



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

Cumplimiento De La Normativa Del Parto Culturalmente Adecuado En El
Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe-Pichincha Mayo-
Junio 2016

AUTORA:

Marylin Dayana Olmedo Flores

DIRECTORA:

Magister Tatiana Vásquez

Ibarra, Enero 2017



APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de directora de tesis titulada **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO RAÚL MALDONADO MEJIA CANTÓN CAYAMBE-PICHINCHA MAYO-JUNIO 2016** de autoría de **OLMEDO FLORES MARYLIN DAYANA** certifico que ha sido revisada y autorizo su publicación.

En la ciudad de Ibarra

Mgs. Tatiana Vasquez

DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003606728		
APELLIDOS Y NOMBRES:	OLMEDO FLORES MARYLIN DAYANA		
DIRECCIÓN:	Cotacachi, Morales y Alfredo Albuja		
E-MAIL:	grts599@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	915-570	TELÉFONO MOVIL:	0980075358
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO RAÚL MALDONADO MEJIA CANTÓN CAYAMBE-PICHINCHA MAYO-JUNIO 2016		
AUTOR(ES):	OLMEDO FLORES MARYLIN DAYANA		
FECHA:			
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
TRABAJOS DE GRADO PROGRAMA:	PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/>	POSTGRADO	<input type="checkbox"/>
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA		
ASESOR/DIRECTOR:	MGS. TATIANA VASQUEZ		

CONSTANCIA DE APROVACION DEL DIRECTOR

En calidad de directora de tesis de grado, presentado por: Olmedo Flores Marylin Dayana, para obtener el título de Licenciada de Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Tatiana Vasquez", is written over a horizontal line.

Mgs. Tatiana Vasquez

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo Olmedo Flores Marylin Dayana con cédula de identidad N° 1003606728 en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital de la biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

CONSTANCIA

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de los terceros.

Ibarra,

Autora

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marylin Dayana Olmedo Flores', is written over a horizontal dashed line.

Olmedo Flores Marylin Dayana

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

Yo, Olmedo Flores Marylin Dayana, con cédula de identidad N° 1003606728 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6 en calidad del autor de la obra o trabajo de grado denominado CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO RAÚL MALDONADO MEJIA CANTÓN CAYAMBE-PICHINCHA MAYO-JUNIO 2016, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Autora



Olmedo Flores Marylin Dayana

DEDICATORIA

Personalmente yo, Marylin Dayana Olmedo Flores quiero dedicar este trabajo en primer lugar a Dios quien es mi fortaleza y la razón para ser mejor en esta vida, a mis Padres, Milton Olmedo y Yolanda Flores, quienes debo este triunfo profesional, por sus esfuerzos, su trabajo, su dedicación y su ejemplo que me ha llevado a consagrarme como persona integral tanto en el ámbito personal como en el profesional. A mi esposo, Darío Troya, gracias por entender y saber sobrellevar juntos esta ardua carrera, por haber compartido juntos todas las dificultades y alegrías que se han presentado en este camino.

AGRADECIMIENTO

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas en la dirección y asesoramiento de este trabajo de investigación, motivo por el cual quiero agradecerles por sus consejos, apoyo y correcciones. Al hospital Raúl Maldonado Mejía y sus autoridades, que permitieron que esta investigación sea posible, así también a todas las mujeres beneficiarias de la atención del parto culturalmente adecuado que participaron durante la recolección de datos. A la UTN, que gracias a su eminencia académica y sus esfuerzos para formar profesionales con excelencia, críticos, humanistas, líderes y emprendedores con responsabilidad social; genera, fomenta y ejecuta procesos de investigación, de transferencia de saberes, de conocimientos científicos, **tecnológicos y de innovación.**

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	14
TEMA.....	15
CAPÍTULO I.....	16
1.1. Problema de la investigación.....	16
1.1.1. Planteamiento del problema.....	16
1.1.2. Formulación del problema.....	17
1.2. Justificación.....	18
1.3. Objetivos.....	19
1.3.1. Objetivo general.....	19
1.3.2. Objetivos específicos.....	19
1.4. Preguntas de investigación.....	20
CAPÍTULO II.....	21
2. Marco teórico.....	21
2.1. Marco contextual.....	21
2.2. Marco conceptual.....	23
2.2.1. Parto culturalmente adecuado.....	23
2.2.2. Fundamento científico.....	24
2.2.3. Aportación de la implementación.....	25
2.2.4. Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado.....	27
2.2.5. Adecuación del área física para la atención.....	29
2.2.6. Información.....	30
2.2.7. Vestimenta.....	31
2.2.8. Acompañamiento.....	32
2.2.8. Evaluación Clínica.....	35

2.2.9.	Alimentación	38
2.2.10.	Libertad de Movimiento	38
2.2.11.	Masaje	39
2.2.12.	Posición durante el Parto.....	39
2.2.13.	Pinzamiento del Cordón Umbilical	42
2.2.14.	Lactancia Materna	43
2.2.15.	Entrega de la Placenta	44
2.2.16.	Valoración de APGAR	44
2.2.17.	Procedimientos innecesarios	45
2.2.18.	Referencia	46
2.2.19.	Costumbres	46
2.2.20.	Rol de los agentes de acción	48
2.2.21.	Componente de organización	49
2.2.22.	Recursos humanos.....	49
2.2.23.	Recursos materiales.....	50
2.2.24.	Componente de provisión	51
2.2.25.	Plan de parto	52
2.2.26.	Recepción gestante-acompañante	53
2.3.	Marco referencial	54
2.4.	Marco legal	57
CAPÍTULO III		61
3.1.	METODOLOGÍA	61
3.1.1.	Diseño	61
3.1.2.	Tipo	61
3.1.3.	Recursos (instrumento)	62
3.2.	Matriz de operalización de variables.....	63
CAPÍTULO IV.....		73

4.1. Resultados de la investigación	73
CAPÍTULO V.....	106
5.1. CONCLUSIONES	106
5.2. RECOMENDACIONES.....	107
BIBLIOGRAFÍA.....	108
ANEXOS.....	114
• Encuesta.....	114
• Guía de observación.....	118
• Flujograma: Entrega de la placenta	120
• Fotografías.....	121

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

Gráfica 1 Etnia	73
Gráfica 2 Etnia – Estado civil	74
Gráfica 3 Etnia – Edad.....	75
Gráfica 4 Etnia – Nivel de instrucción	77
Gráfica 5 Cumplimiento institucional de la normativa	79
Gráfica 6 Recepción de la gestante	80
Gráfica 7 Interacción personal-partera-parturienta-familia.....	81
Gráfica 8 Evaluación clínica Atención prenatal – Etnia.....	82
Gráfica 9 Enfermedad asociada al embarazo y parto – Atención prenatal	83
Gráfica 10 Evaluación obstétrica – Tactos vaginales.....	85
Gráfica 11 Estudios complementarios	87
Gráfica 12 Información.....	88
Gráfica 13 Acompañamiento durante el parto – Etnia	89
Gráfica 14 Acceso venoso	91
Gráfica 15 Utilización de fármacos durante el parto	92
Gráfica 16 Posición del parto – Etnia.....	93
Gráfica 17 Plantas medicinales – Etnia	95
Gráfica 18 Edad gestacional al parto – Plantas medicinales usadas durante el embarazo.....	96
Gráfica 19 Complicaciones de la madre – Episiotomía.....	98
Gráfica 20 Pinzamiento del cordón – Lactancia materna.....	100
Gráfica 21 Medicamentos utilizados en la tercera etapa de labor de parto	101
Gráfica 22 Complicaciones del parto para la madre	102
Gráfica 23 Complicaciones del parto para el neonato	103
Gráfica 24 Cumplimiento de las intervenciones de la normativa	104
Gráfica 25 Cumplimiento de la normativa	105

RESUMEN

Objetivo: Establecer el cumplimiento de la normativa del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe-Pichincha Mayo-Junio 2016

Materiales y métodos: Se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal y cualitativo. Se trata de una investigación de tipo descriptivo, porque se va analizar y detallar las características del parto culturalmente adecuado. Es cualitativa debido a que se utiliza predominantemente información que permitirá recoger, procesar y analizar características y formas que se dan en el grupo de estudio. El grupo de estudio estará constituido por todas las mujeres embarazadas que tengan un parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía de Cayambe. Técnica a utilizar entrevista y guía de observación.

Resultados: La población de Cayambe que se beneficia del parto culturalmente adecuado a nivel institucional son en su mayoría de etnia mestiza, su estado civil es unión consensual, se encuentran en el grupo etario de 19 a 25 años de edad adultas jóvenes y poseen un nivel de instrucción de secundaria completa. Las condiciones institucionales implementadas para la atención del parto culturalmente adecuado aún no se cumplen en su totalidad.

Conclusión: El conocimiento de los funcionarios que laboran en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía del cantón Cayambe sobre la normativa del parto culturalmente adecuado es muy satisfactorio. El cumplimiento del protocolo de atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía del cantón Cayambe es de 90%.

Palabras clave: parto cultural, cumplimiento, normativa, protocolo.

ABSTRACT

Objective: The objective of this research is to establish the execution of the normative of the culturally appropriate childbirth in the Raúl Maldonado Mejía Hospital in Cayambe Canton, Pichincha May-June 2016

Materials and methods: it will be carried out a descriptive, cross-sectional and qualitative observational study. This is a descriptive research, because it will analyze and detail the characteristics of the culturally appropriate childbirth. It is qualitative because it was used information that allowed to pick up, process and analyze characteristics and forms that are given in the study group. The study group was constituted by all pregnant women who have a culturally appropriate childbirth at Raúl Maldonado Mejía Basic Hospital in Cayambe. The techniques that were used are the interview and an observation guide.

Results: The population of Cayambe that benefits from the culturally adequate childbirth at the institutional level are mostly mestizo ethnos, their marital status is consensual union, and they are in the age group of 19 to 25 years of young adults and they possess a level of complete secondary education. The institutional conditions implemented for the attention of the culturally appropriate childbirth are not fully met yet.

Conclusion: The knowledge of the staff who works at Raúl Maldonado Mejía Basic Hospital in Cayambe canton on the normative of the culturally appropriate childbirth is very satisfactory. The execution of the protocol of attention of the culturally appropriate childbirth at Hospital Raúl Maldonado Mejía the Basic Hospital of Cayambe is 90%.

Key words: cultural childbirth, execution, normative, protocol.

TEMA

Cumplimiento De La Normativa Del Parto Culturalmente Adecuado En El
Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe-Pichincha Mayo-Junio
2016

CAPÍTULO I

1.1. Problema de la investigación

1.1.1. Planteamiento del problema

En 1992, la OPS propone que se considere más detenidamente la salud y el bienestar de los indígenas. En 1993 se organizó una reunión en Winnipeg, Canadá, que congregó a representantes de los pueblos indígenas, de los gobiernos y otros interesados de 18 países de la Región (1). Es así que la Organización Mundial de la Salud reconoce el modelo de parto vertical con adecuación intercultural como referente para salvar vidas maternas.

En América Latina desde mediados de los años 90 se vienen implementando procesos de reformas constitucionales que incluyen la diversidad cultural uno de ellos el parto cultural. Algunas constituciones de varios países latinoamericanos, entre ellos Ecuador, Colombia Bolivia, Perú y Venezuela han reconocido el carácter multicultural de sus sociedades como una forma incluyente de las prácticas y saberes de los grupos indígenas a la atención de la mujer embarazada durante el proceso de la labor de parto.

En el Ecuador; el movimiento indígena se visibilizó políticamente a partir de la marcha nacional de 1990. La participación de los grupos indígenas en la sociedad civil evidenció demandas sociales y económicas frente al reconocimiento de una diversidad cultural junto con sus prácticas ancestrales especialmente en el ámbito de salud (2).

Como reconocimiento, en el 2002, el estado ecuatoriano logró la creación de un departamento en el Ministerio de Salud Pública para articular las demandas de los grupos indígenas, mismo que ha implementado estrategias en la calidad de atención (3). Para dar paso desde finales del 2003 a la adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades y expectativas de la

comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales para de esta manera llevar a cabo el parto cultural de forma institucionalizada (4).

La encuesta realizada por EDEMAIN 2004 muestra que el 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región Amazónica, dieron a luz en su casa; poniendo al parto cultural como primera elección al momento del parto. Considerándose que el 37% se debió a factores culturales y un 29% a factores económicos (5).

En el año 2013 en Pichincha existieron 40.578 niños nacidos vivos, de los cuales 39.806 fueron atendidos por personal de salud y 772 por partero/a calificado, partero/a no calificado y otro. De los cuales en Cayambe se realizaron 1.219 con asistencia profesional y 129 sin asistencia profesional (6). Según los datos mencionados se observa que la mayor parte de partos se realizan de forma institucional lo que muestra una gran acogida por parte de la población a la implementación del parto culturalmente adecuado en las unidades de salud.

Por otro lado Pichincha se encuentra con un 25,33 % en mortalidad materna (6). Tomando en cuenta que el 57,56 % de muerte materna se produce a nivel hospitalario (7). Considerando la implementación del parto culturalmente adecuado y la deficiente interiorización de la cultura en cuanto a sus prácticas ancestrales, gran parte de la población decide aun parir acompañada de una partera conocida; esto debido tal vez a la omisión o falta de información acerca del protocolo cultural y humanizado del parto por parte del personal de salud.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el cumplimiento de la normativa del Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe-Pichincha Mayo-Junio 2016?

1.2. Justificación

Este trabajo se ejecuta con el fin de verificar y aportar al protocolo de atención del parto culturalmente adecuado ya que en cada cultura el curso de un embarazo es un acontecimiento importante tanto social como reproductivo de las mujeres.

Es por ello que existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. 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.

Dentro de las diferentes comunidades, pueblos y nacionalidades, los sabios del Subsistema de Salud ancestral (yachaks, curanderos, hierbateros, parteras/os, fregadores, kuyfichak) y otras culturas, son gente que hablan el mismo idioma, están dispuestos a acompañar el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero sino que establecen un sistema de trueque, reforzando, las relaciones de afecto, confianza y solidaridad al interior de la comunidad.

Por otro lado, el personal de salud del sistema no puede disponer mucho tiempo con el paciente por la gran demanda, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Son factores que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud, ya sea público o privado.

Es necesario estar conscientes de que estos principios culturales deben ser profundizados en su estudio y conocimiento. Considerando la salud física, emocional y espiritual de la mujer embarazada, y poder adecuarlas a la atención calificada del parto en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Establecer el cumplimiento de la normativa del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe-Pichincha Mayo-Junio 2016

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población de Cayambe que se beneficia del parto culturalmente adecuado a nivel institucional.
- Describir las condiciones institucionales para la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe.
- Detallar el protocolo de atención del parto culturalmente adecuado y determinar el nivel de conocimiento de los funcionarios que laboran en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe.
- Socializar los resultados de la investigación mediante una guía al personal que labora en el área de obstetricia del Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe.

1.4. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de Cayambe que se beneficia del parto culturalmente adecuado a nivel institucional?

¿Cuáles son las condiciones institucionales para la atención del parto culturalmente adecuado?

¿Cómo se aplica el protocolo de atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la normativa del parto culturalmente adecuado de los funcionarios que laboran en Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe?

¿Qué medidas se aplica para el adiestramiento del personal que labora en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco contextual

El cantón de San Pedro de Cayambe toma su nombre por el volcán Cayambe. Está ubicado al nororiente de la provincia de Pichincha, en plena región andina, hacia la parte norte del territorio ecuatoriano, no muy lejos de la frontera de Colombia, y al Este del Océano Pacífico, forma parte de la hoya de Guayllabamba, en el valle con el nombre del nevado Cayambe (5790 m), donde termina la Cordillera Oriental o Real, este se ubica en la esquina noreste de la provincia en la intersección de la Línea Equinoccial con el meridiano 78° de latitud occidental de Greenwich.

Altura sobre el nivel del mar: Cayambe 2815 m, Cangahua 3159 m, Olmedo 3097 m, Juan Montalvo 2885 m, Oton 2725 m, Ascazubi 2607 m, Ayora 2356 m. El límite norte del Cantón Cayambe está formado por el nudo de Mojanda, un cerco de montañas de mediana altura, que une a las dos grandes cadenas de la Cordillera de los Andes: La Oriental y la Occidental, en medio de ellas se observan valles y mesetas de la zona interandina, con un ancho promedio de 50 Km.

El cantón Cayambe posee ocho parroquias que se dividen de la siguiente manera: 3 Parroquias Urbanas: Cayambe, Ayora, Juan Montalvo. 5 Parroquias Rurales: Ascazubi, Cangahua, Otón, Santa Rosa de Cusubamba, Olmedo. El 57,95% de la población se encuentra en el área urbana y 42,05% en el área rural.

Cayambe es una zona donde las tasas de crecimiento poblacional y las migraciones netas han aumentado considerablemente en estos años.

El Cantón Cayambe cuenta con una población total de 85.795 habitantes, de los cuales 43.828 son mujeres (que representa el 51.8%) y 41.967 son hombres (que representa el 48.91%). La población proyectada para el año 2012 a nivel cantonal es de 94.897 habitantes.

En esta región predomina la población de raza indígena, quienes vivían pacíficamente cultivando los campos o cuidando ganado vacuno y ovino. En la actualidad la vida de muchos habitantes ha tenido un cambio brusco, debido al gran desarrollo económico de la región, sobre todo a partir de las floricultoras las cuales son una fuente importante de empleo.

En el cantón Cayambe existen 22 establecimientos de salud, el Centro de Salud y Hospital Cantonal Raúl Maldonado Mejía y dos Clínicas particulares con capacidad de internación, 8 subcentros de salud y 11 dispensarios médicos del IESS.

Según datos proporcionados por la Licda. Matilde Farinango, ex directora del Hospital Raúl Maldonado Mejía, durante el año del 2010 al 2011, el hospital prestó una cobertura de atención del parto a 824 mujeres.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Parto culturalmente adecuado

Es una condición natural del ser humano que acontece generalmente de manera espontánea y en la cual participan de manera activa la mujer embarazada y el feto. El parto es un hecho familiar y social, y también una expresión de sexualidad, un momento vital, sagrado e íntimo que aparece entre la semana 37 a 42 de gestación y termina con el nacimiento del feto, la expulsión de la placenta y las membranas por la vía vaginal (8). El mismo que se ve rodeado de innumerables conocimientos, costumbres, rituales y numerosas prácticas culturales de origen ancestral.

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 (9). Las cuales no han sido creadas o descubiertas, sino son milenarias y se han ejecutadas a lo largo de la historia.

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 (10).

La institucionalización del parto estableció jerarquías de roles y saberes entre parteras y obstetras marcando una diferenciación de espacios y recluyendo en la clandestinidad a las prácticas tradicionales (11). De esta manera Fornes expresó que existe delimitación para la realización de actividades de cada individuo participante en la atención del parto culturalmente adecuado.

