



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

TITULO DE TESINA:

“BENEFICIOS DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL BINOMIO MADRE E HIJO FRENTE AL PARTO BIOMEDICO DEL HOSPITAL CANTONAL GUAMOTE EN EL PERIODO JULIO 2012 A FEBRERO 2013.”

AUTORA:

GABRIELA ESTEFANIA SHAÑAY ANGOS

TUTORA:

MATRONA MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ

RIOBAMBA, 05 de Junio del 2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tesis de Grado de Licenciada en Enfermería aprobado en el nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo, por el siguiente Jurado:

A las.....del mes de.....del año 2013

.....
PRESIDENTE
Firma

.....
MIEMBRO 1
Firma

.....
MIEMBRO 2
Firma

.....
CALIFICACIÓN
SOBRE 10

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por la Srta. Gabriela Shañay para optar al título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba,.....

.....

MATRONA MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ.

DERECHO DE AUTORÍA

Yo Gabriela Estefanía Shañay Angos soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional De Chimborazo.

DEDICATORIA:

Gabriela Estefanía Shañay

Este trabajo de investigación dedico a Dios ya que es el quien nos concede el privilegio de la vida y nos brinda lo necesario para lograr nuestras metas, a mis padres y hermanos fuente de motivación para superarme cada día, quienes me imparten valores guiándome correctamente y ofreciéndome el sabio consejo en el momento oportuno y así poder forjar un futuro mejor, a mi esposo y a mi hijo quienes con su apoyo incondicional y permanente hicieron posible culminar este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mis más sinceras muestras de agradecimiento, a los seres en formación en una prestigiosa institución educativa como es la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería , merece el agradecimiento imperecedero de todos quienes tenemos la oportunidad de transitar durante muchos años por las inolvidables aulas donde nuestros distinguidos maestros han compartido su sabias enseñanzas, de nosotros los que han hecho útiles para nuestra Sociedad y La Patria, especialmente a mi distinguida tutora de la Tesis Matrona María Dolores Hernández, por ser quien me ha guiado en la elaboración de este presente trabajo investigativo.

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Hospital Cantonal Guamate con el fin de determinar si el parto culturalmente adecuado ofrece beneficios positivos frente al parto biomédico, para esta investigación se trabajó con la población que constituyen las pacientes que se encuentran en labor de parto y puerperio inmediato con una muestra de 105 pacientes, los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de una encuesta en la cual se evaluó a las pacientes sobre el parto culturalmente adecuado en relación con el sistema biomédico, se identificó sus costumbres y tradiciones ya que la mayor parte de pacientes que ingresan son de etnia indígena, revisión de historias clínicas, y la observación, luego se procedió a la tabulación de datos matemáticamente aplicando tablas y representaciones gráficas con su respectivo análisis e interpretación. Al finalizar esta investigación según la información obtenida mediante las diferentes técnicas de recolección de datos, se llegó a la conclusión de que existen efectos positivos del parto culturalmente adecuado frente al sistema biomédico con respecto a comodidad, alivio del dolor, menor realización de episiotomías, y participación más activa en el nacimiento del niño, nos permitió conocer también que las pacientes están de acuerdo que se haya implementado el parto culturalmente adecuado ya que se inclina a sus prácticas tradicionales y ancestrales.

SUMMARY

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	2
DERECHO DE AUTORÍA	4
DEDICATORIA:	5
AGRADECIMIENTOS	7
RESUMEN	2
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I	10
1. PROBLEMATIZACIÓN	11
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3.-OBJETIVOS	13
1.3.1.-GENERAL	13
1.3.2.-ESPECÍFICOS	13
1.4.-JUSTIFICACIÓN	14
CAPITULO II	15
2.-MARCO TEORICO	15
2.1.-POSICIONAMIENTO PERSONAL	15
2.2.- BASE LEGAL	15
2.3.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	17
2.3.1-CULTURA, ETNOCENTRISMO E INTERCULTURALIDAD.....	17
2.4.- EL PARTO	20
2.4.1.-PARTO NORMAL O EUTÓCICO.	20
2.4.2.-EVALUACION PREPARTO:	20
2.4.3.-FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE LA LABOR DEL PARTO	22
2.4.4.-CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO.....	23
2.4.5. PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO:	25

2.4.5.1. PRIMERA ETAPA DE TRABAJO DE PARTO FASE DE DILATACIÓN	27
2.4.5.2.-SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO FASE DE EXPULSION.....	29
2.4.5.3.- TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO PERIODO DE ALUMBRAMIENTO.....	31
2.4.5.4.-VALORACION EN EI PUERPERIO INMEDIATO	34
2.5.-COMPLICACIONES DEL PARTO	35
2.6.- PARTO VERTICAL.....	36
2.6.1.- INDICACIONES	37
2.6.2.- CONTRAINDICACIONES	37
2.6.3.-ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO	37
2.6.4.-VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL.....	45
2.6.5.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.....	47
2.7.- PARTO HORIZONTAL.....	50
2.7.2.-VENTAJAS DE LA POSICIÓN HORIZONTAL	51
2.4.3.-Fisiología del parto horizontal:	51
2.5.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	53
2.5.- HIPÓTESIS Y VARIABLES	56
2.5.1.- HIPÓTESIS	56
2.5.2 VARIABLES.....	56
2.5.2.1.-Variable independiente.....	56
2.5.2.2.-Variable dependiente.....	56
6.3.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.	57
CAPITULO III.....	60
3.1.- DISEÑO METODOLOGICO.....	60
3.2 TIPO DE ESTUDIO	60
3.3. CLASES DE INVESTIGACIÓN	60
3.4.-POBLACION Y MUESTRA.....	61
3.4.1.- POBLACION	61
3.4.2.- MUESTRA.....	61

3.4.3.-TAMAÑO DE MUESTRA.....	61
3.5.- TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	63
3.6.- TÈCNICAS PARA EL ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN DE RESULTADOS.....	63
3.6.1.-PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÒN.....	63
CAPITULO IV	64
4.- ANÁLISIS DE ENCUESTAS E INTERPRETACIÒN DE DATOS.....	64
CAPITULO V	81
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
5.1.- CONCLUSIONES.....	81
5.2.-RECOMENDACIONES.....	82
CAPITULO VII	85
7.-ANEXOS.....	85
7.1.-ENCUESTA.....	85
ADECUACIÒN DEL ÀREA DE ESTUDIO.....	90

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1 Edad de las pacientes.....	68
Cuadro N°2 Etnia a la que pertenece.....	70
Cuadro N°3 Numero de partos.....	71
Cuadro N°4 Perspectiva del parto.....	72
Cuadro N°5 Conocimiento sobre el parto culturalmente adecuado.....	73
Cuadro N°6 Tiempo de duración de la fase de expulsivo.....	74
Cuadro N°7 Comodidad del parto.....	77
Cuadro N°8 Percepción del dolor.....	80
Cuadro N°9 Presencia de desgarros.....	82
Cuadro N°10 Realización de Episiotomía.....	83
Cuadro N°11 Preferencia de tipo de parto.....	84
Cuadro N°12 Recomendaciones del parto culturalmente adecuado a otras usuarias.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Edad de las pacientes.....	68
Gráfico N°2 Etnia a la que pertenece.....	70
Gráfico N°3 Numero de partos.....	71
Gráfico N°4 Perspectiva del parto.....	72
Gráfico N°5 Conocimiento sobre el parto culturalmente adecuado.....	73
Gráfico N°6 Tiempo de duración de la fase de expulsivo.....	74
Gráfico N°7 Comodidad del parto.....	77
Gráfico N°8 Percepción del dolor.....	80
Gráfico N°9 Presencia de desgarros.....	82
Gráfico N°10 Realización de Episiotomía.....	83
Gráfico N°11 Preferencia de tipo de parto.....	84
Gráfico N°12 Recomendaciones del parto culturalmente adecuado a otras usuarias.....	85

INTRODUCCIÓN

El Ecuador cuenta con una población de cerca de 15.223.680 habitantes, provenientes de diferentes etnias y mestizajes, de la cual más de la mitad de mujeres en su mayoría son jóvenes.

La salud está profundamente ligada al contexto familiar, comunal y social, al grupo étnico y al extracto social, de ahí la importancia que se diseñen programas apropiados a las necesidades de cada grupo. El género, por su parte, desempeña un papel determinante en la oportunidad de tener una vida saludable, y en la posibilidad de sufrir enfermedades, de sobrevivir los primeros años de vida o de llegar a la vejez.

El parto es el acto más grande y hermoso de la vida ya que la madre trae al mundo a un nuevo ser, por lo tanto este debe ser dotado de las mayores y mejores atenciones en su nacimiento. Debido a las circunstancias socioeconómicas y culturales de quienes habitan en el sector rural los partos son realizados por personas inexpertas que en su accionar se limitan a recibir al nuevo ser en las manos, cortar el cordón umbilical y dar el primer baño practica que está enraizada en la población más vulnerable. Dar a conocer el protocolo existente del MSP para la atención del parto culturalmente adecuado en el que se trate de dar información de conocimientos básicos para mejorar el parto con una mejor participación de las parteras en la atención del parto. Los objetivos de investigar es la de sistematizar un conjunto de conocimientos teóricos y experiencias prácticas en los partos que se realizan en el hospital Cantonal Guamate y sus beneficios, identificar los factores de riesgo, socializar el protocolo existente del MSP para la atención del parto culturalmente adecuado.(Steven A. Harvey, Genny Fuentes Ayala and Paula Hermida Bermeo.)

A lo largo de la historia de la humanidad la mujer eligió parir en diferentes variantes de la posición de pie, como lo demuestran los grabados, ceramios y esculturas de prácticamente todas las culturas en el mundo. Existen ilustraciones de diferentes épocas que muestran el diseño de sillas para el parto en posición sentada, y

específicamente en la edad media se vio florecer la fabricación de sillas para el parto en posición vertical. (Revista peruana de ginecología y obstetricia)

La posición adoptada naturalmente por las mujeres durante el parto ha sido descrita, en 1882, por Engelmann, quien observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas, en posición de rodillas, de cuclillas, sentadas, semi sentadas, usando ladrillos, piedras, pilas de arena o bancos de partos. (Engelmann GJ. Labor among primitive peoples. St Louis: JH Chambers, 1882.)

Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño.

En la actualidad, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en posición dorsal, que se supone permite al obstetra, monitorear mejor al feto, asegurando así un parto seguro. Se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad. En los distintos hospitales, el parto horizontal es la única opción de parto vaginal para toda gestante que ingresa al Centro Obstétrico. A esto se agrega que, en el período de dilatación, se obliga a la madre a mantenerse recostada y no se le permite sentarse, deambular y alguna otra posición que podría ser más cómoda para ella, así como tampoco se le permite estar acompañada por alguna persona de su entorno o de su confianza, en un momento tan importante para ella como mujer y como persona. (http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/calidad/cal1.htm)

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural. (MSP, Sistema Nacional de Salud. 2006 – 2008. Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos)

El reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, obliga a buscar mecanismos de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales de las diferentes comunidades del país.

Diversas experiencias e investigaciones realizadas en el país, en poblaciones indígenas y afro ecuatorianas, demuestran marcadas diferencias entre la atención del parto en las unidades de salud y las expectativas que tienen las usuarias de acuerdo a sus necesidades socioculturales, lo que en ciertos casos puede constituir una barrera para que las mujeres acudan en búsqueda de atención a las unidades de salud.

(http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/calidad/cal1.htm)

En el hospital Cantonal Guamote se plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a fin de que la atención en salud contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, que sean aplicados por el personal de salud y que permitan satisfacer a un mayor número de

usuarias/os, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas, donde las barreras de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.

Es necesario tener en cuenta que muchas de las razones por las que las mujeres prefieren dar a luz en la casa antes que en un establecimiento de salud, están relacionadas con un conjunto, actitudes y prácticas culturales en el proceso del parto.

