN, Ed.) QUITO: ISBN.
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA. (2013). Recuperado el 21 de FEBRERO de 2015, de http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/01/Marco_Legal_Educativo_2012.pdf
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA. (2012). Recuperado el 18 de 12 de 2014, de http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/03/estandares_2012.pdf: http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/03/estandares_2012.pdf
- Ministerio de Electricidad y Energía Renovable. (2015). Recuperado el 22 de FEBRERO de 2015, de Ministerio de Electricidad y Energía Renovable: <http://www.energia.gob.ec/plan-de-mejoramiento-de-los-sistemas-de-distribucion-de-energia-electrica-pmd/>

- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. (2011). *Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales.
- Ministerio de Salud Pública. (1994-2009). *Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva república del Ecuador*. Ecuador.
- Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. (2013). *Guía de práctica clínica. Del recién nacido: sano Guía No. 02*. BOGOTA: ISVN.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (23 de Enero de 2012). *Salud Pública*. Recuperado el 09 de Marzo de 2015, de Salud Pública: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/home.htm>
- Ministerio del Interior. (2013). *PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2013*. Obtenido de PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2013: http://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/PLAN_NACIONAL-PARA-EL-BUEN-VIVIR-2009_2013.pdf
- Montes, K. (febrero de 2011). *Hablemos de Salud Ocupacional*. Recuperado el 11 de marzo de 2015, de <http://nigari-hablemosdesaludocupacional.blogspot.com/2011/02/normas-universales-de-bioseguridad.html>
- MSDsalud. (Febrero de 2013). *Manual Merck de Información médica para el hogar*. Obtenido de Manual Merck de Información médica para el hogar: http://www.msdsalud.es/manual-merck-hogar.aspx?u=/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_248.html
- MSP. (2006). *Enfoque Intercultural y de Género en Salud Materna*. Quito: UNFRA.
- MSP. (2006). *ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE GENERO EN SALUD MATERNA*. QUITO: UNFPA.
- MSP. (2007). *COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL*. QUITO.
- MSP. (2008). Recuperado el 23 de FEBRERO de 2014, de MINISTERIO DE SALUD PUBLICA:

<http://issuu.com/ecuador.nutrinet.org/docs/presentacion-pim-comite-micron>

- MSP. (2008). (CONASA, Ed.) QUITO: Lápiz y papel.
- MSP. (2008). *GUIA TECNICA DE ATENCION DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO*. QUITO: Lápiz y papel.
- MSP. (2008). *Guiá Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito: Lápiz y Papel.
- MSP. (AGOSTO de 2008). GUIA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO CULTURALMENTE ACEPTADO. *GUIA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO CULTURALMENTE ACEPTADO*, 1(1), 15.
- MSP. (2008). *GUIA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO*. QUITO.
- MSP. (2008). *GUIA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO*. QUITO: Lápiz y papel.
- MSP. (2008). *GUIA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO*. QUITO: LAPIZ Y PAPEL.
- MSP. (2008). *MODELO DE ATENCION INTEGRAL, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL* (1RA ed.). (PALTEX, Ed.) QUITO: PALTEX.
- MSP. (2008). *Norma y Protocolo Neonatal*. Quito: Lápiz y papel.
- MSP. (2008). *NORMA Y PROTOCOLO NEONATAL* (1 ed.). (CONASA, Ed.) QUITO: PAPEL Y LAPIZ.
- MSP. (2009). *EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D208.pdf
- MSP. (2010). *“DEFINICION DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL*. ECUADOR.
- MSP. (JULIO de 2010). HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELOSALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO- ECUADOR. *HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELOSALUD*

REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO-ECUADOR.