Está científicamente comprobado, que si se respeta la fisiología del parto y el nacimiento, las complicaciones son menores y mayor el índice de partos naturales con madres y bebés sanos (12).

2.2.2. Fundamento científico

La gran variedad de estudios realizados han brindado información esencial que sustenta la viabilidad de la aplicación del parto culturalmente adecuado brindado de esta manera ventajas a la madre e hijo durante la realización de la misma, así tenemos (13):

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mm Hg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. (Méndez Bauer, 1976).
- La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre (Bieniarz, 1966). Como se sabe, la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga (Giraldo, 1992).
- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 en transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxofemoral (Russell, 1969).
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.
- Un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante (Arbues, 1982), como en el expulsivo (Gallo, 1992); (Caldeyro Barcia, 1987); (Sabatino, 1992); facilitando la transición feto-neonatal.

- Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (Méndez Bauer, 1975).
- Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del feto por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxofemoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.
- Proporciona beneficios psicoafectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente.
- Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente (Sabatino, 1992); (Paciornik, 1992); (Dunn, 1976).

2.2.3. Aportación de la implementación

Reconocer las diferencias culturales en la atención de la salud es un aspecto muy positivo, sin embargo no es suficiente, pues es necesario estar conscientes de que estos principios culturales deben ser profundizados en su estudio y conocimiento. Debemos entender las concepciones y valores en el trasfondo de dichas diferencias para tomarlas en cuenta en las consideraciones de la salud física, emocional y espiritual de la mujer embarazada, y poder adecuarlas a la atención calificada del parto en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud (10). Así podremos desarrollarlo de tal forma que resulte diversos elementos efectivos, tales como:

- Identificar las características culturales locales que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos.
- Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales.
- Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas, tales como:
 - Eliminar la práctica rutinaria de: episiotomía, rasura del vello púbico y aplicación de enema.
 - Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.
 - Permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto.
 - Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto.
 - Garantizar el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre- hijo/a así como la lactancia precoz exclusiva salvo el caso de screening VIH positivo.
 - Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP.
- Promover la conformación de comités de usuarias/os que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen las acciones de mejoramiento de la misma.
- Promover la participación activa de comités de usuarias/os, gobiernos comunitarios de salud (parteras y promotores), proveedores de los servicios de salud y gobiernos locales, en espacios de trabajo como

los Consejos de Salud en donde hayan, y en donde no hayan motivar su conformación, que permitan examinar las actuales prácticas obstétricas y detectar las brechas culturales para introducir modificaciones consensuadas y progresivas para la humanización y adecuación cultural a los procesos de atención.

- Diseñar estrategias de sensibilización para el manejo adecuado de la resistencia al cambio (10).

2.2.4. Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado

El objetivo de la humanización y adecuación de la atención del parto es modificar la práctica obstétrica de la atención del parto, de modo que responda culturalmente a las necesidades de sus usuarias (14).

La normativa para la atención del parto culturalmente adecuado es de aplicación nacional en establecimientos de salud públicos y privados de I y II nivel, tanto en el área urbana como rural (10).

El propósito de la estrategia para la humanización y adaptación cultural de la atención materna es servir y garantizar el derecho a la maternidad segura a todas las mujeres. Esto implica, garantizar la satisfacción de las usuarias y una atención de calidad y con calidez. Para ello es imprescindible la consideración respetuosa de los valores y las tradiciones culturales de las usuarias. Sólo así se podrán mejorar los resultados de salud materna, en particular en relación a la mortalidad materna en las poblaciones indígenas (14).

Es por ello que el primer contacto entre el personal de salud y la paciente es de suma importancia, ya que determinará la confianza y colaboración de la paciente y sus acompañantes en las diferentes etapas del parto durante su permanencia en la institución (10).

Es así que la Normativa de Atención Culturalmente Adecuada del Parto en la pág. 42 establece los siguientes parámetros a cumplir durante la recepción inicial de la madre gestante y acompañantes:

- Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.
- Establezca una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente.
- Evalúe a la paciente, realice el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma.
- Explique en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y haga conocer, a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto.
- Escuche atentamente y responda las inquietudes de la paciente y sus acompañantes en forma sencilla, evite emplear términos técnicos.
- Permita que la partera, partero y/o su acompañante intervengan en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra a usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente.
- Asegúrese de que la medicación, instrumental e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento.
- No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.
- Permita que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto conocido no es perjudicial para la madre o el niño. En caso de no conocer sus efectos, dialogue con la partera o partero para presentar otras alternativas.

- Cumpla el protocolo de atención detallado en la guía durante las diferentes etapas del parto.
- Debe promover el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el bebé.
- Antes de dar el alta médica, proporcione asesoramiento anticonceptivo de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando exista rechazo de parte de la pareja.
- Al dar el alta, informe a la paciente de los signos de alarma del puerperio que requieren atención médica inmediata.
- Recomiende el aseo de las manos, y corte de las uñas de la madre antes de la lactancia a fin de evitar enfermedades diarreicas en el infante.
- Indique a la paciente que debe acudir a la Normativa de Atención control postparto luego de una semana (10).

2.2.5. Adecuación del área física para la atención

Debe realizarse de acuerdo a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad (estera, silla, colchonetas).

El área física para realizar un Parto Culturalmente Adecuado debe evitar el color blanco o muy claro en sus paredes (en algunas culturas andinas el color blanco representa la muerte, además muchas pacientes se incomodan al pensar que van a ensuciar o manchar los entornos de colores claros), debe permitir el libre movimiento de la embarazada, debe disponer de un área para calentar aguas medicinales, debe disponer de ropa cómoda y caliente para la embarazada (faldón y camisón evitar ropas con grandes aberturas en su área anterior o posterior), debe disponer de ropa cómoda para los familiares, partera o partero y equipo médico que asistirá en la atención, que incluyan botas de tela (debe evitarse el uso de ropa identificada como de uso hospitalario), debe existir

colchoneta y paños estériles de diferentes colores para ser usada de requerirse en la fase activa de la dilatación (10).

El ambiente debe ser lo más similar posible al ambiente del hogar, de esta manera la mujer embarazada sentirá mayor confort de modo que el mismo no tendrá semejanza alguna a un ambiente hospitalario. Aunque las normas de asepsia y antisepsia deberán respetarse, es así que el personal de salud deberá corroborar la limpieza de las prendas a usarse de acuerdo a cada una de las culturas.

Este espacio tiene que estar en el bloque obstétrico y tiene que estar dotado de una decoración más cálida que la habitual en las salas de partos hospitalarias; es decir, similar a la decoración de un hogar y, si es posible, insonorizada. De todas maneras, tampoco se aconseja apartar excesivamente esta sala del resto del área obstétrica, sino que se tienen que hacer extensivos a todos los partos el ambiente cálido, la humanización y el trato psicoafectivo, teniendo en cuenta la vivencia especial que significa tener un recién nacido (15).

Disponibilidad de un espacio abrigado, con cierta privacidad y comodidad, en el cual la parturienta y su hijo/hija por nacer se sientan respetados y asistidos en sus necesidades, de manera que las acciones tomadas no interfieran ni representen riesgo alguno y sean congruentes a sus circunstancias (16).

2.2.6. Información

El primer punto, y quizás el más importante, es el que se refiere a la forma como el personal de salud se relaciona con la paciente y con sus familiares.

El personal de salud, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento.

El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular (10).

La comunicación entre los involucrados en el parto humanizado es fundamental durante cada etapa del parto además crea un vínculo de confianza y fomenta la participación en equipo. Es por ello que se requiere por parte del personal de salud el uso de lenguaje acorde a las características de las demás personas presentes ya que facilitara el entendimiento y realización de las actividades requeridas.

El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante, la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano (10).

2.2.7. Vestimenta

Un elemento importante de la medicina ancestral de las comunidades indígenas de los Andes ecuatorianos, aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio humoral. Este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto (10).

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales de las parteras, parteros y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica se refiere a la “práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz

en una sala fría. En cambio, ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto” (17).

El estudio del principio humoral ha llevado en el Protocolo de Atención del Parto Humanizado a cambiar ciertos procedimientos de asepsia como es la higienización genital con agua tibia o agua de alguna planta medicinal acorde a la cultura de la usuaria; en la labor de parto y postparto. De igual manera las salas de labor y parto cuentan con calefactores que permiten mantener una temperatura abrigada (24 grados centígrados) durante todo el proceso del parto.

Además de tener en cuenta el principio humoral, la medicina tradicional se caracteriza por un amplio y especializado uso de plantas con propiedades medicinales. Algunas de las “agüitas” que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío. Sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior (18).

2.2.8. Acompañamiento

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales. Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. “Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los “otros” ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación” (19).

Es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias, de diferentes estratos sociales y económicos, sobre todo de los sectores indígenas, afroecuatorianos y campesinos, la presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante la labor de parto, el parto y el posparto inmediato (20).

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con wawas, la mamá y hacen esperar aparte” (18).

Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario.

Es importante proporcionar asesoramiento sobre las personas que pueden acompañar a la mujer durante el parto. En caso de que sean más de una, se tiene que valorar si es posible que la acompañen todas por motivos de falta de espacio o de intimidad. Si por alguno de estos motivos sólo puede acompañarla una sola persona, el resto permanecerá en la sala de espera, donde se las informará de la forma que tenga organizada el servicio (15).

El hacer que el compañero asista con la madre y se involucre en todo el proceso de la gestación y participe en el parto, aumenta en la futura mamá sentimientos de aprecio, apoyo y compañía, disminuyendo sus temores, y en el bebé sentimientos de seguridad y confianza.

Ventajas:

- Lograr el parto con menos complicaciones, sufrimiento fetal, distocias, retenciones de placenta y hemorragias.
- Promover, asegurar y preparar para la lactancia materna.

- Favorecer la responsabilidad paterna y participación del padre durante el proceso de la gestación y el parto.
- Facilitar el trabajo del personal de salud, al procurar un comportamiento tranquilo de la futura mamá.
- Reducir el uso de anestésicos.
- Promover y fortalecer técnicas de auto cuidado y auto control.
- Humanizar la atención médica al tener en cuenta la preparación de la pareja, sus relaciones interpersonales con el cuerpo médico y la presencia del padre en la sala de partos.
- Recibir información sobre conocimientos básicos de la puericultura (procesos relacionados con gestación, parto, puerperio y cuidados del recién nacido), que permiten a los padres estar preparados para afrontar con tranquilidad su nueva situación y actuar adecuadamente ante ella.
- Promover la atención del parto institucional.
- Disminuir temores y ansiedad mediante el conocimiento de cambios anatómofisiológicos durante la gestación, promoviendo actitudes positivas ante su estado gestacional y obtener mayor auto control en el parto.
- Orientar con enfoque de riesgo a la pareja, para que conozcan factores de riesgo y signos de alarma; ello favorecerá la asistencia oportuna de la gestante a servicios de salud en caso de presentarse complicaciones o alteraciones durante la gestación, parto, puerperio o en el recién nacido.
- Sensibilizar y orientar a la mujer y a la pareja, después del parto, a servicios de regulación de la fecundidad, tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino o de próstata, o para la detección de otras patologías propias de personas en edad fértil.
- Canalizar al bebé al programa de vacunación y de crecimiento y desarrollo, así como fomentar su lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad como mínimo (21).

2.2.8. Evaluación Clínica

Evaluación regular y sistemática de la madre y del feto, detectando oportunamente las desviaciones de la condición de normalidad en el progreso del parto, identificando la condición de riesgo en caso de presentarse para aplicar medidas correctivas o referir al nivel superior. Con el oportuno registro de la información de la madre y el feto en la historia clínica (8).

Comprende:

Solicitar y tener registro de exámenes de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal, para el cual se debe obtener su consentimiento antes de tomar la muestra sanguínea.

Identificar factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente (parto pretermino, rotura de membranas de más de 12 horas, fiebre, hemorragias o patologías del alumbramiento en embarazos anteriores, signos de sufrimiento fetal o alteraciones del estado materno).

Identificar signos de alarma que determinen el nivel de atención de la paciente, éste examen debe incluir: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura, siempre explicando a la paciente lo que se va a realizar y solicitando apoyo a la familia y partera o partero para el consentimiento de la paciente.

Evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.

Confirmar situación, posición y presentación fetal mediante las maniobras de Leopold.

Auscultar la frecuencia cardiaca fetal durante un minuto con cualquier método (el de elección es la auscultación intermitente) y durante un minuto completo inmediatamente después de una contracción uterina.

Control y Registro de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos.

Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel (10).

La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia a fin de evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: dilatación cervical, borramiento cervical, consistencia del cuello, posición del cuello, altura de la presentación fetal, estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea, coloración del líquido amniótico, capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal (10).

El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación, una vez cada cuatro horas es suficiente. Salvo los siguientes casos: cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece o cuando hay signos de que la mujer quiere pujar. Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el porqué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento (22).

Con los datos recabados durante la evaluación clínica el personal de salud determinara si las condiciones son seguras para la práctica de un parto culturalmente adecuado es por ello que debe realizarse de forma minuciosa y precisa.

Los profesionales de la salud deberán observar las indicaciones clínicas y contraindicaciones para proceder a la atención de un parto vertical.

Indicaciones

- Gestante sin complicación obstétrica.
- Presentación cefálica del feto.
- Compatibilidad feto pélvica.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación la cesárea, entre ellas las más frecuentes son:

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocias de contracción
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia severa, eclampsia.

- Antecedente de parto complicado (22).

2.2.9. Alimentación

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela (10).

Algunas de las infusiones que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Por otra parte, ciertas plantas tienen una eficacia natural y simbólica (23).

En éste sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de aguas de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención (8).

Algunas mujeres también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, ya sea con alimentos dados por la unidad de salud o que se permita a sus familiares llevar a la institución alimentos tradicionales para las puérperas (10).

2.2.10. Libertad de Movimiento

“En el parto humanizado la madre deberá elegir la posición en la que se sienta más cómoda. Estará en libertad de cambiar de posición cuando quiera hacerlo. Durante el período de dilatación, en los casos normales, la mayoría de las madres prefiere estar sentada, parada o caminando de una a otra posición. Muy pocas

pacientes eligen la posición acostada, aunque algunas lo hacen por períodos cortos” (24).

Se debe brindar facilidades a la gestante para deambular y para adoptar cualquier posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

La posición de la parturienta debe ser escogida por ella, de la manera como se acomode, el personal de salud se limitará a proteger el periné y a la recepción del bebé realizando maniobras si existiera circular de cordón (8).

2.2.11. Masaje

Los masajes y caricias de relajación pueden ser dados por el acompañante o personal de salud, siempre y cuando no resulten perturbadores para la parturienta y ella las consienta; además ayuda en gran parte con el manejo del dolor y el soporte emocional que son aspectos importantes y deben ser considerados (8).

Para dar masajes debe tener las manos tibias, realizarlos lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos, la utilización de un aceite o talco ayuda a deslizar las manos por la piel y ejercer una presión suave y pareja en la zona lumbar.

Esto permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga (22).

2.2.12. Posición durante el Parto

La demanda de cambio fortalece el respeto a la cultura de la paciente para que escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto (10).

El personal de salud que atiende el parto vertical en cualquiera de las posiciones verticales deberá instruir a la parturienta para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen (22).

- **Cunclillas: variedad anterior:** Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cucullas o sentado en un banquito bajo) y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido (10). Se debe verificar que la paciente mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.

La partera o familiar actúa como el soporte de la paciente, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la paciente, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal (22).

- **Cunclillas: variedad posterior:** La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis (10).

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la paciente y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la cama, abrazará a la paciente por debajo de la región axilar, colocando su rodilla

al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante (22).

- **Rodillas:** El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la cama, con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.

En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad (22).

- **Sentada y Semi-sentada:** El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la cama, abrazará a la paciente por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante debe estar sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la cama, cuidando que la colchoneta o la estera este ubicada debajo de la gestante (10).

En la posición semi-sentada y sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra (22).

- **Cogida de la sogá:** Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Dependiendo del ángulo de inclinación deberá atender el parto por delante o detrás de la paciente (10).

La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente (22). El acompañante puede colocarse a un costado de la paciente.

- **Pies y manos (cuatro puntos de apoyo):** Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. La recepción del bebe se realiza por detrás de la mujer.

Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto (22).

El acompañante deberá colocarse de frente a la paciente, pero probablemente deba colocarse a un costado de la paciente para facilitar la atención del personal de salud (10).

- **Otras:** La paciente puede también adoptar otra posición dependiendo de su cultura es así como en varias ocasiones adoptan la posición acostada hacia arriba (cúbito supino) y en ocasiones acostada de forma lateral derecha o izquierda (decúbito derecho o izquierdo).

2.2.13. Pinzamiento del Cordón Umbilical

Para el pince y corte del cordón umbilical se debe esperar a que deje de latir, esto previene la anemia perinatal de los recién nacidos (8).

Es decisión de la paciente permitir cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad. No existe apuro. No debe pinzarse de manera precoz del cordón umbilical. El tamaño al que se realice el corte del cordón será consultado al acompañante según las costumbres locales (10).

2.2.14. Lactancia Materna

El ambiente cálido, el apego inmediato a su madre y la lactancia materna serán siempre aspectos a cumplir, para evitar enfriamiento, problemas respiratorios y trastornos metabólicos. No se justifica que el recién nacido sea separado de sus padres para revisarlo y valorar su estado general, esto se hará con el mínimo de perturbación posible, ya que el apego del recién nacido a su madre es vital para el inicio de la lactancia materna precoz (8).

La lactancia materna exclusiva es la recomendación universal, sin importar el tamaño de los senos, la forma de los pezones y cualquier limitante menor.

La succión y amamantamiento constituye uno de los mejores estímulos de la secreción de oxitocina endógena (8).

La lactancia materna, además de ser una actividad que suple la necesidad de alimentación para el bebé, es para la madre un momento de placer y satisfacción al estar en contacto con su hijo/a, permitiéndole a este conocer su mundo exterior, adquirir confianza y afirmar su vínculo afectivo. La lactancia precoz no solo lo estará beneficiando a él sino que de paso se beneficia la madre, ya que al lactar él bebe estimulará la liberación de diferentes hormonas que favorecerán a la madre después del parto para que el útero se acomode con mayor facilidad y evita hemorragias (21).

2.2.15. Entrega de la Placenta

Se respetarán las costumbres locales, familiares y sociales, en el uso de plantas medicinales y otros recursos usados para facilitar la expulsión de la placenta, tomando en cuenta que las mismas no afecten el curso normal del alumbramiento y no constituyan un riesgo o agresión a la puérpera (8).

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza.

Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional, para que dispongan del destino final de acuerdo a su cosmovisión (8) y tomando en cuenta las normas de bioseguridad, salvo en casos excepcionales debidamente documentados y justificados en los que se considere un foco contaminante (10).

