



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE  
2017 A AGOSTO 2018**

**AUTORAS:**

**NATALY SILVANA CONDO CHAVEZ**

**DAYANNA STEFANIA BARRAGAN SOLARTE**

**TUTORA:**

**LCDA. LORENA OTERO TOBAR**

**BABAHOYO – LOS RÍOS- ECUADOR**

**OCTUBRE 2018 – ABRIL 2019**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE  
2017 A AGOSTO 2018**

**AUTORAS:**

**NATALY SILVANA CONDO CHAVEZ  
DAYANNA STEFANIA BARRAGAN SOLARTE**

**TUTORA:**

**LCDA. LORENA OTERO TOBAR**

**BABAHOYO – LOS RÍOS- ECUADOR**

**OCTUBRE 2018 – ABRIL 2019**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERIA**



**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**LIC. ELISA BOUCOURT RODRIGUEZ, MSC**  
DECANA O DELEGADO (A)

**LIC. ROSA BEDOYA VASQUEZ, MSC**  
COORDINADOR DE LA CARRERA  
O DELEGADO (A)

**DRA. VERONICA AYALA ESPARZA, MSC**  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO

**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA**  
SECRETARIO GENERAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



Babahoyo, 09 de Abril del 2019

**DECLARACION DE AUTORIA**

**A: Universidad Técnica De Babahoyo**

**Facultad De Ciencias De La Salud**

**Escuela De Salud Y Bienestar**

**Carrera De Enfermería**

Por medio del presente dejo constancia de ser las autoras de este proyecto de investigación titulado:

**EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018**

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en modalidad de Proyecto de investigación para optar por el grado académico de licenciado(a) en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la Carrera de Enfermería exenta de toda responsabilidad al respecto

Autorizamos, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

**Autoras**

Dayanna Stefania Barragan S

120769091-6

Nataly Silvana Condo

060436304-4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



### APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Lcda. **LORENA OTERO TOBAR**, en calidad de tutor(a) del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: “**EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018**”, elaborado por el(los) estudiantes **DAYANNA STEFANIA BARRAGAN SOLARTE** y **NATALY SILVANA CONDO CHAVEZ**, de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 09 días del mes de Abril del año 2019

**FIRMA**

Lcda. Lorena Otero Tobar

C.I 1203841803

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: SRTAS. BARRAGAN Y CONDO.docx (D50210283)  
Submitted: 4/5/2019 12:29:00 AM  
Submitted By: loterot@utb.edu.ec  
Significance: 1 %

Sources included in the report:

TESIS ULTIMA CORRECCION ABRIL 2016 lic espinel.docx (D19209524)  
Exámen Complexivo Final Yolanda Panchana.docx (D20244456)

Instances where selected sources appear:

6



Firma del Docente -Tutor  
**Lcda. Lidice Lorena Otero Tobar:**  
CI: 1203841802

## INDICE GENERAL

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	<u>IV</u>
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	<u>V</u>
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	<u>VI</u>
URKUND.....	<u>VII</u>
DEDICATORIA.....	<u>XII</u>
AGRADECIMIENTO.....	<u>XIV</u>
TEMA.....	<u>XV</u>
RESUMEN.....	<u>XVI</u>
SUMARY.....	<u>XVII</u>
INTRODUCCION.....	<u>XVIII</u>
<b>CAPITULO I</b>	
1.PROBLEMA.....	22
1.1 Marco Contextual.....	22
1.1.1. Contexto Internacional.....	22
1.1.2. Contexto Nacional.....	23
1.1.3. Contexto Regional.....	24
1.1.4. Contexto Local y/ 0 Institucional.....	25
1.2. Situación Problemática.....	25
1.3. Planteamiento del Problema.....	26
1.3.1. Problema General.....	27
1.4. Delimitación de la investigación.....	27
1.5. Justificación.....	27
1.6. Objetivos.....	28
1.6.1. Objetivo General.....	28
1.6.2. Objetivos Específicos.....	28
<b>CAPITULO II</b>	
2.1. Marco Teórico.....	29