La atención del parto culturalmente adecuado involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar en su práctica, no sólo las características clásicas de atención en libre posición sino también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades a la atención institucional del parto, los efectos en la frecuencia de complicaciones así como otras demandas provenientes de diversos movimientos sociales que demandan la atención del parto humanizado. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto culturalmente adecuado.)

En el Cantón Guamote existen mujeres de diferentes etnias, pero la que más predomina es la etnia indígena, estando de acuerdo que se implemente el parto culturalmente adecuado que conlleva prácticas tradicionales y ancestrales.

1.2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los beneficios del parto culturalmente adecuado en el binomio madre e hijo frente al parto biomédico del Hospital Cantonal Guamote durante el periodo Julio 2012 a febrero 2013?

1.3.-OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

Determinar los beneficios del parto culturalmente adecuado en el binomio madre e hijo frente al parto biomédico del hospital cantonal Guamote en el periodo julio 2012 a febrero 2013.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar las principales razones por las que las madres optan por el parto vertical y/o horizontal (Percepción de la madre en el parto: comodidad del parto y grado de dolor).
- Conocer que complicaciones puede presentar este tipo de parto (tipo de desgarro I, II, III) con respecto al sistema biomédico.
- Conocer el tiempo de duración de la fase expulsivo parto vertical con respecto al sistema biomédico.
- Elaborar una guía de promoción del parto culturalmente adecuado.

1.4.-JUSTIFICACIÓN

Al realizar este proyecto de investigación, se procura conocer la importancia del parto culturalmente adecuado con el fin de evitar la morbi-mortalidad del binomio madre e hijo por falta de atención médica personalizada; además brindar asistencia a las mujeres indígenas que por temor, vergüenza y diversos factores, no acuden al hospital.

La presente propuesta en un esfuerzo dirigido hacia la humanización del parto, que plantea la opción a nuestras usuarias de elegir la manera de tener su parto en la forma más fisiológica y natural, rescatando la tradición cultural ancestral, su rol protagónico y a la vez demostrar las ventajas del parto culturalmente adecuado frente al horizontal, lo que estratégicamente con el tiempo y experiencia adecuada, podría llevar a disminuir el número de partos instrumentados y cesáreas. Creemos que este aporte traerá beneficios a nuestras pacientes, pues conlleva a una participación mucho más activa y protagónica de la mujer en el momento de su parto, así como tener la posibilidad de ver nacer a su niño con menores riesgos materno-perinatales y mayor satisfacción, que redundará en estrechar los lazos afectivos de la unidad madre-niño. Deseamos además, contribuir a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención de la gestante, optimizando la calidad y calidez de la atención obstétrica en el marco de las políticas institucionales.

Con ello, buscamos lograr mayor credibilidad de los servicios médicos, mayor institucionalización del parto y, por ende, la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Mediante esta norma técnica, el parto vertical está siendo implementado en diferentes establecimientos de salud, en las regiones que atienden poblaciones rurales y amazónicas.

CAPITULO II

2.-MARCO TEÓRICO

2.1.-POSICIONAMIENTO PERSONAL

Es una investigación que se fundamenta en la teoría transcultural de MADELEINE LEININGER ya que se basa en una “Área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”, además es documental porque se apoya en fuentes de carácter documental ya que va dirigido a comprender sobre los beneficios del parto culturalmente adecuado en el binomio madre e hijo frente al sistema biomédico del Hospital cantonal Guamote, durante el periodo julio 2012-febrero 2013.

2.2.- BASE LEGAL

La Constitución Política es la principal carta legal del Estado en la que están consagrados los derechos a la vida y a la salud, derechos económicos y socio culturales, para todos los ecuatorianos y ecuatorianas. (Acuerdo ministerial, MSP 000000474)

CONSIDERANDO

Art. 43 de la Carta Magna “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 y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social”.

Art. 44 “El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará 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 Art. 47 “En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada, los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas.

El Art. 6, “Formulare 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”.

El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 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% elembarzoadolescente, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud;

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA

Art 1.- Declarar al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y 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 Acelerada Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la Norma y Protocolos de la salud sexual y reproductiva que los sustentan.

1. Normas y Protocolos de atención Materna
2. Normas y Protocolos de atención Neonatal
3. Manual de estándares Indicadores, e Instrumentos para medir la calidad de la atención Materno-Neonatal
4. Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado
5. Guía Metodológica para la atención culturalmente adecuada de la Atención Materna

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 de salud tanto públicas como privadas.

Art 4.- Son responsables del seguimiento y evaluación del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la norma de salud sexual y derechos reproductivos que la integran las Direcciones de gestión Técnica del Sistema Nacional de la Salud de Normalización, Gestión de Servicios de Salud y mejoramiento de La salud pública y el Consejo Nacional de Salud CONASA, en los ámbitos de su competencia

2.3.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1-CULTURA, ETNOCENTRISMO E INTERCULTURALIDAD

En la vida diaria comúnmente usamos el término cultura para referirnos al nivel de instrucción de las personas, al grado de conocimientos que pueden tener, o a ciertos comportamientos que consideramos ideales en nuestra sociedad. De igual forma,

cuando comparamos a un país con otro, utilizamos el término cultura como sinónimo de civilización, entendiendo ésta como desarrollo científico, tecnológico, e incluso artístico. (González Guzmán, Daniel. 2007. Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP))

Sin embargo, la cultura vista ya no desde su uso común, sino desde una perspectiva antropológica, se refiere a “todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.”

Debido a las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental, el sistema biomédico moderno se ha institucionalizado, por encima de todas las posibilidades, como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones.

El conocimiento científico se ha oficializado como la única forma permitida de conocimiento, excluyendo a otras formas por considerarlas “empíricas”, “míticas”, “primitivas”. Inclusive el sistema de medicina indígena, de otras culturas y/o alternativas (homeopatía, acupuntura, etc.), subsisten de forma marginada.

La sabiduría y los saberes de los pueblos y nacionalidades indígenas, “han sido históricamente desautorizado desde la oficialidad asociándolo con hechicería, brujería y charlatanería.

Sin embargo, ello no ha implicado de ninguna manera su desaparición, pero sí ha negado algunas posibilidades de su potenciación.

Desde siempre, la medicina tradicional ha prevalecido en el uso constante, y con frecuencia clandestino, tanto entre los indígenas como en la sociedad no indígena.”

En contextos multiculturales el sistema biomédico no ha logrado articularse con la medicina indígena y otros saberes médicos tradicionales.

El etnocentrismo es la tendencia a juzgar a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, a pensar que nuestras

costumbres son mejores, que nuestra cultura es superior a las otras, y por tanto considerar a las personas de otras culturas como seres inferiores, menos civilizados, y en algunos casos hasta menos humanos.

El etnocentrismo evita construir puentes entre las culturas, aún más cuando del etnocentrismo al racismo hay un corto paso y, en ese punto, las brechas entre las culturas se vuelven abismales. Sin embargo, como alternativa al etnocentrismo se presenta la interculturalidad o pluralismo cultural. Este principio promueve el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto mutuo e igualdad.

En el ámbito de la salud, además la interculturalidad es una toma de posición con el objeto de promover el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto e igualdad tendiendo hacia la inclusión, la simetría, la equidad. (Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. "Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales". Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito. 1998, Pág. 7.)

Además el principio de interculturalidad implica, en primera instancia, un cuestionamiento del modelo social y cultural desde el cual se ejerce la medicina occidental, caracterizada por una tendencia hacia la exclusión de otros saberes en salud.

Este cuestionamiento a la forma de hacer medicina, implica también un llamado hacia una democratización de la salud, es decir, el fortalecimiento de la participación de los usuarios en la definición de sus necesidades de salud, en los medios adecuados para satisfacerlas, en la visibilización de su saberes y sabidurías para la resolución de problemas a través de un diálogo de doble vía con los servicios de salud institucionales.

Por lo tanto, los elementos más importantes de la interculturalidad son: el reconocimiento de la propia identidad y el diálogo en igualdad de condiciones para la construcción de acuerdos y la ejecución de compromisos. La interculturalidad promueve el conocimiento mutuo de las distintas culturas, la aceptación y valoración

de las diferencias como algo positivo y enriquecedor del entorno social, la institucionalización del enfoque intercultural y la garantía del Estado para la aplicabilidad de las Políticas Públicas Interculturales en Salud.

2.4.- EL PARTO



(Manual de enfermería y obstetricia I)

2.4.1.-PARTO NORMAL O EUTÓCICO.

Es la salida fisiológica del feto por el canal genital dando como resultado uno o más fetos. (Manual de la enfermería, materno infantil, océano/centrum.pg 1156)

El parto puede producirse:

- ✚ A término entre las 37 y 41 semanas de gestación.
- ✚ Será parto pos-término cuando sea mayor de 41 semanas de gestación.
- ✚ Será parto pre término antes de las 37 semanas de gestación.

Es fundamental ofrecer una buena atención del parto para lo cual debe realizarse previamente una valoración de la gestante. Como fuente de información del embarazo se dispone del carnet materno que obligatoriamente debe ser entregado a toda embarazada por la unidad operativa que la controla. La embarazada que no haya recibido atención prenatal será catalogada como riesgo y se le hará una evaluación más completa.

2.4.2.-EVALUACION PREPARTO:

Se instruye a la futura madre durante las consultas prenatales para que se trasladara hacia el hospital en caso de cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- Ruptura prematura de membranas.
- Aparición de contracciones uterinas
- Hemorragia vaginal de cualquier tipo.

Al ingresar la parturienta en el medio de asistencia de la salud puede estar afrontando diversos procedimientos que no le son familiares, y que el equipo de profesionales de la salud considera naturales durante su ejercicio sistemático. Es importante recordar que todas las personas tienen derecho a saber lo que ocurrirá a sus cuerpos.

Deben obtenerse el consentimiento informado de cualquier paciente antes que se aplique cualquier procedimiento que considere en tocar el cuerpo. El consentimiento informado requiere que la persona reciba información sobre el procedimiento o el tratamiento de que se le va aplicar, sus motivos, los beneficios y riesgos potenciales a las posibles alternativas. (Manual de la enfermería, materno infantil, océano/centrum.pg 1156)

El diagnóstico del trabajo de parto se hará a base de la evaluación clínica de las contracciones uterinas y de la determinación de la madurez del cérvix. Se valorara si la gestante presenta un trabajo de parto falso o verdadero.

Falso trabajo de parto: Es bastante frecuente al final del embarazo y se caracteriza por:

Fase prodrómica del parto.

- ✚ Contracciones uterinas irregulares y breves
- ✚ Dolor dorsal abdominal leve sin progreso de la presentación
- ✚ No hay modificaciones cervicales
- ✚ El feto no desciende.

Verdadero trabajo de parto: Se caracteriza por:

- ✚ Contracciones uterinas regulares, frecuentes e intensas (de 1 a 3 contracciones en 10 minutos) y de mayor duración a medida que transcurre el

tiempo, estas se mantendrán por aproximadamente 2 horas seguidas y percibidas por la madre, o por el examinador al valorarla.

- + Cambios cervicales: dilatación y borramiento.
- + Expulsión del tapón mucoso: aunque no necesariamente puede suceder esto Descenso fetal.

2.4.3.-FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE LA LABOR DEL PARTO

Edad Materna: La mujer muy joven, menos de 16 años puede tener una pelvis pequeña e inmadura, por lo que ella se incrementa el riesgo de desproporción céfalo pélvico y mayor peligro de sufrir Pre eclampsia.
(www.slideshare.net/UABCMEDICINA/mecanismosperiodos-y-vigilancia-del-trabajo-de-parto).

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

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

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

Posición Fetal: El trabajo de parto evoluciona de manera más eficaz cuando el feto se encuentra en posición OIIA (occipito iliaca izquierda anterior).

Sitio de implantación de la placenta: Se ha demostrado que la implantación de placenta en la parte alta o en fondo del útero se acompaña de trabajo de parto prolongado y la parte baja placenta previa (marginal, lateral, total) provoca problemas materno- perinatales y cesáreas.

