



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

INFORME FINAL DEL PROYECTO

TEMA

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**IMPACTO Y ACOGIDA DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO POR EL EQUIPO
DE PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL AÑO
2011 – 2012.**

AUTORAS:

Carla Maribel Cárdenas Rosero

Soraya Elizabeth Cachiguango Quinaluisa

DIRECTORA

Lic. Miriam Santillán

Ibarra, Ecuador 2012

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto primero a Dios por haberme dado la vida, a toda mi familia por su apoyo moral principalmente a mis padres Milton y Amparito por haberme inculcado valores que me ayudaron a seguir en este camino especialmente por sus sabios consejos y por estar a mi lado en los momentos difíciles, a mi novio Israel quien me ha acompañado con una comprensión a prueba de todo y me ha brindado su apoyo incondicional y a mi hijita que ha sido mi fuerza para seguir adelante.

CARLA CARDENAS

Dedico este proyecto y toda mi carrera universitaria a Dios quien me ha dado la salud y las fuerzas necesarias para luchar día tras día. A mis padres Marcelo y Josefina, quienes confiaron en mí y me sacaron adelante con su ejemplo de superación, brindándome todo su apoyo tanto económico como emocional que fue lo más importante. Gracias a esa paciencia, ese apoyo y amor hoy puedo ver alcanzada mi meta de ser profesional que es una satisfacción para mí y un orgullo para ustedes porque es el reflejo de todo su esfuerzo y trabajo.

No bastan las palabras para agradecerles todo lo que han hecho por mí, por estar a mi lado en los momentos buenos y malos, en mi proceso de formación humana y profesional. Espero no defraudarlos nunca, seguir contando con su todo su apoyo y sobre todo **GRACIAS POR SER MIS PADRES.**

SORAYA CACHIGUANGO

AGRADECIMIENTO

Nuestro más profundo agradecimiento a la Licenciada Miriam Santillán Tutora de Tesis, por la dedicación y apoyo que nos ha brindado en este proyecto, a la Universidad Técnica del Norte y a la Escuela de Enfermería por la formación académica y humana que hemos recibido.

A nuestras familias por el cariño y la confianza que nos han brindado en todo momento, pero sobre todo por estar, cada uno a su manera, respaldándonos para alcanzar nuestros objetivos.

RESUMEN

El Ministerio de Salud Pública, en concordancia con el mandato establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población”, política 3.5. “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”, está promoviendo una política intercultural en salud y en particular el desarrollo de modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural, a partir de abril del 2008, se incorporó la atención del parto culturalmente adecuado en el hospital, con la participación activa de parteras del cantón, lo cual ha dado logros positivos y ha permitido un entendimiento entre culturas y saberes, mejorando así la calidad de atención del parto y con ello la disminución de la morbi-mortalidad materna”. La oficialización del Parto Culturalmente Adecuado es un hito sin precedentes en la historia de la salud del pueblo ecuatoriano; por primera vez la ciencia occidental unifica esfuerzos con los saberes ancestrales, para trabajar a favor de las mujeres embarazadas y sus niños. Las mujeres asistidas en el Hospital San Luis de Otavalo y que han acudido al Servicio de Gineco – Obstetricia durante el año 2011 se atendieron 606 partos a mujeres indígenas y 98 partos a mujeres mestizas afros, mientras que en el año 2012 se atendieron 620 partos a mujeres indígenas y 54 partos a mujeres mestizas y afros mediante el parto culturalmente adecuado, para esto en el hospital se han realizado las adecuaciones necesarias para adaptar las costumbres del sector rural indígena en el momento de dar a luz.

SUMMARY

The Ministry of Public Health, in accordance with the mandate set out in the National Development Plan, Objective 3 "To improve the quality of life of the population" policy 3.5. "Recognize, respect and promote ancestral practices and alternative medicine and use of knowledge, tools and drugs", is promoting an intercultural health policy and in particular the development of reproductive health models intercultural approach, from April 2008, he joined the culturally appropriate delivery care in the hospital, with the active participation of midwives in the canton, which has given positive achievements and allowed an understanding between cultures and knowledge, thereby improving the quality of care delivery and it decreased maternal morbidity and mortality. "The formalization of culturally appropriate Childbirth is an unprecedented milestone in the history of the health of the people of Ecuador, for the first time unifies efforts of Western science with ancient knowledge to work for pregnant women and their children. The women assisted at the Hospital San Luis de Otavalo and who have come to the Service of Gynecology - Obstetrics in 2011 were attended 606 births to Indigenous women and 98 births to women mestizo afros, while in 2012 they attended 620 births to indigenous women and 54 births to women with afros mestizo and culturally appropriate delivery for this hospital have made the necessary adjustments to adapt the customs of the indigenous rural sector at the time of delivery.

	<u>INDICE</u>	<u>Pag.</u>
	INTRODUCCIÓN	1
	JUSTIFICACION	3
	CAPITULO I	4
1.	EL PROBLEMA	4
1.1	Planteamiento del Problema	5
1.2.	Formulación del Problema	6
1.3.	Justificación del Problema	7
1.4.	Objetivos	9
1.4.1.	Objetivo General	9
1.4.2.	Objetivo Específico	9
1.5.	Preguntas Directrices	10
	CAPITULO II	11
2.	MARCO TEORICO	11
2.1.	El Parto Vertical	11
2.1.1.	Base Legal	12
2.1.2.	Ventajas	12
2.1.3.	Desventajas	13
2.1.4.	Posiciones durante la atención del parto	13
2.1.5.	Razones para acceder a esta atención	13
2.1.6.	Razones para dar a luz en su casa	13
2.1.7.	Personas que no pueden acceder a esta atención	14
2.2.	Plan de Parto	14
2.2.1.	Llegada al Hospital	15
2.2.2.	Periodo de Dilatación	15
2.2.3.	Tratamiento y Manejo del dolor	17
2.2.4.	Uso de material de apoyo durante el parto	17
2.2.5.	Uso de bañera durante la dilatación	17
2.2.6.	Participación de la Partera	
2.2.7.	Ingreso del esposo, familiar o parteras	19
2.2.8.	Ropa apropiada para atención del parto	20
2.2.9.	Alimentación	20
2.2.10.	Uso de plantas medicinales	21
2.2.11.	Casa Materna	23
2.3.	Procedimientos	24
2.3.1.	Monitorización fetal	24
2.3.2.	Tactos Vaginales	24
2.3.3.	Administración de medicamentos para acelerar el parto	24
2.3.4.	Canalización de vía venosa	24
2.3.5.	Sondaje Vesical	25
2.3.6.	Rotura de la Bolsa	25
2.4.	Periodo Expulsivo (Salida del bebé)	25
2.4.1.	Pujos	25

2.4.2.	Episiotomia	25
2.4.3.	Nacimiento	26
2.4.4.	Contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento	28
2.4.5.	Atención Inicial del recién nacido	28
2.4.6.	Corte del Cordon Umbical	29
2.4.7.	Alumbramiento de la placenta	29
2.4.7.1.	Flujograma del tratamiento de la placenta	30
2.5.	Cuidado y Atención del recién nacido	31
2.5.1.	Separación de la madre y realización de procedimientos	31
2.5.2.	Higiene del recién nacido	31
2.6.	Periodo del puerperio	32
2.6.1.	Estancia en la maternidad tras el nacimiento	33
2.6.2.	Duración de la estancia	33
2.6.3.	Lactancia	33
2.7.	Variables	35
2.7.1.	Variables Dependientes	35
2.7.2.	Variables Independientes	35
2.7.3.	Operatividad de las variables	36
	CAPITULO III	38
3.	METODOLOGIA	38
3.1.	Lugar de estudio	38
3.2.	Caracterización	38
3.3.	Materiales y Equipos	38
3.4.	Tipo de Estudio	39
3.5.	Diseño de la Investigación	39
3.6.	Métodos	39
3.7.	Población y muestra de estudio	40
3.8.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.8.1.	Entrevista	40
3.9.	Validación del instrumento	41
3.9.1.	Valor práctico del estudio	41
3.9.2.	Ventajas	41
3.9.3.	Desventajas	42
3.9.4.	Resultados deseados	42
3.10.	Análisis e interpretación de resultados	43
3.11.	Resultados	56
3.12.	Conclusiones	56
	CAPITULO IV	58
4.	MARCO ADMINISTRATIVO	58
4.1.	Recursos	58
4.1.1.	Recursos Humanos	58
4.1.2.	Recursos Institucionales	59
4.1.3.	Infraestructura	59

4.1.4.	Insumos y Equipamiento	60
4.1.5.	Paquete de parto con adecuación intercultural	61
4.1.6.	Recursos Materiales	62
4.1.7.	Tecnológicos	62
4.1.8.	Presupuestarios	62
4.1.9.	Cronograma	64
	CAPITULO V	65
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1.	Conclusiones	65
5.2.	Recomendaciones	67
	Glosario de Términos	69
	Bibliografía	76
	Lincografía	77
	Anexos	78

INDICE DE TABLAS

	Pag.	
TABLA 1	Ficha para llenar	15
TABLA 2	Alimentación	21
TABLA 3	Plantas medicinales para la sala de partos	21
TABLA 4	Consideraciones para el parto	23
TABLA 5	Proceso para el alumbramiento	26
TABLA 6	Higiene del recién nacido	31
TABLA 7	Proceso sobre puerperio inmediato	32
TABLA 8	Cruce de variables	36
TABLA 1	Comparativo de consejería Area N° 4 MSP.	44
TABLA 2	Número de partos atendidos en el periodo 2011-2012	45
TABLA 3	Número de partos atendidos por profesionales de salud años 2011-2012	52
TABLA 4	Número de atenciones de partos horizontales y verticales por profesionales de salud	54
TABLA 9	Equipamiento	60
TABLA 10	Equipos para el parto vertical	61
TABLA 11	Presupuesto requerido	62
TABLA 12	Cronograma	64

INDICE DE GRAFICOS

	Pag.	
Gráfico 1	Consultas por unidad operativa año 2011	43
Gráfico 2	Consultas por unidad operativa año 2012	44
Gráfico 3	Tabla comparativa de consejería Area de Salud N° 4 MSP	45
Gráfico 4	Número de partos atendidos en el periodo 2011	46
Gráfico 5	Número de partos atendidos en el periodo 2012	47
Gráfico 6	Partos verticales año 2011	48

Gráfico 7	Partos verticales año 2012	49
Gráfico 8	Partos horizontales año 2011	50
Gráfico 9	Partos horizontales año 2012	51
Gráfico 10	Número de partos atendidos por profesionales de salud en el año 2011	52
Gráfico 11	Número de partos atendidos por profesionales de salud en el año 2012	53
Gráfico 12	% de atención de partos verticales por los profesionales de salud en el año 2012	54
Gráfico 13	% de atención de partos horizontales por los profesionales de salud en el año 2012	55

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud se guía por principios de inclusión social y equidad, considerando los enfoques de género, interculturalidad y generacional. El Ministerio de Salud Pública, en concordancia con el mandato establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población”, política 3.5. “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”, está promoviendo una política intercultural en salud y en particular el desarrollo de modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural.

El Pueblo KichwaOtavalo, como referente en el norte del país ha tomado la iniciativa respecto al ritual del parto de la mujer, es por esto que en el Hospital San Luis de Otavalo se adoptó el parto vertical como práctica habitual el cuales asistido conjuntamente entre médicos y parteras.

Las mujeres en las comunidades primitivas tenían sus propios rituales y prácticas específicas en el momento de “dar a luz”, hay relatos en que antiguamente adoptaban diversas posiciones para un parto rápido y con menos dolor, por ejemplo: de pie lo hacían las mujeres en Filipinas, en cuclillas parían las mujeres en el antiguo Egipto, en otras tribus parían sobre las rodillas del marido o de un ayudante. Es decir la diversidad de formas es variada dependiendo de su cultura, pero en ningún caso lo hacen acostadas.

La oficialización del Parto Culturalmente Adecuado es un hito sin precedentes en la historia de la salud del pueblo ecuatoriano; por primera vez la ciencia occidental unifica esfuerzos con los saberes ancestrales, para trabajar a favor de las mujeres embarazadas y sus niños.

“A partir de abril del 2008, se incorporó la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo, con la participación activa de parteras del cantón, la cual ha dado logros positivos y ha permitido un entendimiento entre culturas y saberes, mejorando así la calidad de atención del parto y con ello la disminución de la morbi-mortalidad materno - infantil”.

JUSTIFICACIÓN

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, en relación a este modelo.

El presente anteproyecto plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a fin de que la atención en salud contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, y que permitan satisfacer a un mayor número de usuarias/os, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afro ecuatorianas donde las barreras socioculturales elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.

La atención del parto culturalmente adecuado involucra a la madre y al recién nacido y pretende incorporar en su práctica, no solo las características clásicas de atención en libre posición sino también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades, pueblos, nacionalidades indígenas y afroecuatorianas a la atención institucional del parto, así como a otras demandas provenientes de diversos movimientos sociales que claman la atención del parto humanizado.¹

¹http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/browse/49/ir_a/ciudadania/article//el-parto-vertical-es-una-alternativa-que-reduce-la-mortalidad-materna-e-infantil.html

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 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.²

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas 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.

Tras varias investigaciones en el Cantón Otavalo, esta práctica de salud intercultural se encuentra implementada en el Hospital de Otavalo, la incorporación de este servicio en el hospital fue consecuencia de un estudio que evidenció que un gran número de mujeres indígenas preferían la atención de una partera en sus hogares.

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

²MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2008) GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO, QUITO.

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.³

³ <http://www.patrimonio.ezonec.com/es/inicio/noticias/archivo-2008-2009/110-agosto-2008/346-el-parto-culturalmente-adecuado-una-realidad-en-el-ecuador>

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Conocer la aceptación por parte del equipo de profesionales en salud en cuanto a la adopción del parto culturalmente adecuado o parto vertical en el Hospital San Luis de Otavalo, y el involucramiento de las parteras como miembro del personal que asiste a la madre en gestación en el momento de dar a luz.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Según el Ministerio de Salud, 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, 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.

El alto índice de mortalidad, el maltrato a las mujeres indígenas, la resistencia de las mujeres para acudir a un hospital o clínica, el parto por medio de la cesárea, la posición horizontal, la no pronta atención médica la falta de comunicación (idioma) entre otros elementos, es la motivación para la elaboración y ejecución del proyecto de tesis, tomando como sitio de interés el cantón Otavalo y concretamente el Hospital San Luis de Otavalo.

En los años comprendidos entre 2001 y 2005 en el Área de Salud N° 4 del cantón Otavalo, se presentaron diez casos de muerte materna en el sector rural, siete casos fueron detectados mediante la búsqueda activa y tres fueron de muerte intrahospitalaria.⁴

Para la obtención de información se realizará mediante encuestas en mujeres que han acudido a realizar el parto culturalmente adecuado al Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo, Área de Salud N° 4, el cual es un Hospital Básico de segundo nivel que cuenta con funciones de promoción, prevención, protección, fomento y tratamiento de la salud; con especialidades de Emergencia, Cirugía y Traumatología, Gineco – Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico y Consulta Externa, con un número aproximado de 80 camas.

⁴<http://www.patrimonio.ezonec.com/es/inicio/noticias/archivo-2008-2009/110-agosto-2008/346-el-parto-culturalmente-adecuado-una-realidad-en-el-ecuador>

La obtención de la información se basará en determinar el número de partos atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo bajo la metodología del parto culturalmente adecuado durante los años 2011 y 2012, tanto en mujeres indígenas como mestizas.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el impacto, acogida y evaluación del parto culturalmente adecuado, en los profesionales de Salud que atienden en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital San Luis de Otavalo, para lograr una mayor aceptación de esta modalidad de atención del parto y disminuir la mortalidad materno – infantil.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr calidad y calidez de atención a las madres mediante el Parto Culturalmente Adecuado.
- Disminuir riesgos físicos y psicológicos tanto para la madre como para el bebé en el momento de dar a luz.
- Conseguir satisfacción afectiva en las madres embarazadas durante la atención del Parto Culturalmente Adecuado.