- MSP. (2010). *SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL*. QUITO: graphus.
- MSP. (2011). Recuperado el 23 de FEBRERO de 2015, de MINISTERIO DE SALUD PUBLICA:
http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/Accion%20Social/ficacc_OS026.htm
- MSP. (2012). Recuperado el 18 de 12 de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/subsecretaria-nacional-de-gobernanza-de-la-salud-publica/>: <http://www.salud.gob.ec/subsecretaria-nacional-de-gobernanza-de-la-salud-publica/>
- MSP. (2012). Recuperado el 18 de 12 de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/subsecretaria-nacional-de-gobernanza-de-la-salud-publica/>: <http://www.salud.gob.ec/subsecretaria-nacional-de-gobernanza-de-la-salud-publica/>
- MSP. (2012). *MANUAL MAIS*. Recuperado el 10 de MARZO de 2015, de MANUAL MAIS:
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- MSP. (2013). *GUIA PRACTICA CLINICA*. Recuperado el 10 de MARZO de 2015, de GUIA PRACTICA CLINICA:
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_infeccion_v_u.pdf
- MSP. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA FORTALECE LA PRACTICA ANCESTRAL DEL PARTO*. Recuperado el 11 de MARZO de 2015, de MINISTERIO DE SALUD PUBLICA FORTALECE LA PRACTICA ANCESTRAL DEL PARTO.
- MSP. (2015). *FORTALECE LA PRACTICA ANCESTRAL DEL PARTO*. Recuperado el 19 de MARZO de 2015, de FORTALECE LA PRACTICA ANCESTRAL DEL PARTO:
<http://www.misereor.gob.ec/home/index.php/misereor/noticias/110-ministerio-de-salud-fortalece-la-practica-ancestral-del-parto>

- MSP. (2015). *MSP*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de MSP: <http://www.misereor.gob.ec/home/index.php/misereor/noticias/110-ministerio-de-salud-fortalece-la-practica-ancestral-del-parto>
- MSP. (2015). *MSP*. Recuperado el 22 de MARZO de 2015, de MSP: <http://www.salud.gob.ec/proyecto-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>
- NANDA. (1970). MEXICAN AMERICAN CULTURE. *MEXICAN AMERICAN CULTURE*, 25.
- Navarro, V. (1989). *Concepto Actual de Salud Publica*. USA: Vicente Navarro.
- Neef, M. (1986). *Desarrollo a Escala Humana*. Barcelona: Nordan-Comunidad.
- océano/centrum. (2007). *2Manual de la enfermería, materno infantil*.
- OIT. (s.f.). *Los Derechos de pueblos indigenas en el Convenio de la OIT*. Obtenido de Los Derechos de pueblos indigenas en el Convenio de la OIT: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6903.pdf?view=1>
- OMS. (Septiembre de 2010). *Mortalidad Materna*. Recuperado el 10 de Marzo de 2015, de Mortalidad Materna: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OMS. (2012). *OMS*. Recuperado el 22 de MARZO de 2015, de OMS: http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/
- OMS. (MAYO de 2014). *CENTRO DE PRENSA DE LA OMS*. Recuperado el 10 de MARZO de 2015, de CENTRO DE PRENSA DE LA OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- ONU. (13 de SEPTIEMBRE de 1994). Recuperado el 19 de MARZO de 2015, de <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>
- OPS, O. (11 de abril de 2013). *Salud en las Américas*. Obtenido de Salud en las Américas: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com_content
- ORG, W. (8 de MARZO de 2015). Recuperado el 25 de MARZO de 2015
- Org., S. (28 de junio de 2006). *Selvas Org*. Obtenido de Selvas Org.: <https://www.google.com.ec/search?q=mapa+politico+de+cotacachi+y+sus+comunidades&newwindow=1&tbm=isch&imgil=i0kADatITJNtsM%253A%253Bhttps%253A%252F%252Fencrypted->

tbn0.gstatic.com%252Fimages%253Fq%253Dtbn%253AANd9GcQltsauT
U-UBaLYDQFdnZ15grPIV14ym3GzEAF7iWb0

Pagés, D. J.-D. (1997). *obstetricia moderna*. caracas: McGraw-Hill Interamericana.

Pariona, N. C. (2010). Características sociales de las mujeres con parto domiciliario de la comunidad de Huaycán. *inppares.org*.

Pediatra, A. D. (7 de Junio de 2013). *Escuela Medica para Padres*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2014, de <http://escuelamedicaparapadres.blogspot.com/2013/06/factores-de-riesgo-para-enfermedad-de.html>

Pediatra, D. M. (7 de Junio de 2013). *Fundación Escuela Medica para Padres*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2014, de <http://escuelamedicaparapadres.blogspot.com/2013/06/factores-de-riesgo-para-enfermedad-de.html>

Pérez Sánchez, A. /. (2011). *Obstetricia*. Santiago: Mediterraneo.