Factores Psicológicos Estrés y ansiedad estimulan la descarga de catecolamina, hormonas que inhiben la actividad uterina. La preparación para el nacimiento reduce el estrés y la ansiedad que acompañan al trabajo de parto y el parto, y puede contribuir a mejorar la evolución y los resultados de todo este proceso.

Medicaciones: Se ha demostrado que la analgesia con narcóticos alarga la fase activa del trabajo de parto. También se ha demostrado que el sulfato de magnesio fármaco empleado para tratar la Preeclampsia, disminuye la frecuencia de intensidad de las contracciones uterinas a la vez que reduce el tono del útero en reposo.

2.4.4.-CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO

Entre los más frecuentes usados para el monitoreo de la madre y su bebé, están:

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

Control de signos vitales: tales como el pulso, la Presión arterial y la frecuencia respiratoria de la madre durante el trabajo de parto. Todos estos valores son registrados en un partograma que dura mientras dure el trabajo de parto.

Maniobras De Leopold: Se denomina así a la maniobra, realizada en cuatro pasos a partir del segundo trimestre del embarazo, que consiste en la palpación abdominal

para determinar la presentación, situación y posición del feto. La paciente debe vaciar su vejiga antes de que se inicie el procedimiento; permite obtener mejores resultados en la última parte del examen; las manos del examinador no deben encontrarse frías ya que la estimulación ocasionara que los músculos abdominales se contraigan. (1Nov 2009 – maniobras de leopold - nos permite ubicar la posición del feto. realizado por jorgeisaac tuesta nole-)

- ✓ **Primer Maniobra:** Se explora el fondo uterino para establecer qué polo fetal lo ocupa.
- ✓ **Segunda Maniobra:** Se exploran los flancos maternos (caras laterales del útero) para evaluar qué partes fetales lo ocupan, y así determinar la "Posición".
- ✓ **Tercera Maniobra:** Se explora el hipogastrio para determinar el polo de presentación (que habitualmente es cefálico) y la altura de presentación (libre o encajada).
- ✓ **Cuarta Maniobra:** Útil cuando la presentación ha penetrado la cavidad pélvica, y así evaluar la prominencia cefálica.

El tacto vaginal es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.

Lesiones del canal blando del parto En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal: En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%). Se practican más episiotomías en la posición semi sentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas. En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías,

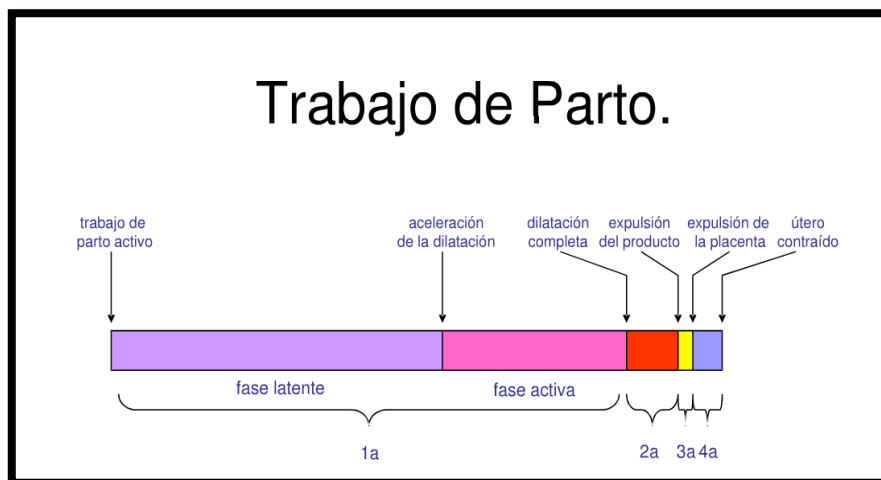
aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales.

La episiotomía Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal.


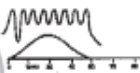



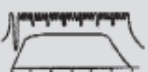

(Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva república del Ecuador, Ministerio de Salud Pública.)

2.4.5. PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO:

- 1.-Periodo trabajo de parto o fase de dilatación.
- 2.- Periodo de fase de expulsión.
- 3.-Periodo de alumbramiento.
- 4.-1 o dos horas post, parto.

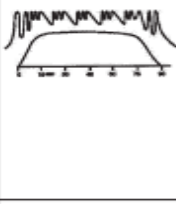



Las etapas del trabajo de parto y parto

Etapa	Cambios físicos	El cuello uterino	Contracciones y respiración	Sensaciones	Acciones	
Etapa uno	Pre parto	<ul style="list-style-type: none"> Contracciones sin progreso El cuello uterino madura El cuello uterino puede ser afectado El cuello uterino podría dilatarse 1 a 2 cm Podría presentarse sangre o moco 	1 cm		<ul style="list-style-type: none"> Ansiosa Espera con ansia el nacimiento y al bebé 	<ul style="list-style-type: none"> Comienza o continúa la ansiedad Empaque sus maletas para ir al hospital
	Inicio del parto	<ul style="list-style-type: none"> Las contracciones se vuelven regulares El cuello uterino se borra, se dilata 2 a 4 cm 	3 cm		<ul style="list-style-type: none"> Entusiasmada Impaciente Insegura 	<ul style="list-style-type: none"> Intenta distraerse Películas Camina Relájese en casa Tomar una ducha Cambie de posición Beba líquidos/ coma ligeramente Vacía la vejiga
	Trabajo de parto activo	<ul style="list-style-type: none"> Contracciones más largas, más fuertes, más cercanas una de la otra Las membranas podrían romperse El cuello uterino se borra, se dilata 4 a 8 cm 	4 cm		<ul style="list-style-type: none"> Concentrada Seria Comienza a estar cansada 	<ul style="list-style-type: none"> Use la respiración estructurada Camina Hidroterapia Cambie de posiciones Beba líquidos/ coma ligeramente Vacía la vejiga Anestesia epidural si se desea
	Transición del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> Contracciones intensas con picos múltiples Descanso mínimo El cuello uterino se dilata 8 a 10 cm 	10 cm		<ul style="list-style-type: none"> Concéntrate sobre aquí y ahora, visión del túnel Dificultad para manifestar las necesidades Sensible al tacto Posibles deseos de pujar Posibles náuseas Malhumorada Débil 	<ul style="list-style-type: none"> Contracciones sin progreso

(Educación perinatal Proceso del trabajo de parto y parto, Página 106 Embarazo y parto)

Las etapas del Trabajo de parto y Parto

Etapa	Cambios físicos	El cuello uterino	Contracciones y respiración	Sensaciones	Acciones
Etapa dos	Pujar			<ul style="list-style-type: none"> Esperar el nacimiento Posible energía renovada Cansada, soñolienta Sudorosa 	<ul style="list-style-type: none"> Hielo picado si desea Podría ser que las compresas le hagan sentir bien Posible evacuación intestinal
	Nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> La cabeza del bebé corona El bebé está naciendo 		<ul style="list-style-type: none"> Contenta Aliviada 	<ul style="list-style-type: none"> Expulsar al bebé Concentrada en el bebé
Etapa tres	Expulsión de la placenta			<ul style="list-style-type: none"> Es posible que tenga temblores Es posible que sienta frío, escalofríos 	<ul style="list-style-type: none"> Concentrada en el bebé
Etapa cuatro	Recuperación			<ul style="list-style-type: none"> Entusiasmada, contenta Podría estar muy cansada Desea hablar acerca del nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Amamantar al bebé cuando esté cómoda Comer y beber Tener ayuda la primera vez que se levante de cama Hielo en el perineo Llamar a la familia, los amigos Tener visitas

(Educación perinatal Proceso del trabajo de parto y parto, Página 107 Embarazo y parto)

2.4.5.1. PRIMERA ETAPA DE TRABAJO DE PARTO FASE DE DILATACIÓN

La fase de dilatación empieza cuando tenemos los tres parámetros:

- 1.-El cuello esta corto es decir esta borrado el 50%
- 2.- La dilatación del cuello uterino es de tres centímetros
- 3.-Se cuentan 3 contracciones en 10 minutos y cada contracción dura de 30 a 40 segundos. En cada dolor, el cuello del útero se dilata hasta 10 centímetros Este periodo dura de 9 a 12 horas en la primípara, y de 6 a 8 horas en la multípara

El periodo de dilatación se divide en tres fases:

Fase Latente: Que comprende desde 0-4 cm de dilatación

Fase Activa: comprende desde 4-7 cm de dilatación

Fase de transición: comprende desde 7- 10cm de dilatación

Valoración de Enfermería en la Fase Latente

1.- Valorar las contracciones uterinas: por palpación abdominal cada 30 minutos se determinara y se registrara. **Intensidad:** Se considera leve moderado o fuerte, las contracciones se incrementaran y llegara a un nivel máximo, para luego disminuir con lentitud. **Duración:** Este aspecto mide la contracción en segundos desde su principio hasta que termine. Se considera normal entre 25 o 50 segundos de duración **Frecuencia o Intervalo:** Se mide observando el tiempo que transcurre entre el final de una contracción y el inicio de la siguiente contracción para determinar la frecuencia. Se considera normal entre 2 a 4 contracciones en 10 minutos.

2.- Vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal La frecuencia cardiaca debe permanecer entre 120-160 por minuto. Si el patrón se conserva dentro de límites normales y no ocurren complicaciones, se vigila durante el trabajo de parto cada hora.

3.- Tacto Vaginal: examen pélvico Pelvimetria en la que se determina con los estrechos superior, medios e inferior, y además con la evaluación de proporción céfalo pélvica.

Valoración del estado de las membranas Están las membranas intactas o rotas La madre refiere salida de líquido por la vagina Si las membranas están rotas debe anotarse bien la hora en que ocurrió, así como el color y el olor de líquido amniótico. El olor desagradable, la consistencia espesa o las alteraciones de color indican posibles dificultades del feto. Presentación y variedad de posición.

Cuello uterino: Se determinaran la posición del cuello respecto al eje de la pelvis, si es posterior central o anterior, el borramiento, dilatación y la consistencia.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE ACTIVA Las características de estas fases son: Aumento de actividad uterina, con descenso del feto hacia la pelvis ósea. En esta fase se debe:

- ✓ Medir la presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura cada 4 horas cuando se han roto las membranas.
- ✓ Vigilar la evolución del trabajo de parto.

1. Dilatación o borramiento cervicales.
2. Estado de las membranas.
3. Posición y estación de la parte de presentación.
4. Amoldamiento y formación de caput en el feto.
5. Patrón e intensidad de las contracciones uterinas.

Valoración de la Fase de Transición Durante esta fase se debe vigilar cuidadosamente el estado de la madre y del niño. A causa de la intensidad de esta fase, la mujer requiere apoyo adicional para conservar el control por que puede presentarse algunos fenómenos: Sensibilidad Irritabilidad dificultad para controlar su conducta Fatiga Insomnio Diaforesis Sensación de tracción y estiramiento en la parte baja de la pelvis y dorsalgia intensa.

2.4.5.2.-SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO FASE DE EXPULSION.

La fase de expulsión se inicia al dilatarse por completo el cuello uterino y termina con el nacimiento del feto.

Dura normalmente de 1 a 2 horas en las primíparas y en las multíparas es más rápido. Se rompen las membranas, saliendo un líquido claro por la vagina (líquido amniótico) con grumos blanquecinos, las membranas también pueden romperse en el primer periodo. Durante este tiempo cumplen las fases:

- Orientación

- Rotación Interna
- Desprendimiento
- Descenso
- Rotación Externa

Signos premonitorios del periodo expulsivo Sensación de pujo, aumento de intensidad, duración y frecuencia de las contracciones uterinas.

PROCEDIMIENTOS Y MANIOBRAS EN EL PERIODO EXPULSIVO

La intervención del personal de salud en la atención del parto en libre posición se basa en la recepción del bebe, realizar la maniobras necesarias en caso de circular de cordón, en detectar y atender cualquier tipo de complicación, evitar en lo posible la realización de episiotomía. Cumplir con las medidas de asepsia y antisepsia.