1.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

- a. Desde cuándo ha adoptado el Hospital San Luis de Otavalo el parto vertical?
- b. Cuántas mujeres han sido atendidas mediante el parto culturalmente adecuado durante los años 2011 y 2012?
- c. Cuántas mujeres indígenas han sido asistidas por mes mediante el parto vertical durante el año 2011 y 2012?
- d.Cuál es la aceptación de las mujeres mestizas y afro ecuatorianas al ser asistidas mediante el parto vertical?
- e. Como miran el equipo médico del Hospital San Luis de Otavalo la intervención de las parteras como miembro del equipo en el momento del parto?

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. EL PARTO VERTICAL

“El parto vertical es aquel en que la gestante se coloca en posición vertical, puede ser de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, de cuclillas; mientras que el personal de salud que atiende al parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido”⁵



Ilustración Parto Vertical

El partotradicional se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud.

El parto vertical, se asocia con una reducción notable del dolor y de la duración de la fase inicial del parto, favoreciendo la salida del bebé.

⁵NORMA TECNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL.
Pag. 16

2.1.1. BASE LEGAL

Según la Constitución Política del Ecuador (año 2008) en el art. 1 establece que, “el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico...”

De igual manera el art. 56 de la Constitución Política del Ecuador, menciona que. “Las comunidades, pueblos, nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible”.

El objetivo tres del Plan Nacional para el Buen Vivir (año 2009 – 2013), “Mejorar la calidad de vida de la población”, política 3.5. “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”. Literal b, “Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada”. En el literal d. “Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud”⁶

2.1.2. VENTAJAS

- Mejora la irrigación sanguínea.
- Aporta mayor cantidad de oxígeno al niño
- Aumenta el canal del parto (vagina), facilitando la expulsión del niño
- Aumenta las contracciones uterinas sin necesidad de medicamentos.

⁶http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/browse/49/ir_a/ciudadania/article//el-parto-vertical-es-una-alternativa-que-reduce-la-mortalidad-materna-e-infantil.html

- Proporciona a la madre comodidad y confianza⁷

2.1.3. DESVENTAJAS

- Puede producirse un aumento del sangrado
- Hay un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado
- El periné de las mujeres primíparas puede sufrir más lesiones en esta posición.

2.1.4. POSICIONES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO

- Posición de cuclillas
- Posición de rodillas
- Posición sentada
- Posición semi sentada
- Posición cogida de la soga
- Posición de pies y manos
- Posición de pie

2.1.5. RAZONES PARA ACCEDER A ESTA ATENCIÓN

El parto culturalmente adecuado puede realizarse cuando:

- La madre no presenta complicaciones durante el embarazo
- Niño que se encuentra de cabeza en el vientre materno
- El canal de parto sea amplio

⁷<http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=71>

2.1.6. RAZONES PARA DAR A LUZ EN SU CASA

- Más seguridad/confianza en la casa
- No había tiempo para llegar al establecimiento de salud
- Mal concepto del establecimiento de salud.
- Barreras para llegar a un establecimiento de salud
- Factores económicos
- Por costumbre

2.1.7. PERSONAS QUE NO PUEDEN ACCEDER A ESTA ATENCIÓN

- Cesárea anterior
- Canal del parto estrecho en relación con el tamaño del niño
- Presentación podálica (niño de pie)
- Sufrimiento fetal
- Embarazo gemelar
- Circular de cordón
- Prematurez
- Placenta previa
- Aumento de la presión arterial durante el embarazo
- Antecedentes de parto complicado

2.2. PLAN DEL PARTO

EL plan de parto es un documento en que una mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento.⁸

⁸http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/browse/49/ir_a/ciudadania/article//el-parto-vertical-es-una-alternativa-que-reduce-la-mortalidad-materna-e-infantil.html

Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, un buen momento se considera las semanas 28 y 32, preguntando durante este tiempo cualquier duda a la partera o personal médico.

En el momento del parto la madre podrá modificar cualquiera de las preferencias descritas, según el desarrollo y estado de los acontecimientos.

Un plan de parto debe contener al menos las siguientes consideraciones:

2.2.1. LLEGADA AL HOSPITAL

Desde la percepción de los pueblos indígenas, los hospitales, los subcentros de salud, son espacios para blanco/mestizos, esta es una razón que explica la no utilización de los servicios del hospital.⁹

Los pasos trascendentales que ha tenido el hospital San Luis de Otavalo es el cambio de señalética tanto en castellano como en Kichwa, esta es una forma de apropiación y obtener derechos sobre los servicios en el interior del hospital. Además se deber llenar una ficha si lo hay con las siguientes consideraciones:

Tabla 1: Ficha para llenar

Opciones	Respuesta
Durante mi parto deseo estar acompañada por :	
No deseo estar acompañada por:	
Otras observaciones:	

Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

⁹http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/browse/49/ir_a/ciudadania/article//el-parto-vertical-es-una-alternativa-que-reduce-la-mortalidad-materna-e-infantil.html

2.2.2. PERIODO DE DILATACIÓN

a. Personal Asistencial

La intervención se dará por parte del personal médico, auxiliares, partera y acompañantes.

b. Enema antes del parto

No se aconseja la administración de enemas antes o durante el parto, se informará a la mujer en caso de que ella lo requiera.

c. Rasurado antes del parto

No es necesario el rasurado del vello genital antes del parto, tampoco es necesario si hay que reparar una episiotomía o desgarro, aunque se puede rasurar o recortar una pequeña zona en ese momento, si eso facilita la sutura.¹⁰

d. Líquidos durante la dilatación

Se puede beber agua o zumo durante la dilatación.

e. Elección del lugar y posición durante el parto.

Hay diversas posturas que se pueden adoptar para el momento del parto: sentada, de pie, en cuclillas, y varios posibles lugares donde dar a luz, cama, taburete en silla para parto vertical.

En la actualidad no está demostrado cuál es la postura o el lugar más adecuado para facilitar el parto, la elección depende de cada mujer y respecto a sus necesidades o deseos de ese momento.

¹⁰NORMA TECNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL.
Pag. 18



Mujer adopta cualquier posición



Mujer adopta cualquier posición

“Sin embargo y pese al reconocimiento oficial del derecho de las mujeres a elegir la forma de parir, todavía persisten resistencias por parte de algunos profesionales que se sienten inseguros de atender en esta posición, debido principalmente a que fueron formados en la universidad para atender partos en posición horizontal. Algunos se resisten indicando que esto es un retroceso puesto que la medicina moderna no lo contempla, ni tampoco en las universidades lo enseñan”.¹¹

2.2.3. TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR

Es muy diverso el manejo del dolor durante el parto, así como las posibilidades de tratamiento, durante la estancia se tendrá presente aspectos como: la intimidad, un ambiente tranquilo, sin frío ni luces intensas, favorece la movilidad y tratando de que la mujer no tenga miedo y tensión.

2.2.4. USO DE MATERIAL DE APOYO DURANTE EL PARTO

Se podrán usar elementos como: cama, colchoneta, soportes de madera en la pared, soga de soporte, balde de aluminio, lavacara, olla, cafetera, basureros para clasificar basura, y otros necesarios para facilitar el parto durante y después.

¹¹NORMA TECNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL.
Pag. 20

2.2.5. USO DE BAÑERA DURANTE LA DILATACIÓN

Realizar inmersiones en agua caliente durante la dilatación reduce la percepción del dolor y disminuye el uso de medicamentos.

2.2.6. PARTICIPACIÓN DE LA PARTERA

En Otavalo existe la Asociación de parteras “PakarichiHuarmikuna”, sus integrantes han desarrollado cursos de capacitación permanente durante varios años, en un primer momento a través de Jambi Huasi, luego por el Hospital San Luis de Otavalo y posteriormente por el Gobierno Municipal de Otavalo.¹²

Los temas abordados durante el proceso de capacitación que impartió el Hospital San Luis de Otavalo fueron:

- Cuidado durante el parto
- Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA
- Riesgos obstétricos durante el embarazo y atención al recién nacido.
- Hemorragias en la segunda mitad del embarazo.
- Complicaciones en el embarazo
- Riesgo de un aborto
- Menopausia
- Manejo de desechos hospitalarios
- Participación en talleres para la construcción del código de ética
- Elaboración de pomadas y otros preparados medicinales
- Intercambio de experiencias de hombres y mujeres de sabiduría.

¹²NORMA TECNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL.
Pag. 24

- Acreditación y definición sobre el rol de las parteras, articulación del trabajo de las parteras en el proceso de atención del parto y su rol en la comunidad.

Esta nutrida capacitación ha dado lugar para garantizar y reforzar la asistencia de las parteras a sus “hermanas mujeres”, entre los roles que cumplen están las siguientes¹³:

- a. Acompañamiento durante el embarazo, a través de visitas domiciliarias y orientación sobre cuidados e identificación temprana de posibles riesgos.
- b. Acompañamiento al hospital, para chequeos durante el embarazo en caso necesario.
- c. Acompañamiento al hospital para el parto. En ese caso, están autorizadas por el hospital para entrar a la sala de labor, siguiendo las normas de asepsia.
- d. Apoyo con masajes a las parturientas durante el período de labor.
- e. Apoyo emocional a las parturientas, acompañándolas y brindando confianza. Una vez que ellas mismas han ganado confianza en el hospital y han establecido relaciones con algunos profesionales del hospital.
- f. Uso de infusiones de plantas medicinales de acuerdo a la necesidades y etapas del parto, y en consulta con el profesional de salud.
- g. Participación en la atención del parto culturalmente adecuado y el parto cuando las mujeres así lo requieran y siempre que el personal de salud este presente.

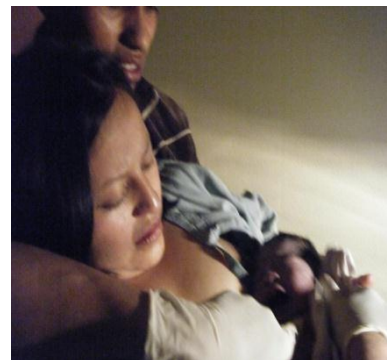
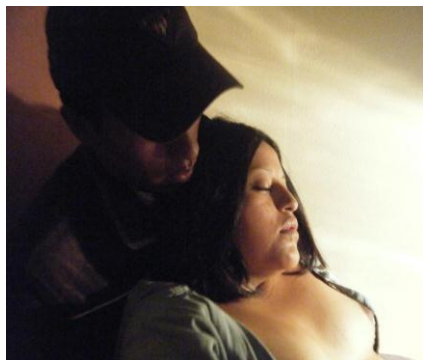
La participación de las parteras no únicamente es a nivel hospitalario en el servicio del parto culturalmente adecuado, sino también a nivel comunitario.

¹³Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 80

2.2.7. INGRESO DEL ESPOSO, FAMILIAR O PARTERAS

El ingreso del esposo tranquiliza a la familia, especialmente al padre porque puede presenciar el nacimiento de su hijo, este cambio es importante tomando en cuenta que ya no puede esperar fuera de la sala de partos o muchas veces fuera del hospital.

Cuando hay participación familiar durante el parto, pueden cortar el cordón umbilical del recién nacido/a, tomar la decisión con su mujer sobre la entrega de la placenta si así lo deciden como pareja, esto no es obligatorio siempre y cuando respetando las creencias y tradiciones de la familia.¹⁴



2.2.8. ROPA APROPIADA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO.

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

¹⁴Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 80

bata para la atención del parto. De esta manera el profesional puede examinar las veces que requiera hacerlo sin necesidad de descubrir la totalidad del cuerpo, respetando el sentir de la paciente.

2.2.9. ALIMENTACIÓN

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



A continuación una recomendación sobre la clase de alimentos que se puede proveer antes y después del parto.¹⁵

Tabla 2: Alimentación

Etapa del parto	Alimentación
Preparto	Caldo de pollo o cualquier sopa ligera
Posparto	Caldo de pollo de campo no muy viejo con yuca.
	Caldo de oveja de la parte de la nuca.
	Colada de maíz (para que asiente leche).
	Avena con naranjilla y dulce

Fuente: Hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

¹⁵Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 80

2.2.10. USO DE PLANTAS MEDICINALES

En la sala de parto culturalmente adecuado se cuenta con una cocina pequeña, cafetería, tazas para preparar infusiones de hierbas medicinales, estas plantas tienen que ser frescas y cálidas que han sido certificadas por parteras acreditadas y son ellas las encargadas de suministrar estas aguas durante la labor del parto.¹⁶

Tabla 3: Plantas medicinales para la sala de partos

CÁLIDAS	FRESCAS
Hoja de guaba	Linaza
Menta	Hojas de escancel
Hoja de eneldo	Llantén
Toronjil	Melloco
Manzanilla	Ataco
Tipo Blanco	Hierba de perro (Alkumikuna)
Hoja de eucalipto aromático	Hoja de higo
Orégano	Malva
Santa María	Diente de león
Perejil	Culantro de pozo
Ortiga	Granadilla
Hierba Luisa	Tocte huma (Toto huma)
Tipo negro	Aleluya Blanca
Allpa anís	

Fuente: Hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

“Desde la cosmovisión indígena, lo cálido representa a todo lo que es masculino, y lo fresco representa a todo lo que es femenino, de esta cosmovisión lo frío y lo caliente es de gran importancia ya que no son sólo

¹⁶Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 44

meras reacciones térmico metabólicas, se trata de una respuesta integral del individuo donde lo psíquico, lo socio cultural y la influencia del ambiente tiene que ver en el estado de salud de una persona, especialmente en aquellas calificadas como Males de Dios.

Un desbalance en el equilibrio frío/caliente hacia cualquiera de los dos extremos, lleva a la persona a enfermarse y en el peor de los casos hasta la muerte”

El hospital abrió la posibilidad de acompañamiento sea para un familiar o por la partera, rompiendo el paradigma de que solo el personal médico podía asistir en el momento del parto. Esta decisión fue trascendental porque los familiares y la partera son soportes y apoyo psicológico para las mujeres.¹⁷

En el Hospital San Luis de Otavalo se tiene definido el uso de plantas medicinales tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

Tabla 4: Consideraciones para el parto

En la labor del parto	En atención del parto	En el postparto
<u>Se atenderá con infusiones de:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Pepas de cilantro • Hoja de guaba • Toronjil • Ortiga 	<u>Puede usarse para aseo perineal las siguientes infusiones de:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hierba mora • Manzanilla • Matico • Malba Blanca 	<u>Para el aseo, infusiones de las siguientes plantas:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Manzanilla • Matico • Culantro de pozo • Hoja de higo • Pelo de choclo • Hierba de perro (AlkuMicuna).

Fuente: Hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

¹⁷Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 88

2.2.11. CASA MATERNA



La adopción del parto culturalmente adecuado en el hospital de Otavalo fue una de las mejores estrategias para lograr el acceso de las mujeres Kichwas de Otavalo y de la provincia. Uno de los

problemas detectados es que no todas las mujeres tenían beneficio por este servicio de maternidad sobre el parto culturalmente adecuado, especialmente por las mujeres que se encuentran en las comunidades alejadas, en vista de esto se vio la necesidad de implementar la Casa de Espera Materna, con el objetivo de evitar la alta incidencia de partos domiciliarios y de riesgos, así como casos frecuentes y estables de partos sépticos por no ingreso hospitalario de gestantes.

La casa se encuentra construida dentro del área del hospital, y se realizó con financiamiento del Ministerio de Salud Pública, cuya atención está dada por parte de las parteras obstétricas y enfermeras de la sala de partos, quienes trabajan de forma coordinada.¹⁸

2.3. PROCEDIMIENTOS

2.3.1. MONITORIZACIÓN FETAL

En el momento del parto se debe controlar el estado del bebé, la forma tradicional es escuchando los latidos del corazón a través de una

¹⁸Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 66

trompetillallamada campana de Pinard, o con aparatos electrónicos que actualmente permiten realizar este monitoreo de forma más precisa y continua.

2.3.2. TACTOS VAGINALES

Se deben procurar realizar el mínimo número de tactos vaginales con la finalidad de evaluar la evolución del parto por el personal que asiste a la parturienta, los tactos deben hacerse previo consentimiento de la persona que está en gestación.