2.2.16. Valoración de APGAR

Es un instrumento que nos permite valorar la condición general del recién nacido, la misma se al primer y al quinto minutos de vida, cuidando el calor que se debe proporcionar al bebé.

El puntaje va de 0 a 2 dependiendo el estado del recién nacido, evalúa cinco parámetros que son: frecuencia cardiaca (0 no hay, 1 lenta menos de 100, 2 100 o más), esfuerzo respiratorio (0 no hay, no respira, 1 llanto débil, respira mal 2 llanto vigoroso), tono muscular (0 flácido, 1 algo de flexión de las extremidades, 2 movimientos activos, buena flexión), irritabilidad o respuesta a la manipulación (0 no reacciona, 1 mueca, succión o algo de movimiento ante el estímulo, 2 tos o estornudo, llanto, reacciona defendiéndose), color de la piel (0 cianótica o pálido, 1 pies o manos cianóticas, 2 completamente rosado (25).

El puntaje final de Apgar se obtiene de la suma de los valores parciales (0, 1 o 2) asignados a cada uno de los cinco signos descritos.

La interpretación del valor obtenido de la examinación será: de 0-3 severamente deprimido, de 4-6 moderadamente deprimido y 7->bienestar.

El puntaje bajo al minuto indica la condición en ese momento, mientras que a los cinco minutos es útil como indicador de la efectividad de las maniobras de reanimación. En dependencia de su puntuación se manejará de acuerdo a la norma de atención neonatológica (10).

2.2.17. Procedimientos innecesarios

- **Enema:** No debe realizarse enema evacuante porque no es beneficioso, no previene las infecciones perinatales, es incómodo y puede lesionar el intestino. Sugiera a la paciente que evacúe espontáneamente la vejiga y que elimine la deposición, para evitar que esto suceda durante el parto (10).
- **Rasurado:** El vello púbico debe rasurarse solo si la paciente o la partera lo solicitan por las características de la práctica comunitaria de atención (no rasure rutinariamente el área genital) (10).
- **Vía endovenosa:** Para la colocación de una vía endovenosa periférica debe valorar el estado de la paciente, y en caso necesario asegurar la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto (10).
- **Episiotomía:** Hay que valorar la necesidad de realizar episiotomía selectiva. No se debe realizar episiotomía rutinaria a todas las mujeres. No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal (10). En caso de realizarla debe ser registrado en la historia perinatal.

2.2.18. Referencia

En los casos que se identifiquen complicaciones que no puedan ser manejadas deberá recurrirse a la referencia inmediata a una unidad de nivel superior que disponga de mejores y mayores capacidades resolutivas.

El personal de salud debe trabajar coordinadamente con las comadronas y parteros de la localidad, para el reconocimiento de las complicaciones post parto de la madre y del niño/a (8).

Si existiera la necesidad de realizar la referencia de la paciente, por presentar alguna complicación, se tomarán en cuenta los procedimientos y protocolos ya existentes en las normas del Ministerio de Salud, según la capacidad resolutiva del nivel del establecimiento.

La Contrarreferencia debe incluir las recomendaciones para el retorno de la madre a su domicilio (22).

2.2.19. Costumbres

Según la cosmovisión de la cultura de Cayambe, el frío y la sangre adelantan el dolor del parto, por lo cual previenen durante la labor de parto la exposición de la paciente al frío, prefiriendo que mantenga su vestimenta e incluso emplean chalinas para la madre y el recién nacido brindándoles mayor abrigo. Refieren que no observa directamente la región genital de la embarazada por pudor ya que generalmente se encuentran acompañadas por algún familiar (madre, hermana, esposo e incluso sus hijos).

Durante la labor de parto y el parto se da a tomar la linaza, el melloco y el zapallo en infusión, que ayudan para que resbale el wawa.

Además el arvejillo y el ulcozado en infusión contribuyen aumentar la fuerza y refrescar a la madre. No recomienda la ingesta de infusión de agua de canela debido a que cocina la sangre, de este modo interrumpe el parto.

La ingesta de determinado tipo de alimentos como un huevo tibio, coladas de machica, de maíz y de cauca y aguas frescas (sugiere el consumo de güitig) brindan fuerzas durante el parto siendo administradas a la madre durante la labor de parto.

Además suele realizar la colocación de un implasto, elaborado con huevo y linaza molida, sobre la región genital, con el objetivo de limpiar la pelvis, el mismo implasto es empleado para acomodar al wawa y encaderar a la madre; además, puede ser usado en la mayoría de complicaciones obstétricas como el sangrado genital y el riesgo de aborto.

En la preparación para el parto emplea aceite de almendras para realizar el encaderado, al frotarlo sobre el vientre y la rabadilla de la paciente.

Según relata, en caso de parto prolongado suele soplar la cabeza de la paciente en la región fronto-parietal con el objetivo de que baje el wawa y la placenta con mayor facilidad.

Dentro de sus conocimientos ancestrales practican además la limpia con cuy y la lectura de la placenta. En la denominada limpia con cuy, frota un cuy vivo sobre el cuerpo de la embarazada con el objetivo de reconocer si existe sangre en la pelvis y proceder a realizar su curación mediante el empleo de implasto de huevo y linaza molida sobre la región genital. La denominada lectura de la placenta predice el estado de salud del recién nacido, de este modo una placenta llena de sangre negra y espesa es un indicador de enfermedad en el recién nacido, mientras que una placenta con poca sangre roja indica un recién nacido saludable.

Nos refiere que las familias suelen pedir que se les entregue la placenta para llevarla a sus domicilios donde únicamente el padre del recién nacido se dirige a un monte cercano, camina 12 pasos al norte, 12 pasos al sur, 12 pasos al este y 12 pasos al oeste, en forma de cruz y entierra la placenta en la tierra. Este

procedimiento lo realizan con el objetivo de asegurar la salud del recién nacido (26).

2.2.20. Rol de los agentes de acción

La atención del parto no institucional está dada principalmente por parteras, parteros y por familiares de las pacientes, quienes de una manera empírica y ancestral han adquirido conocimientos y han realizado esta práctica de atención.

Sin embargo, la práctica de estos prestadores de servicios tradicionales no ha sido legitimada por las autoridades del MSP y provoca criterios encontrados en lo que a su aceptación se refiere, por lo que, el rol que se les atribuye dentro del Sistema Nacional de Salud, aún no se encuentra definido y es un tema no resuelto.

La atención de un parto domiciliario se caracteriza por la confianza y la seguridad que le brinda a la paciente el estar en su propio entorno y con personas que no ejercen presión y que le brindan un trato lleno de afecto y consideración. Además, este tipo de atención responde a las necesidades culturales y creencias propias de la mujer, la familia y la comunidad (10).

Según las propias parteras, el rol que podrían desempeñar se establecería bajo los siguientes parámetros:

- La partera puede ayudar a las usuarias indígenas y afro ecuatorianas brindándoles apoyo psicológico para que tengan más confianza en el momento de la atención del parto institucional, sobre todo en el caso de las primigestas.
- La presencia de la partera o partero puede ayudar a agilizar el parto.
- Ayudar para que la parturienta no sufra por el problema del idioma, pues muchas usuarias indígenas solo hablan Kichwa o no hablan muy bien el

español. La partera o partero incluso puede hacer las veces de traductora entre el personal de salud, la usuaria y sus familiares.

- Evitar el maltrato del personal hacia las usuarias, (que el personal de salud no insulte u ofenda de alguna forma a las pacientes).
- Brindar compañía a las parturientas que no tengan familiares que les acompañen. Podrían ayudar en funciones de la auxiliar debido a que los mismos deben brindar atención a varios pacientes.
- Posibilidad de cumplir turnos institucionales rotativos entre parteras o parteros de diferentes comunidades, que se las acredite por medio de un carnet de identificación, y que sean remuneradas por éste trabajo (14).

De esta manera se evidencia también la demanda por un reconocimiento oficial de la importancia de su trabajo, y una demanda de participación institucionalizada de las parteras o parteros comunitarias en los procesos de Adecuación Cultural del parto.

Esto denota que la demanda es hacia la intervención de las parteras o parteros en la atención del parto si la parturienta toma ésta opción, con acompañamiento por el profesional de salud. Esto cuando se definan los roles de las parteras y parteros en el SNS (10).

2.2.21. Componente de organización

Este componente consiste en la aplicación de un conjunto de procesos y acciones que permita adaptar los servicios de salud para ofertar prestaciones salud de calidad con calidez cubriendo así las necesidades de atención del parto de la mujeres de la poblaciones andinas y amazónicas (10).

2.2.22. Recursos humanos

Los profesionales de la salud deberán contar con capacidades y competitividades técnicas, además de reunir un conjunto de habilidades y destrezas para la atención obstétrica y neonatal (10), las mismas que permitirán establecer una

relación empática con la parturienta y su familia, formando un clima de seguridad y confianza.

Fundamentalmente porque responde a las necesidades culturales de los pueblos indígenas, de algunos grupos mestizos (urbanos y rurales) y de muchas mujeres que no aceptan ser más ignoradas ni sometidas al maltrato, a la violencia y a prácticas riesgosas e injustificadas, adicionalmente existe la necesidad de tomar en cuenta que la oferta de prestaciones y servicios debe corresponderse con los perfiles profesionales existentes en el Ecuador, a nivel nacional, regional y local (8).

El equipo de salud estará conformado por:

- Médico General
- Obstetra
- Enfermera
- Partera o partero certificada por el MSP (10)

2.2.23. Recursos materiales

- Equipo completo de la atención del parto
- Catgut
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Equipo de recepción y reanimación neonatal
- Balanza pediátrica
- Lámpara de cuello de ganso
- Soporte para suero
- sillas
- Estanterías para guardar medicamentos
- Fuentes de calor (Calefactores)

- Taburete
- Cama
- Argolla de metal instalada en el techo
- Soga gruesa de 5 metros
- Una Colchoneta
- Campos para la colchoneta
- Recipiente de acero inoxidable
- Fundas de agua caliente
- Botas o medias de tela
- Campos para la recepción del recién nacido
- Batas o ropa adecuada de algodón para la parturienta
- Medicamentos para el parto
- Estantería para plantas medicinales propias de la zona
- Utensilios para la preparación de aguas medicinales
- Recipientes de corto punzantes
- Incubadoras

Además cada unidad de salud debe establecer su capacidad resolutive ante la atención de manera que es importante organizar la referencia y contra referencia para la continuidad y oportunidad de la atención en caso de complicaciones durante la atención del parto, de acuerdo con las normas vigentes y lo establecido a nivel local para la red de servicios (10).

2.2.24. Componente de provisión

Comprende el conjunto de atenciones y cuidados que el personal de salud o la familia o la comunidad proporcionan a la parturienta, durante la labor de parto y el parto mismo, y al recién nacido en el lugar de su nacimiento (8).

2.2.25. Plan de parto

Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar, ante la presencia de señales de parto o de algún signo de alarma (22).

Debe ser realizado entre el Equipo Básico de Atención de Salud (EBAS), la embarazada, la familia y la comunidad durante el embarazo, en donde se define:

- Acompañamiento.
- Transporte.
- Organización familiar.
- Atención del parto.
- Corte del cordón umbilical.
- Entrega de placenta (10).

El plan de parto debe elaborarse con la participación de la gestante para lograr que ella y su familia se interesen en dar solución a los aspectos críticos que enfrentan en el embarazo y en el parto, a partir de los recursos familiares y comunitarios disponibles (22).

La información de la ficha de plan de parto debe consignar los siguientes datos:

- Datos de filiación de la gestante.
- Fecha probable de parto.
- Establecimiento en la que realiza su atención prenatal.
- Resultados de los análisis.
- Lugar donde se atenderá el parto.

- Posición selectiva para dar a luz.
- Medio de transporte disponible en su comunidad.
- Personas que la ayudaran en el traslado.
- En caso de requerir sangre quien hará la donación.
- Si hará uso de la casa de espera.

2.2.26. Recepción gestante-acompañante

Brindar una cálida bienvenida que revele una predisposición de acoger, respetar las particularidades culturales y circunstancias personales y familiares. Se solicitará el carné materno el mismo que se adjuntará a la historia clínica de la paciente.

La paciente podrá conservar sus propias ropas, con la recomendación de que estén limpias, u ofrecerle la ropa adecuada de la unidad (10).

Se llevará a cabo una evaluación integral de la parturienta y el feto, que comprenda los aspectos emocionales, físicos y culturales.

También se diagnosticara el trabajo de parto y establecerá la condición de normalidad del embarazo y su bajo riesgo, basados en los signos clínicos: frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y cambios del cuello uterino (dilatación y borramiento).

Ante cualquier evidencia de complicación se procederá con la transferencia inmediata al nivel superior (8).

2.3. Marco referencial

Según MSc. Dr. Miguel Lugones Botell, Dra. Marieta Ramírez Bermúdez en su artículo El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura publicado en la revista cubana ScIELO “Las dudas acerca de la postura a la hora de parir empezaron a aparecer al observarse que en posturas en las que se aprovecha la fuerza de la gravedad los partos parecían ir más rápido y, sobre todo, que cuando la mujer podía decidir cómo ponerse su confianza como mujer y madre era mayor, se sentía más protagonista, más competente y el riesgo de depresión posparto era menor. En otras palabras, la mujer se sentía más partícipe del proceso cuando podía elegir cómo parir y menos cuando debía adoptar posiciones con tan poca libertad como la mencionada de litotomía” (27).

Las diferentes posiciones adoptadas por las mujeres durante el parto han constituido hitos importantes a través de la historia, algunos de los cuales no están totalmente resueltos. Es así que en Egipto parece ser que el parto ocurría de rodillas o con las mujeres sentadas en sillas especiales. En la época de Hipócrates de Grecia existían sillas de parto con asiento abierto y respaldo inclinado. En el Imperio Romano la mujer paría sentada en un sillón obstétrico. Cuando Cristóbal Colón llegó a América tuvo ocasión de entrar en contacto con las culturas precolombinas, donde la posición vertical para parir seguía siendo la dominante, bien fuera en cuclillas, arrodillada o sentada.

En los últimos tiempos, con el desarrollo de la ciencia, la asistencia al parto se ha estado realizando en un medio hospitalario y con personal especializado y de esta manera, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro, fundamentalmente para garantizar su bienestar, por lo que se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad (27).

Todas las posturas son buenas y válidas porque tienen sus beneficios, sin ser ninguna superior a otra de manera concluyente. Lo ideal es no quedarse con ninguna, sino aceptarlas todas como posibles candidatas y hacer uso de la que la mujer quiera en cada momento.

Raúl Mideros, Docente del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador y Paola Hidalgo Noboa Investigadora independiente mencionan que “la adecuación cultural de la atención del parto está basada en nociones de respeto a las costumbres de las mujeres indígenas y afrodescendientes, sin pretender proponer un protocolo paralelo, recalcando en la diversidad infinita de prácticas y costumbres ancestrales existentes en los pueblos y comunidades” (28). Desde este punto de vista el Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado se vuelve un conjunto de pautas y recomendaciones ante la aplicación de variedad de costumbres, para la atención de un parto seguro y la disminución de partos domiciliarios considerados como una práctica insegura. Es así que no es uno solo el protocolo sino se vuelve una variedad de acuerdo a la cosmovisión existente.

En la atención culturalmente adecuada del parto se proponen una serie de prácticas, elementos y recursos de orden técnico y cultural, derivados de los saberes ancestrales y los sistemas médicos y de salud indígenas que enriquecen los protocolos y normas de atención biomédica, de esta manera se pretende estimular en los profesionales de la salud el desarrollo de prácticas más respetuosas que permitan sobrellevar de mejor manera los eventuales choques culturales y las demandas específicas de las mujeres de zonas en donde la población es mayoritariamente indígena o afrodescendiente.

Se desprende del análisis que las adaptaciones culturales deben, siempre, someterse a los criterios técnico-científicos de seguridad de la obstetricia moderna (28).

En un estudio realizado en Perú sobre Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal con 85 madres atendidas por parto vertical se obtuvo como resultado importante que el número de pacientes sin complicaciones fueron un total de 44 pacientes (52%) y sin complicaciones ni necesidad de episiotomía, un total de 11 pacientes (13%). Por lo que no se observó un efecto nocivo en la atención del parto vertical.

El resto de resultados fueron que no hubo complicación en 11 casos (9%). En 52 casos (40%) se tuvo que realizar una episiotomía. El desgarro vaginal ocurrió en 25 pacientes (19%). Hubo presencia de líquido meconial en 13 pacientes (10%). En 7 casos (6%) hubo alumbramiento incompleto, que requirió legrado uterino. Presencia de hemorragia en 6 pacientes (5%). Desgarro cervical, trabajo de parto prolongado y trabajo de parto precipitado cada uno ocurrió en 4 pacientes (3%). Además se reportó atonía uterina en 3 pacientes (2%). Excluyendo la episiotomía como complicación la frecuencia de complicaciones disminuiría de 89% a 48% (29).

“La libertad de movimientos y de cambios posturales es de vital importancia para un parto y nacimiento fisiológico. Existe suficiente evidencia científica que respalda lo que, a través de diferentes culturas y épocas, la intuición de las mujeres ya sabía. Los partos en posiciones verticales presentan numerosas ventajas” (30). Las comadronas deberían actuar conforme a este conocimiento: aumentando su confianza y competencia para la asistencia a las mujeres en cualquier postura que elijan y creando un entorno que favorezca esa libertad de movimientos es lo que manifiesta María Elena Romero Roy, Ángela Carrizosa Moreno, José Francisco Jimeno en su artículo Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones.

2.4. Marco legal

La Constitución De La Republica Del Ecuador dispone: “Art. 42.- El Estado garantizara el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad calidad y eficacia” (31).

Además el Art. 47 de la Constitución De La Republica Del Ecuador, establece que: “en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas...” (31).

El Art. 43 de la Carta Magna prescribe que: “Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social”.

El Art. 44 Ibídem manda que: “El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlara el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley”.

El Ibíd dispone en el Art. 45 que: “El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”.

El Art. 48 de la Norma Suprema señala: “Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los demás”.

El Art. 6, numeral 2 de la Ley Orgánica de Salud establece como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud” y en el numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera” (32).

El Código de la Niñez y la Adolescencia establece en el Capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia, Art. 25: “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y el niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2500 gramos” (33).

El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador, establece como metas para el sector salud , reducir el 25% la mortalidad de la niñez, reducir en 25% la mortalidad infantil, reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en 30% la mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo adolescente, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud” (34).

Con Acuerdo Ministerial No. 0000253 de 11 de agosto del 2005, se declara el Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional; que con Memorando No. SNS-10-503-2008 DEL 14 DE AGOSTO DEL 2008, la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de

Salud, solicita la elaboración del Presente Acuerdo Ministerial y la derogatoria del Acuerdo ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005; y, en ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 176 y 179 de la Constitución De La República Del Ecuador y el artículo 17 del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva; ACUERDA:

Art. 1.- Declara al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna Neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud.