2.1.1. Marco Conceptual .....	71
2.1.2. Marco Referencial sobre la problemática de investigación.....	72
2.1.2.1. Antecedentes Investigativos.....	74
2.2. Hipótesis.....	75
2.2.1. Hipótesis General.....	75
2.2.2 Hipótesis Específicas .....	75
2.3. Variables.....	75
2.3.1. Variable Independiente.....	75
2.3.2. Variable Dependiente.....	75
2.3.3. Operacionalización de las Variables .....	76

### CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	78
3.1. Método de Investigación.....	78
3.2. Modalidad de la Investigación.....	78
3.3. Tipo de investigación.....	78
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	79
3.4.1. Métodos.....	79
3.4.2. Técnicas.....	79
3.4.3. Instrumentos.....	79
3.5. Población y Muestra de Investigación.....	79
3.5.1. Población.....	79
3.5.2. Muestra .....	79
3.6. Cronograma del proyecto.....	80
3.7. PRESUPUESTO.....	81

### CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	82
----------------------------------------	----



4.1. Resultados obtenidos de la investigación.....	82
4.2. Análisis e interpretación de los datos.....	84
4.3. Conclusiones.....	88
4.4. Recomendaciones.....	88
CAPITULO V	
5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN.....	89
5.3. Título de la Propuesta de Aplicación.....	89
5.4. Antecedentes.....	89
5.5. Justificación.....	89
5.6. Objetivos.....	90
5.4.1 Objetivo General.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	91
ANEXOS.....	95
ETAPA PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA .....	101

### INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Recursos Humanos.....	74
TABLA 2. Recursos Económicos.....	74
TABLA 3. Edad de las Madres de la Muestra.....	75
TABLA 4. Estado Civil de las Madres de la Muestra.....	76
TABLA 5. Porcentaje de Estado Civil de las Madres de la Muestra.....	77
TABLA 6. Consideración de la Importancia del Parto Culturalmente Adecuado.....	77
TABLA 7. Criterios de las Madres en el Parto Culturalmente Adecuado.....	79

### INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Edad de las Madres de la Muestra.....	75
GRAFICO 2. Estado Civil de las Madres de la Muestra.....	76
GRAFICO 3. Porcentaje de Estado Civil de las Madres de la Muestra.....	77
GRAFICO 4. Consideración de la Importancia del Parto Culturalmente.....	78
Adecuado	
GRAFICO 5. Criterios de las Madres en el Parto Culturalmente Adecuado..	80

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por haberme dado la vida, salud y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis amados y adorados padres Willian Condo S y Asucena Chavez M ya que ellos más que a nadie han estado en cada paso que dado para poder culminar exitosamente mi carrera profesional, que, a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre impulsándome la responsabilidad y sus deseos de superación, ellos mi espejo en donde me quiero reflejar por sus virtudes y su gran corazón dignos de admirarlos cada día más y seguir creciendo como ellos.

Por otra parte, a mis hermanos Gabriela, Liseth, Francisco y Brayan que ellos también han sido uno de los pilares fundamentales en el trayecto de toda mi vida.

En el camino encuentras personas que iluminan tu vida y forman parte de ella a mi novio Luis Iza S, que, a través de sus consejos, de su amor, y paciencia me ayudo a concluir esta meta.

A mi familia y amigos por su apoyo incondicional, dando gracias a Dios por concederme la mejor familia del mundo por esa calidez y cariño de hogar.

GRACIAS TOTALES

Nataly Condo Chavez

## DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mi Dios por darme la vida, entendimiento, sabiduría, fortaleza, paciencia para cada día de la lucha en toda esta travesía que no fue fácil, pero lo logre.

A mis padres que como guía estuvieron presentes en el caminar de mi vida, y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin descansar, gracias por su apoyo incondicional su amor, confianza permitieron que logre culminar mi carrera profesional, haciendo de mí una buena profesional.