2.3.3. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACELERAR EL PARTO.

De ninguna manera se administrarán medicamentos para acelerar el parto, en casos excepcionales y de ser necesario pero previo el consentimiento de la madre.

2.3.4. CANALIZACIÓN DE VIA VENOSA

La canalización de una vía venosa no es imprescindible en los cuidados de un parto normal, en el caso de realizar este procedimiento se puede mantener sin estar conectada a un sistema de goteo que permita una buena movilidad.

2.3.5. SONDAJE VESICAL

No es preciso colocar una sonda en la vejiga durante un parto normal, en caso de ser necesario, se le comunicará a la madre del motivo, se le explicará el procedimiento y consecuentemente se solicitará consentimiento.

2.3.6. ROTURA DE LA BOLSA

La bolsa que envuelve y protege al bebé se rompe espontáneamente y no es necesario hacerlo de forma artificial, antes ni durante el parto, a veces hay situaciones extremas en que se debe hacerlo, cuando sucede esto hay que informarle a la madre de los motivos y se solicitará consentimiento previo.¹⁹

2.4. PERIODO EXPULSIVO (SALIDA DEL BEBÉ)

2.4.2. PUJOS

Es el esfuerzo de empujar durante la salida del bebé, un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa, realizar en otros momentos y de forma continua no es necesario ni beneficioso, es muy importante que los profesionales y las parteras puedan orientar sobre el momento adecuado para empujar.

2.4.2. EPISIOTOMIA

Se trata de un corte que se practica en el periné. Actualmente no se considera adecuado realizarla de manera rutinaria, ya que se puede tener complicaciones y efectos negativos; únicamente se realizará en algunas situaciones en las que realmente sea necesario y facilite la salida del bebé.

2.4.3. NACIMIENTO

Es el momento más trascendental, único, íntimo, especial, en el que se debe procurar que el primer contacto del bebé sea con la madre a través de las primeras manifestaciones como la mirada, el olfato, el sonido y el reflejo de succión. Se debe evitar luces potentes o ruidos que molesten al bebé, el

¹⁹Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 78



ambiente tiene que ser cálido, evitando de alguna manera interferencias en ese primer contacto entre madre – bebé, motivando la creación del vínculo afectivo y biológico.²⁰

Puede compartir el padre conjuntamente con la madre, a permanecer en ese espacio de intimidad compartida, se evidenciará mínimos controles y vigilancia por parte del personal del hospital manteniendo el ambiente silencioso y tranquilo.

En el proceso del periodo del alumbramiento se debe tener presente varias consideraciones como:

Tabla 5: Proceso para el alumbramiento

SECUENCIA	DEPEDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION	MATERIALES E INSTRUMENTOS
Lavado de manos.	Sala de parto culturalmente adecuado.	Partera	Lava las manos de la madre para manejo y lactancia del recién nacido, con agua de plantas medicinales caliente.	<ul style="list-style-type: none"> • Lavacara • Agua medicinal caliente. • Toalla.
Alojamiento conjunto.	Sala de parto culturalmente adecuado.	Partera Enfermera	Lleva al recién nacido junto a su madre y ayuda a la	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia • Educación

²⁰Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 80

			lactancia materna.	
Limpieza de la paciente luego del alumbramiento.	Sala de parto culturalmente adecuado.	Partera	Realiza limpieza de la parte vulvoperineal con savlón o agua medicinales y gasa. Examina altura de fondo uterino y realiza masaje uterino y controla la salida de la placenta conjuntamente con el profesional. Brinda medidas de seguridad y abrigo.	<ul style="list-style-type: none"> • Videt • Cobija
Retiro y entierro de la placenta en su domicilio.	Sala de parto culturalmente adecuado.	Partera Enfermera	Se procede a entregar la placenta a los familiares si lo desean para que esta sea enterrada junto a la tulpá como símbolo de que al útero no entre frío así respetando su creencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta • Funda de color rojo.

Coloca a madre y recién nacido en alojamiento conjunto en área de recuperación.	Área de recuperación	Partera Equipo de Salud	Se traslada a la paciente a la camilla del área de recuperación con alojamiento inmediato del recién nacido.	• Unidad de recuperación sala de parto.
--	----------------------	----------------------------	--	---

Fuente: Protocolos del rol de las parteras en la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag 24

2.4.4. CONTACTO INMEDIATO PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO.

El primer contacto piel con piel será inmediatamente de nacido sin ninguna interrupción, es una práctica beneficiosa e imprescindible tanto para el recién nacido como para la madre; se debe colocar el bebé en contacto directo piel con piel con la madre al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que ella desee, en caso extremo que no se pueda hacer este procedimiento de ser posible se explicará a la madre el motivo.



Contacto piel con piel

2.4.5. ATENCION INICIAL DEL RECIEN NACIDO

Se deben posponer las actuaciones no urgentes como: peso, talla y otros cuidados o tratamientos, en el recién nacido, para dar paso el mantenimiento del contacto madre/hijo e hija en la mejor intimidad.

2.4.6. CORTE DEL CORDON UMBILICAL

El cordón umbilical se corta cuando ya ha dejado de latir, salvo que exista alguna circunstancia justificada que haga necesario seccionarlo antes. Si se va a donar sangre del cordón, se seguirá el protocolo establecido para ello, del que se podrá informar durante el embarazo.²¹

En el Hospital San Luis de Otavalo, se permite que un acompañante de la parturienta sea participe en esos momentos de intimidad y realización como madre, el marido puede cortar el cordón umbilical con orientación de los profesionales que están asistiendo a la madre.

2.4.7. ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA

Es recomendable ayudar a la salida de la placenta con masajes e inyección de medicamentos, sin embargo la mujer debe recibir orientaciones sobre las ventajas e inconvenientes. El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.

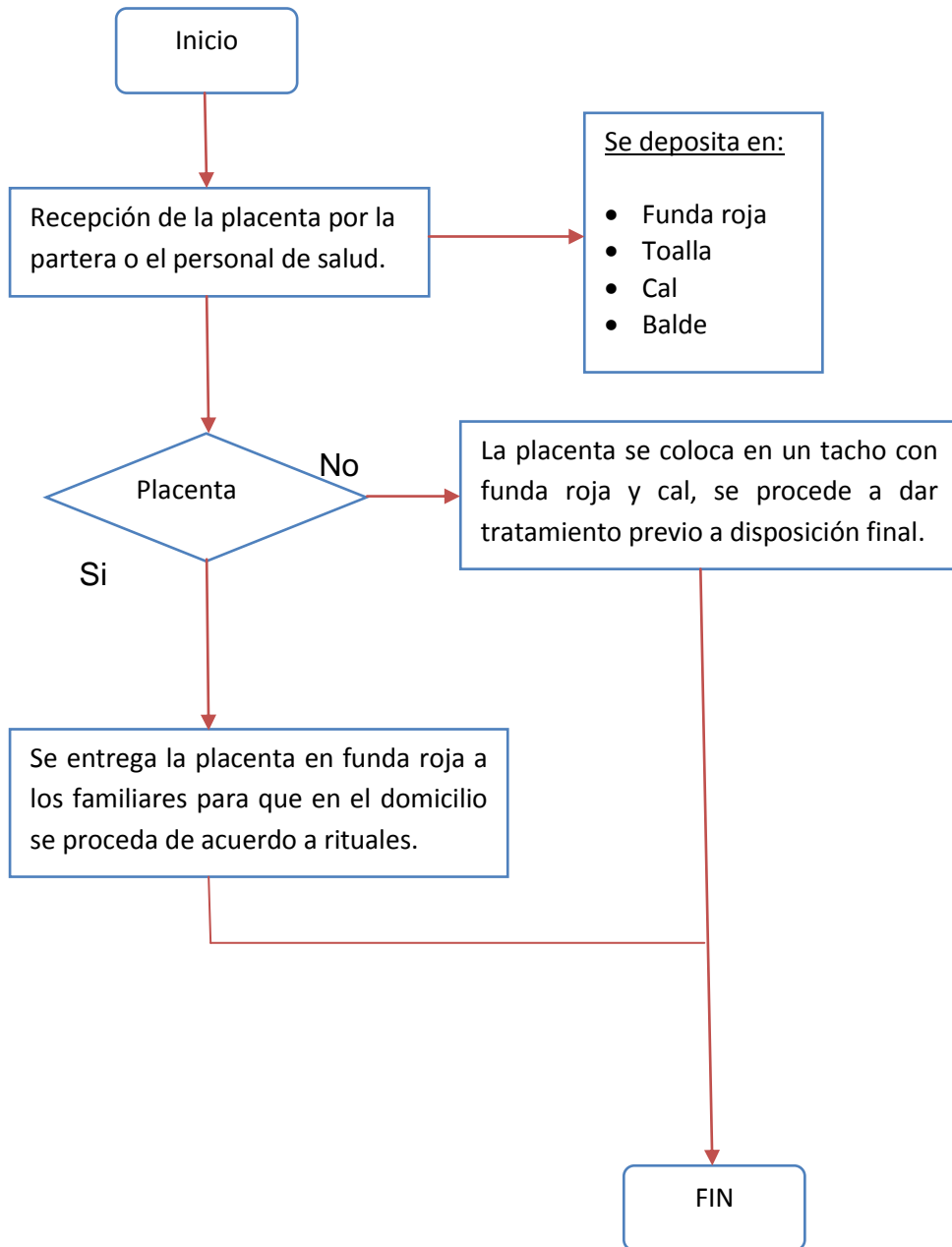


Algunos profesionales del Hospital San Luis de Otavalo están familiarizados con algunas prácticas tradicionales de la cultura indígena sobre la placenta, en los partos domiciliarios la placenta se entierra en un hueco profundo cerca de la casa, para evitar que los animales se la coman, hay la creencia de que no le pase el frío a la mamá y no se enferme el niño, en el momento que se entierra la placenta se realizan rezos y rituales.²²

²¹Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 85

²²Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 78

2.4.7.1. FLUJOGRAMA DEL TRATAMIENTO DE LA PLACENTA



2.5. CUIDADO Y ATENCION AL RECIEN NACIDO

2.5.1. SEPARACIÓN DE LA MADRE Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Hacer todo lo posible para que la hija o hijo recién nacido permanezcan junto a la madre, la separación sólo habrá de realizarse por motivos claramente justificados que deberán constar en la historia clínica, por el contrario se requerirá consentimiento previo de la madre.

2.5.2. HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

No se aconseja bañar al recién nacido en las primera horas de vida, se puede retrasar para el día siguiente o más, si las condiciones así lo permiten, aunque el hacerlo es decisión personal, en caso necesario se informará y solicitará consentimiento, el personal de la planta de maternidad apoyará a la madre a adquirir las habilidades necesarias y a resolver dudas respecto al cuidado del bebé.²³

De ser necesario se debe llenar la ficha marcando con una X las siguientes opcionesde preferencia:

Tabla6. Higiene del recién nacido

OPCION	Marcar X
Deseo realizar yo mismo los cuidados e higiene de mi bebé si es posible.	
Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo de mi	

²³Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 86

acompañante o pareja	
Si yo no puedo hacerlo, deseo que mi pareja u otra persona de mi elección realicen dichos cuidados.	

Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

2.6. PERIODO DE PUERPERIO

Comprende, control de la partera, arreglo de la unidad de alimentación de la parturienta por los familiares según costumbres de la región, informes y coordinación de egresos a la sala de posparto.

El siguiente cuadro esquematiza el proceso sobre el periodo de puerperio inmediato.

Tabla 7: Proceso sobre puerperio inmediato.

Secuencia	Dependencia	Responsable	Descripción	Materiales e Instrumentos
Observación del sangrado y aseo perineal.	Sala de partos culturalmente adecuada.	Partera Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> Realiza el masaje uterino, observa sangrado y hace el aseo perineal. Cambia de bata a la paciente en caso de que estuviera manchada. 	<ul style="list-style-type: none"> Savlón Gasa Toallas maternas. Bata.
Alimentación en el post-parto	Sala de partos culturalmente adecuada.	Partera	Ayuda a la paciente a que se alimente según su cosmovisión.	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos de acuerdo a su cosmovisión.
Egreso de la paciente desde la sala de	Sala de partos culturalmente adecuada.	Partera Enfermera Aux. de	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda a la paciente a pararse a la camilla dejándole 	<ul style="list-style-type: none"> Camilla Cobija

hospitalización de ginecología.		enfermería.	cómoda y segura con sus pertenencias. • Comunica a servicios varios para traslado de la paciente a ginecología.	
---------------------------------	--	-------------	--	--

Fuente: Parto cultural, Hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

2.6.1. ESTANCIA EN LA MATERNIDAD TRAS EL NACIMIENTO

El traslado se realizará conjuntamente con la madre y el bebé en contacto piel con piel, este traslado se debe hacer cubiertos con una sábana o manta y con el acompañamiento de una persona elegida, se debe procurar el mayor grado de intimidad, para esto se debe tomar en cuenta las posibilidades de cada centro.

2.6.2. DURACIÓN DE LA ESTANCIA

La estancia se sujetará a la situación de salud tanto de la madre como del recién nacido, procurando que sea la mínima posible, en los partos sin complicaciones graves, madre y bebé compartirán siempre la misma habitación, este compartimiento resulta beneficiosa y cómoda para la madre como para el recién nacido.²⁴



²⁴Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 85

2.6.3. LACTANCIA

La lactancia materna es la mejor opción para la alimentación del recién nacido y además ayuda a una buena evolución del puerperio, no debe haber horarios ni condicionamientos para realizar la toma de leche por parte del bebé, salvo casos extremos se debe realizar con indicación médica.



Lactancia inmediata del recién nacido

No se deben ofrecer sueros, infusiones, chupetes ni tetinas, a recién nacidos alimentados al pecho, tampoco suplementos de leche artificial, puesto que todo ello puede dificultar o impedir una lactancia materna exitosa. Se consultará a la madre antes de

dar cualquier otro tipo de alimentación al bebé en el caso de que fuese necesario.

Si hubiera circunstancias de tipo personal o de salud que dificulten o impidan la lactancia materna, el personal de maternidad informará sobre el particular, si se opta por la lactancia materna, siempre que sea posible se debe hacer inmediatamente o luego de una hora de haber nacido el bebé.²⁵

²⁵Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 85

2.7. VARIABLES

2.7.1. VARIABLES DEPENDIENTES

Equipo de profesionales en salud y parteras que laboran en el área de gineco – obstetricia del Hospital San Luis de Otavalo

2.7.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Para la analizar las variables independientes se consideran los siguientes aspectos:

- Lugar de Nacimiento
- Nivel de Educación
- Situación socioeconómica
- Hábitos de higiene personal
- Conocimiento sobre planificación familiar
- Conocimiento sobre el parto vertical

2.7.3. OPERATIVIDAD DE LAS VARIABLES

La siguiente matriz esquematiza cada una de las variables, la dimensión y el establecimiento de indicadores por cada una de ellas.

Tabla 8: Cruce de variables

Variables Independientes	Definición de la variable	Dimensión	Definición operacional	Indicadores
Lugar de nacimiento	Es el sitio donde una persona nace.	Identificación del lugar	No necesariamente el individuo tiene que permanecer en un solo sitio.	Nombre del lugar donde nació. Ubicación geográfica.
Nivel de educación	Logro alcanzado por una persona luego de una preparación intelectual.	Nivel educativo	Habilidades para receptar y compartir conocimientos entre los seres humanos, son manifestaciones que se pueden expresar a través de varias formas de expresión.	Analfabetismo. Primaria. Secundaria Superior. Otros.
Situación socioeconómica	Categorización que se le da a un individuo dependiendo de la forma que administra su tiempo y bienes.	Nivel económico	Estudia los métodos y formas más eficaces que permita satisfacer las necesidades humanas.	Alta Media Baja.