Art. 2.- Aprobar y autorizar la publicación de Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la Norma y Protocolos de Salud Sexual y Reproductiva que lo sustentan:

- Normas y Protocolos de Atención Materna.
- Normas y Protocolos de Atención Neonatal.
- Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal.
- Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.

Art. 3.- Disponer la difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes para que sean aplicados obligatoriamente en todas las Unidades Operativas del Sector Salud tanto públicas como privadas.

Art. 4.- Son responsables del seguimiento y evaluación del Plan de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la norma de salud sexual y derechos reproductivos que lo integran, las direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública y el Concejo Nacional de Salud CONASA, en los ámbitos de su competencia.

Art. 5.- Derogase expresamente el Acuerdo Ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005.

Art. 6.- De la ejecución, del presente acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de sus suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense a las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública.

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA

Se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Cualitativo.

Se trata de una investigación de tipo descriptivo, porque se va analizar y detallar las características del parto culturalmente adecuado.

Es cualitativa debido a que se utiliza predominantemente información que permitirá recoger, procesar y analizar características y formas que se dan en el grupo de estudio.

El grupo de estudio estará constituido por todas las mujeres embarazadas que tengan un parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía de Cayambe.

3.1.1. Diseño

La siguiente investigación es de diseño cuali-cuantitativa y no experimental.

- Cualicuantitativa ya que permite determinar las características omitidas y la incidencia de las mismas.
- No experimental ya que no manipula las variables para la obtención de un resultado o efecto, describiéndola en su ambiente natural.

3.1.2. Tipo

Se trata de una investigación de tipo observacional, descriptiva de corte transversal.

- Observacional que nos permite verificar del cumplimiento del protocolo y establecer las acciones omitidas en la ejecución del parto culturalmente adecuado.

- Descriptivo, porque se va analizar y detallar las características del parto culturalmente adecuado.
- Transversal ya que se realiza en un espacio de tiempo determinado tomando en cuenta la instancia del evento el parto cultural.

3.1.3. Recursos (instrumento)

- **Encuesta:** Una búsqueda sistemática de información y además permite la recolección de dato agregado, de tipo contenido basada en hechos para la determinación del cumplimiento del protocolo de atención del parto culturalmente adecuado. De finalidad descriptiva en la definición del fenómeno y caracterización, personal y transversal sincrónica. Diseñada con preguntas estructuradas cerradas y de respuesta múltiple planteadas de forma dicotómica y abanico y preguntas de control.
- **Guía de observación:** Directa en el ambiente de parto y la ejecución del protocolo de atención del parto culturalmente adecuado. Con énfasis en las acciones del personal de salud involucrado y la aplicación de prácticas tradicionales por parte de las parteras así como también la presencia del acompañante y respeto en la toma de decisiones de la parturienta.
- **Revisión bibliográfica:** Tesis, proyectos, artículos científicos, guías, manuales, libros, para recopilación de la información y análisis de la misma en la formación del marco teórico y conocimiento del investigador.

3.2. Matriz de operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
<p>Identificar las características sociodemográficas de la población de Cayambe que se beneficia del parto culturalmente adecuado a nivel institucional.</p>	<p>Características sociodemográficas</p>	<p>Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas, culturales que están presentes en la población a estudio, tomando aquellas que pueden ser medidas.</p>	<p>Etnia</p> <p>Estado civil</p> <p>Edad</p>	<p>Autonomina- ción</p> <p>Autonomina- ción</p> <p>Años cumplidos</p>	<p>Indígena</p> <p>Mestizo</p> <p>Afroecuatoriano</p> <p>Blanco</p> <p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Unión consensual</p> <p>Divorciada</p> <p>Viuda</p> <p>14-18</p> <p>19-25</p> <p>26-34</p> <p>35-42</p>

			Nivel de instrucción	Estudios realizados	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior
Describir las condiciones institucionales para la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado	Condiciones institucionales	Conjunto de recursos que tienen funciones asistenciales y de integración para el cuidado de la salud y la enfermedad de	Higiene	Cumplimiento de la adecuación de las condiciones institucionales	Inadecuada Ligeramente adecuada Moderadamente adecuada Sustancialmente adecuada Completamente adecuada

<p>Mejía Cantón Cayambe.</p>		<p>las personas y la comunidad.</p>	<p>Material estéril</p> <p>Equipo</p> <p>Adecuación física</p>		<p>Si No</p> <p>Completo Sustancialmente completo Moderadamente completo Ligeramente completo incompleto</p> <p>Completamente adecuada Muy adecuada Moderadamente adecuada Algo adecuada No del todo adecuada</p>
----------------------------------	--	---	--	--	---

<p>Detallar el protocolo de atención del parto culturalmente adecuado y determinar el nivel de conocimiento de los funcionarios que laboran en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe.</p>	<p>Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado</p>	<p>Conjunto de procedimientos con un enfoque humanitario, intercultural y de derechos para la atención en salud materna y neonatal aplicados por el personal de salud de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud</p>	<p>Recepción</p> <p>Interacción</p> <p>Evaluación clínica</p> <p>Procedimientos y área física</p>	<p>Cumplimiento de los ítems descritos en el protocolo de atención del parto culturalmente adecuado.</p>	<p>Excelente</p> <p>Muy buena</p> <p>Buena</p> <p>Justa</p> <p>Escasa</p> <p>Muy intensa</p> <p>Intensa</p> <p>Moderada</p> <p>Débil</p> <p>Muy débil</p> <p>Completa</p> <p>Incompleta</p> <p>Completamente adecuada</p> <p>Muy adecuada</p>
--	---	--	---	--	---

			<p>Responde inquietudes</p> <p>Acompañamiento</p>		<p>Moderadamente adecuada</p> <p>Algo adecuada</p> <p>No del todo adecuada</p> <p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Esposo</p> <p>Madre</p> <p>Cuñada</p> <p>Hermana/o</p> <p>Ninguno</p>
--	--	--	---	--	--

			Equipo		<p>Completo</p> <p>Sustancialmente completo</p> <p>Moderadamente completo</p> <p>Ligeramente completo</p> <p>Incompleto</p>
			Posición		<p>Cuclilla anterior</p> <p>Cuclilla posterior</p> <p>Rodillas</p> <p>Sentada</p> <p>Semisentada</p> <p>Cogida de la soga</p> <p>Pies y manos</p> <p>De pie</p> <p>Otras</p>

			Plantas medicinales		Si No Cuales
			Apego precoz		Completamente adecuado Muy adecuado Moderadamente adecuado Algo adecuado No del todo adecuado
			Asesoramiento anticonceptivo		Completamente adecuado Muy adecuado Moderadamente adecuado Algo adecuado

			Signos de alarma posparto		No del todo adecuado
					Completamente adecuado
					Muy adecuado
					Moderadamente adecuado
					Algo adecuado
					No del todo adecuado
			Aseo		Completamente adecuado
					Muy adecuado
					Moderadamente adecuado
					Algo adecuado
					No del todo adecuado

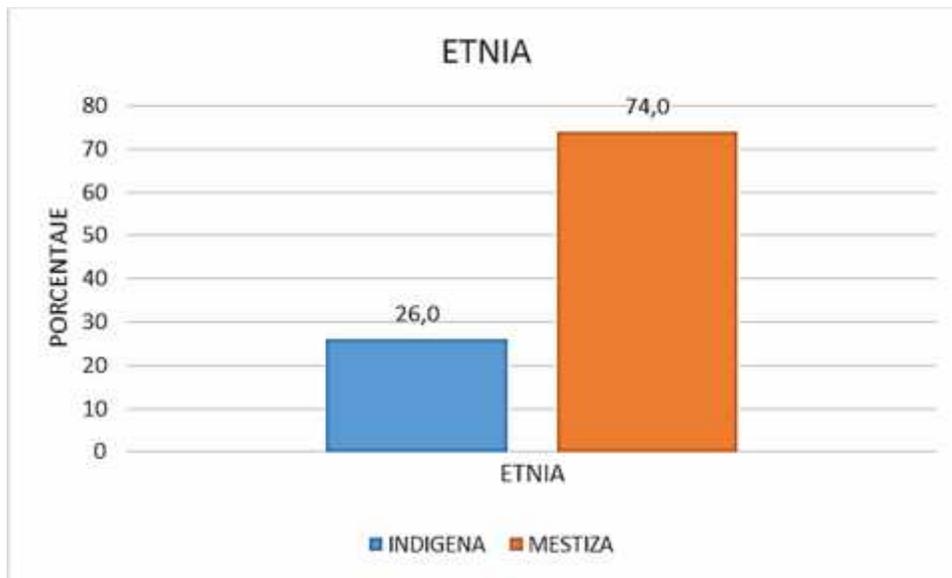
			Control postparto		Completamente adecuado Muy adecuado Moderadamente adecuado Algo adecuado No del todo adecuado
	Conocimiento de los funcionarios	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección,	Cumplimiento de la normativa	Identifica correctamente los componentes de la normativa	Excelente Muy buena Buena Justa Escasa

		posesión de múltiples datos interrelacionados.	Talleres Encuentros interculturales	Renueva y comparte conocimientos adquiridos	Mensual Trimestral Semestral Anual Mensual Trimestral Semestral Anual
--	--	--	--	---	--

CAPÍTULO IV

4.1. Resultados de la investigación

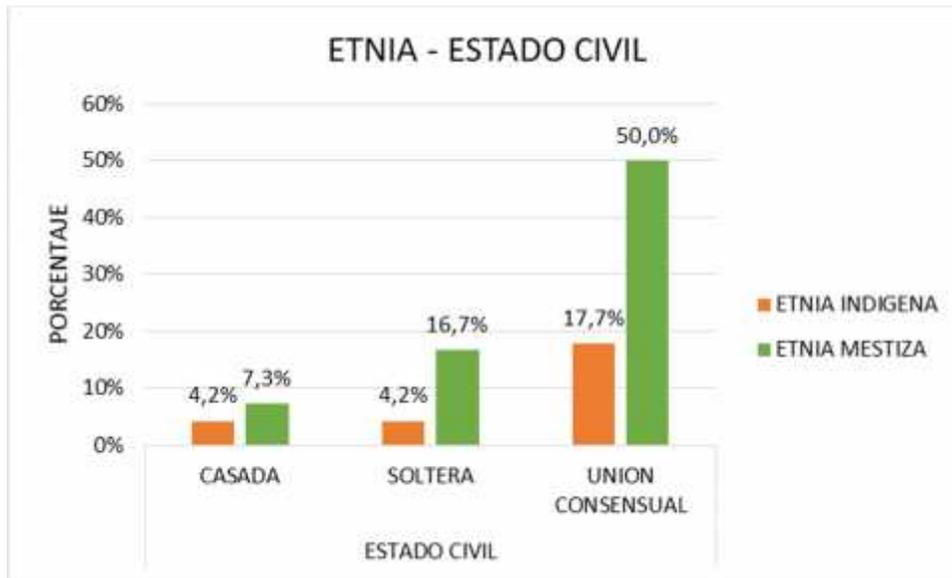
Gráfica 1 Etnia



En el estudio realizado la mayor parte de mujeres embarazadas atendidas bajo la normativa del parto culturalmente adecuado son de etnia mestiza en un 74%, mientras que las mujeres de etnia indígena alcanzan un 26%.

El 69% de la población de Cayambe es de etnia indígena Kayampi (35). Razón por la cual la etnia indígena se considera la predominante en Cayambe pero a pesar de ello es la que menos acude a los partos culturalmente adecuados que se realizan en el hospital lo cual significa que las mujeres de etnia indígena se inclinan a la práctica ancestral llevando a cabo su parto de forma domiciliaria, mientras que la etnia mestiza es la que da mayor acogida a la implementación de la normativa de forma institucional.

Gráfica 2 Etnia – Estado civil

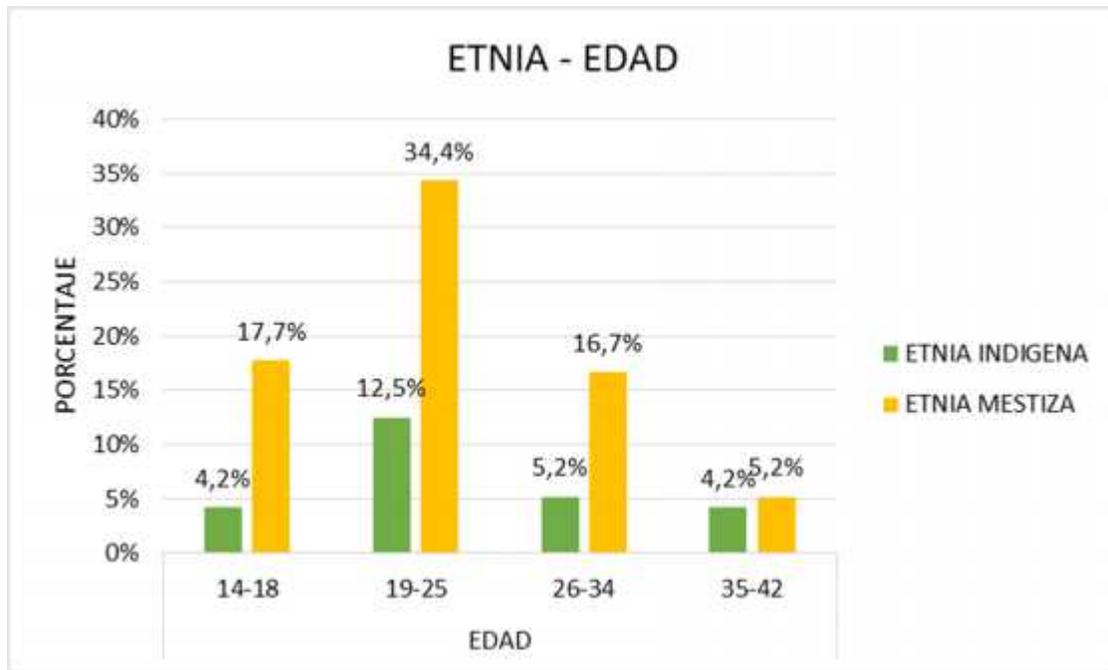


En la presente gráfica observamos que la mayoría de mujeres de etnia mestiza son de estado civil unión consensual en un 50% y la menor parte son casadas en un 7,3%, similarmente la etnia indígena en su generalidad pertenecen a la unión consensual en un 17,7% y el resto de mujeres indígenas se encuentran divididas en un 4,2% tanto para el estado civil solteras como para casadas.

En un estudio realizado en Bogotá durante el embarazo, alrededor del 40% de las entrevistadas optaron por la unión libre o el matrimonio legal. Después del nacimiento del primer hijo un 53% de las mujeres estaban con su pareja; actualmente, de las 15 entrevistadas el 60% están unidas, 33% permanecen solteras, y una minoría se encuentra separada 6,6% (36).

Tan solo una pequeña cantidad de la población en estudio son madres solteras, que como consecuencia tendrán que sustentar a su hijo muchas de ellas con la ayuda de sus padres, aunque mayormente nuestra población se encuentra en unión consensual y otras casadas demuestra que todas ellas cuentan con un apoyo sentimental, social y económico para la crianza de su hijo/a al igual que el estudio realizado en Bogotá.

Gráfica 3 Etnia – Edad



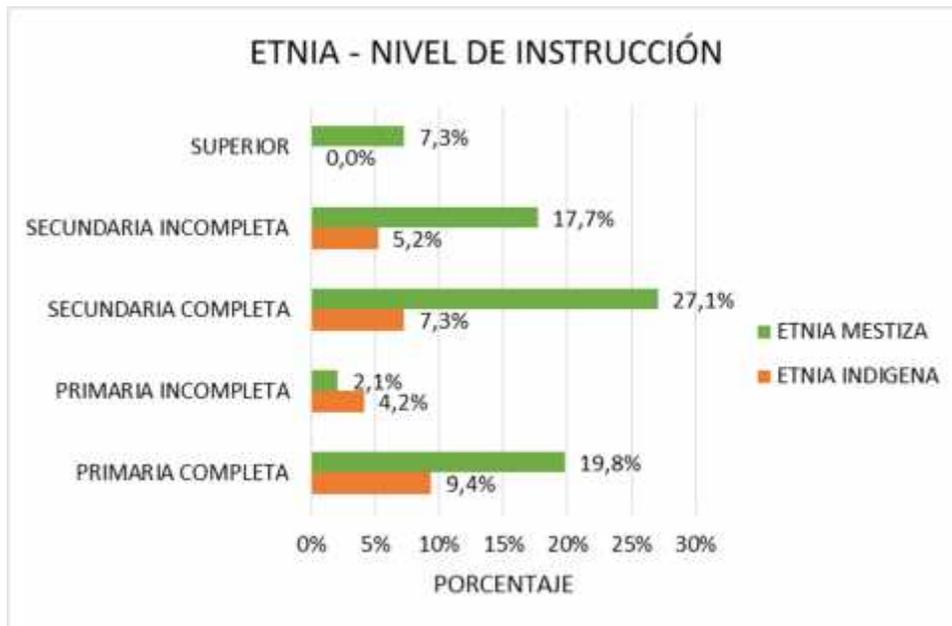
La población en estudio es mayoritariamente de etnia mestiza es por ello que los mayores porcentajes alcanzados son de la misma, la mayoría de mujeres mestizas atendidas en el parto culturalmente adecuado son las de 19-25 años de edad con un 34,4% las cuales son adultas jóvenes, la menor parte de ellas fueron las mujeres de 35-42 años de edad con un 5,2% las que se encuentran en la premenopausia. En cuanto a las mujeres indígenas atendidas observamos que al igual que las de etnia mestiza la mayoría de ellas tienen de 19-25 años de edad, en cuanto a las de menor incidencia tenemos un 4,2% que son de 14-18 años de edad correspondientes a la adolescencia y 35-42 años de edad que son adultas en la premenopausia.

Un estudio realizado por la universidad de Loja indica que un 30% de las madres adolescentes de bajos recursos se embarazan mientras que en las adolescentes

con mayores ingresos se da en menor concurrencia y ocurre de manera similar en Bolivia y Ecuador (37) .

En cuanto a los embarazos en la adolescencia, vemos que se presentan en mayor incidencia en la etnia mestiza con un 17.7% que son el segundo grupo con mayoría de mujeres atendidas bajo la normativa del parto culturalmente adecuado.

Gráfica 4 Etnia – Nivel de instrucción



La etnia mestiza es la que tiene mayor nivel de instrucción es así que en la gráfica presentada podemos observar que la mayor frecuencia se encuentra en secundaria completa con un 27,1% y la de menor incidencia primaria incompleta con un 2,1%. Hablando de la etnia indígena podemos observar que poseen menor nivel de instrucción es así que la mayoría de mujeres indígenas se encuentra en primaria completa con un 9,4% mientras que ninguna de ellas posee nivel de instrucción superior.

En cuanto a la escolaridad en un estudio realizado en la Universidad de Loja el 85% tiene secundaria y el 15% primaria; mientras que las adolescentes continúan con sus estudios un 50% y el resto desisto de sus estudios (37).