Buscar la posición del parto más adecuada para la parturienta: permitir que la mujer cambie de posición, buscando la que le de la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.

Proteger el periné: En la multípara hay que proteger el periné deslizando la orquilla hacia abajo para flexionar la cabeza fetal y evitar una salida brusca que pueda producir desgarros uretrales o vesico-vaginales por lo cual se aproxima a los tejidos perineales con la mano derecha y evita la salida violenta de la cabeza con la mano izquierda. En este momento debe hacerse la episiotomía, la que está indicada para prevenir el desgarro perineal, y se la realizara en el momento en que el periné ofrezca resistencia a la salida de la presentación. Previa infiltración de xylocaina al 1% o 2% sin epinefrina. Puede efectuarse el corte medio lateral o mediano con una amplitud suficiente de aproximadamente 4 cm.

(www.slideshare.net/UABCMEDICINA/mecanismosperiodos-y-vigilancia-del-trabajo-de-parto)

2.4.5.3.- TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO PERIODO DE ALUMBRAMIENTO.

El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales. La expulsión del feto y la aparición de contracciones uterinas concomitantes originan una sensible reducción del tamaño del útero. Por este mecanismo la superficie interna del cuerpo del útero disminuye, mientras que la superficie de la placenta mantiene su tamaño, lo que provoca que ésta se combe y se separe de la pared uterina a través de la decidua esponjosa.

Se produce una contracción y retracción del miometrio y un efecto de colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formándose las ligaduras vivientes de Pinard.

El engrosamiento del sitio de la placenta de la pared uterina y las contracciones son las principales fuerzas impulsoras en el proceso de separación placentaria. A veces, se origina un hematoma entre la placenta que se separa y la decidua restante, como resultado de la separación; sin embargo, es posible que este hematoma acelere el proceso de separación.

No obstante, en la actualidad, no existe suficiente evidencia sobre la fisiología de la separación placentaria. El grado de pérdida de sangre depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de las contracciones uterinas alrededor del lecho placentario durante y después de la separación. Si los músculos no se contraen lo suficiente, puede ocurrir una hemorragia posparto (HPP) cuya causa más frecuente es la hipotonía uterina. La hemorragia grave, dentro de las primeras 24 horas después del parto, es la causa más importante de muerte materna en todo el mundo. Estas situaciones son frecuentes en los países de escasos recursos donde la mortalidad materna es aproximadamente 100 veces mayor que en los países de grandes recursos.

Se han realizado intentos para identificar a las mujeres con factores de riesgo de HPP por atonía uterina, basados en los antecedentes o en factores clínicos, y se han planificado acciones para este presumible grupo de mujeres de alto riesgo. Desafortunadamente la HPP por atonía incluso puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo. Numéricamente tienen atonía uterina más mujeres sin factores de riesgo que las mujeres que los presentan. Para lograr la prevención de la HPP por atonía, las intervenciones se deben dirigir a todas las mujeres en el parto. (Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane)

Se ha comprobado que el manejo activo del alumbramiento en comparación con el fisiológico conlleva un menor índice de hemorragia posparto, menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas.

Alumbramiento dirigido. Manejo activo

Manejo de los fármacos uterotónicos

- Se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, e inyectar 10 unidades de oxitocina intramuscular (i.m.). Entre los fármacos uterotónicos la oxitocina es la preferida porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse en todas las mujeres¹⁰.

Tracción controlada del cordón umbilical

- Pinzar el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que cesen las pulsaciones en un recién nacido saludable) y sostenerlo en una mano.
- Colocar la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y estabilizar el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical.

Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).

- Durante la contracción uterina fuerte, animar a la madre a pujar y, con mucho cuidado, tirar hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continuar aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.

- Si la placenta no desciende y es expulsada en los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no hay que continuar traccionando:

- Sostener el cordón cuidadosamente y esperar a que el útero esté bien contraído de nuevo.

- Durante la siguiente contracción, repetir la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario.

- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sostenerla con las dos manos y voltearla con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Traccionar lentamente para extraerla por completo.

- No se debe realizar una tracción del cordón umbilical sin efectuar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

Masaje uterino

- Practicar el masaje inmediatamente en el fondo del útero hasta que se contraiga.

- Palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.

- Asegurarse de que el útero no se relaje después del masaje uterino.

Alumbramiento fisiológico. Conducta expectante

El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos.

El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes:

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.
- No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, o previa a las señales de separación de la placenta, ya que esto podría causar una separación parcial de la placenta, una ruptura del cordón, sangrado excesivo e inversión uterina. (alumbramiento.pdf)

2.4.5.4.-VALORACION EN EL PUERPERIO INMEDIATO

- Vigilar coloración de la piel y mucosas
- Vigilar la frecuencia y el ritmo del pulso cada 15 minutos durante la primera hora del puerperio.
- Valorar la presión arterial cada 15 minutos hasta que se estabilice.
- Palpar la consistencia y altura del útero cada 10 a 15 minutos para valorar la cantidad de sangre perdida.
- La cantidad de sangre perdida es de 500 ml.
- La pérdida de sangre no puede ser mayor de 500ml porque puede afectar el estado general de la madre.

- Valorar el efecto de la madre y su reacción ante el lactante.

2.5.-COMPLICACIONES DEL PARTO

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

Distocia.-Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, posición anormal del feto, desproporción céfalo-pélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto

El **sufrimiento fetal.**- es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto. Tanto la no progresión del parto como el sufrimiento fetal se tratan acortando el periodo de dilatación, ya sea mediante fórceps, vacuum extractor o practicando una cesárea de emergencia.

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

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

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

Preeclampsia.- También llamada toxemia, y es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Puede ocurrir durante la segunda mitad del embarazo, síntomas de la preeclampsia: presión arterial alta, edema y grandes cantidades de proteínas en orina.

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

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

Anemia.- Alteración de la composición sanguínea, determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina.(www.guiainfantil.com/blog/833/que-complicaciones-pueden-presentarse-en-el-parto.html)

2.6.- PARTO VERTICAL

El parto vertical es aquel en que la gestante se coloca en una posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismo en el recién nacido. (Norma técnica para la atención del parto vertical y su adecuación intercultural.)

El parto vertical es una técnica de la medicina ancestral indígena usada por las parteras en los sectores rurales de la urbe.

2.6.1.- INDICACIONES

- Gestante si complicación obstétrica
- Presentación cefálica del feto
- Compatibilidad feto pélvica

2.6.2.- CONTRAINDICACIONES

- Cesárea anterior
- Incompatibilidad feto pélvica
- Sufrimiento fetal
- Feto en podálico
- Embarazo gemelar
- Distocia de cordón
- Macrosomía
- Prematurez
- Hemorragia del tercer trimestre(placenta previa, desprendimiento normo placentario)
- Ruptura prematura de membranas
- Embarazo post termino
- Pre eclampsia severa o eclampsia
- Antecedentes de parto complicado

2.6.3.-ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

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

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

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

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

Además, dentro de las diferentes comunidades, pueblos y nacionalidades, los sabios del Subsistema de Salud ancestral (yachaks, curanderos, hierbateros, parteras/os, fregadores, kuyfichak) y otras culturas, son gente que aparte de hablar el mismo idioma, están dispuestos a acompañar el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero sino que establecen un sistema de trueque, reforzando de ésta manera, las relaciones de afecto, confianza y solidaridad al interior de la comunidad. (Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. “Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales”. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito.)

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello, junto con los

costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado.

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. 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.

Entre otros resultados, el desarrollo efectivo de éste componente aporta elementos para:

- 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 para ampliar este tema sobre formas de cuidado beneficiosas y formas de cuidado efectivas o perjudiciales, se recomienda revisar el Boletín Novedades CLAP No 17, Diciembre 1998, 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. En este sentido, la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico. Para ello, hemos identificado algunos elementos que deben tenerse en cuenta:

a) El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

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.

Habitualmente, en el sistema biomédico, el trato del personal de salud hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado. No obstante, en contextos multiculturales, la relación de poder

se vuelve más compleja en cuanto intervienen criterios culturales, de género y de clase. Así pues, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio.

Así, por ejemplo, algunas pacientes indígenas de la sierra ecuatoriana usualmente son objeto de crítica por la falta de planificación familiar, y de estigmatización por una supuesta falta de higiene. (González Guzmán, Daniel. 2007. Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP).)

Como es evidente, la principal causa del maltrato responde a valores y visiones discriminativas y etnocéntricas de la sociedad blanco mestiza hacia las poblaciones indígenas y afro descendientes, visiones que han sido reproducidas históricamente desde la época colonial, cuando la sociedad estaba estructurada bajo un régimen de castas y clases sociales en el cual la jerarquía estamental se basaba en criterios de origen y color de piel. 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.

Numerosos datos cuantitativos y cualitativos han reflejado claramente que el maltrato que reciben los pacientes, especialmente los indígenas, en los centros de salud pública persiste ocasionando que las mujeres embarazadas no regresen más a dichos centros para la atención del parto.

b) El acompañamiento durante la atención del parto

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” Un cambio que demandan las pacientes que son atendidas en los centros de salud pública es, precisamente, que en el momento del parto se permita la presencia de familiares (esposo, mamá, o hermana), y la presencia de los demás familiares en las horas de visita.

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. 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. Las parteras y parteros también demandan que se les permita atender y acompañar a su paciente durante el parto hospitalario, sobre todo si ésta es referida por él/ella.

La presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias. Por ello, deberá ser permitido el acompañamiento de una persona a la paciente hasta la sala de partos, para que la acompañe durante el trabajo de parto, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario. (Guía Técnica para la Atención del Parto)

c) Posición del parto

Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es anti-natural al parto, causando que “el wawa se regrese”, y la madre pierda la fuerza.

Las posiciones que pueden adoptar la paciente son las siguientes:

- ✚ **Posición de Cuclillas-Variedad anterior:** La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
- ✚ **Posición de cunclilla- Variedad posterior:** La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
- ✚ **Posición de rodillas:** En ésta posición la gestante adopta una postura cada vez más reclinada conforme avanza el parto, para facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.
- ✚ **Posición sentada y semisentada:** La paciente se apoyará sobre almohadas o sobre su acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, ésta posición relaja y permite que la pelvis se abra.
- ✚ **Posición cogida de la soga:** 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.
- ✚ **Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo):** 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.

O la posición que adopte la parturienta de acuerdo a la cultura.

d) 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: de anís, de manzanilla, de Paraguay, de higo, etc. (según el sector).

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.

Tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior.³⁴ Por otra parte, ciertas plantas tienen una eficacia natural y simbólica³⁵, como en el caso del agua de linaza, o el agua de melloco, que ingieren algunas parturientas “para que ayude a resbalar el feto y / o la placenta”

Comúnmente, los miembros de las comunidades indígenas y afro ecuatorianos conocen el principio humoral así como las propiedades curativas de ciertas plantas, sin embargo, el saber de las propiedades específicas de las plantas y hierbas medicinales que deberán usarse para encontrar el equilibrio, lo poseen especialmente los sabios del subsistema de salud ancestral indígena, afro ecuatorianos y otras culturas.

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.

e) En el Hospital Cantonal Guamote

La sala de labor y parto:

La sala de labor esta adecuada con una cama, calefactor y dispensador de agua para preparación de infusiones según la tradición local, con la finalidad de implementar la piscoprofilaxis del parto con acompañamiento familiar en un ambiente con temperatura adecuada. La sala de parto dispone de mobiliario, equipamiento médico, temperatura adecuada para que brinde un ambiente cálido y confortable a las usuarias, que permita:

- a) Aplicar las normas y protocolos de atención de la gestante y del recién nacido.
- b) Garantizar los derechos que tiene la madre para elegir la posición (sentada, arrodillada, parada o acostada) durante el período expulsivo del parto. El acompañamiento de un familiar y el apoyo de un profesional de salud o de una partera tradicional.
- c) Evitar o minimizar el sufrimiento fetal, como derecho del recién nacido, asegurar el apego inmediato y lactancia precoz.

2.6.4.-VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL.