Hábitos de higiene	Actividades diarias que un individuo adopta como parte del convivir diario.	Limpieza personal	Son los hábitos cotidianos que realiza un individuo como parte de la calidad de vida.	Frecuencia de aseo personal.
Planificación familiar	Es la recepción de conocimientos para aplicarlos en el convivir familiar.	Métodos de planificación familiar.	Son los diferentes métodos que adopta un pareja para planificar el número de hijos que van a engendrar.	Utiliza algún método de planificación familiar. SI..... NO....
Parto Vertical	Es la forma que una mujer adopta en el momento de dar a luz.	Parto vertical	Experiencia extraída y practicada por las mujeres del sector andino.	N° de partos en forma horizontal. N° de partos en forma vertical.

Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1. LUGAR DE ESTUDIO

El lugar de estudio fue el Hospital San Luis de Otavalo, institución de salud pública que adoptó la experiencia del parto vertical como metodología practicada por las parteras en las comunidades indígenas del Cantón Otavalo.

3.2. CARACTERIZACIÓN

El fundamento de este análisis se centra en la práctica del parto culturalmente adecuado y practicado por las parteras en las comunidades indígenas del cantón Otavalo, además entender la aceptación como parte del equipo médico a las parteras como personal de apoyo en el momento de dar a luz.

Por otro lado conocer la asistencia de las mujeres indígenas a un centro médico donde son reconocidos sus derechos como mujer y poder dar a luz de acuerdo a las costumbres culturales y tradicionales.

3.3. MATERIALES Y EQUIPOS

Los materiales utilizados para realizar la investigación sobre el parto vertical practicado en el Hospital San Luis de Otavalo son: Visitas de campo al hospital, recolección de información mediante entrevistas, lectura de libros técnicos sobre parto, folletos especializados, papel bond, computador, esferos, cámara fotográfica, impresora, entre otros.

3.4. TIPO DE ESTUDIO

Para la investigación es necesario aplicar el método investigativo, descriptivo y analítico, basado en análisis de datos estadísticos en como los profesionales de salud atienden a esta modalidad de parto.

Esta investigación y sistematización de información se sustenta en recabar la experiencia adoptada por el Hospital San Luis de Otavalo como institución pionera en la provincia de Imbabura, mediante entrevistas a profesionales médicos, enfermeras, parteras que laboran en el servicio de Gineco – obstetricia del hospital.

3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de la investigación se toma como centro de interés el Hospital San Luis de Otavalo donde se adoptó al parto culturalmente adecuado como práctica cotidiana entre madres indígenas y mestizas.

El presente estudio está orientado a determinar mediante un análisis cuantitativo y cualitativo la utilización de las instalaciones del Hospital San Luis de Otavalo por las mujeres indígenas y mestizas del Cantón Otavalo para dar a luz mediante el sistema del parto vertical.

En el mencionado hospital se realizaron las adecuaciones necesarias para compartir la forma tradicional de dar a luz como la posición horizontal y el parto vertical en el mundo andino.

3.6. MÉTODOS

El método utilizado es el inductivo – deductivo, en vista que permite conocer de primera mano el servicio del hospital en cuanto a la adopción del parto

culturalmente adecuado por el equipo médico y enfermeras del mismo hospital.

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

El centro de atención es el Hospital San Luis de Otavalo preferentemente al equipo médico que conforma 26 profesiones y 13 parteras dando un total de 39 personas que es el 100% de la población.

Conformado por:

- Trece parteras certificadas que trabajan en horario rotativo durante las 24 horas.
- Cinco Médicos tratantes
- Cinco médicos residentes de gineco – obstetricia
- Cinco médicos residentes de pediatría para la recepción del recién nacido.
- Dos obstetricas
- Cinco enfermeras para la sala de partos
- Dos auxiliares de enfermería.
- Dos internas rotativas de enfermería.

3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.8.1. ENTREVISTA

Como metodología de investigación se aplicará la entrevista para extraer información de primera mano del hospital de Otavalo, médicos/as, enfermeras, parteras y/o al todo el equipo médico involucrado para desarrollar el parto culturalmente adecuado.

Mediante observación directa permitirá conocer la inserción de las parteras al equipo médico en estas prácticas. Además se sustentará en consultas bibliográficas y la aplicación de un cuestionario como forma de obtención de datos.

3.9. VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Se hizo una prueba preliminar sobre las preguntas que fueron dirigidas al equipo médico, enfermeras y parteras de un Hospital con iguales características al que es objeto de estudio, con la finalidad de validar las mismas y obtener la información porcentualmente aceptable y confiable.

3.9.1. VALOR PRACTICO DEL ESTUDIO

Con este estudio se logra demostrar la aceptación del parto culturalmente adecuado por parte del equipo médico Gineco-obstetrico, notándose resistencia por parte de los especialistas, debido a que esta metodología de parto está impuesta por el Sistema Nacional de Salud vigente en el Hospital como práctica común, además las normas de asepsia no se cumplen correctamente, en tanto que es aceptada por el personal subalterno que atiende en esta casa de salud.

3.9.2. VENTAJAS

Las ventajas del parto vertical han sido reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que recomiendan esta modalidad de alumbramiento al subrayar su aporte a una mejor calidad de vida de las madres gestantes.

En el siglo XVII la mortalidad materna era elevada y las mujeres tenían poca expectativa de vida y esta alcanzaba a los 35 años, en la cual sobrevivía a 5 partos como promedio.

El siglo XX trajo cambios fundamentales en la práctica médica, que modificaron rotundamente estas cifras de forma que la mortalidad materna disminuyó significativamente.

- Mejora la irrigación sanguínea.
- Aporta mayor cantidad de oxígeno al niño
- Aumenta el canal del parto (vagina), facilitando la expulsión del niño
- Aumenta las contracciones uterinas sin necesidad de medicamentos.
- Proporciona a la madre comodidad y confianza

3.9.3. DESVENTAJAS

- Puede producirse un aumento del sangrado
- Hay un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado
- El periné de las mujeres primíparas puede sufrir más lesiones en esta posición.²⁶

3.9.4. RESULTADOS DESEADOS

De los datos obtenidos en cuanto al número de partos mediante la modalidad de parto culturalmente adecuado (parto vertical) se aprecia mayor concurrencia de mujeres indígenas en estado de gestación al hospital San Luis de Otavalo para ser asistidas.

Por la existencia de más ventajas sobre desventajas se aprecia que las madres indígenas acuden mayormente a dar a luz porque el hospital fue adecuado con instalaciones para que se pueda realizar el parto como si lo hicieran en sus propias casas, además la presencia de las parteras les da más confianza porque son mujeres indígenas reconocidas en la comunidad y que ayudan a asistir al equipo médico; el idioma es una forma de relacionamiento más directo entre madres y partera.

²⁶Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 75

3.10. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Datos estadísticos de consultas de las unidades operativas de primer nivel de atención del Área Nro. 4 del Ministerio de Salud Pública durante el periodo de los años 2011 – 2012.

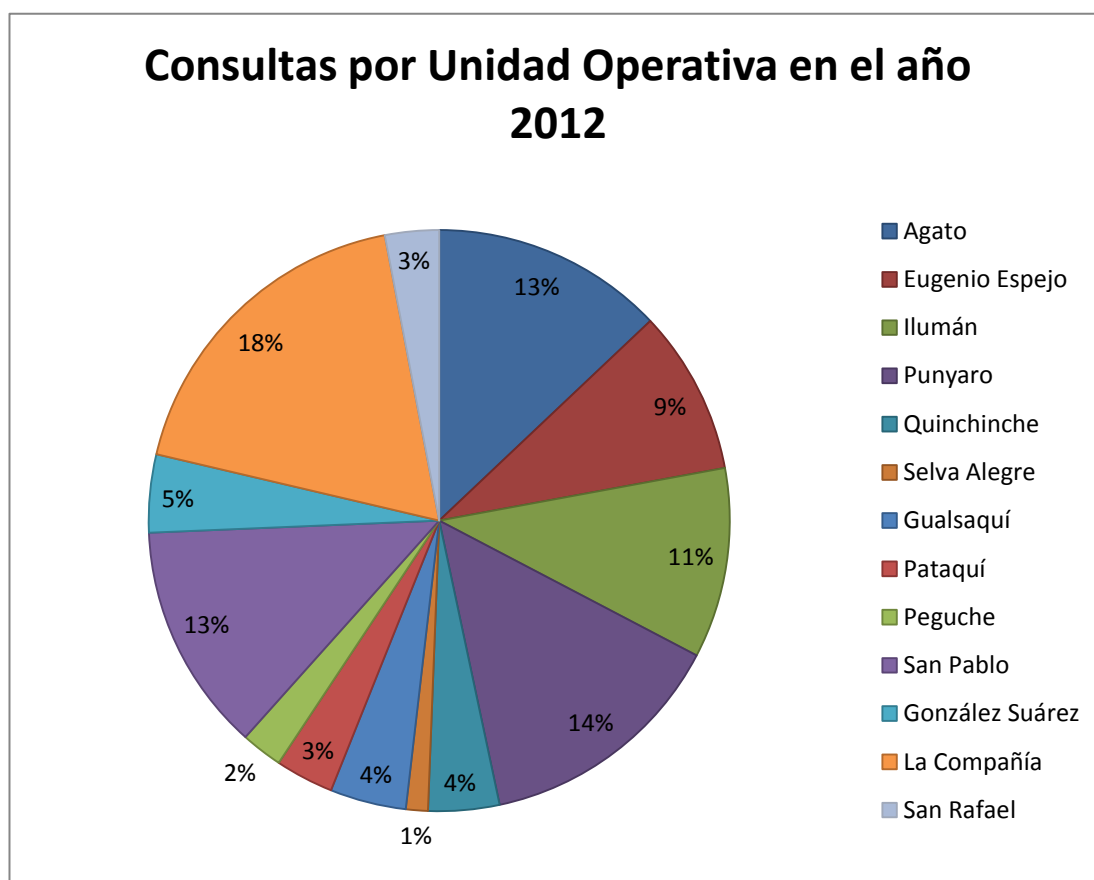
Gráfico N° 1: CONSULTAS POR UNIDAD OPERATIVA EN EL AÑO 2011



Fuente: Aseguramiento de la calidad del área de salud N° 4 MSP.
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Esta información es registrada en las unidades de atención de las diferentes parroquias, durante el año 2011, y según los casos que se presenten y ameriten atención especializada se da el pase al Hospital San Luis de Otavalo para el análisis y posterior tratamiento.

Gráfico N° 2: CONSULTAS POR UNIDAD OPERATIVA EN EL AÑO 2012



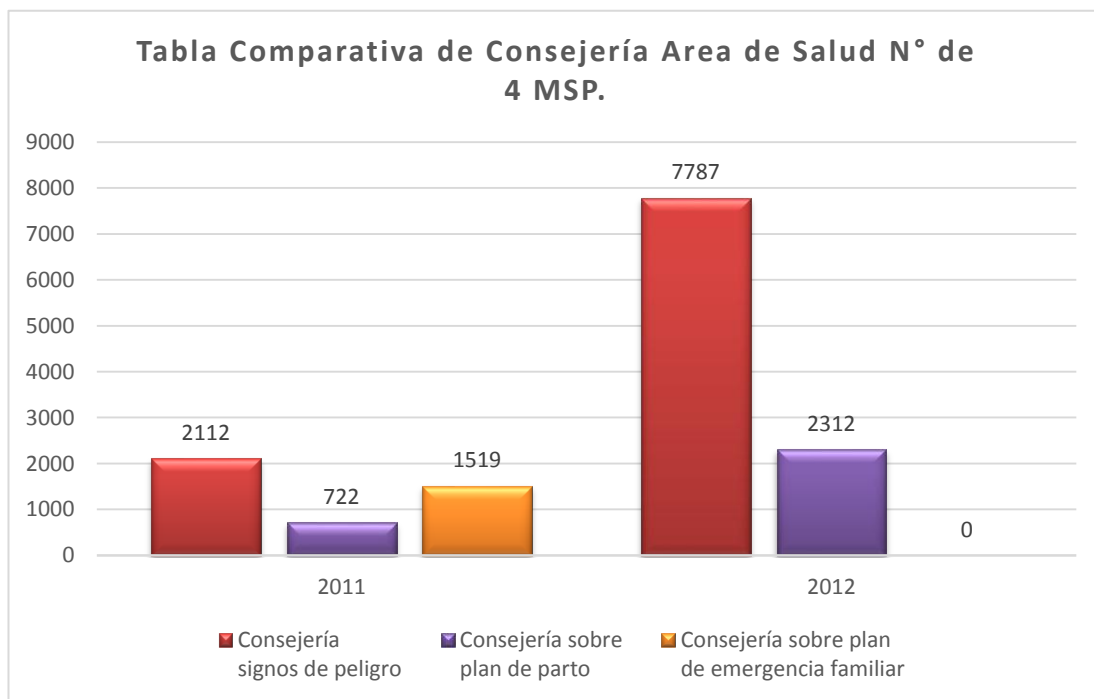
Fuente: Aseguramiento de la calidad del área de salud N° 4 MSP.
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Tabla 1: Comparativo de Consejería Área N° 4 MSP.

Años	Consejería signos de peligro	Consejería sobre plan de parto	Consejería sobre plan de emergencia familiar
2011	2112	722	1519
2012	7787	2312	
TOTAL	9899	3034	1519

Fuente: Aseguramiento de la calidad del área de salud N° 4 MSP.
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Gráfico N° 3: Tabla comparativa de consejería Área de Salud N° 4 MSP.



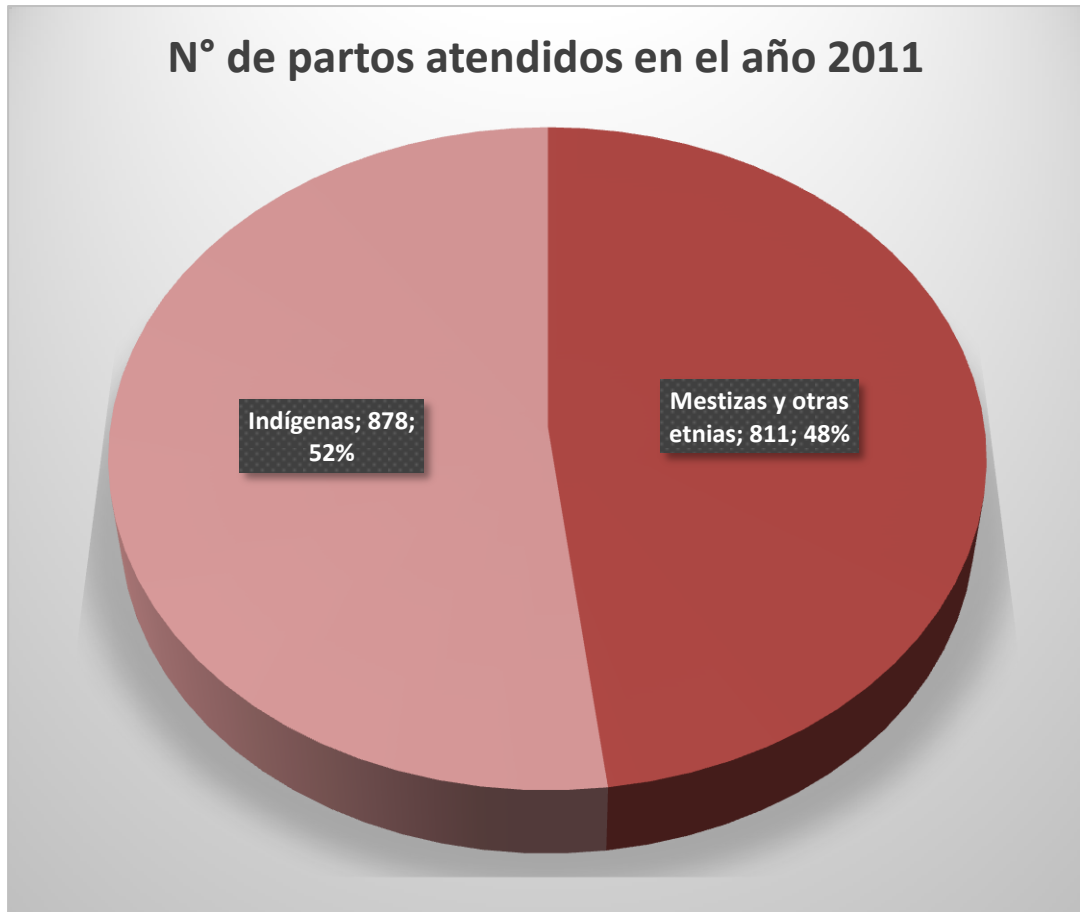
Fuente: hospital San Luis de Otavalo
 Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Tabla 2: Número de partos atendidos en el periodo 2011 - 2012