Perry A, P. (2004). *Fundamentos de Enfermería* (Quinta ed.). Madrid España: Grafos S. A.

Pino, M. S. (15 de enero del 2014 de enero de 2014). *el hoy*. Obtenido de el hoy.: www.hoy.com.ec/libro6/parto/parto14

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR. (2014). Recuperado el 23 de FEBRERO de 2015, de EVALUACION AL PLAN DEL BUEN VIVIR: http://issuu.com/publisenplades/docs/evaluaci__n_al_plan_nacional_del_bu

PLANETA MAMÁ. (MAYO de 2012). *PLANETA MAMÁ*. Recuperado el 11 de MARZO de 2015, de <http://www.planetamama.com.ar/preguntafrequente/%C2%BFes-riesgoso-el-parto-domiciliario>

PONTIFICIAUNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE IBARRA. (2012). *elcomunicadorpuces*. Recuperado el 14 de MARZO de 2015, de [elcomunicadorpuces: http://elcomunicadorpuces.blogspot.com/2012/03/la-identidad-cultural-es-parte-de-la.html](http://elcomunicadorpuces.blogspot.com/2012/03/la-identidad-cultural-es-parte-de-la.html)

- Ramírez, R. (2008).
- redpacientes. (2013). *EL EMBARAZO Y EL RIESGO*. Recuperado el 18 de MARZO de 2015, de EL EMBARAZO Y EL RIESGO: <http://redpacientes.com/social/posts/view/41535/158>
- redpacientes. (2013). *EMBARAZO DE RIESGO* . Recuperado el 18 de marzo de 2015, de EMBARAZO DE RIESGO: <http://redpacientes.com/social/posts/view/41535/158>
- RELACAHUAPAN-URUGUAY. (2007). PARTO HUMANIZADO. *RELACAHUAPAN-URUGUAY*, 53.
- Report, W. H. (2002). <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter4S.pdf>. Obtenido de <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter4S.pdf>.
- Rigol, R. (2008). *Obstetricia y Ginecología Rigol*. Cuba: Universidad de Concepción.
- Robaina, G. (2011). *GUIA DE SEGUIMIENTO*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de GUIA DE SEGUIMIENTO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000500012&script=sci_arttext
- Robaina, G. (2011). *SCIELO*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000500012&script=sci_arttext
- Rogol, O. (2004). *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*. LA HABANA: CIENCIAS MEDICAS.
- Rubio, T. (16 de ENERO de 2012). *El parto en casa causa más muertes que el parto en hospital*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de El parto en casa causa más muertes que el parto en hospital: <http://www.reproduccionasistida.org/el-parto-en-casa-causa-mas-muertes-que-el-parto-en-hospital/>
- Saavedra, D. R. (2011). Parir en el hogar mucho mas que una alternativa. *80 grados prensasinprisa*.
- Sanitas.es. (2014). *Biblioteca de Salud*. Recuperado el 11 de Marzo de 2015, de Biblioteca de Salud:

- <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/posparto/sin012072wr.html>
 scielo.sld.cu. (4 de Junio de 2013). Obtenido de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191997000100008&script=sci_arttext
- SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACION Y DESARROLLO. (4 de ABRIL de 2013). *SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACION Y DESARROLLO*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACION Y DESARROLLO:
[http://www.planificacion.gob.ec/ecuador-ha-cumplido-casi-el-80-porciento-de-los-objetivos-del-milenio/](http://www.planificacion.gob.ec/ecuador-ha-cumplido-casi-el-80-por-ciento-de-los-objetivos-del-milenio/)
- Senplades. (2007). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Recuperado el 22 de marzo de 2015, de Plan Nacional del Buen Vivir: <http://plan.senplades.gob.ec/agua-y-saneamiento>
- Senplades. (2007). *PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR*. Recuperado el 10 de MARZO de 2014 , de PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR:
<http://plan.senplades.gob.ec/>
- Sibley LM, S. T. (30 de ABRIL de 2007). *Plus, La Biblioteca Cochrane Entrenamiento del asistente del parto tradicional para mejorar los hábitos sanitarios y los resultados del embarazo*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de Plus, La Biblioteca Cochrane Entrenamiento del asistente del parto tradicional para mejorar los hábitos sanitarios y los resultados del embarazo:
<http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB005460-ES.htm>
- Soto, G. (s.f.). *ATENCION PRIMARIA DE SALUD*. Recuperado el 10 de MARZO de 2015, de ATENCION PRIMARIA DE SALUD:
<http://www.monografias.com/trabajos98/atencion-primaria-salud/atencion-primaria-salud.shtml#prestacioa#ixzz3Tkiqj42S>
- Subsecretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, Ecuador. (2006). *ECONOMIA DE ECUADOR SITUACIÓN DE LA VIVIENDA EN EL ECUADOR*. Recuperado el 22 de MARZO de 2015, de