Asimismo, dedicarle a mi Hermano que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar, ya que siempre estuvo pendiente y apoyándose en todo momento. Para toda mi familia que siempre estuvieron ahí pendientes dándome esas fuerzas que siga adelante, y cumpla mi meta.

Gracias a todos mis amigos por esas palabras de aliento que nunca faltaron, a mis queridas amigas que comenzamos este camino tan largo, pero lo logramos y por estar siempre con su apoyo incondicional, las extrañare.

GRACIAS TOTALES

Dayanna Barragan Solarte

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos ofrecer nuestro agradecimiento a Dios, por bendecirnos la vida, darnos entendimiento, sabiduría para llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad nuestro sueño.

A LA UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO, a la ESCUELA DE ENFERMERIA, y a todos sus distinguidos docentes que con su profesionalismo aportaron en nuestra formación académica y desarrollo personal.

A nuestra DIRECTORA DE TESIS, Dra. ALINA IZQUIERDO CIRER, por su profesionalismo, por poner a nuestro alcance sus valiosos conocimientos, experiencias, por iniciarnos en el camino de la investigación con paciencia y seguridad, por su constancia y abnegación, MUCHAS GRACIAS.

ASESORA Lcda. LORENA OTERO TOBAR, principal colaboradora durante todo este proceso y por el tiempo, esfuerzo, enseñanza y dedicación, por sus conocimientos, experiencias, paciencia y motivación, impulsándonos a lograr terminar con éxito nuestro proyecto de investigación.

Así mismo, deseo expresar mi reconocimiento y gratitud al HOSPITAL BASICO SARAGURO y a sus autoridades y todo el personal que lo conforman, por todas las atenciones e información brindada a lo largo de esta indagación.

A nuestros amigos, compañeros y futuros colegas que nos ayudaron de manera desinteresada.

**LAS AUTORAS**

**TEMA**

**EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN  
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE  
SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018**

## RESUMEN

El parto se da mayoritariamente en instituciones de salud pudiendo además realizarse en el hogar con el apoyo de un asistente de parto tradicional, en lo que conocemos como Parto Culturalmente Adecuado. Este tipo de parto es un parto natural de libre posición en donde la presencia de las mujeres parteras es de vital importancia dada la previa relación de confianza, es decir, les brinda mayor seguridad a las parturientas durante el alumbramiento. El presente trabajo es una investigación cualitativa-narrativa, de modalidad etnográfica; es un trabajo de campo realizado en el Hospital Básico de Saraguro, Provincia de Loja en el área de Gineco/Quirúrgica. Las mujeres dentro de esta experiencia confiaron en la eficacia de las técnicas usadas por las parteras. Un 80 % de las parturientas estuvo consciente de la importancia de este tipo de parto; y dentro de estas existió un subgrupo un 62,5% que consideró que el parto culturalmente adecuado era importante dentro su comunidad más por su propio criterio que por otros factores.

**Palabras clave:** Parto, parto culturalmente adecuado, Saraguro, Parto vertical

## SUMMARY

The delivery occurs mostly in health institutions and can also be performed at home with the support of a traditional birth attendant, in what is known as Culturally Adequate Birth. This type of delivery is a natural birth of free position where the presence of the midwife is of vital importance given the previous relationship of trust, that is, it provides greater security to the parturients during the delivery. The present work is a qualitative-narrative investigation, of ethnographic modality; It is a fieldwork carried out in the Basic Hospital of Saraguro, Province of Loja in the area of Gineco / Surgical. Women within this experience relied on the effectiveness of the techniques used by midwives. 80% of the parturients were aware of the importance of this type of delivery; and within these there was a 62.5% subgroup that considered that culturally appropriate birth was important within their community more by their own criteria than by other factors.