Parto	Año	
	2011	2012
Mestizas y otras etnias	811	785
Indígenas	878	850
TOTAL...	1689	1635

Fuente: hospital San Luis de Otavalo
 Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Gráfico N° 4: Número de partos atendidos en el periodo 2011

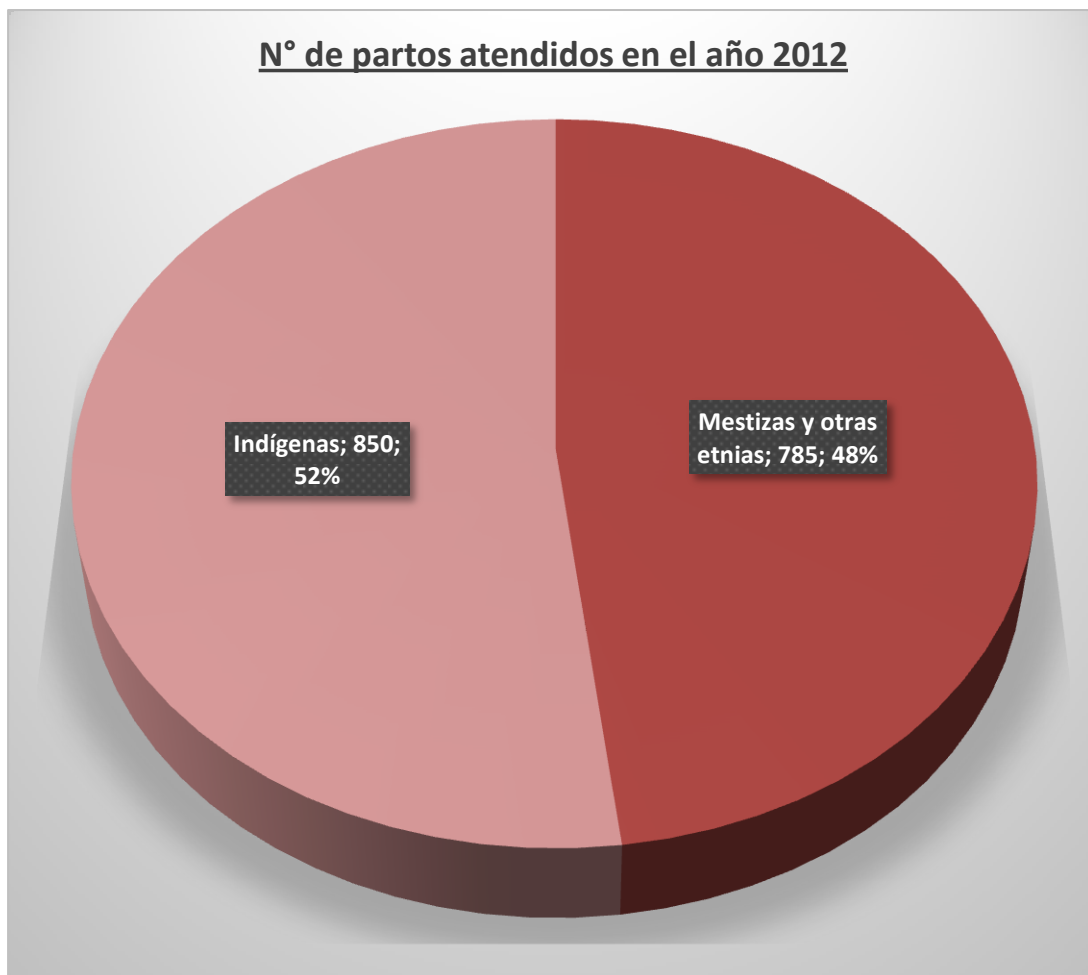


Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

Esta información es fría en los números, sin embargo se puede apreciar que las madres indígenas en estado de gestación son las que más acuden por atención en el Hospital San Luis de Otavalo, con respecto al número de mujeres gestantes mestizas y otras etnias.

Gráfico N° 5: Número de partos atendidos en el periodo 2012

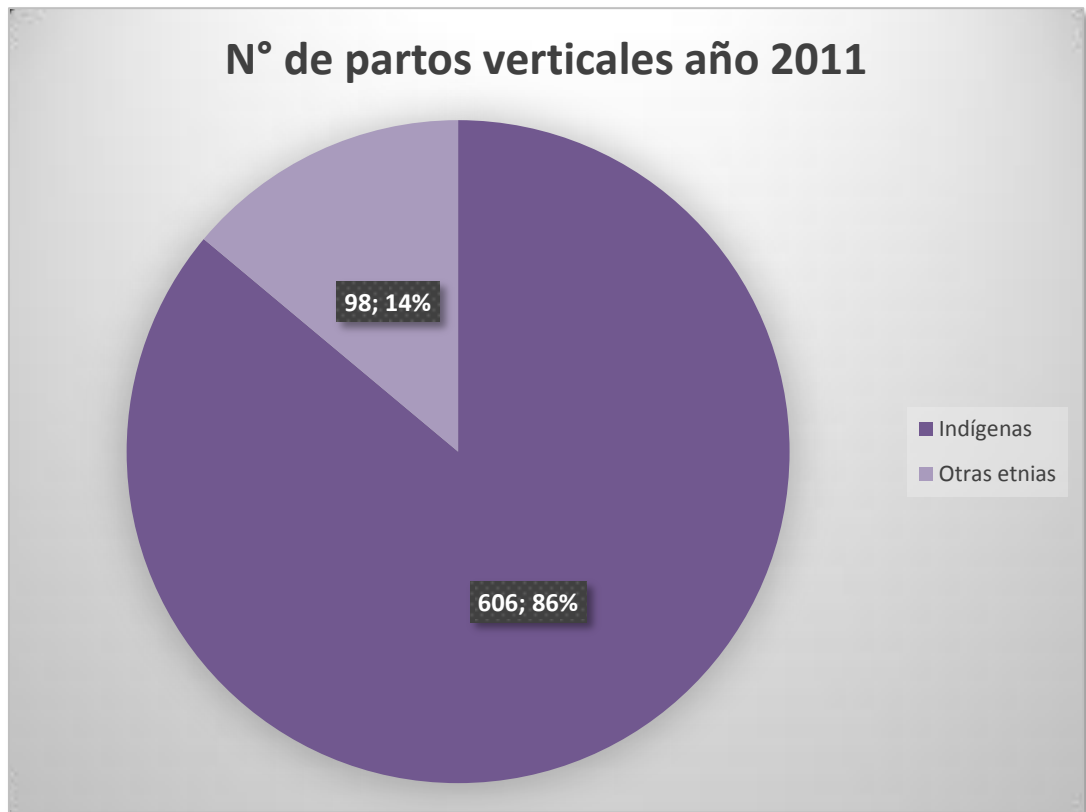


Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

Durante el año 2012 se aprecia menor porcentaje de concurrencia de las mujeres indígenas respecto al año 2011 y respecto al número de mujeres mestizas y otras etnias, todavía sigue siendo mayor, esto es un indicador de que el Hospital cambió su política de atención, se evidencia más equidad.

Gráfico N° 6: Partos verticales año 2011

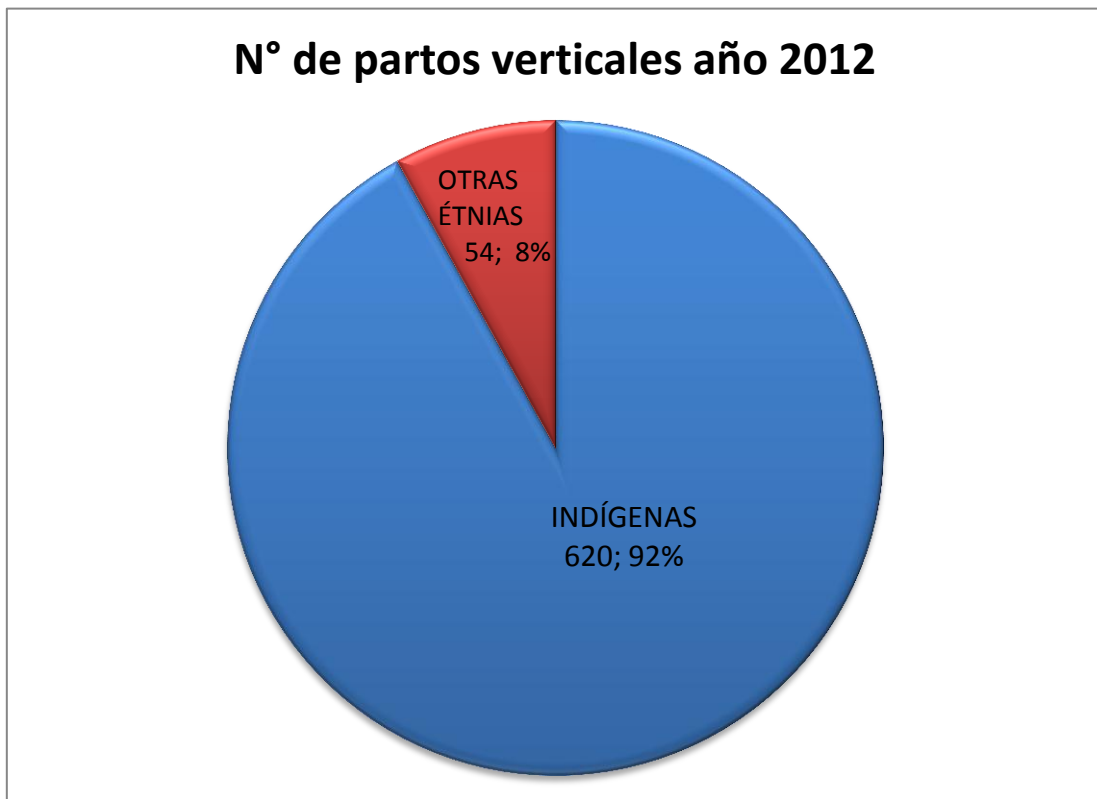


Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

El 86% de las madres en estado de gestación que asisten al Hospital San Luis de Otavalo para dar a Luz mediante el parto culturalmente adecuado corresponde a mujeres indígenas, de esta manera como se justifica las adecuaciones realizadas en la unidad hospitalaria. Sin embargo el 14% de mujeres mestizas y otras etnias aceptan y dan a luz a sus hijos mediante el parto vertical.

GRAFICO N° 7: Partos verticales año 2012



Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

En el año 2012 se nota un crecimiento de mujeres indígenas que asisten al hospital San Luis de Otavalo para dar a luz mediante el parto culturalmente adecuado, corresponde al 92% respecto al 8% de mujeres mestizas y otras etnias que también dan a luz bajo este sistema.

GRAFICO N° 8: Partos horizontales año 2011

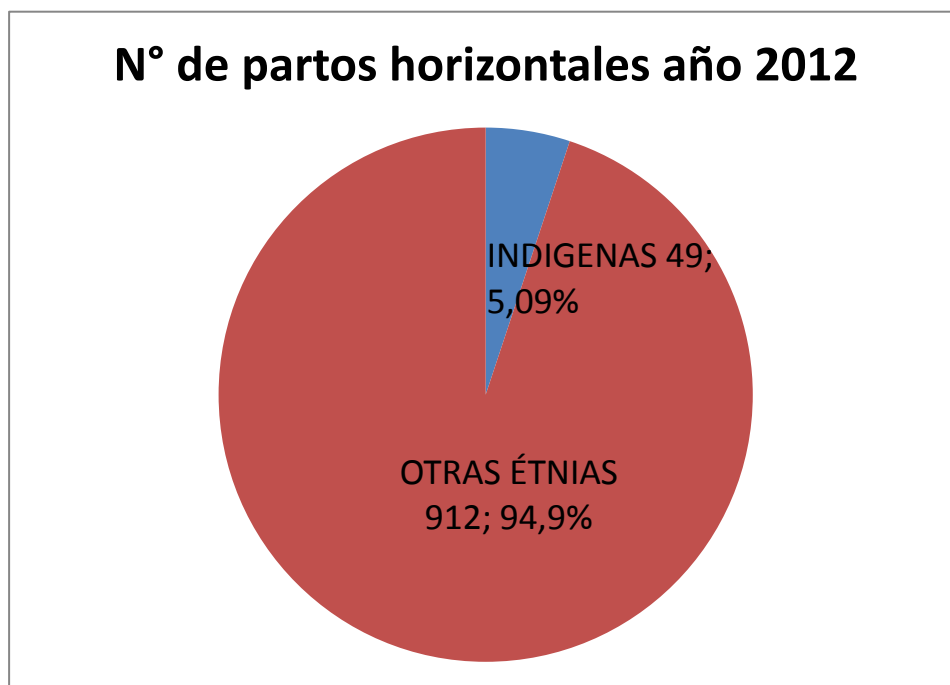


Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

En este caso se puede apreciar que todavía prevalece la mayoría de mujeres mestizas y otras etnias en estado de gestación que dan a luz de forma horizontal, esto representa el 80%, frente al 20% de mujeres indígenas que por lo general son las que se encuentran en la ciudad principal.

GRAFICO N° 9: Partos horizontales año 2012



Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

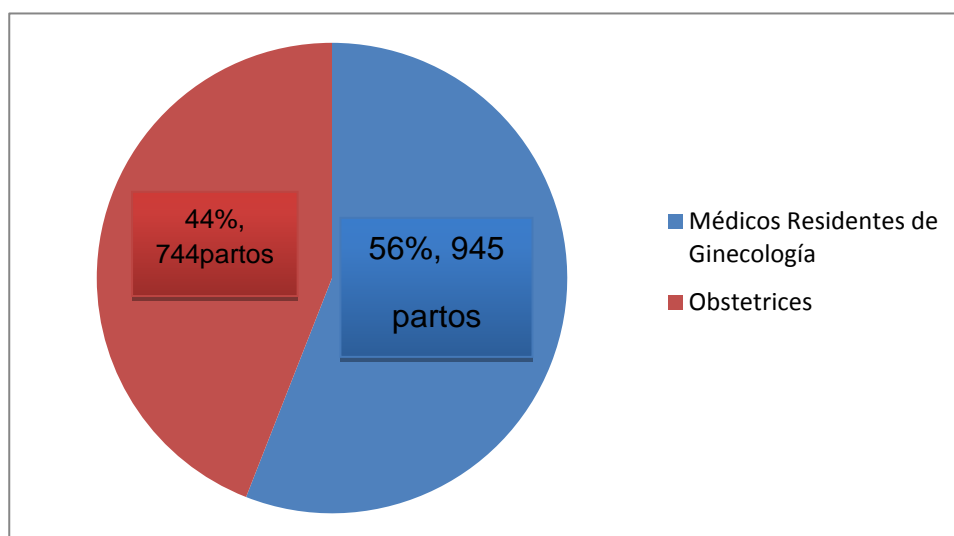
En el año 2012 la asistencia de partos horizontales por parte de mujeres mestizas y otras etnias representa el 95%, es decir representan un indicador en que este segmento de mujeres prefiere el parto al que comúnmente están adaptadas, sin embargo el 5% de mujeres indígenas dan a luz bajo esta modalidad.