- ECONOMIA DE ECUADOR SITUACIÓN DE LA VIVIENDA EN EL ECUADOR: <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2006/gvd2.htm>
- Tejada, G. G. (25 de 02 de 2013). *Clases Fundamentos de Enfermería*. Recuperado el 22 de 06 de 2013, de Clases Fundamentos de Enfermería: <http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com/>
- TELEGRAFO, E. (FEBRERO de 2015). Municipios asumen competencias de tránsito, transporte y seguridad vial. *Municipios asumen competencias de tránsito, transporte y seguridad vial*, 1, pág. 1.
- Telesur. (21 de FEBRERO de 2015). *TELE SUR*. Obtenido de TELE SUR: <http://www.telesurtv.net/news/Placentofagia-Cada-vez-mas-mujeres-se-comen-su-placenta--20150221-0030.html>
- Tinajero I.; Cuevas E.; Miriam A. . (2010). *Aplicación de mecánica corporal en la movilización de pacientes*. Morelia.: Universidad Michoacan de San Nicolás de Hidalgo.
- Tumbez, U. N. (MARZO de 18 de 2012). *LAS 4 DEMORAS DE LA MORBILIDAD MATERNA*. Recuperado el 18 de MARZO de 2015, de *LAS 4 DEMORAS DE LA MORBILIDAD MATERNA*: <http://es.slideshare.net/vigutaunt2011/consecuencias-de-la-4-demoras>
- UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR. (7 de JULIO de 1954). *Programa Andino de los Derechos Humanos*. Recuperado el 21 de marzo de 2015, de <http://www.uasb.edu.ec/padh/revista12/documentos/convencionderechospoliticos.htm>
- UNIVERSITY, A. (s.f.). Obtenido de <http://www.embarazoparto.com.ar/diccionario/diccionario.htm>
- Universo, E. (29 de enero de 2008). *El Universo*. Recuperado el 22 de marzo de 2015, de El Universo: <http://www.eluniverso.com/2008/01/29/0001/21/B198DD2B16214166B6E16DF65D2C0FB1.html>
- UNORCAC. (2008). *PROPUESTA POLÍTICA Y PLAN ESTRATEGICO UNORCAC*. Obtenido de www.unorcac.gob.ec

- UNORCAC. (2008). *UNIÓN DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS*. Obtenido de PROPUESTA POLÍTICA Y PLAN ESTRATÉGICO: <http://www.unorcac.org/>
- UNORCAC. (2008). *UNION DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS DE COTACACHI*. Obtenido de PROPUESTA POLÍTICA Y PLAN ESTRATÉGICO: <http://www.unorcac.org/wp-content/uploads/2013/11/Plan-estrategico-UNORCAC.pdf>
- UNORCAC. (2008). *UNION DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS DE COTACACHI*. Recuperado el 14 de junio de 2014, de PROPUESTA POLÍTICA Y PLAN ESTRATÉGICO: <http://www.unorcac.org/wp-content/uploads/2013/11/Plan-estrategico-UNORCAC.pdf>
- UNORCAC. (2013). *BOLETIN INFORMATIVO UNORCAC*. Recuperado el 20 de MARZO de 2015, de BOLETIN INFORMATIVO UNORCAC: <http://www.unorcac.org/category/noticias-unorcac/>
- UNORCAC. (2018). *Union de organizaciones Campesinas de Cotacachi*. Obtenido de PROPUESTA POLÍTICA Y PLAN ESTRATÉGICO: <http://www.unorcac.org/wp-content/uploads/2013/11/Plan-estrategico-UNORCAC.pdf>
- Vega, M. (1948). *MANUAL BASICO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. MADRID: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Vélez-Malaga. (junio de 2006). *FEDERACION DE ASOCIACION DE MATRONAS DE ESPAÑA FAME*. ESPAÑA.
- viajandox.com. (2014). *VIAJANDOX*. Obtenido de <http://www.viajandox.com/imbabura/cotacachi-canton.htm>
- Villegas, C. B. (2009). *FACTORES CONDICIONANTES DEL PARTO DOMICILIARIO*. Recuperado el 2 de MARZO de 2015, de FACTORES CONDICIONANTES DEL PARTO DOMICILIARIO: <http://www.bdigital.unal.edu.co/22109/1/18673-60662-1-PB.pdf>