El nivel de instrucción más alto pertenece a la etnia mestiza, es por ello que es la población del estudio con más aceptación a la implementación de la normativa del parto culturalmente adecuado y por ende el grupo más beneficiado. Por otro

lado la carencia de instrucción y conocimiento es el motivo por el cual la etnia indígena no acepta en su totalidad la implementación de la misma a pesar de la importancia que le da a la interculturalidad, siendo así que ellas aun practican el parto domiciliario sin ayuda del personal de salud.

Gráfica 5 Cumplimiento institucional de la normativa



En cuanto a la adecuación de la institución con la sala de partos para la atención bajo la normativa del parto culturalmente adecuado cumple con un 100% en cuanto a la asepsia perineal que se la realiza con sablón, y la de menor cumplimiento el inmobiliario adecuado de la sala con un 79,2% debido a la ausencia de estantería, vitrina o mueble con plantas medicinales; dispensador de agua; estufa, cocineta o cocina; cinco paquetes de lencería: acompañante; rotulación en idiomas locales.

En un estudio realizado en Perú se refiere que el tema de la infraestructura y equipamiento, aspecto básico dentro de la mejora de la calidad de los servicios obstétricos determina un mayor acercamiento a la cultura de comunidades indígenas, respetando parte de las costumbres relacionadas con los procesos de embarazo, parto y puerperio (29).

La institucionalización del parto humanizado busca adaptar el área hospitalaria de tal forma que tenga la mayor similitud posible al ambiente del hogar, favoreciendo el acogimiento del parto institucional en el ámbito cultural.

Gráfica 6 Recepción de la gestante

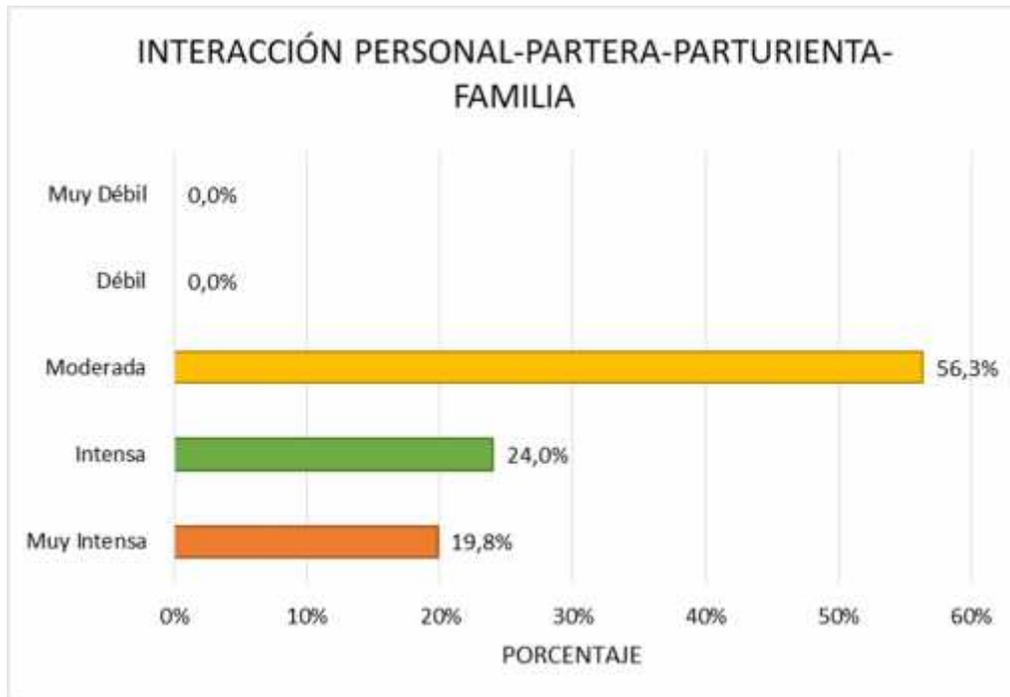


La recepción de la gestante por parte del personal de salud es considerada en su mayor parte excelente con un 87,5%, ninguna de las personas pertenecientes a la población en estudio califica a la recepción brindada como regular o mala.

La junta de Andalucía plantea que la mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados. Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10% elegirían un alternativa. Es necesaria ayuda para tomar la decisión y probable variabilidad en la práctica clínica (38).

La forma en que el personal recibe a la mujer embarazada y sus acompañantes determinara el progreso u obstaculización de todo vínculo que puede crearse para colaborar con el progreso de la labor de parto y parto. Es así que un trato cordial puede facilitarnos la realización de los diversos procedimientos que vamos a realizar.

Gráfica 7 Interacción personal-partera-parturienta-familia

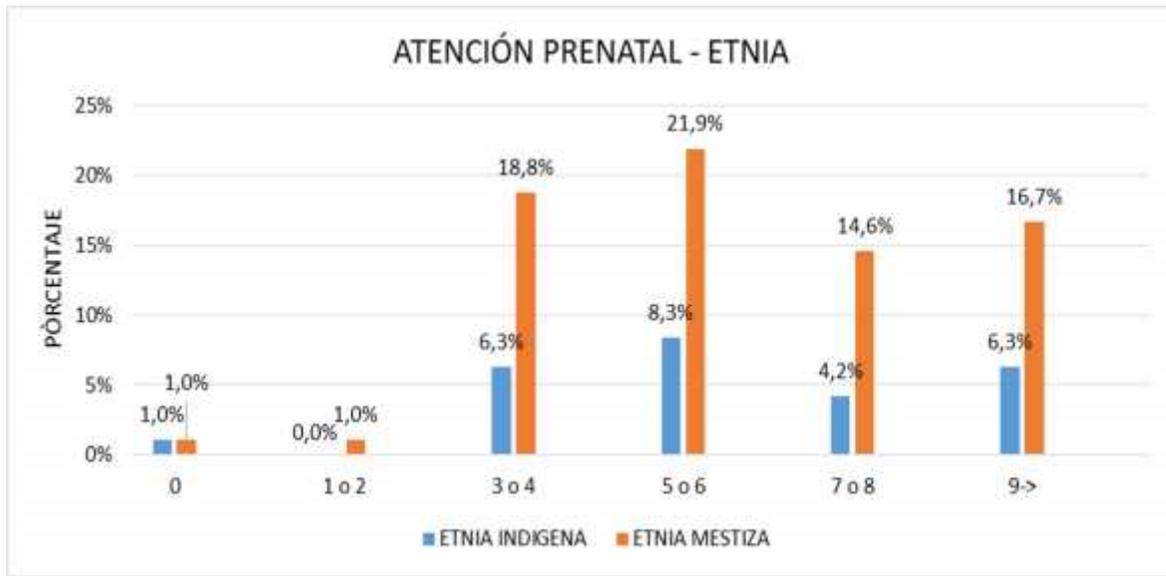


La interacción de los individuos involucrados en el parto culturalmente adecuado es considerada moderada en un 56,3% lo cual nos indica que existe un trato cordial y armonioso durante la labor de parto y parto.

En un estudio realizado en Lima se encontró altos niveles de satisfacción por la atención a la paciente en cuanto a interrelación personal-paciente (86,6% pacientes y 72,4% familiares). Sin embargo, el nivel de satisfacción por el trato al acompañante fue significativamente menor (67,7%). La proporción de usuarios que calificó el interpersonal de excelente (24,7%) (29).

La interacción con el paciente nos ayuda a crear un vínculo de confianza y respeto, además nos abre una puerta para un diálogo ameno y también poder indagar con mayor familiaridad, así establecer un lazo de amistad. Permitiéndonos conocer datos del paciente que en ocasiones suelen ser difíciles de tratar.

Gráfica 8 Evaluación clínica Atención prenatal – Etnia

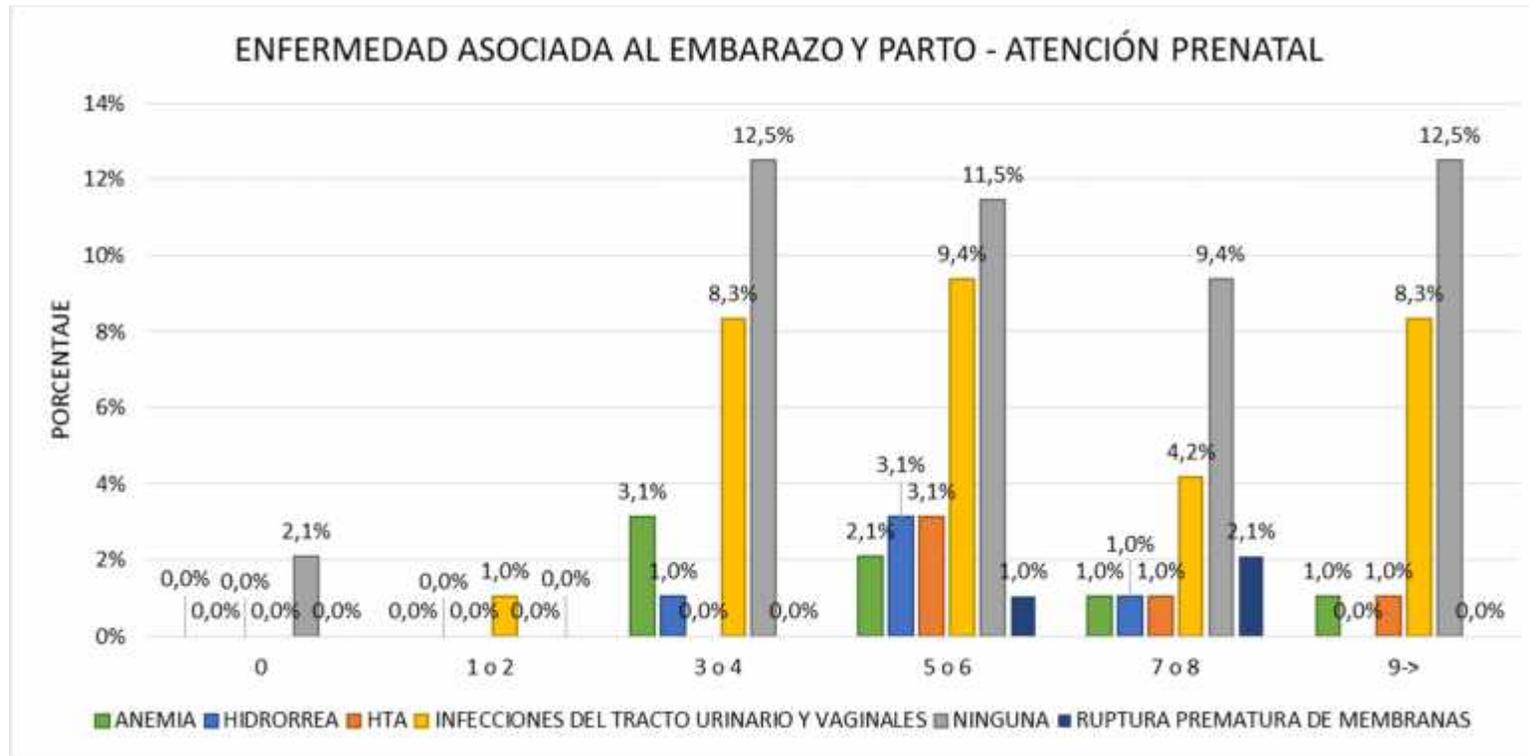


La atención prenatal durante el embarazo no presenta mucha diferencia entre las mujeres de etnia mestiza e indígena, la mayor incidencia es de 5-6 controles en un 21,9% en la etnia mestiza y de 8,3% en la etnia indígena, la menor incidencia es de 1-2 controles la etnia indígena con un 0% y la etnia mestiza con un 1%.

La atención prenatal debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas, de manera individualizada y en relación a su entorno comunitario. Debe haber continuidad; la comunicación y la información a la embarazada deben otorgarse en una forma respetuosa, accesible, clara y consistente de acuerdo a sus necesidades (39).

La grafica nos muestra que la población se encuentra informada acerca de la atención prenatal puesto que el número de controles mínimo es cinco y en su mayoría cumplen con lo dicho, aunque aún existe un porcentaje considerable que aún no se acerca a el número mínimo de control y un grupo muy pequeño q no los realiza o tan solo acude por una ocasión. Esta información nos lleva a determinar que el personal de salud realiza su trabajo a cabalidad.

Gráfica 9 Enfermedad asociada al embarazo y parto – Atención prenatal



Las enfermedades asociadas al embarazo presente en el grupo de estudio desde la de mayor incidencia observamos las infecciones del tracto urinario y vaginal las mismas que durante el embarazo se realizaron la mayoría de 5 a 6 controles en un 9,4% y en menor frecuencia 1% de 1 a 2 controles.

La patología de menor frecuencia la ruptura prematura de membranas en la que el grupo de mayor frecuencia 2,1% se realizó de 7 a 8 controles y el de menor casos 1% con 5 o 6 controles.

En un estudio realizado en Brasil se (507) reporto que 61 partos presentaron complicaciones por atención prenatal inadecuado (15).

Según la gráfica expuesta, el grupo en estudio se encuentra bien informado acerca de la atención prenatal, además los grupos que presentan patología asociadas al embarazo se realizaron un control riguroso. Por otro lado existe un gran grupo que no presenta complicación en su embarazo pero a pesar de ello el número de controles que se han realizado durante su embarazo son altos superan el número de controles mínimo establecido por el Ministerio De Salud Pública.

Gráfica 10 Evaluación obstétrica – Tactos vaginales



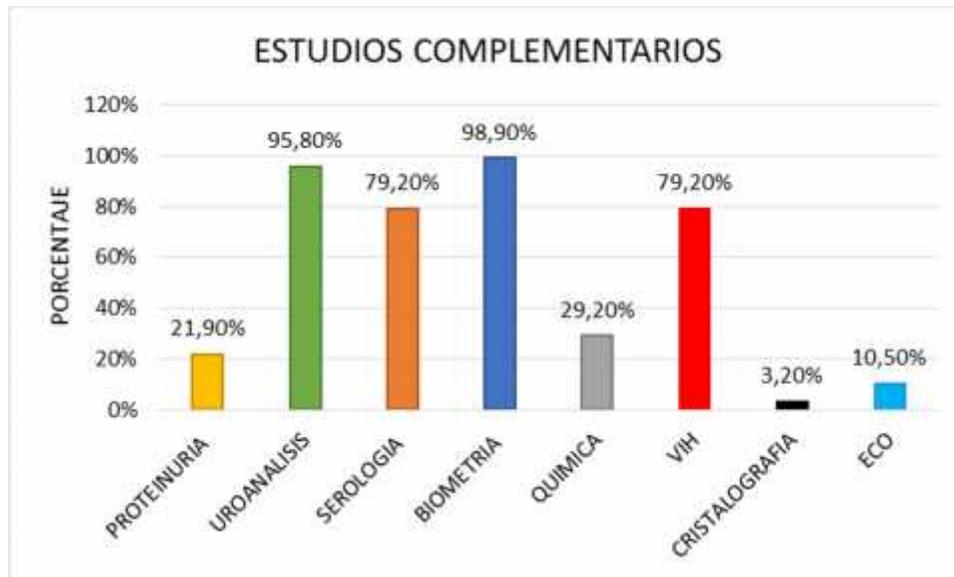
En la gráfica presente observamos que el mayor porcentaje corresponde a la evaluación obstétrica 1 o 2 previo al parto, las cuales en 53,1% no se realizó tactos continuos y el menor rango en 3 o 4 evaluaciones obstétricas donde en el 1% no se realizó tactos vaginales continuos. Mientras que la frecuencia más elevada en cuanto a la realización de tactos vaginales continuos pertenece a 21,9% en 5 o > evaluaciones obstétricas, y el de menor incidencia 3,1% de realización de tactos vaginales continuos en donde no se realizó evaluación obstétrica alguna.

El primer examen o tacto vaginal debe realizarse en condiciones de asepsia, uso de guantes estériles, paciente en fase activa de labor de parto con 5 centímetros de dilatación para graficar la curva de alerta del partograma. Luego del primer

examen se debe repetir el siguiente tacto vaginal (TV) cuando sea estrictamente necesario, intentar espaciarlo, habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma. Además se debe numerarlos para evitar hacerlo de forma excesiva. Solo se realizara un tacto vaginal antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar o se detectan factores de riesgo (10).

A pesar de que en la mayoría de mujeres atendidas en parto humanizado no se realizaron tactos vaginales continuos existe otro número considerable de mujeres en las que se realizó partos continuos sin un intervalo correcto entre ellos; esto debido a la presencia de personal en formación, que aún no posee la habilidad necesaria realizar un tacto vaginal y definir sus características.

Gráfica 11 Estudios complementarios

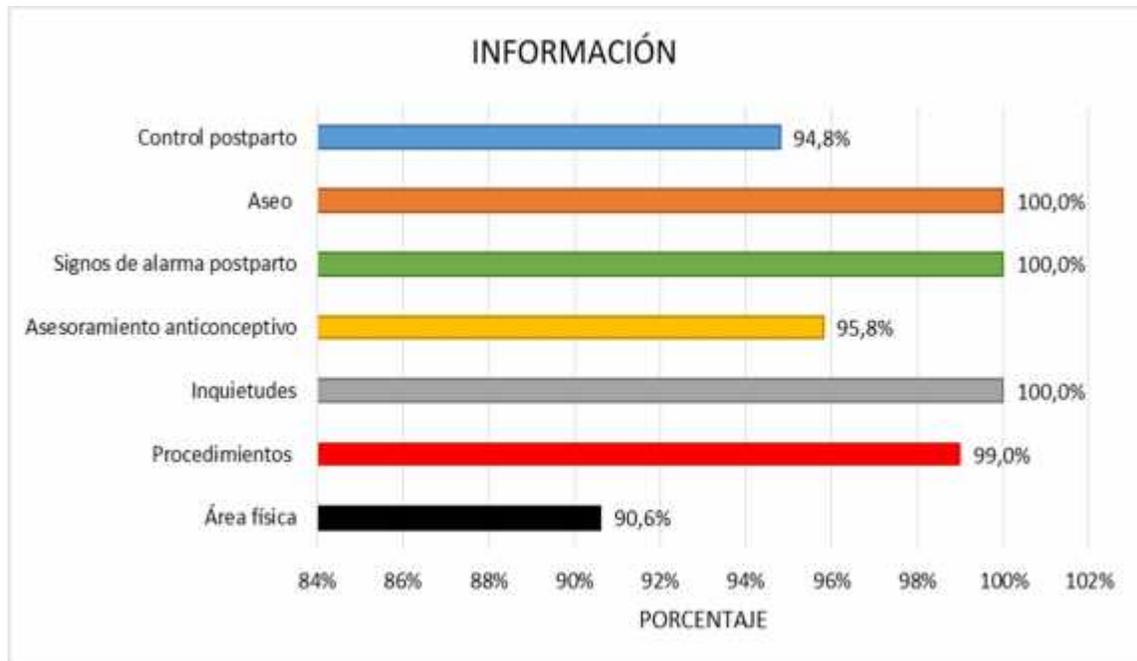


El examen que se realiza a las mujeres atendidas en un parto humanizado con mayor frecuencia es la biometría hemática en un 98,9%, mientras que el examen que se lo realiza en menor frecuencia es la cristalografía en un 3,2%.