Tabla 3: Número de partos atendidos por profesionales de salud en los años 2011 - 2012

Número De Partos Atendidos	Año	
	2011	2012
Médicos residentes de Ginecología	945	850
Obstetrices	744	785
TOTAL...	1689	1635

Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Gráfico 10: Número de partos atendidos por profesionales de salud en el año 2011

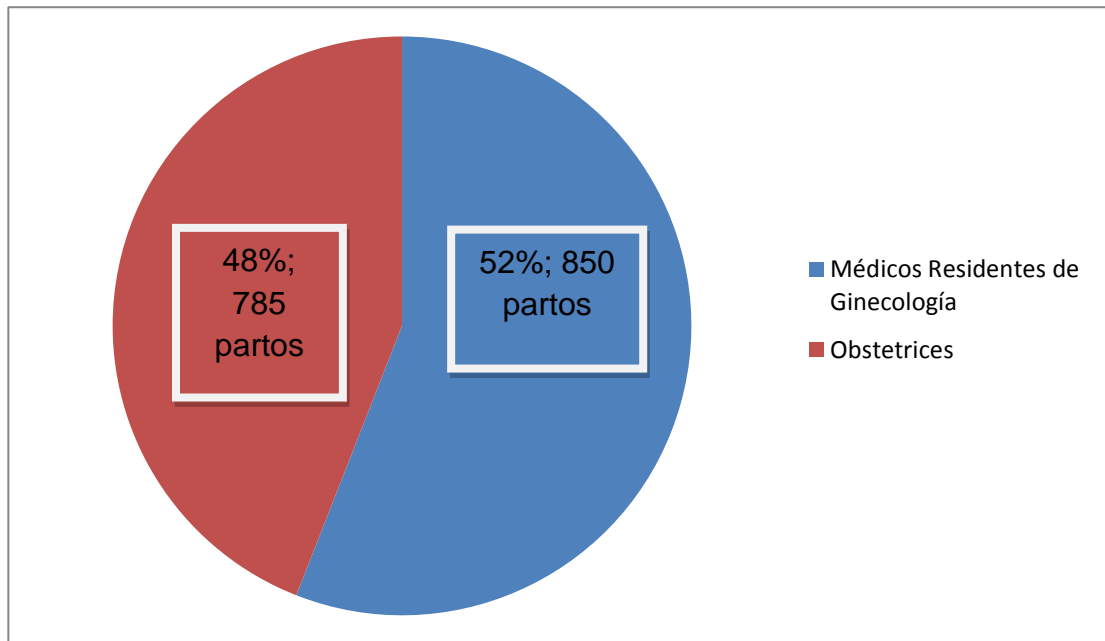


Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

En el año 2011 la asistencia de partos verticales y horizontales por parte de los profesionales de salud (médicos residentes de gineco – obstetricia y obstetrices) representa el 44%; 744 partos, para las obstetrices y el 56%; 945 partos para los médicos residentes evidenciándose un mayor número de atenciones por parte de los médicos residentes ya que ellos laboran 28 horas y las/os obstetrices 8 horas.

Gráfico 11: Número de partos atendidos por profesionales de salud en el año 2012



Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

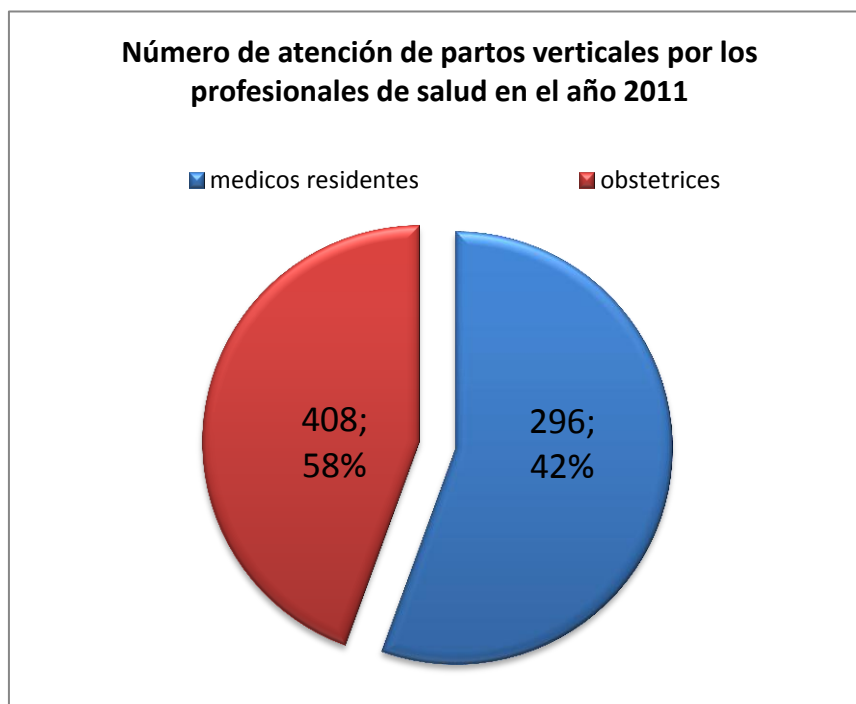
En el año 2012 se evidencia un menor número de partos verticales y horizontales asistidos por parte de los profesionales de salud (médicos residentes de gineco – obstetricia y obstetras) en comparación del año 2011, representando el 48%; 785 partos, para las obstetras y el 52%; 850 partos para los médicos residentes evidenciándose un mayor número de atenciones por parte de los médicos residentes ya que ellos laboran 28 horas y las/os obstetras 8 horas.

Tabla 4: Número de atenciones de partos horizontales y verticales por profesionales de salud en el año 2012

TIPO DE PARTO	AÑO					
	2011			2012		
	MÉDICOS RESIDENTES DE G/O	OBSTETRICES	TOTAL DE PARTOS	MÉDICOS RESIDENTES DE G/O	OBSTETRICES	TOTAL DE PARTOS
VERTICAL	296	408	704	310	364	674
HORIZONTAL	610	375	985	557	404	961

Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Gráfico 12: Número de atención de partos verticales por los profesionales de salud en el año 2011



Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

En el año 2011 la asistencia de partos verticales por parte de los profesionales de salud (médicos residentes de gineco – obstetricia y obstetrices) representa el 58%; 408 partos, para las obstetrices y el 42%; 296 partos para los médicos residentes evidenciándose un mayor número de atenciones por parte de las/os obstetrices ya que ellos adoptan de mejor manera la atención de este tipo de parto.

Gráfico 13: Número de atención de partos verticales por los profesionales de salud en el año 2012

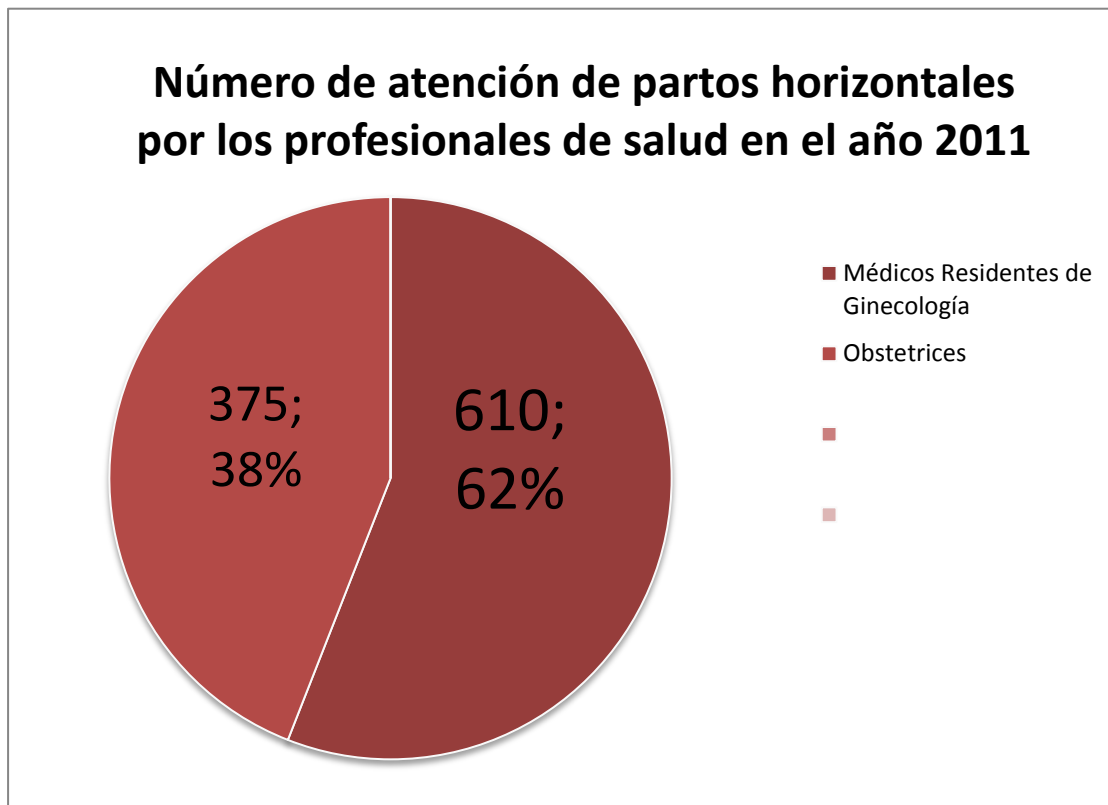


Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

En el año 2012 la asistencia de partos verticales por parte de los profesionales de salud (médicos residentes de gineco – obstetricia y obstetrices) representa el 54%; 364 partos, para las obstetrices y el 46%; 310 partos evidenciándose un incremento de atención para los médicos residentes en comparación del año 2011 ya que se está logrando que se adopte este tipo de atención de manera equitativa tanto por médicos y obstetrices.

Gráfico 14: Número de atención de partos horizontales por los profesionales de Salud en el año 2011

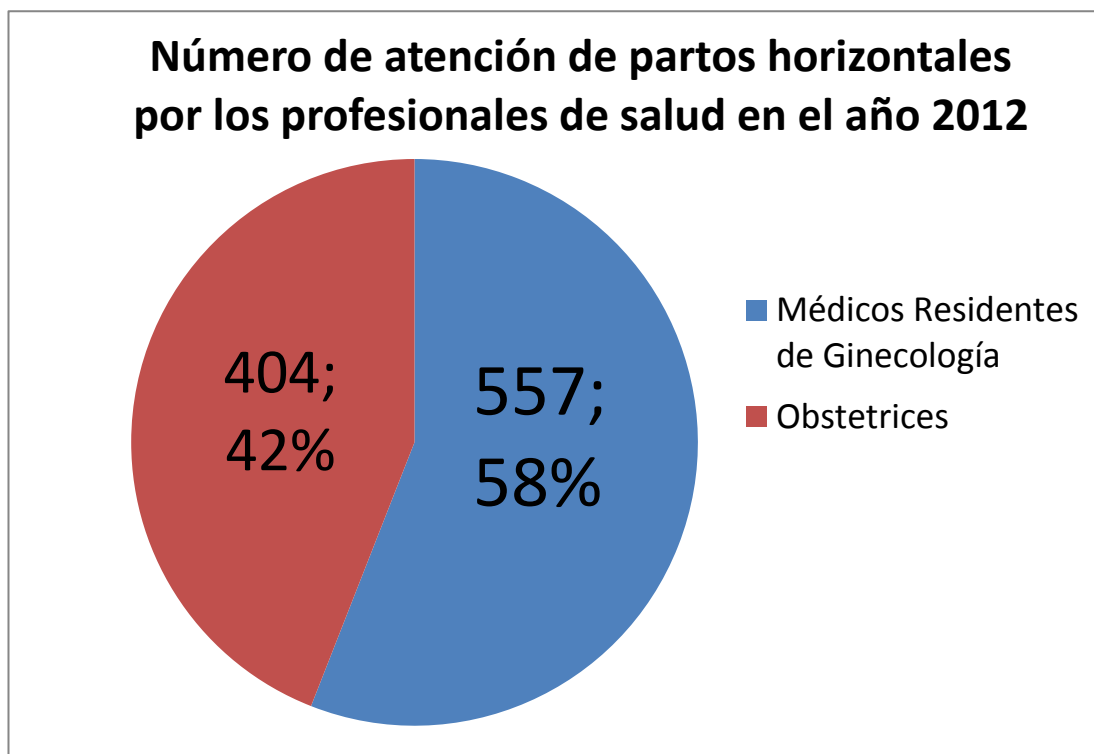


Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

En el año 2011 la asistencia de partos horizontales por parte de los profesionales de salud (médicos residentes de gineco – obstetricia y obstetrices) representa el 38%; 375 partos, para las obstetrices y el 62%; 610 partos para los médicos residentes evidenciándose un mayor número de atenciones por parte de los médicos residentes ya que ellos laboran 28 horas y las/os obstetrices 8 horas.

Gráfico 15: Número de atención de partos horizontales por los profesionales de Salud en el año 2012



Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

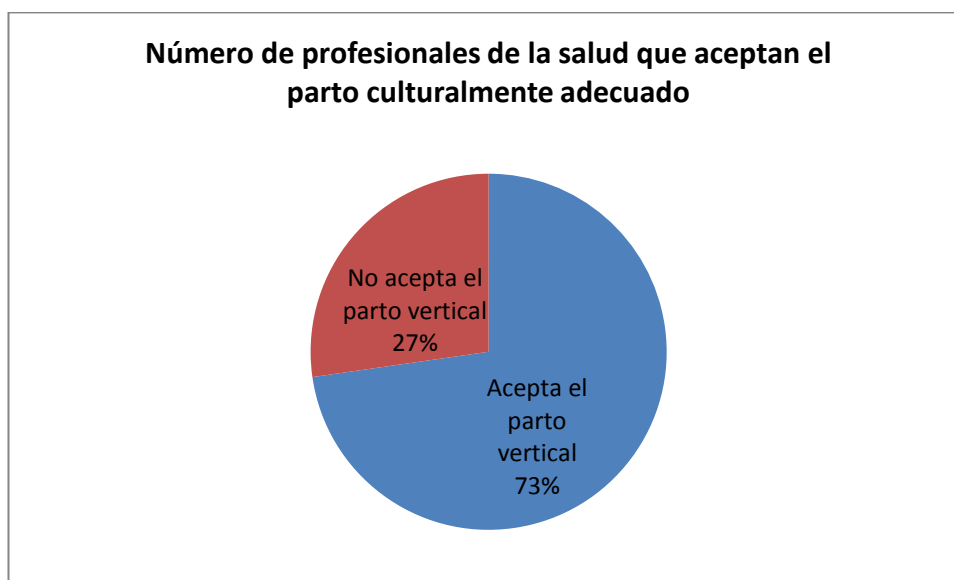
Análisis:

En el año 2012 la asistencia de partos horizontales por parte de los profesionales de salud (médicos residentes de gineco – obstetricia y obstetrices) representa el 42%; 404 partos, para las obstetrices y el 58%; 557 partos para los médicos residentes evidenciándose un menor número de atenciones de partos en comparación del 2011 debido a que en este año se implanto la atención por distritos de salud y de esta manera solo pueden ser atendidos pacientes del cantón Otavalo.

Tabla 5. Número de profesionales médicos de ginecología y Pediatría, obstetrices que aceptan el parto culturalmente adecuado

Profesional	Acepta el parto vertical	No acepta el parto vertical
Médicos tratantes G/O	1	4
Médicos residentes G/O	4	1
Médicos residentes Pediatría	4	1
Obstetrices	2	0
Enfermeras	5	0
TOTAL	16	6

Grafico 16: Número de profesionales de la salud que aceptan el parto culturalmente adecuado



Fuente: hospital San Luis de Otavalo
Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

Análisis:

El análisis del cuestionario aplicado a los profesionales de la salud exactamente en la pregunta 7 nos da como resultado que el 73% (16) de profesionales está de acuerdo con esta modalidad de parto y con un

porcentaje menor 27% (6) que no están de acuerdo con este tipo de parto con el justificativo que eso es un retroceso y que en la medicina moderna no esto no consta.

3.11. RESULTADOS

De los datos obtenidos de las estadísticas del Hospital San Luis de Otavalo, se desprende el comportamiento del número de partos realizados durante los años 2011 y 2012, diferenciados por partos verticales y horizontales, y el número de mujeres tanto mestizas como indígenas en estado de gestación que dieron a luz bajo estas dos modalidades.