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO Nro. 1

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

La preparación de la presente encuesta, tiene como propósito, recopilar los datos de información necesaria, para el desarrollo de esta investigación: “FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO, COMUNIDAD EL CERCADO, COTACACHI, PERÍODO 2014”. En esta encuesta, se busca identificar las características sociodemográficas, detallar factores de riesgo en la salud y puntualizar problemas de salud de la población en estudio causados por la práctica de los partos domiciliarios. Con la finalidad de instaurar un plan de intervención educativo, sobre la base del estudio dedicado a la promoción y la prevención de factores de riesgos y complicaciones en la salud de los antes mencionados contribuyendo a un estilo de vida saludable, crecimiento-desarrollo del niño- niña sano, al bienestar de la familia y la comunidad.

El presente trabajo de investigación, se logró dar la validación y confiabilidad del instrumento por expertos (médicos, ginecólogo y obstetra del Hospital Asdrúbal de la Torre, licenciadas y maestras en enfermería de la Universidad Técnica del Norte y a través de una prueba piloto a las mujeres de la comunidad El Cercado, la misma que se aplicó a 40 mujeres en: edad fértil, embarazadas, madres en fase postparto y parteras comunitarias.

La que permitió modificar y perfeccionar las preguntas que conforman la encuesta; puesto a que el objetivo era pretender recaudar la mayor cantidad de datos reales e importantes para la investigación y daba a redundar en las preguntas y respuestas, en el caso de las preguntas Sociodemográficas no se pudo eximir algunas características que aparentemente no poseían mayor importancia, pero que si aportaba información para las demás interrogantes dentro de factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario.

Después de hacer dicha acotación, se concluyó con una encuesta formulada por 31 preguntas claras y precisas, que además fueron avaladas por profesionales en el tema, la misma que da la validación de este instrumento de investigación.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERÍA
 COTACACHI- ECUADOR



TEMA

**“FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS
 NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO, COMUNIDAD EL CERCADO,
 COTACACHI, PERÍODO 2014”**

OBJETIVO:

“Formular directrices o líneas de acción preventiva para actuar de manera asertiva frente a las causas que influyen en las mujeres embarazadas a practicar el parto en domicilio, determinando factores de riesgo y problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario en la comunidad El Cercado, cantón Cotacachi, período 2014”

Para lo cual pretendo recaudar información verdadera sobre factores de riesgo que determinan los problemas de salud en niños nacidos por parto domiciliario, en la que se le pide de la manera más comedida que responda con la verdad y de acuerdo a la realidad de los hechos que Usted los vivió, Toda la información que usted brinde, será confidencial, por tal motivo, la encuesta no requiere del nombre de quien la conteste.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente el presente formulario y conteste de manera clara y veraz a las siguientes preguntas:

1. Lea detenidamente cada pregunta.
2. Marque con una “X” la respuesta correcta y no deje espacios en blanco.
3. Escriba la respuesta donde sea necesario.

Dato: Encuesta para las Mujeres de la Comunidad “El Cercado”

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA PERSONA ENCUESTADA

- | | | |
|-----|--------------------|-----|
| 1.1 | Provincia..... | 1.2 |
| | Cantón..... | 1.3 |
| | Parroquia..... | |
| | 1.4 Comunidad..... | |

1.5 Manzana..... 1.6 Nro. De casa.....

1.7 Sector: 1.7.1 Urbano..... 1.7.2 Rural.....

2. ¿Qué edad tiene? Años cumplidos.