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.
- La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre. 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
- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 en transversal y moldeamiento de la articulación coxo femoral.

- 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, como en el expulsivo, 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.
- Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral. 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.

A través del análisis y mediciones, que la fuerza que ejerce la mujer en la fase expulsiva del parto es mucho más intensa en posición vertical. Además, la vagina se encuentra más relajada y, por tanto, se abre con mayor facilidad, lo que supone menor sufrimiento para la madre y más beneficios para el recién nacido.

Tradicionalmente se ha considerado a la postura vertical para el parto como característica de culturas menos “civilizadas”, sin embargo, la evidencia científica respalda de forma concluyente su idoneidad.

En el post parto se darán las condiciones necesarias para el seguimiento de acuerdo a las culturas (encaderamiento, baño interno y externo con hierbas naturales, calientes y dulces)

2.6.5.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Consideraciones culturales Es tan importantes conocer los valores, las costumbres y las prácticas de las diferentes culturas durante la fase de trabajo de parto. A menudo se puede observar las prácticas específicas sobre posición e ingestión de alimentos y bebidas durante el trabajo de parto. En muchos casos se conservan ciertos valores culturales como son el pudor, expresión de dolor y función del padre durante el trabajo de parto.

El pudor: es un valor muy importante para las mujeres. Algunas mujeres no están acostumbradas a los médicos y asistentes varones, quizás prefieran médicos y asistentes de sexo femenino.

Expresión al dolor: Existen personas en trabajo de parto que no expresan su dolor por temor a que caiga en vergüenza; otras pueden ser más expresivas durante el trabajo de parto gimiendo y gritando.

2.6.5.1.- ATENCION DEL PERIODO DE DILATAACION

El personal de salud realizara sus actividades de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas

- Control de signos vitales cada hora
- Controlar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 45 minutos

- Llevar un estricto registro del partograma, el mismo que permitirá tomar medidas necesarias en caso de presentar complicaciones.

Manejo del dolor

- El personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo de un familiar
- Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.
- Evaluar técnicas de relajación y masajes
- Ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales

La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y desee. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.

2.6.5.2.-ATENCIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas debe realizar:

Verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención.

Acondicionar o verificar que la sala de partos cuente con:

- Calor producido por calefactores
- Camilla o silla adecuada para el parto vertical
- Soga colgada de una viga

- Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el niño.
- Se colocara el instrumental estéril y los materiales necesarios en una mesa mayo acondicionada para este propósito

2.6.5.3.-ATENCION DEL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición dorsal, en razón de que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

El personal procederá a:

- Aplicar una ampolla de oxitocina intra muscular, inmediatamente después de la salida del niño.
- Evaluar el volumen del sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de conciencia de la madre y de las funciones vitales.
- Realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, asistir su salida y examinarla cuidadosamente, verificando que las membranas estén íntegras.
- Evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello del uterino.
- Evaluar la cantidad de sangrado vaginal post alumbramiento.
- En caso de presentar alguna complicación en el periodo de alumbramiento se debe canalizar inmediatamente una vía con vaso can número 18 administrado cloruro de sodio y referir a un establecimiento de mayor complejidad.

2.6.5.4.- ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

La atención en el puerperio inmediato las actividades son de manera estricta, dentro de las principales tenemos:

- Control de constantes vitales, tono de contracción uterina y sangrado vaginal cada media hora.
- Realizar masaje uterina para estimular la salida de lo loquios
- Brindar a la paciente un ambiente de comodidad donde haya calor y poca luz.
- Se debe usar sabanas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tienen temor y vergüenza a ensuciar las sábanas blancas.
- Permitir que las puérperas usen el chumpi o faja.

Complicaciones durante la atención del parto vertical

- Aumento del sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento
- Laceraciones a nivel del periné
- Salida brusca del feto
- Prolapso de cordón
- Procidencia de miembros superiores.
- Distocia de hombros.

2.7.- PARTO HORIZONTAL

El enfoque biomédico de la atención de salud y la influencia de la cultura urbana consolidan la convicción de las mujeres en cuanto a la conveniencia de la posición horizontal al momento del parto reconociéndola como la tecnología más avanzada. Pero la influencia de las ciencias de la cultura occidental y urbana también ignora cuales son las prioridades y las necesidades de las mujeres en general y en particular de las mujeres rurales al momento del parto, en tanto que ellas lo conciben como un evento natural que no requiere de intervenciones que varíen las formas tradicionales de atención del parto. (Ministerio de Salud, Guías Nacionales de Atención Integral de salud sexual y reproductiva.)

2.7.1.-Posiciones del parto:

LITOTÓMICA: la mujer se tiende en una camilla de respaldo regulable, de manera que su cabeza permanezca más elevada que el resto del cuerpo, apoyando las piernas

en sostenes especiales que las mantienen separadas y elevadas. Es la posición adoptada en las exploraciones ginecológicas, que no resulta natural para la parturienta, pero en cambio es cómoda para la matrona y el médico.

SOBRE UN LADO (DE SIMS): la mujer se tumba sobre un lado apoyando la pierna en un soporte para poder empujar con más facilidad.

FETAL: es una variante de la anterior. La mujer se tumba de lado pero acurrucada. Es la posición que se suele adoptar al dormir, y por lo tanto se asocia con la relajación. Acurrucándose sobre el abdomen, se acorta el canal del parto y se dilata la pelvis.

2.7.2.-VENTAJAS DE LA POSICIÓN HORIZONTAL

- En la posición de litotomía, los genitales, que están perfectamente visibles, permiten que la matrona pueda seguir en todo momento la marcha del parto.
- Favorece la comodidad del médico en la atención del parto, la cual es importante para su óptimo desempeño. Algunas posiciones tradicionales verticales son realmente incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas o con sobrepeso (el caso de muchos médicos).
- Favorece la revisión médica.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

2.4.3.-Fisiología del parto horizontal:

• **Efectos respiratorios.** La posición horizontal de la madre favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.

• **Efecto Poseiro.** Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs), útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves. Se disminuye el gasto cardíaco y se repleta la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural). Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la paciente.

“Asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen una cascada de efectos muy peligrosos que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios titulares irreversibles y finalmente falla miocárdica. (Kruger,H.,Arias Stella.Separata de la revista de ginecología y obstetricia, Vol.XIIIN3)

• **Efectos mecánicos.** La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto como sucedería si se tratase comer o

defecar estando acostado, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como “peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.

- **Efectos fisiológicos.** La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

- **Efectos psicológicos.** Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue “sacado” del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar.

- **Aumento en el índice de cesáreas.** El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no colaboración de la madre, son condiciones que favorecen los índices de cesáreas reportados en nuestro país.

2.5.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Distensión.- lesión, habitualmente muscular, debida a un esfuerzo físico exagerado.

Desgarro vaginal.- son rasgaduras de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor. En la mayoría de los casos, los desgarros se producen en el perineo.

Incisión.- corte producido quirúrgicamente por un instrumento cortante, que crea una solución de continuidad en un órgano o espacio del organismo.

Cuclillas.- con las piernas completamente flexionadas, como si se estuviera sentado en el suelo pero apoyándose solo en los talones.

Podálico.- perteneciente a los pies

Macrosomía.- anomalía caracterizada por estatura y tamaño excesivos, debida a menudo a hipersecreción de hormona de crecimiento (GH), y con menos frecuencia, a hipogonadismo y a ciertos trastornos genéticos.

Pre eclampsia.- trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de las 24 semanas de la gestación.

Mate.- es un potente estimulante del sistema nervioso, ayuda a mantenerse alerta y lúcido. Esta bebida, posee además una acción laxante, debido a que estimula el peristaltismo y por ende a la evacuación. Al mismo tiempo, es un diurético natural, este inhibe la hormona antidiurética, por ende favoreciendo a la diuresis.

Oxigenación.- proceso que consiste en la combinación o tratamiento con oxígeno.

Laceración.- herida producida por desgarramiento. Referido también al procedimiento quirúrgico que consiste en desgarrar con una aguja de catarata los tejidos subcutáneos.

Procidencia.- Prolapso o caída de un órgano o una parte. Se aplica especialmente cuando el cordón umbilical sale a través del canal del parto hacia el exterior, antes de que nazca el feto

Parturienta.- Mujer en período de parto

Hiperproteica.- nivel elevado de proteínas en la sangre.

Distocia.- Es el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, desproporción céfalo-pélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto

El **sufrimiento fetal.-** es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto.

La **fiebre puerperal**.- Se produce por la deficiente asepsia durante el parto, así como a la mayor susceptibilidad a las infecciones por la madre si tiene anemia o desnutrición.

Retención placentaria.- se produce cuando han quedado restos placentarios en la cavidad uterina para lo cual se explorará la cavidad del útero y la eliminación manual del tejido retenido

Hemorragia:

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

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

2.5.- HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1.- HIPÓTESIS

Los beneficios del parto culturalmente adecuado frente al parto biomédico son físicos y psicológicos.

2.5.2 VARIABLES

2.5.2.1.-Variable independiente

✚ Parto culturalmente adecuado.

✚ Parto biomédico.

2.5.2.2.-Variable dependiente

✚ Beneficios físicos y psicológicos.

6.3.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE. Parto culturalmente adecuado.	Es una adecuación de la forma de traer el producto adaptando a la madre a las condiciones socioculturales de la población, mismo que debe ser de conocimiento y voluntad, y que su duración debe ser en menos tiempo y disminuyendo las complicaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Etnia. 	<p>Número de Años cumplidos.</p> <p>Etnia a la que pertenece.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 16-45 años. • Indígena. • Mestiza. • Blanca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta. • Encuesta.
Parto biomédico.	El enfoque biomédico de la atención de salud y la influencia de la cultura urbana consolidan la convicción de las mujeres en cuanto a la posición horizontal al momento del parto reconociéndola como la tecnología más avanzada.	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Parto 	<p>Número de partos.</p> <p>Tipo de parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uno. • Dos o más. • Parto culturalmente adecuado • Parto biomédico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Encuesta.

VARIABLE DEPENDIEN TE. Beneficios físicos.	Son determinantes que facilitan información de la paciente, sobre su conducta durante el parto.	Fase de expulsivo.	Parto culturalmente adecuado. Parto biomédico.	10-20 min. 25-35 40-55 >60	Historia Clínica.
		Comodidad.	Parto culturalmente adecuado. Parto biomédico	Poco cómodo Moderadamente cómodo Muy cómodo	Encuesta.
		Desgarros.	Parto culturalmente adecuado. Parto biomédico	Ninguno Tipo I Tipo II Tipo III	Encuesta.
		Episiotomía	Parto culturalmente adecuado. Parto biomédico	Sí. No.	Encuesta.

Beneficios psicológicos	Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo, proporcionando beneficios psicoafectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente.	Dolor. Apoyo emocional. Beneficios psicoafectivos	Parto culturalmente adecuado. Parto biomédico. Parto culturalmente adecuado. Parto biomédico. Alojamiento conjunto.	Leve. Moderado Intenso. Sí. No. Parto culturalmente adecuado. Parto biomédico.	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta. • Observación . • Observación .
-------------------------	--	---	---	--	---

CAPITULO III

3.1.- DISEÑO METODOLOGICO

Es una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la investigación, esquema en que quedan representadas las variables y cómo van a ser tratadas en el estudio. Por lo general se representa en un esquema matemático. Donde la simbolización sintetiza las relaciones de las variables, y como van a ser medidas a través de los estadígrafos o de los modelos matemáticos

3.2 TIPO DE ESTUDIO

3.2.1. En el proyecto de investigación se empleó el **Bibliográfico** que consiste en la recopilación de datos ya elaborados tales como: libros, diccionarios, Internet, folletos, entre otros, con temas relacionados al parto culturalmente adecuado, lo que me permitió sustentar el fundamento teórico.

3.2.2. De Campo.- Es la información obtenida a través de las técnicas de la observación, y encuesta; para este trabajo se empleó la encuesta aplicada a las madres atendidas en el hospital cantonal Guamate.