**Key words:** Labor, culturally appropriate delivery, Saraguro, Vertical delivery



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se refiere a las experiencias vividas en nuestro año de internado rotativo en enfermería en el parto culturalmente adecuado en mujeres atendidas en el Hospital Básico Saraguro desde septiembre 2017 a agosto 2018, este trabajo nos permitirá conocer detalladamente de una forma clara si las experiencias fueron beneficiosas tanto para pacientes como para personal de enfermería, encontramos algunos factores socioculturales que influyen en el conocimiento sobre la importancia del Parto Culturalmente Adecuado como los personales, institucionales e interculturales. Se ha observado que pocas personas conocen sobre la práctica del parto culturalmente adecuado en el Ecuador; pese a ser un parto mucha importancia y relevancia en la actualidad, por sus comprobados beneficios y aportes tanto para la madre como para las comunidades indígenas que los practican. El motivo para investigar el presente tema es porque a pesar de los múltiples trabajos investigativos sobre el parto culturalmente adecuado existe poca difusión del mismo en el Ecuador. A través de esta perspectiva se pretende conocer porqué se está dando esta circunstancia. Para ello se ha planteado la siguiente hipótesis: Si se determina que las experiencias de Parto Culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro fueron beneficiosas para pacientes y personal de enfermería, podremos difundir este tipo de parto dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Babahoyo. Se espera que esta investigación al permitir la difusión del parto culturalmente adecuado sea de gran aporte a las madres, a la sociedad y al personal encargado del parto y de esta manera contribuir a la difusión del mismo. Como investigadoras del área buscamos enriquecer los conocimientos de todos quienes participan de esta experiencia bajo el compromiso de realizar una investigación real de la problemática, acudiendo al área de investigación.

El parto humano es la parte final del embarazo cuando uno o más bebés son extraídos del útero de una mujer ya sea a través de la vagina o por medio de una intervención quirúrgica llamada cesárea. El lugar donde mayoritariamente se da el parto es en las instituciones de salud por medio de la intervención de personal médico y de enfermería, en algunas ocasiones el parto tradicional tiene lugar en el domicilio de la parturienta o en su comunidad, teniendo como apoyo a una comadrona. Cuando el parto es vaginal son tres las etapas que lo componen: el útero se acorta y el cuello uterino se abre, posteriormente el bebé desciende y nace, para que finalmente la placenta alumbré. El acortamiento y apertura del cuello uterino dura entre doce a diecinueve horas en primigesta. El descenso y nacimiento del bebé se da entre veinte minutos a dos horas, y el alumbramiento de la placenta de cinco a treinta minutos. La primera etapa comienza con cólicos abdominales o dolor de espalda que dura aproximadamente medio minuto y ocurre cada diez o treinta minutos. Los dolores se hacen más fuertes y más cercanos con el tiempo. Durante la segunda etapa pueden ocurrir contracciones. En la tercera etapa, se suele recomendar el pinzamiento del cordón umbilical. El dolor durante el parto puede ser aliviado con técnicas de relajación, los opioides y los bloqueos espinales.

Entendemos como parto al conjunto de movimientos que debe realizar el feto en su paso por el canal del parto, que es el hueco que dejan los huesos coxales y sacro que forman la pelvis ósea. Los dos componentes con participación fundamental en el mecanismo del parto, son pues, las estructuras firmes de la madre (pelvis) y el feto (cabeza y hombros). (Martínez, 2001).

En una revisión sistemática de la posición materna durante el parto (21 ensayos; 3706 mujeres) se concluyó que hay evidencia clara e importante de que las posiciones verticales, incluida la deambulacion en la primera

etapa del parto, reducen la duración del trabajo de parto, el riesgo de parto por cesárea, la necesidad de analgesia epidural, y no parece que estén asociadas a un aumento de intervenciones o efectos negativos en las madres y en el bienestar fetal, en comparación con posiciones de decúbito. No se apreciaron diferencias en otros resultados, como la duración de la segunda etapa del trabajo o el tipo de parto. Los autores concluyeron que, dados los resultados actuales, se recomienda que las pacientes en trabajo de parto de bajo riesgo sean informadas de los beneficios de las posiciones verticales, y que se las anime y ayude a adoptar cualquier posición que elijan (Gomez Ríos, 2017).