2.1 10 -19años () 2.2 20 - 35 años ()

2.3 36- 59 año () 2.4 Mayor o Igual a 60 años ()

3. ¿Con qué etnia Usted se identifica?

3.1 Indígena () 3.2 Mestizo () 3.3 Blanco ()

3.2 Montubio () 3.5 Afro ecuatoriano ()

3.6 Otro.....

4. ¿Qué Idioma Habla?

4.1 Español () 4.2 Quichua ()

4.3) Otro..... 4.4 Bilingue ()

5. ¿Qué religión practica Usted?

5.1 Católica () 5.2 Testigo de Jehová () 5.3 Mormón ()

5.4 Atea () 5.5 Otra..... 5.5 Ninguna ()

6. ¿Cuál es su estado civil?

6.1 Soltera () 6.2 Casada () 6.3 Divorciada ()

6.4 Unión Libre () 6.5) Viuda ()

7. ¿Cuál es su nivel de instrucción educativo?

7.1 Básica elemental () 7.2 Básica Media ()

7.3 Básica Superior () 7.4 Bachillerato ()

7.5 Superior ()

8. ¿Cuál es su ocupación o a que se dedica?

8.1 Ama de casa () 8.2 Artesana () 8.4 Jornalera ()

8.5 Empleado Público () 8.6 Empleada Privada ()

9. ¿Cuánto es el ingreso económico de su familia?

9.1 Menos de 340 Dólares () 9.2 340 Dólares ()

9.3 Más de 340 Dólares ()

9.4 Bono de desarrollo humano \$ 50.00 SI () NO ()

9.5 Otro.....

10. La vivienda es:

- 10.1 Propia () 10.2 Arrendada () 10.3) Prestada ()
10.4 Anticresis () 10.5 Otra.....

11. ¿De qué material está construida la Vivienda?

- 11.1 Ladrillo () 11.2 Bloque () 11.3) Adobe ()
11.4 Mixta () 11.5 Otra.....

12. ¿Con qué ambientes cuenta en la casa donde vive?

- 12.1 Sala () 12.2 Dormitorio () 12.3) Cocina ()
12.4 Comedor () 12.5 Patio ()
12.6) Baño/Letrina ()

13. ¿Dispone de servicios básicos en su domicilio?

- 13.1 SI () 13.2 ()**

¿Cuáles?

- 13.3 Agua Entubada () 13.4 Energía eléctrica ()
13.5 Alcantarillado () 13.6 Teléfono ()
13.7 Recolector de Basura ()

14. ¿Qué vías de acceso tiene la comunidad?

- 14.1 Asfaltado () 14.2) Empedrado () 14.3 Adoquinado ()
14.4 Tierra ()

15. ¿Qué medios de transporte utilizan para la movilidad a la comunidad?

- 15.1 Bus () 15.2 Taxi () 15.3 Camioneta ()
15.4 Camión () 15.5 Moto () 15.6 A pie ()
15.7Otro.....

2. RIESGO DE SALUD EN RECIEN NACIDOS

16. ¿Cuántos partos ha tenido?

- 16.1 1 parto () 16.2 2 - 3 partos ()
16.3 4 - 5 partos () 16.4 6 - 7 partos ()
16.5 8 - 9 partos () 16.6 10 partos ()
16.7 Más de 10 partos ()

17. ¿Qué problemas de salud o enfermedades ha tenidos en el embarazo actual o embarazos anteriores?

- 17.1 Infección de Vías Urinarias ())
17.2 Hipertensión Inducida por el Embarazada ())
17.3 Eclampsia - Pre eclampsia ())
17.4 Diabetes Gestacional ())
17.5 Amenaza de Aborto ())
17.6 Sangrado Vaginal ())
17.7 Parto Prematuro ())
17.8 Oligohidramios /Polihidramios ())
17.9 Ruptura Prematura de Membranas ())
17.10) Ninguna ())
17.11)
Otra.....

18. ¿Qué exámenes de laboratorio se ha realizado durante el período prenatal, enuncie Cuáles?