3.3. CLASES DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Retrospectiva.- Aplicamos éste método porque nos permitió indagar sobre hechos ocurridos en el pasado y se registrará la información según va ocurriendo estos fenómenos.

3.3.2 Transversal.- Se usó éste método porque se realizó la investigación en el período junio 2012 a febrero 2013.

3.3.3. Descriptiva.- porque la investigación va a especificar las propiedades, características de las madres y además vamos a describir los efectos que el parto vertical produce.

3.4.-POBLACION Y MUESTRA

3.4.1.- POBLACION

Mujeres gestantes y mujeres en el puerperio inmediato que asisten al hospital cantonal Guamote en el periodo enero a junio 2012 a febrero 2013.

3.4.2.- MUESTRA

La muestra de estudio corresponde a las denominadas muestras estratificadas proporcionalmente, Mujeres gestantes con labor de parto y puérperas que asisten al hospital cantonal Guamote

Se estableció el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo que se utilizara para seleccionar la muestra de las pacientes que asisten al hospital cantonal Guamote

3.4.3.-TAMAÑO DE MUESTRA

Se determinó el tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula que tiene en cuenta el tamaño de la población, el nivel de confianza expresado en un coeficiente de confianza redondeado y el margen de error.

Datos:

- Población (N1): Mujeres gestante en labor de parto y puérperas que ingresan al Hospital Cantonal Guamote.
- El numero 4: coeficiente de confiabilidad para el 94% de nivel de confianza.
- p y q: son las probabilidades de éxito y fracaso que tiene cada integrante de la población.
- E: es el error seleccionado de 5

$$n = \frac{4Np.q}{E(2)(N-1) + 4p.q}$$

$$n = \frac{4Np.q}{E(2)(N-1) + 4p.q}$$

$$n = \frac{4(116)(50)(50)}{5(2)(116-1) + 4(50)(50)}$$

$$n = \frac{1160000}{11150}$$

$$n = 104$$

El valor de la muestra de una población de 116 pacientes, con un 5% de error es de 104 encuestas que para disminuir el margen de error se los relaciona a 105 encuestas.

3.5.- TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION.

3.5.1.- ENCUESTA.-Este método consiste en obtener información de los sujetos en estudio a través de un cuestionario a las personas involucradas en la investigación como son las madres que han sido atendidas en el Hospital cantonal Guamate.

3.5.2. OBSERVACION La observación es un registro visual de lo que ocurre en una situación real.

3.6.- TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se ha obtenido mediante la realización de tabulaciones luego de lo cual se ha procedido a analizarlas y luego a interpretarlas.

3.6.1.-PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos y la información recolectada serán procesados electrónicamente mediante el programa Excel, se presentara en tablas y gráficos. Las variables categóricas se presentaran con frecuencia absoluta, con porcentaje para una mejor comprensión.

CAPITULO IV

4.- ANÁLISIS DE ENCUESTAS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

CUADRO N° 1:

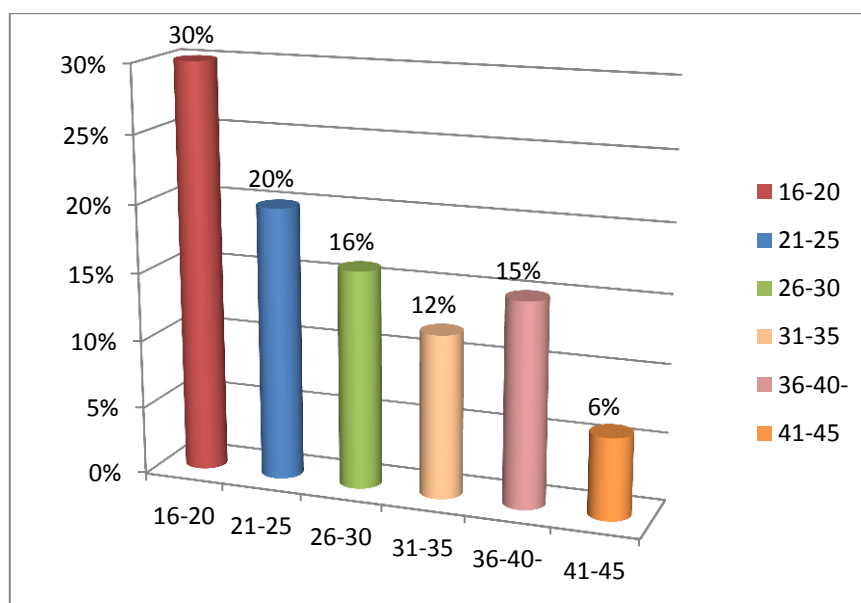
EDAD DE LAS PACIENTES

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16-20	32	30%
21-25	21	20%
26-30	17	16%
31-35	13	12%
36-40-	16	15%
41-45	6	6%
TOTAL	105	100,%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N°1:

EDAD DE LAS PACIENTES



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El presente cuadro muestra que la distribución porcentual por rangos de edad en pacientes atendidas en el Hospital Cantonal Guamote – sala de parto vertical, varía un:30% para el rango 16-20, el 20% para el rango 21-25, un 16% para el rango 26-30, un 12% para el rango de 31-35, un 15% para el rango 36-40 y el 6% para el rango de edad de 41-45. Debemos tomar en cuenta que nos encontramos en una situación social difícil ya que según el gráfico existe mayor maternidad en adolescentes en el 30% de la población tomada como muestra, siendo así un problema de salud sexual y reproductiva.

CUADRO N° 2:

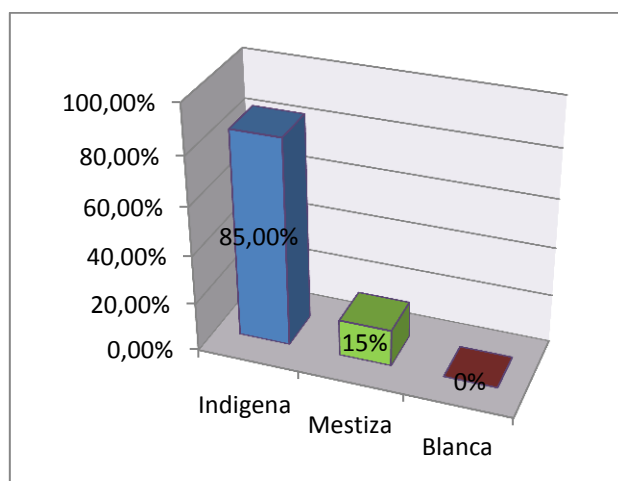
ETNIA A LA QUE PERTENECE USTED.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Indígena	89	85%
Mestiza	16	15%
Blanca	0	0%
TOTAL	105	100,00%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N° 2:

ETNIA A LA QUE PERTENECE USTED.



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Mediante el gráfico podemos describir que entre las pacientes que asisten al hospital cantonal Guamote predomina la etnia indígena en un 85% y de etnia mestiza un 15%, no existe etnia blanca, demostrando así que la mayoría de madres en labor de parto y puerperio inmediato son de etnia indígenas con pensamientos y costumbres diferentes a las otras etnias.

CUADRO N° 3:

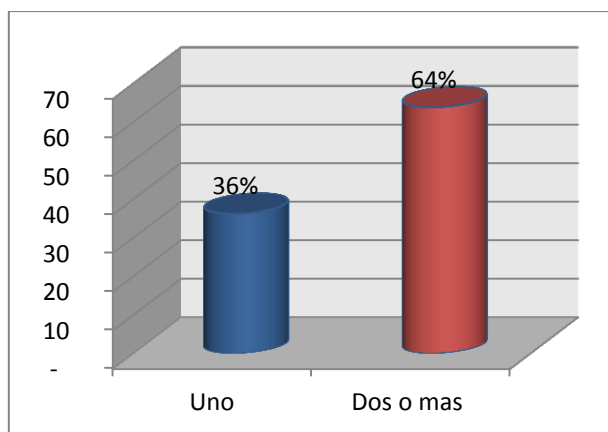
NÚMERO DE PARTOS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uno	38	36
Dos o mas	67	64
TOTAL	105	100

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N° 3:

NÚMERO DE PARTOS



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De acuerdo al gráfico podemos interpretar que el 36% de madres han tenido solamente un parto, mientras que el 64% han tenido dos o más partos considerando así que la mayoría de paciente que asisten al Hospital son multíparas, donde se deduce que exista un problema en el conocimientos sobre métodos de planificación familiar y también por situaciones de machismo y de cultura.

CUADRO N° 4:

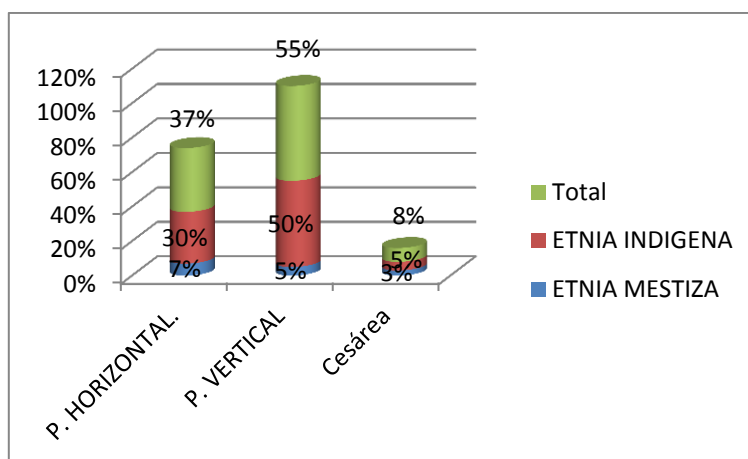
OPCIÓN DEL TIPO PARTO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto horizontal	39	37%
Parto Vertical	58	55%
Cesárea	8	8%
TOTAL	105	100 %

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N°4:

OPCIÓN DEL TIPO DE PARTO



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACION: Según el gráfico podemos interpretar que de las 105 mujeres que tuvieron su parto; el 37% de madres optaron por el parto horizontal divididas en un 7% de mujeres de etnia mestiza y el 30% de etnia indígena, mientras que el 55% de las mujeres eligieron el parto culturalmente adecuado divididas de igual forma en el 5% de etnia mestiza y el 50% de etnia indígena, cesáreas se produjeron un 8% de las cuales 3% de mujeres de etnia mestiza y el 5% de etnia indígena, a esto se puede deducir que la mayoría de la población por ser de etnia indígena y por sus prácticas ancestrales eligen el parto culturalmente adecuado .

CUADRO N° 5:

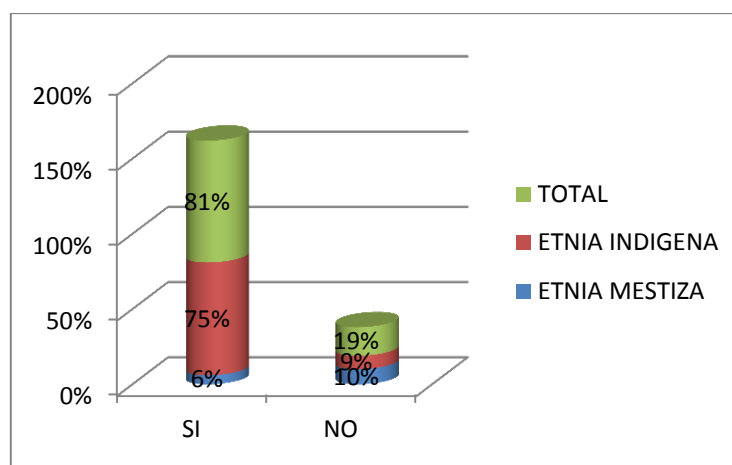
CONOCIMIENTO SOBRE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

VARIABLE	FRECUENCIA	ETNIA		TOTAL
		MESTIZA	INDIGENA	
SI	86	6%	75%	81%
NO	19	10%	9%	19%
TOTAL	105	16%	84%	100%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N° 5:

CONOCIMIENTO SOBRE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De acuerdo al gráfico podemos identificar que un 19 % de pacientes no tienen conocimiento sobre el parto culturalmente adecuado mientras que el 81% si conoce sobre el parto culturalmente adecuado y la mayoría de las pacientes que conocen sobre este tipo de parto son de etnia indígena. Las pacientes refieren que han tenido un parto vertical previo o han visto en otros familiares. La mayoría de mujeres que eligieron el parto horizontal refirieron que no conocían sobre el parto culturalmente adecuado.