Tabla 12: Número de partos años 2011 - 2012

Parto	Año			
	2011		2012	
	Indígenas	Otras etnias	Indígenas	Otras etnias
Vertical	606	98	620	54
Horizontal	197	788	49	912
TOTAL...	803	886	669	966

Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

3.12. CONCLUSIONES

El Área de Salud Nro 4 del Ministerio de Salud Pública MSP, juega un papel preponderante en cuanto a atención primaria de salud se refiere, en vista de que los Centros y Subcentros de salud realizan la primera atención por mandato constitucional, y estos a su vez son direccionados a los hospitales más cercanos si los casos de enfermedad son graves.

Las mujeres tanto indígenas como mestizas y que se encuentran en estado de gestación las primeras atenciones y seguimiento al parto se realizan en las unidades operativas del MSP, cuando se ha cumplido el número de semanas de gestación las pacientes madres son trasladadas al Hospital

San Luis de Otavalo para que den a luz bajo la modalidad que en ese momento elijan.

De las estadísticas que reposan en el Hospital San Luis de Otavalo, durante los años 2011 y 2012, periodo que se propone en esta investigación, las mujeres indígenas que optaron por el parto culturalmente adecuado corresponde al 86% durante el año 2011 y en el año 2012 representa el 92%, este comportamiento se puede entender debido a que el hospital adoptó y adecuó las instalaciones para que las mujeres indígenas tengan el espacio que por lucha el Estado Ecuatoriano reconoció la medicina ancestral como parte complementaria de la medicina occidental.

El contraste de la información es que las mujeres mestizas elijen la forma de dar a luz mediante el parto horizontal, el 80% de las mujeres mestizas que dieron a luz durante el año 2011 lo hicieron bajo la modalidad de parto horizontal, y en el año 2012 representa el 95%, sin embargo se puede evidenciar un número (152 casos) significativo de mujeres mestizas que prefieren el alumbramiento mediante el parto culturalmente adecuado.

CAPITULO IV

4. MARCO ADMINISTRATIVO

4.1. RECURSOS

Para la atención de parto culturalmente adecuado en el Hospital de San Luis de Otavalo se hicieron algunas adecuaciones, para realizar esta forma de dar a luz se requieren los siguientes recursos:

- Infraestructura
- Talento Humano
- Insumos y equipamiento
- Paquete de parto con adecuación intercultural.

4.1.1. RECURSOS HUMANOS

- Investigadoras: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango
- Directora de tesis: Lic. Miriam Santillán
- Equipo de profesionales en salud y parteras que laboran en el área de gineco – obstetricia del Hospital San Luis de Otavalo

El personal del centro obstétrico está conformado por el siguiente talento humano:

- Trece parteras certificadas que trabajan en horario rotativo durante las 24 horas.
- Cinco médicos tratantes
- Cinco médicos residentes de gineco - obstetricia

- Cinco médicos residentes de pediatría para la recepción del recién nacido.
- Dos obstetrices
- Cinco enfermeras para la sala de partos
- Dos auxiliares de enfermería.
- Dos internas rotativas de enfermería.

Por lo tanto el talento humano requerido para la atención del parto culturalmente adecuado es:

- Un médico residente u obstetrix
- Un médico residente de pediatría
- Una enfermera y/o auxiliar de enfermería
- Una partera certificada

4.1.2. RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital Básico de Segundo Nivel San Luis de Otavalo

Área de Ginecología y adecuada para el parto culturalmente adecuado

Facultad de Ciencias de la Salud

Biblioteca UTN.

4.1.3. INFRAESTRUCTURA

El hospital para la adopción del parto culturalmente adecuado tiene realizado las respectivas adecuaciones tales como: infraestructura adecuada con ambiente hogareño, acabados combinados con

madera y cerámica, chimenea artificial, calefacción, área para atención del parto colchoneta, banco de madera, tubos empotrados en la pared, cama



para control de embarazo, encaderamiento, lavado, área para preparación de infusiones medicinales, área para recepción del recién nacido.

En el caso de que exista la presencia de pasantes, se permitirá la presencia siempre y cuando haya consentimiento de la parturienta con la finalidad de que prevalezca la privacidad, el respeto y el bienestar de la parturienta.

De darse el caso de que haya personas para capacitarse y que pertenezcan al Ministerio de Salud Pública, se programarán estas visitas siempre y cuando sean de dos personas.

4.1.4. INSUMOS Y EQUIPAMIENTO

El Hospital San Luis de Otavalo para la atención del parto culturalmente adecuado tiene una sala exclusiva para esto y cuenta con los siguientes insumos y equipos:

Tabla 9: Equipamiento

Dos sillas
Un taburete de madera
Una estantería con almacenamiento de plantas medicinales
Una cocina eléctrica para preparar aguas medicinales.
Una vitrina con insumos médicos y medicación de emergencia
Una chimenea adaptada con un calefactor para abrigar el ambiente
Una colchoneta de corrosil
Tubos de acero empotrados en la pared, protegidos con fajas de colores
Un sistema de sujeción, soga y sábana contorneada, sujeta al techo para la paciente que desee optar por la posición vertical de pie.
Dos baldes para recoger la placenta
Diez paquetes de lencería (ropa adecuada abrigada para la parturienta)
Diez batas color azul marín confeccionada para el acompañante

Cinco paquetes para atención de parto
Un lavabo, jabón
Tres equipos de instrumental completo para la atención del parto
Un baño adecuado para tratamiento de placenta en caso que el familiar no la solicite.
Un tensiómetro
Un estetoscopio
Una lámpara cuello de ganso
Dos soportes para suero
Dos recipientes para corto punzantes
Dos tachos de basura con funda negra y roja rotulados para desechos infecciosos y comunes.
Una vajilla básica para atender con agua medicinales
Dos ollas medianas para preparar aguas medicinales y aseo de la parturienta.
Panela, plantas medicinales entre ellas: manzanilla, hierba mora, matico, culantro.
Libro de registro de partos y atención prenatal de las parteras.

Fuente: Parto cultural, Hospital San Luis de Otavalo
 Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

4.1.5. PAQUETE DE PARTO CON ADECUACION INTERCULTURAL

Los insumos requeridos que se encuentran en la sala para el parto culturalmente adecuado son:

Tabla 10: Equipos para el parto vertical.

Tres campos de tela
Una toalla
Una compresa (pañó húmedo caliente con agua de manzanilla)
Bata quirúrgica

Hilo Chillo para amarrar el cordón umbilical
Guantes estériles
Equipo de pinzas: una tijera mayo, un porta agujas, dos pinzas Kelly o Kocher.
Una anatómica
Diez gasas
Vitamina K
Gentamicina oftálmica
Pulsera de identificación
Perilla de succión
Pañales de tela para secado y abrigo.

Fuente: Parto Cultural, Hospital San Luis de Otavalo
 Elaborado: Carla Cárdenas y Soraya Cachiguango

4.1.6. RECURSOS MATERIALES

- Hojas de papel bond
- Libros especializados
- Folletos especializados
- Computadora
- Flash memory
- Cámara fotográfica

4.1.7. Tecnológicos

Internet, videos, youtube

4.1.8. Presupuestarios

Tabla 11: Presupuesto requerido

A	HUMANOS	VALOR
	Digitador	100.00
	Técnico experto	200.00

	SUBTOTAL	300.00
--	-----------------	---------------

B	MATERIALES	VALOR
	Papel bond	10.00
	CDs	5.00
	Tinta impresora	40.00
	Copias	20.00
	Cámara fotos	200.00
	Revelado de fotos	50.00
	Anillados	5.00
	SUBTOTAL	330.00

C	OTROS GASTOS	VALOR
	Movilización	200.00
	Consulta Internet	20.00
	Viáticos	100.00
	SUBTOTAL	320.00

TOTAL (A+B+C)	950.00
----------------------	---------------

(+) 15% de imprevistos	142.5
-------------------------------	-------

TOTAL...	1092.50
-----------------	----------------

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El Área de Salud Nro 4 del Ministerio de Salud Pública MSP, juega un papel preponderante en cuanto a atención primaria de salud se refiere, en vista de que los Centros y Subcentros de salud realizan la primera atención por mandato constitucional, y estos a su vez son direccionados a los hospitales más cercanos si los casos de enfermedad son graves.
- Las mujeres tanto indígenas como mestizas y que se encuentran en estado de gestación las primeras atenciones y seguimiento al parto se realizan en las unidades operativas del MSP, cuando se ha cumplido el número de semanas de gestación las pacientes madres son trasladadas al Hospital San Luis de Otavalo para que den a luz bajo la modalidad que en ese momento elijan.
- De las estadísticas que reposan en el Hospital San Luis de Otavalo, durante los años 2011 y 2012, periodo que se propone en esta investigación, las mujeres indígenas que optaron por el parto culturalmente adecuado corresponde al 86% durante el año 2011 y en el año 2012 representa el 92%, este comportamiento se puede entender debido a que el hospital adoptó y adecuó las instalaciones para que las mujeres indígenas tengan el espacio que por lucha el Estado Ecuatoriano reconoció la medicina ancestral como parte complementaria de la medicina occidental.

- El contraste de la información es que las mujeres mestizas elijen la forma de dar a luz mediante el parto horizontal, el 80% de las mujeres mestizas que dieron a luz durante el año 2011 lo hicieron bajo la modalidad de parto horizontal, y en el año 2012 representa el 95%, sin embargo se puede evidenciar un número (152 casos) significativo de mujeres mestizas que prefieren el alumbramiento mediante el parto culturalmente adecuado.
- A partir del año 2008 se incorporó en el Hospital San Luis de Otavalo el parto culturalmente adecuado (parto vertical), para que las mujeres indígenas acudan al centro hospitalario y obtengan una atención adecuada tomando en cuenta las costumbres y rituales que se hacen en función del parto.
- El hospital San Luis de Otavalo es la unidad médica que hizo las adecuaciones necesarias y adoptó la modalidad del parto culturalmente adecuado (parto vertical) para disminuir el porcentaje de mortalidad tanto de las madres y niños en el momento de dar a luz, tomando en cuenta que en el sector indígena las madres dan a luz a sus hijos en sus propias casas y asistidas únicamente por parteras.
- Se evidencian varias ventajas del parto culturalmente adecuado frente a las desventajas, por lo tanto es prudente difundir y realizar campañas de concientización a nivel de los equipos médicos de los hospitales y de las usuarias principales como son las madres en estado de gestación, es decir los hospitales deben tener las adecuaciones necesarias para recibir al recién nacido.

5.2. RECOMENDACIONES

- Con la nueva distribución política del Estado en distritos y circuitos, la estrategia es acercar los servicios del estado a la sociedad, por lo tanto se vuelve imprescindible en crecer la cobertura hacia más pueblos y nacionalidades indígenas y otras etnias asentadas en la provincia.
- La adopción del parto culturalmente adecuado por el hospital San Luis de Otavalo, es un modelo de gestión que se puede replicar a las otras unidades de atención de la provincia de Imbabura.
- Las parteras juegan un papel preponderante en el momento de asistir al parto, la presencia de ellas ya sea por ser indígenas y otro aspecto es el idioma que les permite relacionarse más fácilmente entre mujeres, se debe insistir a las autoridades del hospital para que las parteras sean reconocidas como parte del equipo médico y se considere una remuneración.
- Con la desconcentración del Estado hacia otros niveles más cercanos de atención al público, se establezca mecanismos que atraigan no solamente a mujeres indígenas sino a mestizas y otras etnias, para recibir en las unidades médicas una atención de calidad y calidez.
- Que se implemente metodología a base a normativas en el momento dar a luz para evitar contaminación del ambiente y del niño, de igual manera se norme la presencia del o la acompañante usando ropas adecuadas para el momento que dar a luz al niño.
- Los especialistas que tienen resistencia sobre el parto culturalmente adecuado acojan que esta metodología de parto vertical es un proyecto implementado y reconocido por el estado, tomando en cuenta esta

consideración el hospital San Luis de Otavalo fue adecuado con ambientes interculturales.

- Todo el equipo médico que es parte permanente del Hospital y los eventuales se involucren sobre la práctica del parto vertical, el conocimiento ancestral de las parteras y cada uno de los ritos que se practican en función del parto.
- Que las madres indígenas tomen conciencia en que los controles prenatales tienen que ser periódicos, y que dar a luz en una casa de salud es más seguro y confiable para precautelar la vida de la madre y del recién nacido.

GLOSARIO DE TERMINOS

ALTERNATIVO.- Acción o derecho que tiene cualquier persona o comunidad para ejecutar algo o gozar alternando algo de ello con otra.

ALUMBRAMIENTO.- Desde el momento de la salida del feto al exterior, hasta la expulsión de la placenta y sus membranas, se extiende el periodo de alumbramiento.

CREENCIAS.- Actitud mental que genera a consecuencia de los ritos y costumbres de las sociedades.

CONOCIMIENTOS.- Acción y efecto de conocer, entendimiento, razón cultural. Ciencia y sabiduría.

CULTURA.- Conjunto de rasgos distintivos espirituales, materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a la sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término "Cultura" engloba además modos de vida. Ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano. Tradiciones y creencias. A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y busca obras que la trasciendan.

EMBARAZO.- El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de una mujer y este ovulo fecundado se implanta en la pared del útero.

El embarazo es el periodo de tiempo que transcurre desde la fecundación hasta que se produce el nacimiento y dura alrededor de nueve meses.

Un embarazo normal dura unas 40 semanas, o 280 días, contando desde el comienzo del último periodo menstrual. A veces las mujeres dan a luz mucho antes de la fecha esperada, lo que da origen a un niño prematuro. Un 7% de los niños que nacen son prematuros, es decir, nacidos antes de la semana 37 de embarazo.

PLACENTA.- Es muy importante, pues sirve para alimentar y proporcionar oxígeno al embrión. Su forma es redonda y aplanada, como si fuera una "tortita". Por una cara se pega a la pared del útero y por la otra forma el llamado cordón umbilical, un conducto por el que la sangre de la madre lleva oxígeno y alimentos al feto.

DILATACION.- Comprende desde el comienzo de los dolores o contracciones hasta que el cuello uterino se ha dilatado (se abre el cuello uterino) completamente.

DIETA EN EL POSPARTO.- Régimen que se manda a las convalecientes, luego del alumbramiento o parto, en el comer y beber, por entiende, comida y bebida.

EXPULSION.- El periodo de expulsión empieza desde el momento en que el feto inicia a progresar a lo largo del canal del parto, una vez dilatado el cuello, y termina en el momento de completa salida al exterior.

PARTERA.- Persona con títulos legales que asiste a la parturienta, mujer que sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta.

PARTO EN POSICION VERTICAL.- Muchos estudios demuestran que la posición vertical favorece el parto, así la vagina se amplía y acorta, pero además la presión de la cabeza del bebe sobre el cuello del útero ejerce un efecto hormonal que estimula la producción de oxitocina, y por tanto la dilatación. La posición vertical amplía y acorta el canal del parto, permite que

la articulación de la cadera se abra más para dar paso al bebe, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad ayude su descenso.

La posición vertical genera ventajas importantes disminuyendo significativamente la hemorragia y el tiempo de duración del alumbramiento.

OXITOCINA.- Hormona producida por la glándula pituitaria que hace que el útero se contraiga durante el parto, y estimula la secreción de la leche de las glándulas mamarias.

PARTO.- Es el proceso que experimenta el cuerpo de la mujer para que se produzca el nacimiento del bebe, para ello este tiene que recorrer un camino difícil abandonar el útero y atravesar la vagina para salir al exterior.

El parto, proceso mediante el cual el niño es expulsado del utero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del utero cada 20 o 30 minutos. A medida que avanza el proceso, aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones. La duración normal del parto para una madre que espera su primer hijo es de 13 a 14 horas, y unas 8 0 9 para una mujer que ha dado a luz antes. No obstante, existen grandes variaciones en cuanto a la duración del parto.

El parto es una función fisiológica sana que produce bebes sanos por naturaleza.

Durante el parto, el cuello del útero se dilata. Las paredes del útero se contraen con fuerza para empujar él bebe. Primero sale la cabeza y a continuación el resto del cuerpo, Unos minutos después del nacimiento sale la placenta.

Tradicionalmente, el parto se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. El periodo de expulsión empieza en el momento en que el feto comienza a progresar a lo largo del canal del parto, una vez dilatado el cuello, y termina en el momento de su completa salida al exterior. Desde este momento, hasta la total expulsión de la placenta y sus membranas, se extiende el periodo de alumbramiento.