- 18.1 Sangre () 18.2 Orina () 18.3 Heces ()
18.4 Otros..... 18.5 Ninguno ()

19. ¿Recibió la vacuna de la DT durante su embarazo?

- 19.1 SI () 19.2 NO ()

20. ¿Cuántos controles prenatales se los ha realizado durante su embarazo o embarazos?

- 20.1 Menos de 5 Controles () 20.2 5 Controles ()
20.3 Más de 5 Controles () 20.4 Ningún Control ()

21. ¿Dónde fue atendida su parto o partos anteriores?

- 21.1 Hospital () 21.2 Clínica () 21.3 Domicilio ()
21.4 Sub Centro de Salud () 21.5
Otro.....

22. ¿Quién atendió el parto en su domiciliario?

- 22.1 Usted () 22.2 Madre () 22.3 Abuela ()
22.4 Esposo () 22.5 Suegro- Suegra () 22.6 Partera ()
22.7 Otro.....

23. ¿Cuáles fueron las razones por las cuales Usted decidió dar a luz en la casa?

- 23.1) Más Seguridad ()
- 23.2) No había tiempo para llegar al establecimiento de salud ()
- 23.3) Mal concepto del establecimiento de Salud ()
- 23.4) Barreras para llegar a un establecimiento de Salud ()
- 23.5) Factores económicos ()
- 23.6) Por Costumbre ()

24. ¿Qué método anticonceptivo Usted utiliza o a utilizado?

- 24.1 Temporales () 24.2 Naturales ()
- 24.3 Definitivos () 24.4 Ninguno ()

25. El espacio intergenesico entre sus embarazo es de:

- 25.1 Menos de 1 año () 25.2 1 año ()
- 25.3 Menos de 2 años () 25.4 2 años ()
- 25.5 Más de 2 años ()

3. PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO

26. ¿Cuándo su hijo o hijos nacieron, escuchó el llanto al minuto de nacido?

- 26.1 SI () 26.2 NO ()

26.3 Describa el llanto de su hijo:

- 26.3.1) Llanto Débil ()
- 26.3.2) Llanto Fuerte ()
- 26.3.3) Llanto Vigoroso ()
- 26.3.4) No lloro ()

27. ¿Qué color de piel presento su hijo- hija, al minuto del nacido?

- 27.1) Cianótico /Morado ()
- 27.2) Pálido ()
- 27.3) Completamente Rosado ()

28. ¿Con qué instrumento cortaron, el cordón umbilical en el nacimiento de su hijo/a?

- 28.1 Tijera () 28.2 Cuchillo () 28.3 Gillette ()
- 28.4 Cuchilla () 28.5 Bisturí ()

28.6 Otro.....

29. ¿A los cuántos minutos cortaron y pinzaron el cordón umbilical, en el nacimiento de su hijo /a?

- 29.1 Menos de 3 Minutos () 29.2 3 minutos ()
29.3 Más de 3 Minutos ()

30. Durante la labor de Parto en su domicilio, se aplicaron normas de higiene (asepsia y antisepsia) ¿Cuáles?

- 30.1 Lavado de Manos ()
30.2 Esterilización del instrumento con el que se cortó el cordón umbilical:
a) Ebullición ()
b) Limpieza con solución jabonosa ()
c) Desinfección con solución antiséptica ()
30.3 Uso de Barreras de protección:
a) Guantes () b) Gorra () c) Mandil ()
d) Mascarilla () e) Botas ()
30.4 Uso de Campos Estériles ()
30.5 Ninguna de las anteriores ()
30.6
Otra.....

31. ¿Tiene conocimiento sobre la importancia de la realización del Tamizaje Neonatal y que enfermedades se pueden prevenir en el niño-niña si son diagnosticadas a tiempo?