El Parto Culturalmente Adecuado es un parto natural de libre posición, ya sea de pie, cuclillas, sentada, o rodillas; para ello se requiere la instalación de barras, asientos y colchonetas. La presencia de las mujeres parteras de las distintas comunidades durante la labor de parto vertical es considerada fundamental por los especialistas, ya que generalmente muchas de las pacientes vienen de sectores rurales y tienen una relación previa de confianza, es decir, les brinda mayor seguridad durante el alumbramiento. Las piernas sirven de apoyo al momento de pujar durante el parto vertical, una reducción del dolor se atribuye al descenso por gravedad del bebé, se da además un movimiento de la columna vertebral que despeja la vía dándole paso al bebé (MAVER GOMEZ, 2017).

El parto culturalmente adecuado es una práctica que no sólo solo se asemeja en características al parto en libre posición, sino que además toma y difunde una serie de acciones que buscan incrementar el acceso de las comunidades multiétnicas a la atención institucional del parto. Para este efecto existe la necesidad enfocar todo humanamente, considerando la interculturalidad y los derechos tanto de la madre como para el hijo de una manera clara; donde la atención tenga normas y procedimientos aplicables por el personal encargado del parto en todos sus niveles, acorde a las

necesidades culturales de cada población (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2008)

Tanto la atención de los grupos de población prioritarios, así como el conocimiento de los mismos, se ha convertido en un reto importante en la organización de los servicios de la salud. Debido a la prioridad del grupo materno infantil es necesario un establecimiento de estrategias que permitan reconocer, priorizar, promover y prevenir las principales causas de morbimortalidad dentro de este grupo poblacional (Portela Guarín H, 2013)

# CAPÍTULO I

## 1. PROBLEMA

¿Fueron beneficiosas las experiencias en el parto culturalmente adecuado en mujeres atendidas en el Hospital Básico de Saraguro desde el año septiembre del 2017 a agosto 2018?

### 1.1 Marco Contextual

#### 1.1.1 Contexto Internacional

Países como México, Guatemala y Perú, a partir de leyes y guías, han practicado a nivel hospitalario la atención del parto vertical. Estas normativas están acordes a las recomendaciones de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), que propone disuadir en la mujer a optar por posiciones supinas en la segunda etapa del parto de tal manera que se facilite su comodidad. Colombia en cambio pese a su multiculturalidad, no reconoce la evidencia científica que aborda esta posición, impidiendo su implementación en el ámbito hospitalario (Vargas, 2018).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala ha considerado necesario que para el desarrollo de la adolescente y adulta se incluya a la pertinencia cultural, considerando de manera especial lo relacionado con la posición del parto culturalmente adaptado y el derecho a la salud de la mujer guatemalteca (Ministerio Salud Pública y Asistencia Social, 2011).

La revalorización de la cultura como una dimensión imprescindible del proceso de atención de la salud ha sido considerada en el Perú, luego de la restitución del sistema de atención y de un crecimiento de los establecimientos de salud en dicho país (Hurtado La Rosa, 2006).

En Bolivia no se conseguía que las mujeres indígenas acudieran a los centros de salud para parir. Uno de los problemas era que las mujeres y hombres pertenecientes a los 36 pueblos indígenas poseían una concepción completamente diferente a la occidental en lo que se refiere al parto. Por eso la organización Médicos del Mundo en Bolivia instaló salas de parto adecuadas culturalmente en una de las ciudades

intermedias más grandes del Departamento de La Paz, el municipio de Patacamaya, cuya población está compuesta por un 90% de aymaras. En esta área también se encuentra el único hospital de toda la región, el Hospital Boliviano Español de Patacamaya, que es el lugar donde se han venido desarrollando gran parte de las experiencias de salud intercultural de esta región. En 2008 se inauguró la primera sala con adecuación cultural, una zona que contaba con lo necesario para propiciar un parto tal como lo requerían las usuarias. Es decir, abrigado, privado, donde sus acompañantes -generalmente el esposo o la madre- también puedan descansar y preparar las infusiones o la alimentación para la mujer que ha dado a luz. También se dio la posibilidad de elegir la posición del parto, horizontal, vertical, con barras de sujeción, o en cuclillas. Todo esto con el objetivo de ofertar la libre elección de la posición, de tal manera que la mujer se sienta cómoda durante su parto. A partir de entonces se ha impulsado en Bolivia una atención basada en la interculturalidad, donde las parteras de las comunidades son partícipes activamente de reuniones junto a personal médico (Wawachaña, 2011).