Un estudio realizado en Venezuela muestra que en el 76 % de los registros prenatales aparecen reportados los exámenes de laboratorio del primer lapso, de ellos 31 % completos, 69 % incompletos y en el segundo lapso el 79 % tenían exámenes, 56 % completos y 44 % incompletos (39).

Tan solo hubo una persona de todo el grupo en estudio que no se le realizo ningún examen debido a la atapa en que se encontraba del labor de parto. Los dos exámenes fundamentales realizados a las parturientas fueron la biometría y uroanálisis seguidos de la serología y VIH. Los exámenes realizados a las usuarias han sido acorde a su situación, previo una valoración.

Gráfica 12 Información

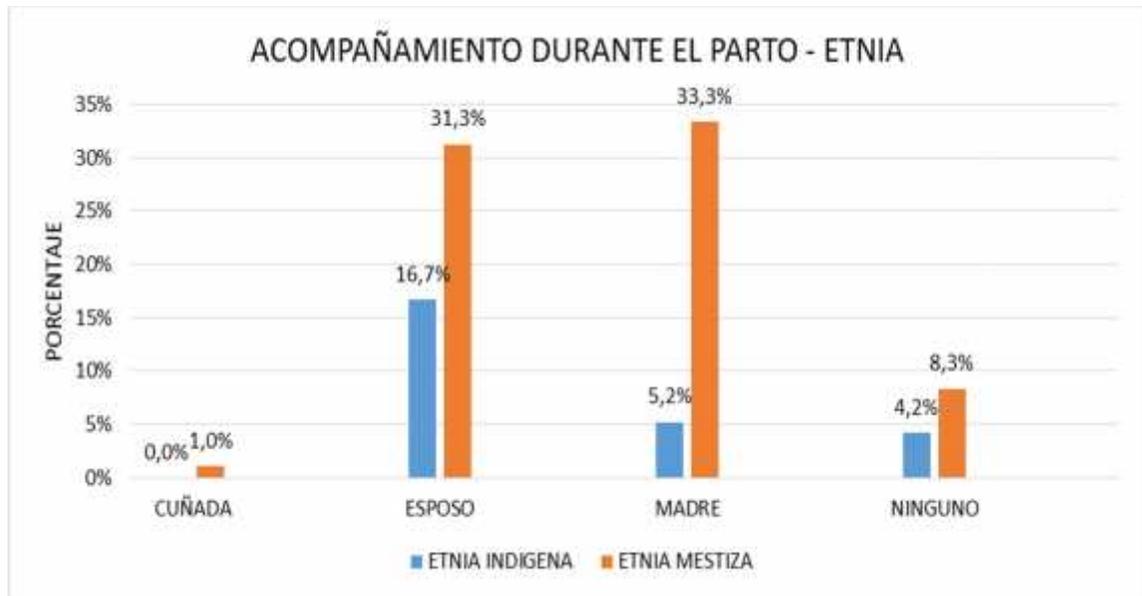


La información brindada por el personal de salud, misma que fue considerada completamente adecuada por la población en estudio que alcanza un porcentaje de completa aceptación son los temas de aseo, signos de alarma postparto y la respuesta a inquietudes.

La Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia se puede observar que 25,5% de todas las madres conoce la opción del parto vertical y 74,5% no lo conoce. Así mismo, 26,3% tiene información sobre métodos anticonceptivos (30).

El acceso a la información es uno de los derechos que posee el paciente, por tal motivo el personal no debe poner obstáculos ni ignorar las dudas que puedan suscitarse a lo largo de la atención dentro de una institución de salud. Pues muchos de los pasos que poseen los protocolos de atención al usuario se basan en brindar información de varios tipos al paciente y su familia.

Gráfica 13 Acompañamiento durante el parto – Etnia



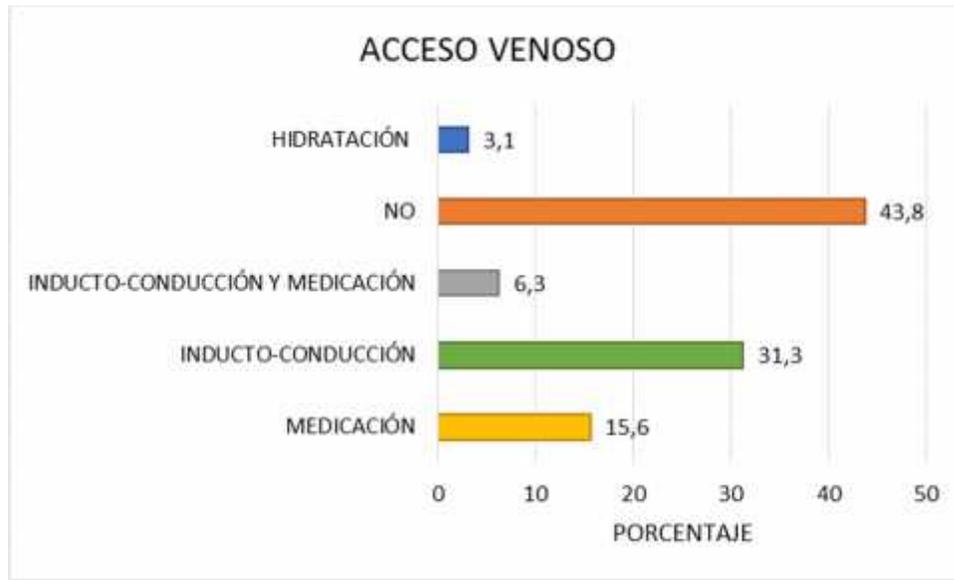
El acompañamiento durante el parto es un ítem esencial en el parto culturalmente adecuado, entre las personas que brindan apoyo a la parturienta durante el parto se encuentra con mayor porcentaje el esposo 16,7% en la etnia indígena y en la etnia mestiza la madre con un 33,3% y el de menor porcentaje para la etnia indígena y mestiza la cuñada con 0% y 1% respectivamente.

Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan las matronas. Todas las mujeres pueden elegir la persona que les proporcionará apoyo social durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga. De un total de 390 mujeres atendidas en un parto humanizado, un 17,18% no desean ser acompañadas durante la labor de parto y parto mientras que un 82,82% desean acompañamiento (40).

Además de crear un ambiente de confianza el acompañante es un soporte durante el trabajo de parto, la mayoría de ocasiones es la madre o el esposo que acompañan a la parturienta aunque la etnia mestiza prefiere la compañía de su madre, la etnia indígena tiene más fortalecido el lazo con su esposo. La normativa

al permitir la elección del acompañante da la oportunidad a la parturienta de ser solo ella quien ingrese a la sala de parto para mayor confort, siempre acompañada del personal de salud que se ganara su confianza.

Gráfica 14 Acceso venoso

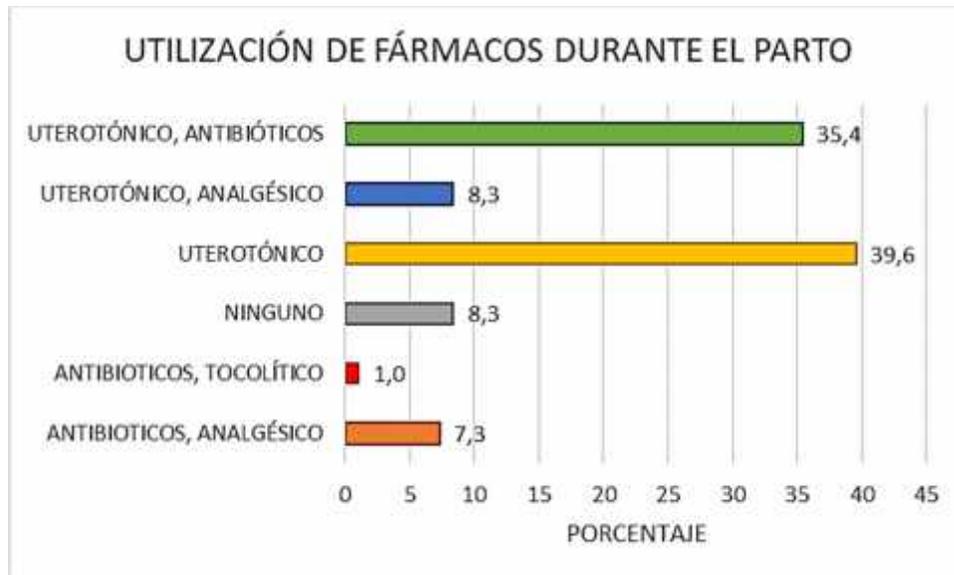


El acceso venoso fue colocado para realización de Inducto conducción 31,3% en la mayor parte de la población en estudio y la menor incidencia de colocación del mismo para hidratación un 3,1%.

Cuando existe un retardo en el progreso del trabajo del parto comprobado, la amniorrexis seguida de infusión de oxitocina a bajas dosis acorta la duración de la primera etapa del trabajo de parto y mejora el grado de satisfacción materna, pero no mejora las tasas de partos vaginales ni otros resultados es por ello que no debe realizárselo de manera rutinaria (41).

La vía endovenosa debe ser colocada acorde a la valoración y estado de la paciente evitando al máximo realizar dicho procedimiento por la incomodidad para la madre y considerándose como riesgo de una infección. Es por ello que no se ha colocado el mismo a un 43,8% de la muestra en estudio.

Gráfica 15 Utilización de fármacos durante el parto

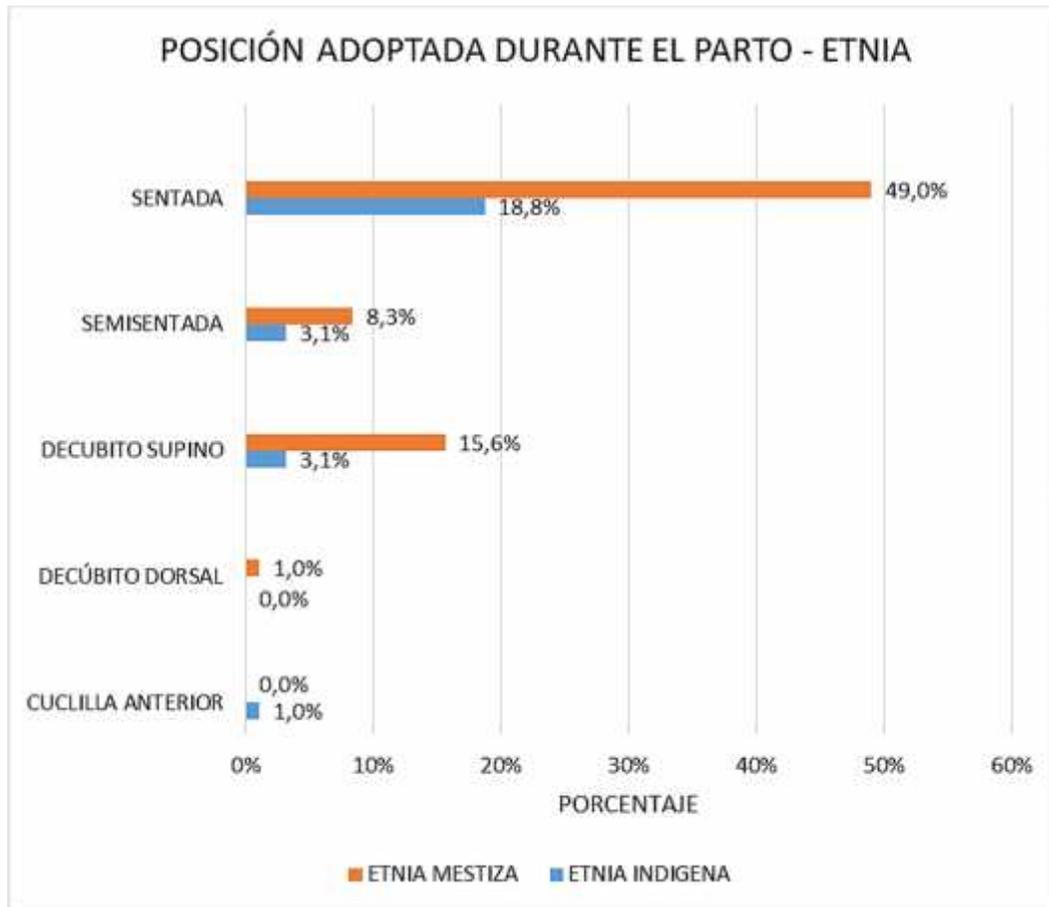


En la normativa de atención del parto culturalmente adecuado se ve contemplado el uso de uterotónicos como la oxitocina y ergometrina es por ello que estos son los fármacos de mayor uso en una incidencia de 39,6% y en menor frecuencia el uso de antibióticos y tocolítico 1%.

En Argentina un estudio muestra que el 90,6 % ingirió al menos 1 fármaco, el 81,9 % utilizó medicamentos indicados habitualmente como profilaxis. El uso promedio de fármacos utilizado fue de 2 por paciente. Antimicrobianos (40,9 %); analgésicos (38,5 %) y antieméticos (30,8 %) fueron los medicamentos más usados (42).

La utilización de fármacos durante el parto depende de la condición de la paciente es por ello que existe gran variedad de tratamientos, que deben ser elegidos con juicio profesional. Además en la mayoría de casos se ve prescindible el uso de uterotónicos durante el parto especialmente en el manejo de la tercera etapa del parto. También la incidencia del uso de antibióticos es alta debido a la presencia de infecciones vaginal y del tracto urinario en la población en estudio.

Gráfica 16 Posición del parto – Etnia



La posición adoptada durante el parto es una de las variables donde existe una igualdad, debido a que la etnia indígena y la etnia mestiza se inclinan hacia la posición sentada en mayor frecuencia es así que alcanzan un 18,8% y 49% respectivamente. Por otro lado en cuanto a la posición de menor elección la etnia indígena opta por la posición en cuclillas anterior con 1% de frecuencia y la etnia mestiza por la posición de cubito dorsal 1%.

En relación a la libre elección de la posición del parto, se encontró que a más del 70% de pacientes no se les explicó que podían escoger la posición para su parto, no se les enseñó posiciones de parto, no se les explicó que podían deambular

libremente durante el trabajo de parto y percibieron que nunca les permitieron cambiar de postura para su mayor comodidad durante el trabajo de parto. La posición más conocida para el parto fue la posición echada 87%, entre otras posiciones que refirieron conocer las pacientes se encontró la posición sentada o semisentada 46%, posición de pie 15,0% y la posición en cuclillas 9,0% (43).

La elección de la posición para el parto entre la etnia mestiza y la etnia indígena no difiere en mucho debido que la frecuencia de elección de la posición entre las dos etnias van de la mano. Además el grupo en estudio recibió información adecuada por parte del personal de salud acerca de las posiciones, alimentación, movilidad durante el parto, acompañamiento, entre otras. Por cuanto existe una amplia gama en cuanto a la elección de la posición.

Gráfica 17 Plantas medicinales – Etnia



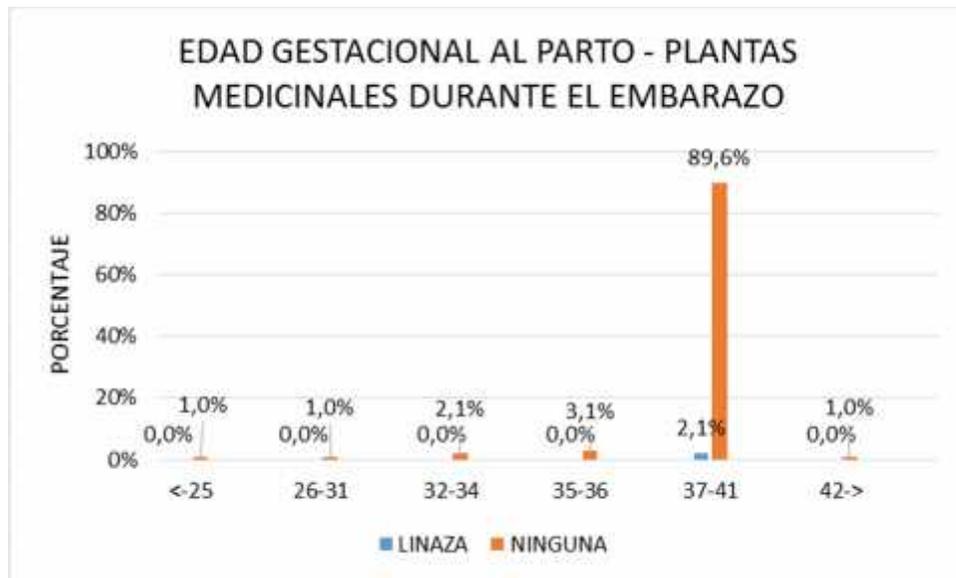
En cuanto al uso de plantas medicinales durante el embarazo observamos que un 2,1% de la etnia indígena usan la linaza mientras que en mayor parte no usaron ninguna planta medicinal 24% de etnia indígena y 74% de etnia mestiza.

En una encuesta realizada en el Hospital Básico de Pelileo en el año 2012 se obtuvo como resultado que las mujeres atendidas en parto humanizado utilizaron durante el embarazo y parto aguas medicinales entre ellas: 32% de las mujeres consumen agua de ruda, 26% canela, 23% perejil y 19% verbena (44).

La etnia mestiza aún se resiste al uso de plantas medicinales tal vez por la falta de conocimiento de las mismas, mientras que el pueblo indígena está muy familiarizado con las acciones y usos de las plantas medicinales aunque a pesar de ello no confía totalmente con el personal de salud como para manifestar si usaron alguna de ellas durante el embarazo, esta es la razón por la cual no existe gran registro de las plantas habitualmente usadas.

Por otro lado el personal de salud se encuentra capacitado acerca de las plantas usadas en la zona es por ello que manifiestan que las más utilizadas son el melloco, linaza, paja y canela.

Gráfica 18 Edad gestacional al parto – Plantas medicinales usadas durante el embarazo



El uso de plantas medicinales durante el embarazo es de 2,1% entre las 37-41 semanas de gestación.