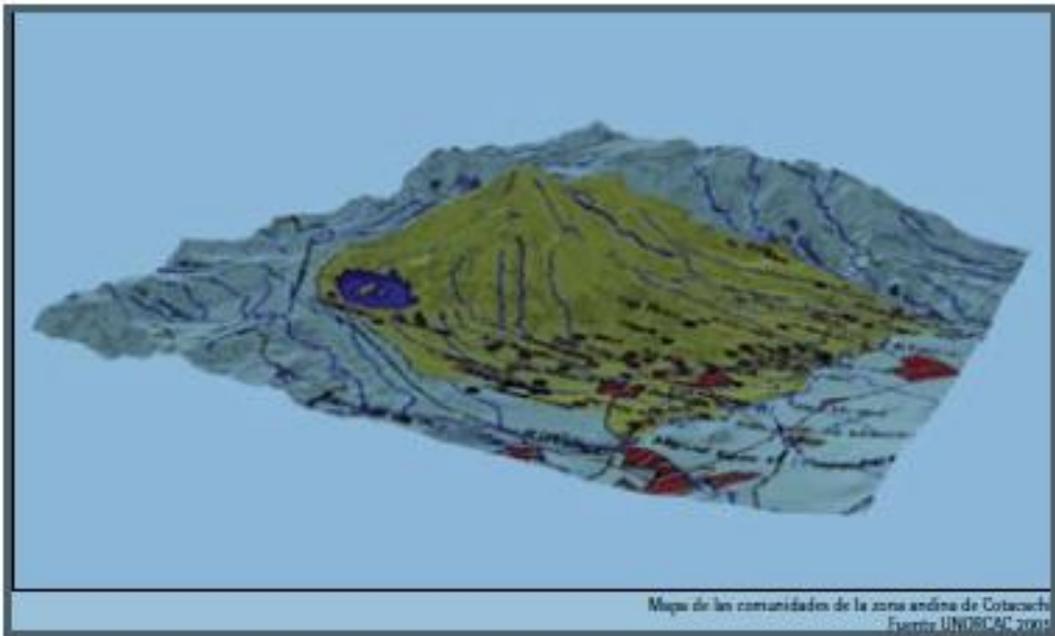
- 31.1 SI () 31.2 NO ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ANEXO
FOTOS**



MAPA DE LA COMUNIDAD “EL CERCADO”



MAPA DE LAS COMUNIDADES DE LA ZONA ANDINA DE COTACACHI
FUENTE UNORCAC 2005

CONSTANCIA DE LA SOCIALIZACIÓN Y ENTREGA DE LA GUIA EDUCATIVA AL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD EL CERCADO.

Ibarra, 01 de abril del 2015

Sr.

PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD EL CERCADO

Presente.

Cordial saludo.

El motivo de la presente es para dejar constancia de la entrega de la Guía Educativa **“MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”**, elaborada como producto del estudio de investigación **“FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO, COMUNIDAD EL CERCADO, COTACACHI PERIODO 2014”**, la misma que constituye en un instrumento fundamental y de gran ayuda para la población, por cuanto aportara con conocimientos innovadores en atención del parto, postparto y cuidados del recién nacido, teniendo como finalidad contribuir con los Objetivos del Plan del Buen Vivir De antemano le expresamos nuestros agradecimientos por su gentil colaboración.

Atentamente,

Firma.....

Suni Alexandra Andramunio Sandoval

CONSTANCIA DE LA SOCIALIZACIÓN Y ENTREGA DE LA GUIA EDUCATIVA EN EL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE DE COTACACHI.

Ibarra, 01 de abril del 2015

Lic. Silvia Romero

DIRECTORA DEL HOSPITAL ASDRUBAL DE LA TORRE DE COTACACHI

Presente.

Cordial saludo.

El motivo de la presente es solicitar se permita hacer la socialización de la Guía Educativa ***“MANEJO DE PARTO DOMICILIARIO”***, en las instalaciones del Hospital Asdrúbal de la Torre del cantón Cotacachi, misma que ha sido elaborada como producto del estudio de investigación ***“FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS NACIDOS POR PARTO DOMICILIARIO, COMUNIDAD EL CERCADO, COTACACHI PERIODO 2014”***, la misma que constituye en un instrumento fundamental y de gran ayuda para la población, por cuanto aportara con conocimientos innovadores en atención del parto, postparto y cuidados del recién nacido, teniendo como finalidad contribuir con los Objetivos del Plan del Buen Vivir

De antemano le expresamos nuestros agradecimientos por su gentil colaboración.

Atentamente,

Firma.....

Suni Alexandra Andramunio Sandoval