#### 1.1.2 Contexto Nacional

Para disminuir la mortalidad materna y neonatal, el MSP del Ecuador promueve políticas y acciones de salud para la atención del parto institucional. Esto incluye el desarrollo del Parto Tradicional Humanizado (PTH) en los servicios de salud del MSP, buscando un consenso entre los diversos sectores involucrados (Unicef, 2018).

En el parto adecuado la madre se encuentra en libre posición tanto en la dilatación como durante la expulsión; se permite que la mujer elija alguien que le acompañe, se da una no restricción de ingesta de alimentos y bebidas; y se entrega la placenta con fines rituales o culturales (Diario El Telégrafo, 2014).

Entre enero y agosto del 2016, la Maternidad Pública Mariana de Jesús en Guayaquil reportó 6 000 partos. El 48% fue parto natural y el 52% por cesáreas, en gran parte por casos de alto riesgo (Paucar, 2016).

### 1.1.3 Contexto Regional

En la Costa ecuatoriana, en la provincia de Manabí la Maternidad Andrés de Vera de Portoviejo promueve el parto cultural entre las futuras madres que asisten a los controles. A las futuras madres en la maternidad se les da la indicación de partos en diferentes posturas, sean estas sentadas, en cuclillas, de rodillas y acostadas. El proyecto tiene como objetivo incentivar las prácticas naturales de cómo traer a un hijo al mundo dejando a un lado las cesáreas. Durante las sesiones de capacitación a las parturientas se las orienta sobre la importancia del embarazo, su desarrollo, parto específico y cómo deben actuar en el momento del alumbramiento (EIDiarioEC, 2016).

En el 2010, en la Sierra ecuatoriana, en la provincia de Imbabura, en el hospital San Luis de Otavalo de los 140 partos que se atendieron al mes, el 30% fueron bajo la modalidad vertical, en dicho año se señaló que el índice de mortalidad materno infantil se redujo gracias a esta práctica. De las mujeres embarazadas que acceden al parto vertical en esta institución el 48% eran mestizas y el 52% indígenas (Diario La Hora, Otavalo ejemplo de parto culturalmente adecuado, 2010).

La Asociación de Mujeres Parteras Kichwas del Alto Napo (AMUPAKIN) es una organización instituida desde julio de 1998 y reorganizada en 2003, está conformada por mujeres parteras y aprendizas de parteras del Alto Napo, en la Amazonía ecuatoriana, cuyas asociadas, trabajan a nivel comunitario. Su finalidad radica en la recuperación y el fortalecimiento de sus saberes ancestrales para ofrecerlos como una forma alternativa de cuidado de la salud a la población del Napo. AMUPAKIN consiguió, antes del reconocimiento de la multiculturalidad en el Ecuador, la colaboración de Cruz Roja ecuatoriana y española, y, con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, a través de sus responsables sanitarios en la provincia de Napo, obtuvo financiación por parte de la Agencia Española de Cooperación Internacional AECI y de los ayuntamientos de Madrid y San Martín de Valdeiglesias (Madrid), para la ejecución de un proyecto destinado a fortalecer a nivel local, provincial y nacional el sistema organizativo de nacionalidades y pueblos de Ecuador, localizado en el espacio conocido como La Casa de la Vida (Bernis, 2017).

#### 1.14 Contexto local y/o institucional

El cantón Saraguro ubicado en la provincia ecuatoriana de Loja, tiene una superficie total de 1080 Km<sup>2</sup> y se encuentra a una altura de 2863 m.s.n.m; al 2010 contaba con una población de 30.183 habitantes (Wikipedia, 2012).