CUADRO N° 6:

TIEMPO DE DURACIÓN DEL LA FASE DE EXPULSIVO

PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL

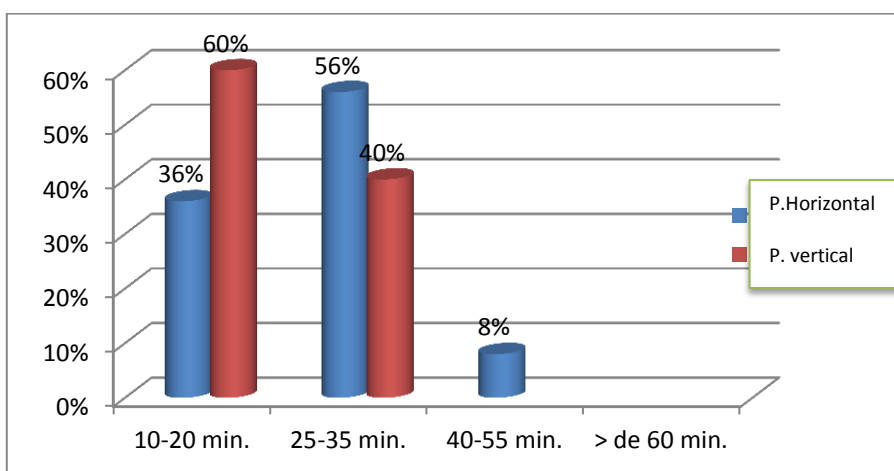
VARIABLE	PARTO HORIZONTAL	%	PARTO VERTICAL	%
10-20 min.	14	36%	35	60%
25-35 min.	22	56%	23	40%
40-55 min.	3	8%	0	
> de 60 min.	0		0	
TOTAL	39	100%	58	100%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRÁFICO N° 6:

TIEMPO DE DURACIÓN DEL LA FASE DE EXPULSIVO

PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL



Fuente: HCL. Partograma
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Como se explica en la tabla anterior podemos interpretar que de las 105 mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Cantonal Guamate, 39 pacientes eligieron el parto horizontal, y 58 el parto culturalmente

adecuado, según la revisión del Partograma en las Historia clínica y la interpretación del grafico la duración de la fase de expulsivo es menor en el parto culturalmente adecuado en relación al parto biomédico ya que el 60% de las pacientes tienen una duración menor a 20 minutos en la fase de expulsivo mientras que en el parto horizontal apenas el 36% de las pacientes duran menos de 20 minutos en la fase de expulsivo.

CUADRO N° 7:

COMODIDAD DEL PARTO

PARTO HORIZONTAL y PARTO VERTICAL

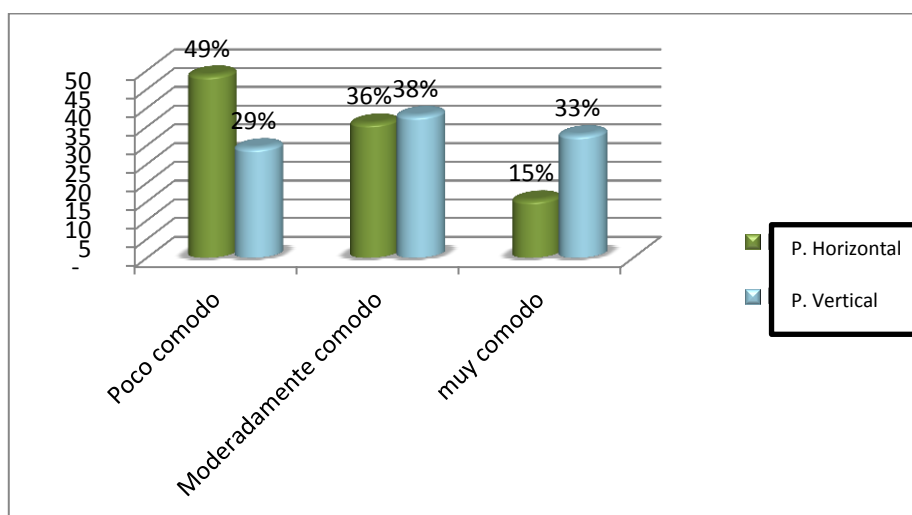
VARIABLE	PARTO HORIZONTAL	PORCENTAJE	PARTO VERTICAL	PORCENTAJE
Poco cómodo	19	49%	17	29%
Moderadamente cómodo	14	36%	22	38%
muy cómodo	6	15%	19	33%
TOTAL	39	100%	58	100%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N° 7:

COMODIDAD DEL PARTO

PARTO HORIZONTAL y PARTO VERTICAL



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Según el gráfico podemos describir que el 15% de las pacientes que optaron por el parto horizontal se sienten muy cómodas al

momento del parto mientras que el 33% en las pacientes que eligieron el parto vertical, por lo tanto podemos deducir que en el parto culturalmente adecuado las pacientes se sienten más cómodas que en el horizontal ya que este tipo de parto está acorde a sus costumbres y tradiciones, también porque les permite tener un entorno familiar.

CUADRO N° 8:

PERCEPCIÓN DEL DOLOR

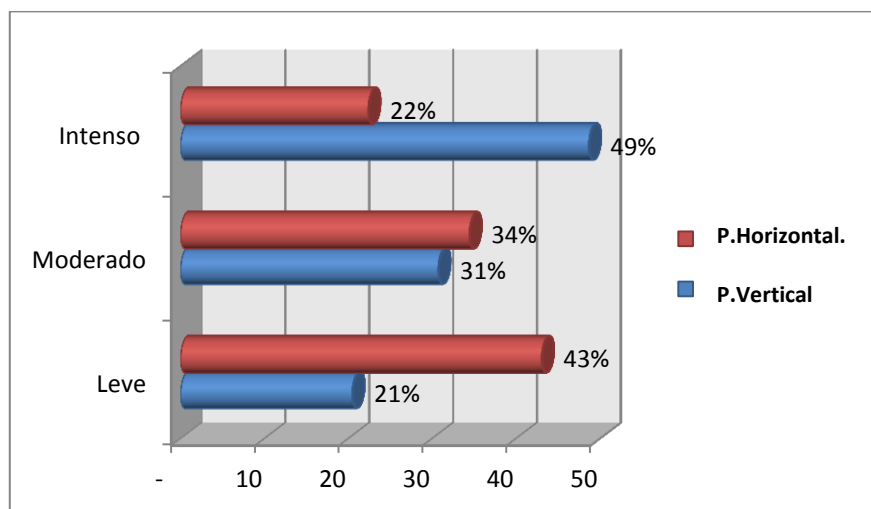
PARTO HORIZONTAL y PARTO VERTICAL

VARIABLE	P.HORIZONTAL	PORCENTAJE	P.VERTICAL	PORCENTAJE
Leve	8	21%	25	43%
Moderado	12	31%	20	34%
Intenso	19	49%	13	22%
TOTAL	39	100%	58	100%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRÁFICO N° 8: PERCEPCIÓN DEL DOLOR

PARTO HORIZONTAL y PARTO VERTICAL



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De acuerdo al gráfico podemos interpretar que el 43% de las pacientes que eligieron el parto culturalmente adecuado refieren leve dolor al momento del parto, mientras que el 21% en las mujeres que eligieron el parto Horizontal. Las pacientes refieren dolor moderado en un 34% de quienes eligieron el parto vertical y el 31% en el parto horizontal, podemos describir que el

49% de las pacientes que tuvieron su parto de forma horizontal refieren dolor intenso al momento del parto mientras que el 22% en las pacientes que eligieron el parto culturalmente adecuado. A esto podemos deducir que el parto culturalmente adecuado es menos doloroso en relación al parto Horizontal ya que proporciona beneficios psicoafectivos importantes a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación con mayor satisfacción durante y después del parto.

CUADRO N° 9:

PRESENCIA DE DESGARROS

PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL

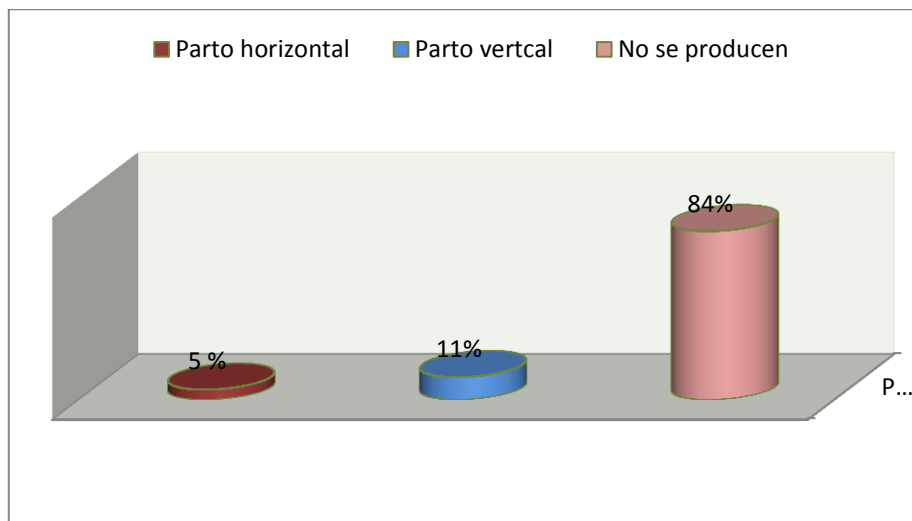
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto horizontal	5	5%
Parto vertical	11	11%
No se producen	81	84%
TOTAL	97	100%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N° 9:

PRESENCIA DE DESGARROS

PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Como se evidencia el gráfico, podemos analizar que en el parto horizontal se produce el 5% de desgarros de primer y

segundo grado, mientras que en el parto culturalmente adecuado se produce un 11% de número de desgarros de primer y segundo grado. Conociendo así que en el parto culturalmente adecuado se producen más desgarros que en el parto horizontal.

CUADRO N° 10:

REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA

PARTO HORIZONTAL Y PARTO VERTICAL

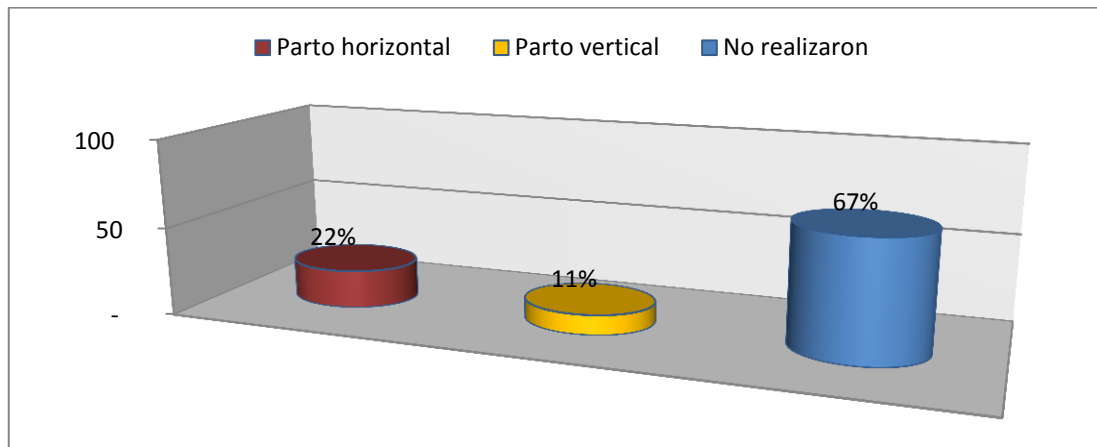
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto horizontal	21	22%
Parto vertical	11	11%
No le realizaron	65	67%
TOTAL	97	100%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N° 10:

REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA

PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Como se evidencia el gráfico, podemos analizar que en el parto horizontal se realiza el 20% de episiotomías a la madres atendidas en el parto horizontal, mientras que en el parto culturalmente adecuado se realiza el 16% de número episiotomías, llegando a la conclusión de que en el parto

horizontal realizan mayor número de episiotomía mientras que en el parto culturalmente adecuado se realizan menos y en especial a las mujeres nulíparas.