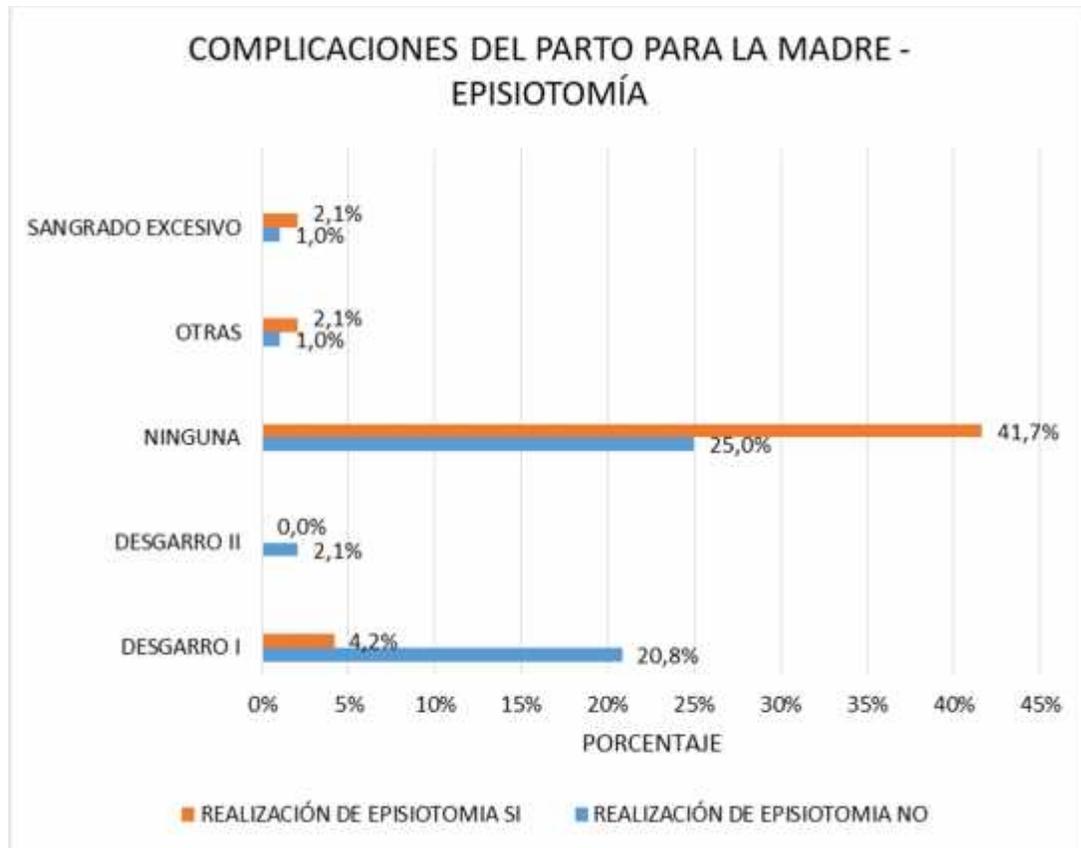
De una población de 295 usuarias con embarazo a término y labor de parto que ingresan al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 93 pacientes que corresponde al 31.5% son embarazadas que han ingerido aguas oxióticas. : El 82.7% que corresponde a 77 embarazadas que ingirieron aguas oxióticas son indígenas y el 17.2%, que son 16 embarazadas son mestizas (45).

En este grupo de estudio la utilización de plantas medicinales durante el embarazo se realiza en las últimas semanas de gestación, además el uso de las mismas es exclusivo por la etnia indígena.

La planta medicinal más usada es la linaza, utilizada para el descenso del feto y permitir su paso por el canal vaginal haciendo “que resbale”. Existen otras plantas que se ha presenciado su uso en la unidad de salud como son el melloco, la canela, y la paja.

El personal de salud manifiesta que las parturientas al llegar a la casa de salud no informa el uso de plantas medicinales, además son pocas las usuarias que se abren y expresan el uso de las mismas.

Gráfica 19 Complicaciones de la madre – Episiotomía

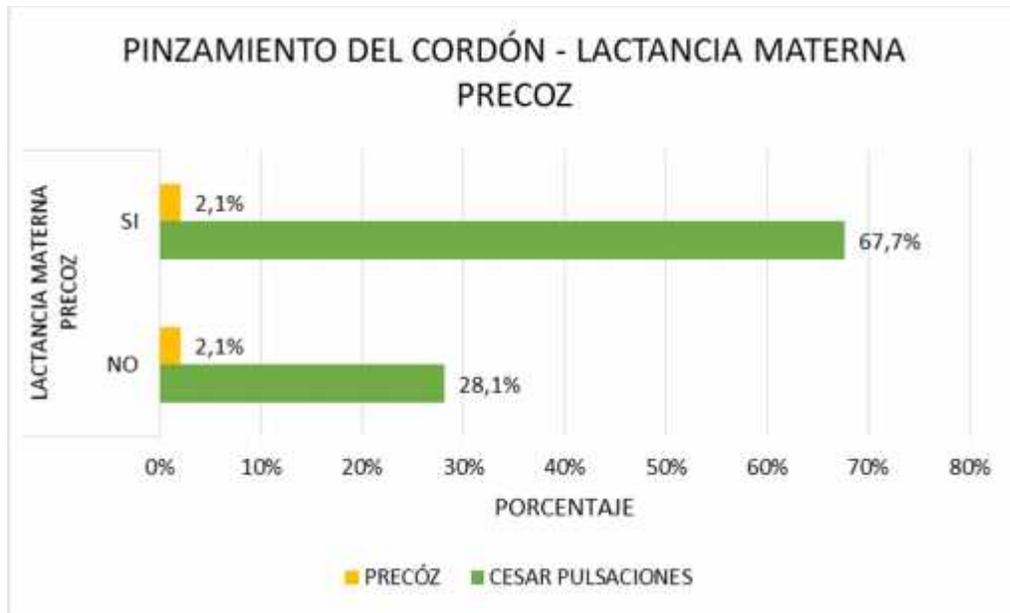


La mayoría de mujeres atendidas que no presentaron complicaciones durante el parto, fueron realizadas episiotomía 41,7% y en menor frecuencia 25% no fue necesario realizarlo. En tanto en las complicaciones de parto para la madre, un 4,2% fue realizado episiotomía y además sufrió un desgarro grado uno; y en menor cantidad 2,1% de las que tuvo complicaciones de sangrado excesivo y otras (trauma obstétrico, cianosis y restos placentarios) respectivamente.

En un estudio en Perú: no hubo ninguna complicación en 11 casos 9%. En 52 casos 40 % se realizó episiotomía. El desgarro vaginal ocurrió en 25 pacientes. Si consideramos sólo a la Episiotomía, y no se considera como una complicación, la ausencia de estas aumenta de 9% a 52%, mientras que la frecuencia de complicaciones disminuye de 89% a 48% (46).

La práctica de la episiotomía reduce la incidencia de complicaciones maternas durante el parto, es por ello que en el estudio realizado la incidencia de complicaciones tan solo alcanza un 35%, en las cuales en ciertas ocasiones también se realizó episiotomía. Por otro lado en mujeres sin complicaciones a un 25% no se le realizó episiotomía debido a que es un procedimiento que no debe ser rutinario por ende debe valorarse las condiciones de la parturienta para su realización.

Gráfica 20 Pinzamiento del cordón – Lactancia materna



La mayor incidencia es de 67,7% donde los recién nacidos recibieron lactancia materna precoz y además se realizó un corte tardío del cordón umbilical. Mientras que el menor porcentaje en recién nacidos con corte precoz de cordón es de 2,1% con igual incidencia en lactancia materna precoz y ausencia de ella.

El pinzamiento tardío de cordón umbilical aumenta las reservas de hierro al nacer y reduce la anemia en los lactantes en 61%, disminución de la hemorragia intraventricular en 59%, menos enterocolitis necrosante en 62%, menos septicemia en lactantes 29%, reduce la cantidad de transfusiones de sangre 52% (47).

La lactancia materna y el pinzamiento del cordón umbilical son dos métodos que benefician al recién nacido y van de la mano, es por ello que el apego precoz del recién nacido a la madre es vital, así como el cese a las pulsaciones para luego realizar el corte del cordón umbilical.

Gráfica 21 Medicamentos utilizados en la tercera etapa de labor de parto



El medicamento utilizado en la tercera etapa de labor de parto de primera línea es la oxitocina con 84,4% para manejo activo de la tercera etapa del parto, aunque no existe diferencia entre el uso de oxitocina y ergometrina encontramos que su uso es de 4,2% siendo la de menor aplicación.

La oxitocina disminuye el riesgo de hemorragia posparto y reduce la necesidad de administración de oxitócicos adicionales además acorta la duración de la tercera etapa del trabajo de parto (41).

El manejo activo de la tercera etapa del parto o alumbramiento, comprende el uso de uterotónicos como son la oxitocina que es beneficiosa en muchos aspectos y además la más utilizada, debido a que la ergometrina no puede utilizarse en presencia de trastornos hipertensivos. También existe otra opción para el alumbramiento que es el manejo fisiológico o expectante no intervencionista realizado de manera natural sin uso de uterotónicos que también fue una opción utilizada por la población de este estudio.

Gráfica 22 Complicaciones del parto para la madre

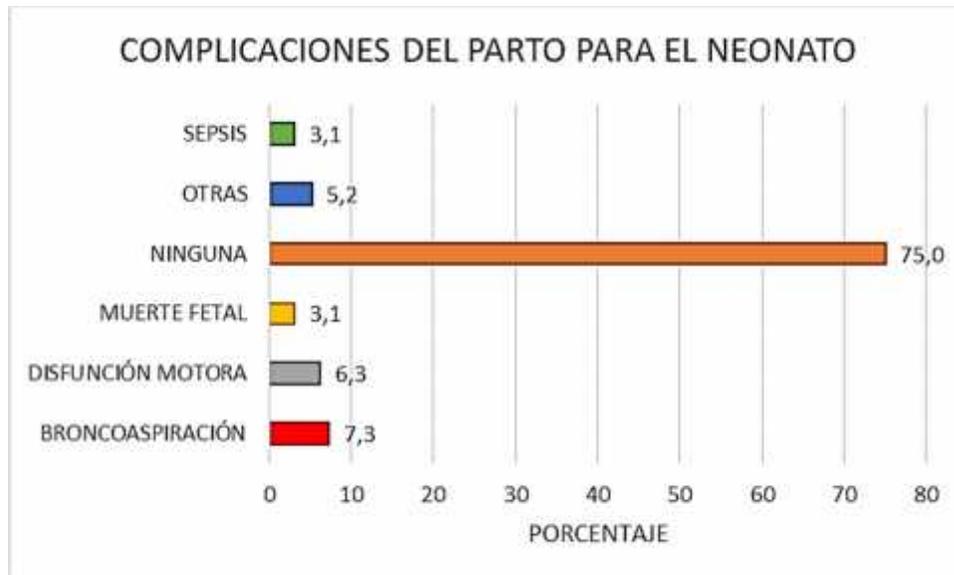


La principal complicación de la madre en el parto es el desgarro grado uno con un 25% y las de menor incidencia trauma obstétrico, cianosis y restos placentarios cada una en frecuencia de uno que asociadas nos dan un 3,1%.

En el Ecuador, se producen en promedio 300.000 nacimientos al año; aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas experimenta una complicación que amenaza su vida durante el embarazo o el parto (41).

Las complicaciones presentes en el estudio no amenazan de manera grave la vida de la madre es así que la implementación y cumplimiento de la normativa del parto culturalmente adecuado de forma correcta reduce la incidencia de complicaciones maternas puesto que la mayoría de mujeres que fueron atendidas no presentó ninguna complicación en el parto.

Gráfica 23 Complicaciones del parto para el neonato

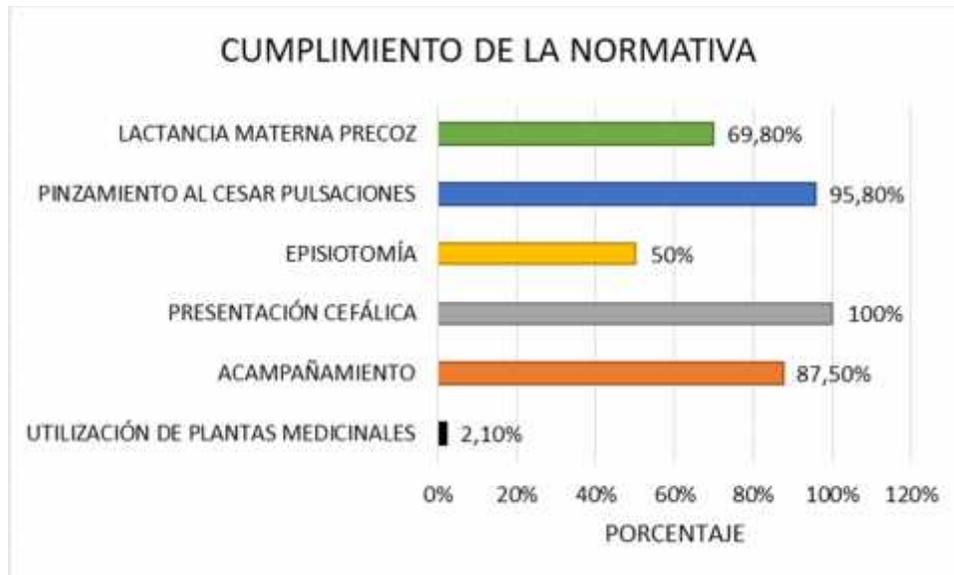


La mayor incidencia en complicaciones neonatales durante el parto fue la Broncoaspiración 7,3% y una gran minoría asociada en otras como son circular simple de cordón, disfunción cardíaca e hiperbilirrubinea formando parte de un 5,2%.

En un artículo mexicano los neonatos que requirieron reanimación avanzada fueron nueve, lo que representa una incidencia acumulada de 5.8%, sólo dos neonatos necesitaron ser trasladados a la unidad de vigilancia neonatal y mantenidos en observación. Ninguno de los neonatos tuvo que ser enviado a terapia intensiva y ninguno falleció (48).

Las complicaciones neonatales guardan relación con las complicaciones maternas ya analizadas anteriormente es así que, una gran parte de neonatos no sufrió complicación alguna comprendiendo un 75%, además las complicaciones presentes en este estudio no requirieron de atención en terapia intensiva, pero a diferencia del caso citado en este estudio existió un 3,1% de muertes neonatales.

Gráfica 24 Cumplimiento de las intervenciones de la normativa



Entre los parámetros que se debe cumplir de acuerdo con la normativa del parto culturalmente adecuado el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía cumple en su totalidad 100% la atención de mujeres con presentación del feto cefálica, mientras que el parámetro de menor alcance es la utilización de plantas medicinales con un 2,1%.

El Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe trata de llevar a cabalidad el cumplimiento de la normativa del parto culturalmente adecuado, es por ello desde el área de emergencia en la sala de ginecología y obstetricia proporciona a la usuaria la información acerca de las posiciones y las medidas a llevar así como también la elección de su acompañante y/o partera. Por otro lado el uso de plantas medicinales durante el parto no se encuentra implementado en su totalidad, la partera es la encargada de proporcionar a la parturienta las aguas medicinales, siempre en compañía y supervisión del personal de salud que fomenta la interculturalidad.

Gráfica 25 Cumplimiento de la normativa



En cuanto al cumplimiento de la normativa del parto culturalmente adecuado en la gráfica presente muestra que la misma se cumple la mayoría de veces en un 90% en una incidencia de 45,8%, mientras que el menor porcentaje de cumplimiento es de 70% en una incidencia de 1%.

El primer paso fue la sensibilización del personal médico y administrativo del Área de Salud N° 12 y principalmente del Hospital Raúl Maldonado Mejía sobre interculturalidad, derechos y PCA, con la finalidad de mejorar la comprensión y lograr la aceptación en la implementación de esta estrategia, misma que permite incrementar el acceso al parto institucional, mejorar la calidad de atención con adecuación intercultural y garantizar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y recién nacidos a un parto y nacimiento humanizado (35).

La capacitación continua del personal de salud potencia mucho la implementación del parto culturalmente adecuado así como también lo promueve para que la población opte por él, para de esta manera contribuir a la reducción de muertes maternas y neonatales.

CAPÍTULO V

5.1. CONCLUSIONES

- La población de Cayambe que se beneficia del parto culturalmente adecuado a nivel institucional son en su mayoría de etnia mestiza, su estado civil es unión consensual, se encuentran en el grupo etario de 19 a 25 años de edad adultas jóvenes y poseen un nivel de instrucción de secundaria completa.
- Las condiciones institucionales implementadas para la atención del parto culturalmente adecuado aún no se cumplen en su totalidad debido a la ausencia de estantería, vitrina o mueble con plantas medicinales; dispensador de agua; estufa, cocineta o cocina; cinco paquetes de lencería: para el acompañante; rotulación en el idioma local.
- El cumplimiento del protocolo de atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía del cantón Cayambe es de 90%.
- El conocimiento de los funcionarios que laboran en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía del cantón Cayambe en cuanto a la aplicación de la normativa del parto culturalmente adecuado institucional es muy satisfactorio.

5.2. RECOMENDACIONES

- Implementar la estantería con plantas medicinales de la zona, estufa y botellón de agua para permitir y facilitar el uso de las mismas durante el parto.
- Brindar mayor apertura a la asistencia de la partera en las instalaciones de la institución, creando un grupo de ellas para el soporte cultural durante la atención de la parturienta.
- Solicitar al personal de salud que indague a las gestantes sobre el uso y consumo de plantas medicinales antes de su llegada al área de emergencia de la institución cuando acuden por motivo de inicio de labor de parto y el mismo sea registrado en la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nureña R. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Revista Panamericana de Salud Pública ScIELO. 2013 Octubre; 26(4).
2. Dra. Caroline Chang Campos DETTDCVEea. Guía Técnica Para La Atención del Parto Culturalmente Adecuado; 2008.
3. Hermida J,RME,VL,AP,R,yVL. Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. ; 2005.
4. Steven A. Harvey GFAaPHB. El parto no es película: Reframing authoritative. Annual Meeting of the American Anthropological Association. 2005;; p. 34.
5. Ordoñez J SPMDea. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Quito ;; 2005.
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador en Cifras. Estadístico. INEC; 2013.
7. Hermida Bustos C. Mortalidad materna hospitalaria. Noticia. Ecuador Universitario ; 21 de Marzo 2015.
8. Mideros Morales R. Normativa Técnica Nacional De Atención De Parto Vertical. Observaciones y aportes de la comisión parto vertical. Ministerio de Salud Pública ; 7 de Abril 2008.
9. UNICEF. Parto Intercultural Humanizado. Proyecto. UNICEF; 2009.

10. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado Pozo LS, Fuentes DG, Calderón DL, editors.: Lápiz y Papel: www.lapizypapel.ec; 2008.
11. Fornes Rual V. Parto Vertical. Primera Edición ed.: FLACSO; 2011.
12. Ley Madre. Derechos Naturales. Información. Organización Mundial de la Salud , Salud Sexual; 2012.
13. Pronsato Santandreu J. Tecnologías Apropriadas vs Rutinas Acríticas. Tercera Edición ed.: EUDECOR; 2010.
14. González Guzmán. Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto HACAP. Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad. ed. Hermida C. , Puig Borrás C, Faget Montero , editors. Tungurahua; 2007.
15. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.. Protocolo para la asistencia natural al parto. Primera ed. DGdSP, editor. Barcelona: Quadrat, SL; 2007.
16. Schallman R. Parir en libertad. Investigación. Argentina:, Salud ; 2004.
17. de Dios Yapita A, de Dios Yapita J, de Dios Yapita D. Las wawas del Inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas. Investigación. La Paz: Bolivia, Informes de Investigación; 1992.
18. Buitrón M. “La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna” La sabiduría y arte de las parteras. Circolo culturale Menocchio. 2002; I(18).
19. Chiriguini , Vitello ME, Luna. “Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen”. Cuarto Congreso Chileno Antropología. ; 2011.