Algunas mujeres prefieren algún tipo de anestesia para aliviar el dolor del parto. Sin embargo, el parto natural cada vez es más frecuente debido en parte a que muchas mujeres saben que la anestesia y la medicación que reciben pueden llegar rápidamente a través de la placenta al niño por nacer.

PARTO NATURAL.- No es simplemente un parto, "SIN", sino aquel que se produce gracias a la maravilla de la fisiología, y en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en casos de necesidad. Es lo opuesto al parto medicalizado, atendidos por la obstétrica convencional. En el cual la obstétrica sustituye a la fisiología de la mujer, desvirtuando del nacimiento y generando los riesgos innecesarios para la madre y el bebe.

En el primer caso la técnica está al servicio de la naturaleza, en el segundo caso la naturaleza esta doblegada a la técnica.

POSPARTO.- Periodo que va desde el parto hasta que los órganos productores regresan lo más pronto posible a la situación que tenía antes del embarazo, se conoce como puerperio, Dura aproximadamente de 6 a 8 semanas, tiempo en el que los cambios se produjeron en el transcurso del embarazo y se recuperan progresivamente.

PREJUICIOS.- Juicio u opinión sobre algo antes de tener verdadero conocimiento de ello. Actitud discriminatoria hacia las personas o acciones de otra clase social u origen racial.

PRACTICAS.- Ejercicio de un arte o facultad. Destreza adquirida en este ejercicio. Uso costumbre. Método que observa en cada uno en sus operaciones.

RITOS.- Acto formales en el que los participantes realizan una serie de acciones estereotipadas y pronuncian declaraciones conforme a unas rígidas y minuciosas, prescritas en gran medida por las costumbres y aprobadas de antemano.

TRADICION.- Transmisión de noticias, composiciones literarias, doctrinas, ritos, costumbres, etc., hechas de generación en generación.

Doctrina, costumbre, etc., conservada en un pueblo de transmisión de padres e hijos.

TANTEO.- Es conocer y detectar con movimientos suaves con las yemas de los dedos de la mano la posición del niño. Lo ideal es que el niño se encuentre en posición recta con la cabeza hacia abajo.

MANTEO.- Shushuna.- Consiste en sacudir o amanquear a la madre, quien esta recostada en una sábana o poncho esquinado, esto lo hace una partera se coge la punta de una sábana y el esposo coge la sabana de otra esquina, luego la partera sacude hacia el lado del esposo y el esposo acude otro lado con dirección donde la partera por 3 ocasiones en 3 momentos. Luego hacer levantar en forma recta para que el niño permanezca en posición recta.

PARTERA/O.- Persona que asiste a la mujer durante la gestación, especialmente durante el parto. Todavía hoy más de dos terceras partes de los partos son asistidos por matronas. En el mundo desarrollado los cambios de la obstétrica (tocología) y la ginecología han inducido transformaciones profundas en esta profesión milenaria.

El papel actual de la matrona varía en los distintos países. En algunos, especialmente en el Tercer Mundo, la matrona sigue el modelo clásico: una mujer experimentada en asistir partos, sin formación teórica, que ayuda a la madre de los países, en una profesión de formación universitaria, bien independiente o bien como especialidad de la enfermería. La función clínica de las matronas también es muy variable según la legislación y costumbres de cada país; pueden asistir a los partos por si mismas o supervisadas por un médico, a quien pueden ayudar en la asistencia del parto, en la realización de cesáreas, en el control del preparto y posparto, en el control de la gestación, en los consejos y visitas a domicilio posparto o en la preparación al parto. En algunos países incluso asumen funciones de la especialidad ginecológica, como las revisiones periódicas, los exámenes de mamas, los frotis cervicales, o prueba de Papanicolaou y el uso de métodos anticonceptivos.

PUERPERIO.- Periodo comprendido entre el final del parto y la normalización de la mujer, en lo que se refiere a los cambios anatómicos y fisiológicos que se habían producido durante el embarazo, su duración aproximada es de 5 a 6 semanas, divididas en dos partes: la semana inmediata al parto, y las 4 o 5 semanas posteriores a esta.

Durante esta fase de la vida de la mujer ocurren muchos cambios, tanto personales como en el ámbito familiar, y aparecen nuevas responsabilidades que, a veces, son origen de trastornos psíquicos o físicos.

Los trastornos más comunes en el puerperio son las hemorragias posparto que, si son abundantes, pueden poner en peligro la vida de la madre; las infecciones genitourinarias; las molestias perineales y mamarias; las disfunciones familiares, por sentimientos de insatisfacción, desinterés sexual o rechazo de roles; y la depresión posparto, cuyo riesgo es mayor en los días inmediatamente posteriores al nacimiento del niño.

ENCADERAMIENTO.- Consiste después de 2 a 3 días del parto se realiza de la siguiente forma:

A la mujer se hace acostar, luego busca la madre o el útero con las yemas de la dedos de la mano, aplicar el emplasto previamente preparado puede ser comercio con flor de manzanilla caliente con huevo, la lana negra de borrego, esto lo coloca en la vientre de la mujer halando la madre con masajes suaves hacia arriba, luego igualar los huesos de la cadera, las piernas y finalmente amarrar con la sabana ajustando. Existen diferentes formas de hacer el encaderamiento.

RITUAL.- Conjunto de ritos de una religión, de una iglesia o de una función sagrada. Estar impuesto por la costumbre.

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008) guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado, Quito.
- Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Pag. 16
- Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 80
- Protocolos del rol de las parteras en la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag 24
- Parto cultural, Hospital San Luis de Otavalo
- Aseguramiento de la calidad del área de salud N° 4 MSP.
- Área de estadística del Hospital San Luis de Otavalo
- Servicios de Salud de Oaxaca, Proyecto Piloto de Atención Humanizada del parto con enfoque de interculturalidad. Marzo 2010.
- Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Dirección General de Salud de las personas, estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Ministerio de Salud, República del Perú.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización. Norma Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical. República del Ecuador.

LINCOGRAFIA

- [http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticiasciudadania-ecuador/browse/49/ir_a/ciudadania/article//el-parto-vertical-es una-alternativa-que-reduce-la-mortalidad-materna-e-infantil.html](http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticiasciudadania-ecuador/browse/49/ir_a/ciudadania/article//el-parto-vertical-es-una-alternativa-que-reduce-la-mortalidad-materna-e-infantil.html)
- <http://www.patrimonio.ezonec.com/es/inicio/noticias/archivo-2008-2009/110agosto-2008/346-el-parto-culturalmente-adecuado-una-realidad-en-el-ecuador>.
- <http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=71>
- www.consumer.es › [Bebé](#) › [Parto](#) › [Tipos de parto](#)
- www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=71
- www.enbuenasmanos.com › [Vida sana](#) › [Parto natural](#)

ANEXOS

**APORTE DE LA INVESTIGACION POR PARTE DE LAS AUTORAS AL
SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE
OTAVALO**



Socialización de la entrega de trípticos en la consulta de gineco-obstetricia del Hospital san Luis de Otavalo



Instalaciones del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo



Plantas medicinales

ENTREVISTA

Director del Hospital

La entrevista está dirigida al Director del Hospital San Luis de Otavalo para conocer las opiniones sobre la adopción del parto culturalmente adecuado en la unidad de salud que él preside.

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CONOCER DEL EQUIPO MEDICO LA ADOPCION DEL PARTO
CULTURALMENTE ADECUADO, COMO PRACTICA EN EL HOSPITAL
SAN LUIS DE OTAVALO.**

Fecha: Junio del 2012
Doctor: Dr. Salomón Proaño
Puesto: Director del Hospital

a. Desde cuándo ha adoptado el hospital el parto vertical?

A partir del año del 2008 por necesidad de muchas mujeres indígenas que al ser asistidas en sus propias casas y por parteras, esta costumbre ancestral ha originado el incremento constante de muertes tanto de la madre como del recién nacido, por este motivo el Hospital San Luis de Otavalo adoptó la práctica del parto culturalmente adecuado, se hizo las adecuaciones necesarias con el objetivo de dar el ambiente para que las mujeres en estado de gestación den a luz de acuerdo a sus costumbres y evitar la muerte del niño y de la madre.

b. Cuántas mujeres han sido atendidas mediante el parto culturalmente adecuado durante los años 2011 y 2012?

En el hospital en los dos años según las estadísticas, se hicieron atender a 3500 mujeres entre indígenas y otras etnias aproximadamente.

c. Cuántas mujeres indígenas han sido asistidas por mes mediante el parto vertical durante el año 2011 – 2012?

Durante los dos años las mujeres indígenas tienen en el hospital un área adecuada, son 51 partos por mes como promedio atendidos en el hospital.

d.Cuál es la aceptación de las mujeres mestizas y afro ecuatorianas al ser asistidas mediante el parto vertical?

Son seis partos promedio mes asistidos bajo la modalidad del parto culturalmente adecuado, esto es un indicador de aceptación y cada vez más mujeres sienten la necesidad de dar a luz bajo esta modalidad.

e. Como miran el equipo médico del hospital la intervención de las parteras como parte del equipo en el momento del parto?

Se evidencia un poco de resistencia en los médicos especialistas, sin embargo terminan por aceptar en vista de que el Hospital está adecuado para estos menesteres y darle una atención digna a la mujer en el momento del parto, especialmente a la indígena que antes en este no tenía el espacio que hoy se le brinda, en cambio los médicos residentes dan el apoyo total, de igual manera los/las obstetricas porque es el personal médico que más cerca de la madre en gestación.

Obstetriz

La entrevista está dirigida a una profesional en Obstetricia, que es parte del equipo médico que brinda servicio en el Hospital San Luis de Otavalo en el área de maternidad, la idea es conocer la opinión sobre la adopción del parto culturalmente adecuado en el hospital.

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

CONOCER LA OPINIÓN DE UNA PROFESIONAL OBSTETRIZ SOBRE EL PARTO CULTURAL ADECUADO ADOPTADO POR EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO.

Nombre: Obst. Viviana Ruano

Fecha: Agosto 2012

CUESTIONARIO

¿CUAL ES EL RANGO DE EDAD QUE TIENE MENOS RIESGO DE PELIGRO EN EL EMBARAZO Y CUAL ES EL MAS RIESGOSO Y POR QUE?

El menos riesgoso es desde los 18 hasta los 33 años y el mas riesgoso en adolescentes menores de 17 años y mujeres mayores de 35 años.

¿CUÁL ES EL NUMERO OPTIMO DE CONTROLES EN EL EMBARAZO Y POR QUÉ SE CONSIDERAN IMPORTANTES?

El número óptimo es de 9 a 12 controles, mínimo 5 controles y son importantes porque ofrecen a la mujer embarazada identificar factores de riesgo que pueden afectar el curso normal del embarazo y del recién nacido.

EL PADRE Y/O FAMILIAR EN LAS CONSULTAS: ¿QUÉ FUNCIÓN CONSIDERA QUE DESEMPEÑA? ¿ES ACONSEJABLE SU PRESENCIA?

Yo considero que siempre es importante que la mujer embarazada acuda acompañada a los controles porque de esta manera ella se siente más segura y apoyada.

¿CONSIDERA NECESARIA O ÚTIL LA PREPARACIÓN AL PARTO?

Es muy necesaria porque de esta manera especialmente a las primigestas se les ayuda con ejercicios de respiración y de preparación de la pelvis para el momento de dar a luz.

¿ACONSEJARÍA LA PRESENCIA DEL PADRE O FAMILIAR EN TODO EL PROCESO DEL PARTO?

Si es muy importante al igual que en los controles prenatales, porque así las mujeres embarazadas sienten más apoyo, seguridad y confianza.

¿QUÉ DIFERENCIA EXISTE ENTRE EL PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL?

La diferencia más notoria es la posición, porque los procedimientos son los mismos.

¿CÓMO CONSIDERA UD EL PARTO VERTICAL?

Como una técnica de medicina ancestral indígena donde la atención del parto es en libre posición.

¿CUÁLES SON SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS?

Ventaja.- Menos dolores en las primeras fases del parto y en este primer proceso de dilataciones más breve.

Desventaja.- Poca asepsia en el momento de dar a luz

¿CREE QUE ES IMPORTANTE EL APOYO DE LAS PARTERAS?

Si es importante, especialmente en las madres indígenas ya que ellas tienen más confianza con las señoras parteras y por lo tanto se sienten más seguras.

¿QUÉ FUNCIONES DESEMPEÑAN LAS PARTERAS?

Controlar todo el desarrollo del trabajo de parto desde sus momentos iniciales, brindar a la mamá atención, cariño, seguridad y confianza en todo momento.

¿CAMBIARÍA ALGO RESPECTO A LA ASISTENCIA AL PARTO?

La colaboración por parte de las mujeres embarazadas al momento de pujar que es el instante preciso para que el bebé pueda nacer sin ninguna complicación.

¿QUÉ LE PARECE IMPORTANTE DE SUS FUNCIONES EN LA ASISTENCIA A LOS PARTOS?

Proteger la vida y la salud de las personas, en especial de la madre gestante y del recién nacido.

Nombre: Dra. Gisela Vaca

Fecha: Agosto 2012

CUESTIONARIO

¿CUAL ES EL RANGO DE EDAD QUE TIENE MENOS RIESGO DE PELIGRO EN EL EMBARAZO Y CUAL ES EL MAS RIESGOSO Y POR QUE?

Menos riesgoso 18 – 35 años
Más riesgoso menores de 17 años y mayores de 35 años.

¿CUÁL ES EL NUMERO OPTIMO DE CONTROLES EN EL EMBARAZO Y POR QUÉ SE CONSIDERAN IMPORTANTES?

De 9 a 12 controles, mínimo 5 son importantes, porque identifican los factores de riesgo durante todo el proceso de parto y de embarazo, tanto para la madre como para el recién nacido.

EL PADRE Y/O FAMILIAR EN LAS CONSULTAS: ¿QUÉ FUNCIÓN CONSIDERA QUE DESEMPEÑA? ¿ES ACONSEJABLE SU PRESENCIA?

Si es aconsejable que la madre acuda a las consultas en compañía de un familiar por protección y seguridad de la madre.

¿CONSIDERA NECESARIA O ÚTIL LA PREPARACIÓN AL PARTO?

Si es muy útil debido a que así se ayuda a controlar la respiración en el momento de dar a luz especialmente en los pujos.

¿ACONSEJARÍA LA PRESENCIA DEL PADRE O FAMILIAR EN TODO EL PROCESO DEL PARTO?

Si aconsejaría la presencia de los familiares en todo el proceso del parto ya que brinda comodidad a la mujer embarazada.

¿QUÉ DIFERENCIA EXISTE ENTRE EL PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL?

La posición al momento de dar a luz, porque se utiliza la misma técnica.

¿CÓMO CONSIDERA UD EL PARTO VERTICAL?

Como una técnica tradicional donde se emplean muchas posturas y donde la madre escoge como traer a su hijo al mundo.

¿CUÁLES SON SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS?

Ventaja.- La verticalidad y el movimiento que realiza la madre estando en esta posición favorecen el espacio para el bebé en su salida a través de la pelvis.

Desventaja.- Posible riesgo de contaminación al momento de dar a luz.

¿CREE QUE ES IMPORTANTE EL APOYO DE LAS PARTERAS?

Si es importante, principalmente para las madres indígenas y las primigestas, ya que brindan seguridad y confianza en todo momento.

¿QUÉ FUNCIONES DESEMPEÑAN LAS PARTERAS?

La partera es la persona que acompaña, apoya y ayuda a la futura mamá en el nacimiento de su hijo.

¿CAMBIARÍA ALGO RESPECTO A LA ASISTENCIA AL PARTO?

No cambiaría nada porque la técnica es la adecuada y se siguen todas las normas de asepsia y antisepsia.

¿QUÉ LE PARECE IMPORTANTE DE SUS FUNCIONES EN LA ASISTENCIA A LOS PARTOS?

Prestar atención integral de salud al binomio madre – niño.