CUADRO N° 11:

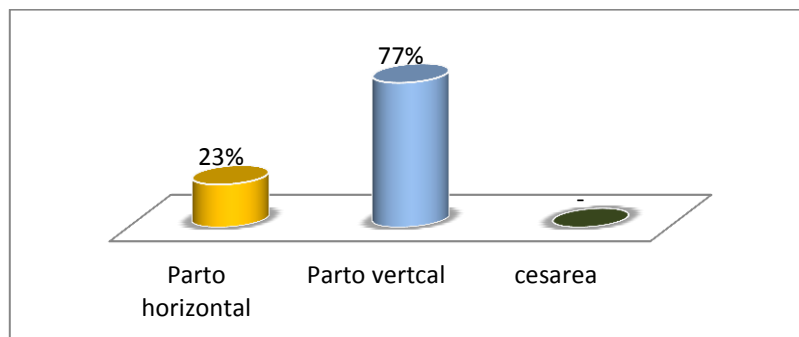
PREFERENCIA DEL TIPO DE PARTO EN UN FUTURO PARTO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto horizontal	24	23%
Parto vertical	81	77%
Cesárea	0	-
TOTAL	105	100%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO N° 11:

PREFERENCIA DEL TIPO DE PARTO EN UN FUTURO PARTO



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Como se observa en el gráfico, podemos evidenciar que las madres refieren el parto horizontal en un 23%. Mientras que el 77% refieren aplicar el parto culturalmente adecuado, las madres refieren que apliquen este tipo de parto porque se orienta a la identificación de las tradiciones de las mujeres para satisfacer sus necesidades y requerimientos durante el proceso de parto y postparto.

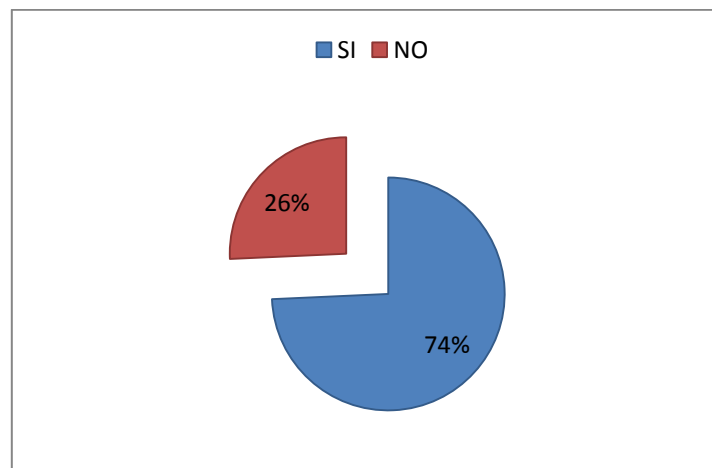
CUADRO N° 12:

RECOMENDACIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO A OTRAS USUARIAS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	78	74%
NO	27	26%
TOTAL	105	100%

Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

GRAFICO 12: RECOMENDACIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO A OTRAS USUARIAS



Fuente: Encuestas realizadas en la sala de parto vertical del HCG.
Elaborado: Gabriela Shañay.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Según el gráfico, el 74% de las madres atendidas en el Hospital Cantonal Guamate recomiendan que las usuarias opten por el parto culturalmente adecuado mientras que el 26% no lo recomienda, pacientes refieren que es la decisión de cada persona de cómo quiere tener su parto, dependiendo a su cultura y a sus diferentes costumbres.

CAPITULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

Puedo concluir lo siguiente:

- ✓ Se ha identificado que las madres optan por el parto culturalmente adecuado porque es más cómodo y menos doloroso en comparación con el parto horizontal, ya que proporciona beneficios psicoafectivos importantes a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación con mayor satisfacción durante y después del parto, sobre todo porque las pacientes que fueron tomadas como muestra el 85% son de etnia indígena y consideran beneficioso que se adapte el sistema biomédico a sus prácticas ancestrales.

- ✓ Se pudo conocer que se producen menos desgarros en el parto horizontal que en el parto culturalmente adecuado y se confirmó que de la población tomada como muestra el 11% presenta desgarros de primer y segundo grado en este tipo de parto mientras que en el parto horizontal se produce el 5% de desgarros, siendo tratadas efectivamente. No obstante esto quiere decir que el parto horizontal fuese el más adecuado, porque en este tipo de parto se produce mayor número de episiotomías que a futuro puede traer complicaciones.

- ✓ Podemos concluir también que la fase de expulsivo en el parto culturalmente adecuado se produce en menor tiempo que en el parto horizontal, como se demuestra en el gráfico y los datos obtenidos mediante la revisión de Historias Clínicas el 60% de las pacientes tuvieron la fase de expulsivo en menos de 20 minutos, mientras que el 36% en las pacientes que tuvieron su parto de forma horizontal y se demuestra también que las pacientes que optaron por

este tipo de parto su fase de expulsivo duro mayor a 25 minutos en 56%. Así podemos deducir que tarda más la fase de expulsivo en el parto horizontal en comparación con el parto culturalmente adecuado analizando de acuerdo al marco conceptual que existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el periodo de dilatación como en el expulsivo, facilitando la transición feto- neonatal.

- ✓ Se permite que la paciente elija la posición (vertical u horizontal) en la que se sienta más cómoda para el parto y quien atenderá su parto, así como el acompañamiento del esposo, pareja o familiar durante el parto y posparto para que brinden sustento emocional y participe de la experiencia de la paternidad.
- ✓ Se garantiza el apego precoz del recién nacido, lactancia inmediata y el alojamiento conjunto madre- hijo/a.

5.2.-RECOMENDACIONES

- ✓ Educar al equipo de salud, para que adquiera información acerca de los efectos, beneficios y complicaciones que conllevan los diferentes tipos de parto y así elegir el más adecuado de acuerdo al consentimiento de la paciente.
- ✓ Tener una comunicación activa entre enfermera-paciente para obtener una información completa y certera sobre los beneficios del parto culturalmente adecuado.
- ✓ Que mantengan sus técnicas visuales de enseñanza sobre la concepción y el cuidado del recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermería materna infantil, un concepto integral familiar 2da edición.
2. González Guzmán, Daniel. 2007. Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP)
3. Guía Técnica para la Atención del Parto, MSP
4. Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud. 2006 – 2008. Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
5. Ministerio de salud, resolución ministerial 598-2005
6. Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva república del Ecuador, Ministerio de Salud Pública.
7. Norma técnica para la atención del parto vertical y su adecuación intercultural

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

1. Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. “Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales”. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito. 1998, Pág. 7
2. Alumbramiento.pdf. Adobe Reader.
3. Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>
4. Engelmann GJ. Labor among primitive peoples. St Louis: JH Chambers,1882.
5. Nov 2009 – *maniobras de leopold* - nos permite ubicar la posición del feto. Realizado por Jorgeisaac Tuesta nole.
6. www.guiainfantil.com/blog/833/que-complicaciones-pueden-presentarse-en-el-parto.html
7. www.slideshare.net/UABCMEDICINA/mecanismosperiodos-y-vigilancia-del-trabajo-de-parto
8. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida)

CAPITULO VII

7.-ANEXOS

7.1.-ENCUESTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES ENBARAZADAS QUE ASISTEN
A RECIBIR ATENCION EN EL HOSPITAL CANTONAL GUAMOTE.**

Objetivo: Conocer los criterio de las madres sobre el parto culturalmente adecuado en relación al sistema biomédico.

DESARROLLO DE LA ENCUESTA.

1. ¿Cuántos años tienes usted?

.....

2. ¿A que etnia pertenece usted?

Indígena ()

Mestiza ()

Blanca ()

3. ¿Cuántos partos ha tenido usted?

.....

4. ¿Cómo fue su parto?

Parto horizontal ()

Parto vertical ()

Parto en el agua ()

Cesárea ()

5. ¿Conoce que es el parto vertical?

Sí ()

No ()

6. Cuando tubo usted su parto ¿Qué tiempo tardo la fase de expulsivo en el parto (vertical y horizontal)?

10-20 min. ()

25-35 ()

40-55 ()

>A 60 ()

7. ¿Qué tan cómodo fue el parto (parto vertical y horizontal)

Poco cómodo ()

Moderadamente cómodo ()

Muy cómodo ()

8. ¿Qué tan doloroso fue este parto vertical?

Leve ()

Moderado ()

Intenso ()

9. Presento algún desgarro. ¿Qué tipo de desgarro presento usted en el parto?

Ninguno ()

Tipo I ()

Tipo II ()

Tipo III ()

10. ¿Le realizaron episiotomía?

Sí ()

No ()

11. Si tuviera un nuevo parto, ¿qué opción preferiría?

Parto horizontal ()

Parto vertical ()

Cesárea ()

12. ¿Recomendaría la opción de parto vertical a otras mujeres?

Sí ()

No ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

7.2.-PRESUPUESTO

MATERIAL	COSTO
Alquiler de internet y horas de computadora	55.00 USD
Impresiones blanco y negro (encuestas , guías de observación y para tutorías)	70.00USD
Transporte y movilización	65.00 USD
Recargas telefónicas	25.00USD
Anillados	50.00USD
TOTAL	265.00 USD

7.3.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDADES	Julio 2012-febrero 2013															
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	PLANIFICACION DE LA INVESTIGACION																
	Planteamiento del problema	■	■														
	Objetivos			■	■												
	Marco teórico				■	■	■										
	Hipótesis, variables y Operacionalización					■	■	■									
	Diseño metodológico								■	■	■						
	Presupuesto								■	■	■						
	Cronograma								■	■	■						
	Bibliografía								■	■	■						

ADECUACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO



Entrada a la sala de parto vertical



Área de estudio "Sala de Partos"



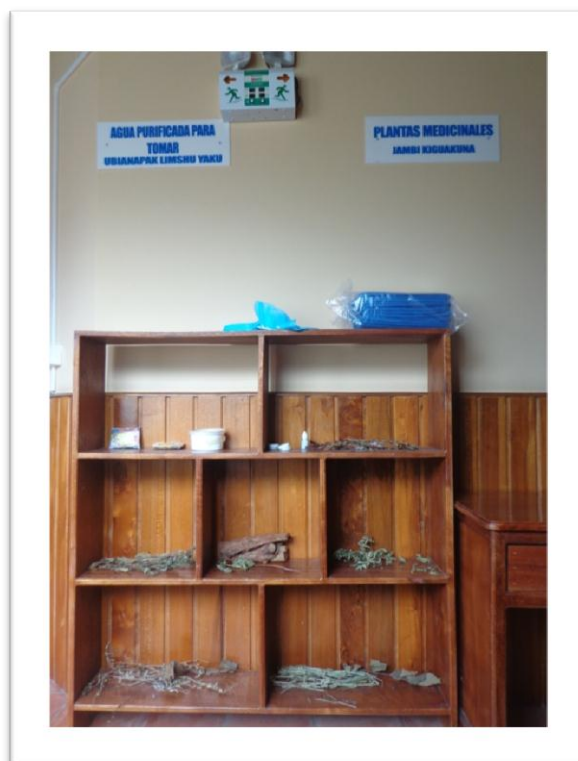
Calefactor y área de preparación del RN



Silla para la atención del parto culturalmente adecuado.



Set de medicamentos



Estantería de Plantas
medicinales



Utensilios para la preparación de aguas
medicinales

PROPUESTA ALTERNATIVA

TEMA:

**ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PROMOCIÓN DEL PARTO
CULTURALMENTE ADECUADO**