20. Comité de usuarias de la LMGYAI de la zona Norte de Quito.. Atención de Parto Vertical. Valoración. Quito: "Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro", Salud; 2007.
21. Monsalve Vergara. Curso de preparación para la maternidad y paternidad. Primera ed. AMdB, editor. Bogota: Secretaria Salud; 2010.
22. Ministerio de Salud República del Perú. Norma Técnica Para La Atención Del Parto Vertical Con Adecuación Cultural. Primera ed. Hurtado La Rosa DR, del Carpio DL, Borja Hernani LA, editors. Lima: EBRA E.I.R.L.; 2005.
23. Testimonios vertidos en el sociodrama de la atención del parto en casa. Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto. Reunión. Pillaro-Ecuador: Provincia de Tungurahua , Cultura; 2005.
24. Caldeyro Barcia R. "Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal". In Simposio sobre Recientes adelantos en Medicina Perinatal; 2010; Tokio. p. 39.
25. Apgar. Valoración Del Recien Nacido. INTRAMED. iN: New England Journal of Medicine , Médica Norteamericana del Columbia University's Babies Hospital; 1952.
26. Imbaquingo I. Percepciones Y Niveles De Satisfacción Respecto Al Parto Culturalmente Adecuado En Las Parturientas Que Son Atendidas En El Hospital Raúl Maldonado Mejía Durante Los Meses De Mayo Y Junio Del 2012. Disertación Previa A La Obtención Del Título De Médica Cirujana. Quito: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Salud; 2012.
27. Lugones Botell MDM, Ramírez Bermudez DM. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología SciELO. 2012 Enero-Marzo; 38(1).

28. Mideros R, Hidalgo Noboa. Pariendo Como Indias : El Don De Las Indígenas. Paper Universitario. 2014; 20(2).
29. Castillo Ayarza , Cahuata Mosqueira , Calle Brush , Muñoz Silva R. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú-Lima. Horizonte Médico. 2012 Enero -julio; 14(1).
30. Romero Roy , Carrizosa Moreno Á, Jimeno F. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsiv: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. Medicina Natural. 2014 Octubre-Noviembre; 8(1: 23-30).
31. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Primera ed. AC, editor. Ecuador: LEXIS; 2008.
32. Ministerio de Salud Pública. Reglamento de la Ley Organica de Salud. Tercera ed. MdSPdE, editor. Ecuador: lexis; 2012.
33. Consultores del Ecuador. Código de la Niñez y Adolescencia. Cuarta ed. RdE, editor. Cuenca: Consultora y Aseguradora del Pacífico; 2003.
34. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir Ecuador: REDEPLAN; 2013.
35. Ministerio de Salud Pública Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. Implementación. Cayambe: Ministerio de Salud Pública, Departamento de Salud; 2011. Report No.: CARE.
36. Salazar Arango , Acosta Murcia M, Lozano Restrepo N, Quintero Camacho C. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: Bogotá - Colombia. Jóvenes Investigadores. 2012 Julio-Diciembre; 12(2).

37. Freire Palacios H. Influencia física y psicológica del embarazo en las adolescentes y sus repercusiones en la sociedad. Diplomado Superior. Cuenca: Area 1 Yanuncay, Centro de Salud Carlos Elizalde; 2011. Report No.: ISBN5647.
38. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.. Embarazo, Parto y Puerperio. Tercera ed. Aceituno , editor. Sevilla : Longinos; 2014.
39. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera ed. Dr. León , Dr. Yépez E, Dra. Gordón , Md. Armas D, editors. Quito: Dirección Nacional de Normatización MSP; 2015.
40. Federación de matronas. El apoyo en el parto. Filename. 2013 Noviembre; 34(8).
41. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica Atención del Trabajo de Parto, Parto y Postparto Inmediato. Salud. Quito: Ministerio de Salud Pública, Salud; 2015. Report No.: SBN- 978-9942-07-873-5.
42. Sutter Health. Medicamentos en el Trabajo de Parto. Sutter. 2014 Octubre; 32(8).
43. Vela Coral dP. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Perú-Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos , Facultad De Medicina ; 2015. Report No.: 4278.
44. Llerena Quinga , Silva Zaquinaula M. Ngesta De Aguas Tradicionales Con Principios Oxitócicos En La Taquisistolia Y Sufrimiento Fetal Agudo En

Mujeres Con Embarazo A Término Que Ingresan Por El Servicio De Emergencia Del Hospital Básico Pelileo Durante El Periodo Mayo- Agosto 2012. Trabajo de investigación previo a la obtención de título de: Obstetrix. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS; 2012. Report No.: ISBN.

45. Iza Campiña C, Peñero Matamba VA, Villacreses Guamba LV. Complicaciones En Embarazadas A Término Con Labor De Parto Que Ingirieron Aguas Oxitólicas En Sus Comunidades, Que Son Ingresadas En El Hospital Provincial General Docente De Riobamba Durante El Período Diciembre 2011– Julio Del 2012. Trabajo de Investigación previa obtención del título de Obatetrix. Quito: Universidad Central Del Ecuador, Facultad De Ciencias Médicas; 2012. Report No.: ISBN4853.
46. Castillo Ayarza , Cahuata Mosqueira A, Calle Brush , Muñoz Silva. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú. Horizonte Medico. 2014 Enero-Marzo; 14(1).
47. Organización Mundial de la Salud. Pinzamiento Tardío Del Cordón Umbilical Para Reducir La Anemia En Lactantes. USAID from the American people. 2013 Marzo; 14(19).
48. Calvo Aguilar O, Flores Romero , Morales García E. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecología y Obstetricia Mexico. 2013 Enero; 81(1).
49. De Dios Yapita J, De Dios Yapita A, De Dios Yapita D. Principio Humoral. Primera ed.: CITP; 2011.
50. Ministerio de Salud Pública SNdS. Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; 2006 – 2008.

ANEXOS

- **Encuesta**

ENCUESTA PARTO HUMANIZADO E INTERCULTURALIDAD

INSTRUCCIÓN: Lea detenidamente cada ítem y llene cada casillero de acuerdo con la información brindada de forma directa o por recolección en la historia clínica, sea sincero.

Unidad Operativa: _____ Fecha de la medición: _____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS					
CEDULA DE IDENTIDAD					
ETNIA					
ESTADO CIVIL	SOLTERA		CASADA		VIUDA
	DIVORCIADA		U. CONSENSUAL		
EDAD					
NIVEL DE INTRUCCION	NINGUNA		PRIMARIA INCOMPLETA		SECUNDARIA INCOMPLETA
	PRIMARIA COMPLETA		SECUNDARIA COMPLETA		SUPERIOR
HISTORIA OBSTETRICA ANTERIOR					
NO. EMBARAZOS:					
NO. ABORTOS:			A. PROVOCADOS		A. EXPONTANEOS
NO. PARTOS:			N° HIJOS VIVOS		N° HIJOS FALLECIDOS
ENFERMEDAD ASOCIADA AL EMBARAZO Y PARTO:	HTA		INFECCIONES TRACTO URINARIO		CARDIOPATIAS
	DIABETES M		INFECCIONES VAGINALES		ENF HEMATOLOGICAS
	ANEMIAS		ITS		ENF OFTALMOLOGICAS
	ASMA		OTRAS:		
ENFERMEDADES NEONATALES Y PEDIÁTRICAS, DE PARTOS ANTERIORES	1. ASFIXIA		4. POLIGLOBULIA		7. PCI
	2. DISTRES RESPIRATORIO		5. HIPOGLICEMIA		8. EPILEPSIA
	3. ANEMIA		6. ÍCTERO AGRAVADO		9. SEPSIS
	OTRAS:				
HISTORIA DE PARTOS MÚLTIPLES:			SI		NO

EMBARAZO ACTUAL					
EDAD GESTACIONAL AL DIAGNÓSTICO Y LA CAPTACIÓN DEL EMBARAZO EN SEMANAS					
ENFERMEDAD ASOCIADA AL EMBARAZO Y PARTO:	HTA		INFECCIONES TRACTO URINARIO		CARDIOPATIAS
	DIABETES M		INFECCIONES VAGINALES		ENF HEMATOLOGICAS
	ANEMIAS		ITS		ENF OFTALMOLOGICAS
	ASMA		OTRAS:		
ATENCIÓN PRENATAL DURANTE LA GESTACIÓN, NÚMERO DE CONTROLES					
MEDICAMENTOS USADOS:	ANTIBIOTICOS		ANTICONVULSIVANTES		ANALGESICOS
	PSICOTROPICOS		OTROS:		
PLANTAS MEDICINALES USADAS DURANTE EL EMBARAZO:	¿CUÁL?		¿PARA QUÉ?		

HISTORIA PARTO ACTUAL:			
EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS:			
PRESENTACIÓN DEL FETO:	CEFALICA		PELVIANO
	TRANSVERSO		PODALICO
COMPLICACIONES DEL PARTO PARA LA MADRE:	SI		NO
	CUALES		
COMPLICACIONES DEL PARTO PARA EL NEONATO:	SI		NO
	CUALES:		

UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS DURANTE EL PARTO:	SI	NO	
	CUALES:		
UTILIZACIÓN DE PLANTAS MEDICINALES DURANTE EL PARTO:	SI	NO	
	CUALES		
ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PARTO:	SI	NO	
	QUIENES:		

NORMATIVAS DE ATENCION AL PARTO			
REALIZACION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	SI	NO	
	CUALES		
EVALUACION OBSTETRICA	SI	NO	
	CUANTAS		
METODO DE ASEPSIA PERINEAL	SI	NO	
	CON QUE		
ACCESO VENOSO	SI	NO	
	Motivo:		
POSICION ADOPTADA DURANTE EL PARTO	CUCLILLA ANTERIOR	SENTADA	PIES Y MANOS (4 PUNTOS DE APOYO)
	CUCLILLA POSTERIOR	SEMISENTADA	POSICION DE PIE
	RODILLAS	COGIDA DE LA SOGA	OTRAS
INMOVILIARIO ADECUADO	SI	NO	
	CUALES		
CONDICIONES HIGIENICAS DEL LUGAR	BUENAS	REGULARES	MALAS

INSTRUMENTO PARA EPISIOTOMIA	SI		NO	
	CUALES			
PINZAMIENTO ADECUADO DEL CORDON	CUANDO			
	CON QUE			
LACTANCIA MATERNA PRECOZ	SI		NO	
METODOS PARA CONTRACCION UTERINA	OXITOCINA		PLANTAS CUALES?	
	ERGOMETRINA			
	NINGUNO			
EPISIORRAFIA	SI		NO	
	CON QUE			

Lista de verificación: CUMPLIMIENTO NORMATIVA DEL PARTO CULTURAMENTE ADECUADO Marque + si cumple y – si no cumple o NA si no aplica	Respuesta
La usuaria deseo y tuvo la presencia de acompañante durante el trabajo de parto y el parto.	
NO se realizó rasura de vello púbico, enema y ayuno	
Califique como la recibió el personal en la institución	
NO se realizó tactos vaginales continuos, más de uno en menos de 4 horas	
Se brindó asesoría sobre anticonceptivos, signos de alarma y control postparto	
Fue informado sobre los procedimientos y el área física	
La usuaria escogió la posición en la que se le atendió el parto.	
Responder a las inquietudes y preguntas	
Uso de material esterilizado y completo	
Como considera usted la interacción entre el personal-partera y usuario	
¿Cumple el estándar con todos los aspectos?	

- **Guía de observación**



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO RAÚL MALDONADO MEJÍA CANTÓN CAYAMBE-PICHINCHA 2016

OBJETIVOS:

Identificar las características sociodemográficas de la población de Cayambe que se beneficia del parto culturalmente adecuado a nivel institucional.

Describir las condiciones institucionales para la atención del parto culturalmente adecuado.

Determinar el nivel de conocimientos sobre la normativa del parto culturalmente adecuado de los funcionarios que laboran en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe

Detallar el proceso o protocolo de atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe

Socializar los resultados de la investigación al personal que labora en el área de obstetricia del Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

INSTRUCCIÓN: Lea detenidamente cada ítem y llene cada casillero de acuerdo con lo observado durante el cumplimiento del protocolo de atención del parto culturalmente adecuado, sea sincero.

Provincia: _____ Área de Salud N°: _____

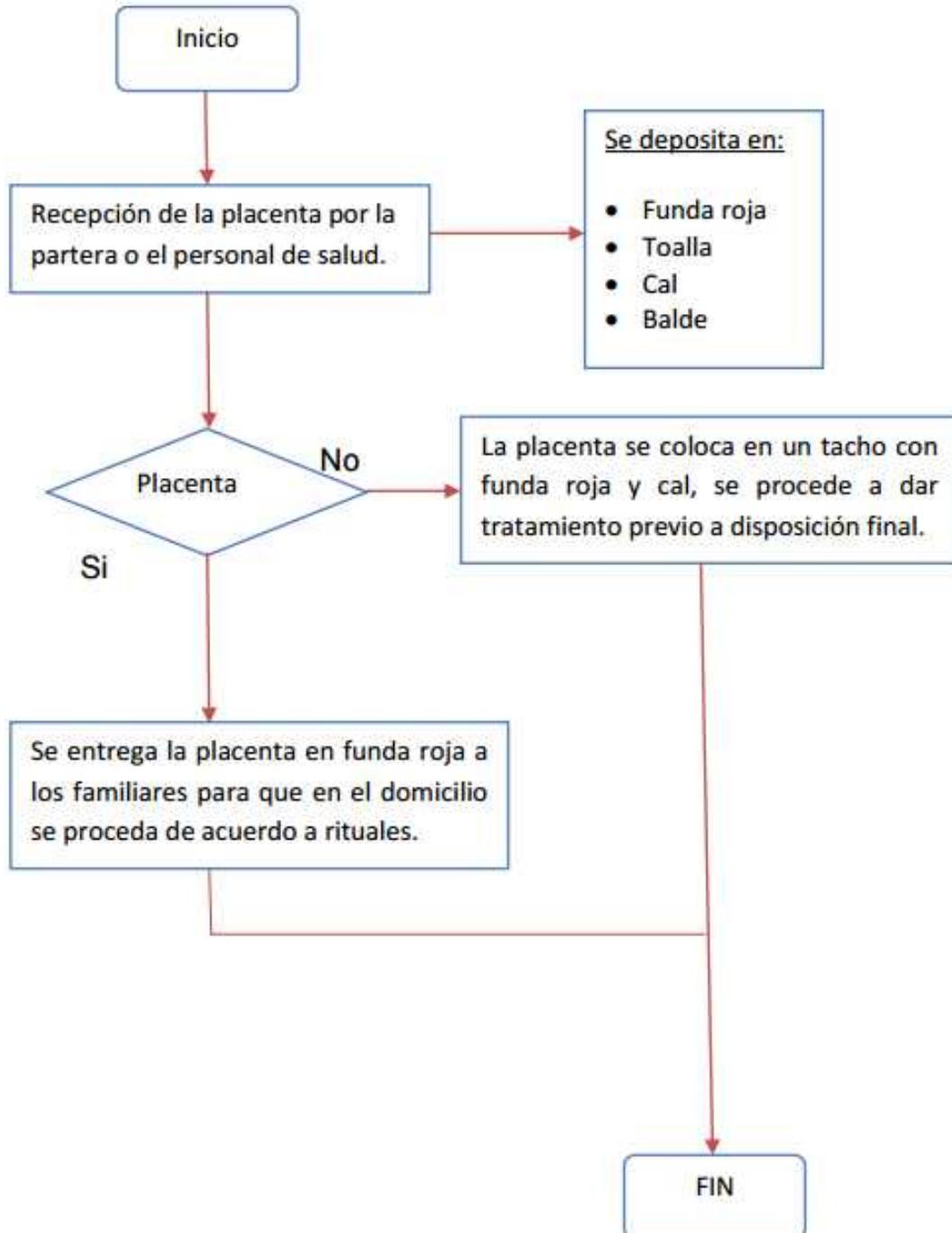
Unidad Operativa: _____ Fecha de la medición: _____

Mes y año evaluado _____ Responsable de la medición: _____

Lista de chequeo: INSUMOS Y EQUIPAMIENTO ESENCIALES.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple
1. Dos sillas	
2. Un taburete	

3. Una estantería, vitrina u otro mueble con almacenamiento de plantas medicinales propias de la zona (en sala de labor)	
4. Un dispensador de agua (en sala de labor)	
5. Una estufa, o cocineta, o cocina, para preparar aguas medicinales (en sala de labor)	
6. Una fuente de calor (calefactor) en Unidades de Salud de la región sierra	
7. Una cama apropiada para parto culturalmente adecuado	
8. Una colchoneta	
9. Tres juegos de campos para la colchoneta	
10. Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes sujeta al techo	
11. Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes sujeta a la pared	
12. Dos recipiente para recoger la placenta	
13. Tres fundas de agua caliente	
14. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para la parturienta, según la región geográfica (sierra, costa, amazonia e insular)	
15. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el/a acompañante, según la región geográfica (sierra, costa, amazonia e insular)	
16. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el personal de salud que atiende el parto, según la región geográfica (sierra, costa, amazonia e insular)	
17. Un lavabo y jabón líquido antiséptico	
18. Tres equipos de instrumental completo para la atención del parto	
19. Un tensiómetro	
20. Un estetoscopio	
21. Una lámpara cuello de ganso	
22. Dos soportes para suero	
23. Dos recipientes para corto punzantes	
24. Rotulación en los idiomas locales del ingreso a la Unidad de Salud, sala de labor, sala de partos, sala de recuperación y hospitalización.	
¿Cuántos ítems del estándar cumple? / Total de ítems que debe cumplir (24)	
Porcentaje de cumplimiento del estándar (resultado anterior x 100)	
Lista de chequeo mensual: PERSONAL QUE ATIENDE PARTOS	Valor
a. Personal de salud que atiende partos y se encuentra sensibilizado y capacitado en la guía técnica VIGENTE para la atención del parto culturalmente adecuado	
b. Total de personal de salud que atiende partos	
c. Total de talleres de capacitación que ha recibido el personal de salud	
b. Talleres de encuentro cultural realizados	

• **Flujograma: Entrega de la placenta**



- **Fotografías**



Imagen 1.- Madre embarazada preparándose para parto humanizado.



Imagen 2.- Sala de parto



Imagen 3.- Atención de parturienta