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Básico de Saraguro, esta institución pertenece al Área N°10 del Ministerio de Salud Pública.

#### 1.2 Situación problemática

Ecuador debido a su riqueza cultural presenta todo un sistema de concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio. La partera tradicional es vista como alguien amable, hábil, amigable, confiable y disponible cuando se la necesita; y a ella se le atribuye autoridad sobre la vida del bebé. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, promueve el reconocimiento del parto culturalmente adecuado, dándole un nuevo valor, y rescatando conocimientos ancestrales, impulsando una continua formación y homologación del criterio de los conocedores de la medicina ancestral dentro del campo de la salud (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, CARE, 2011).

El Ministerio de Salud del Ecuador promociona el parto intercultural, humanizado, instalado en los centros de salud del país, la Sala de Parto Intercultural, espacio donde se practica un método que se realiza ancestralmente en las comunidades indígenas, con la participación del médico. Una de las prioridades de la salud es reducir el porcentaje de partos intradomiciliarios y evitar riesgos neonatales y maternos (OMS, 2013).

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, y a su vez, son barreras para la atención del parto institucional o intercultural a nivel hospitalario. Entre ellos se encuentran:

- Factores personales como: la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente.



- Factores institucionales, como: la poca accesibilidad (distancia y costos), la falta de continuidad del personal encargado del parto que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal encargado del parto durante el parto.
- Factores interculturales: No se cree en la interculturalidad que se ha establecido en el país. El desconocimiento de las condiciones que ofrece el parto intercultural para todos incluyendo el bebé, la falta de experiencia de mujeres de la comunidad sobre este tipo de parto. La falta de sensibilidad de la embarazada, tarea que deben realizar los que laboran en los centros de salud con salas para este tipo de parto (Calvo AO, 2013).

### **1.3 Planteamiento del problema**

La muerte de una mujer y un recién nacido tienen un impacto en la familia, los hijos huérfanos y en la sociedad, y pese a los avances en Salud Pública hay una brecha e inequidad en la salud reproductiva por su etnia, ubicación geográfica y factores socioculturales. Esto ha obligado al Gobierno ecuatoriano a reorientar su estrategias y recursos, buscando una adecuación de los servicios de salud, a fin de vencer las limitaciones en la calidad de la atención obstétrica y neonatal debido a que los factores socioculturales como personales, institucionales e interculturales, son factores que incrementa la preferencia por un parto domiciliario. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2008).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador establece al Parto Culturalmente Adecuado como una estrategia que busca nuevas metas que reduzcan la

mortalidad materna y neonatal (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, CARE, 2011).

Las diferentes experiencias realizadas en el país, en poblaciones multiétnicas muestran 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, esto en muchos casos constituye una barrera para que las mujeres de estos grupos poblacionales acudan en búsqueda de atención a las unidades de salud (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2008).

### 1.3.1 Problema General

¿Conocer si las experiencias en el parto culturalmente adecuado fueron beneficiosas para el paciente y personal de enfermería en mujeres atendidas en el Hospital Básico de Saraguro desde el año septiembre del 2017 a agosto 2018?

## 1.4 Delimitación de la investigación

El presente estudio se realizó en el área Gineco/Quirúrgica del Hospital Básico de Saraguro, ubicada en el cantón del mismo nombre, en la provincia de Loja.

**Delimitación de tiempo:** Desde septiembre 2017 a agosto 2018.

## 1.5 Justificación

La OMS establece que la Medicina Tradicional (MT) es una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención de salud. Se la practica en casi todos los países del mundo, y la demanda va en aumento. La medicina tradicional de calidad, seguridad y eficacia comprobadas contribuye a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud. Muchos países reconocen actualmente la necesidad de elaborar un enfoque coherente e integral de la atención de salud, que facilite a los gobiernos, los profesionales sanitarios y, muy especialmente, a los usuarios de los servicios de salud, el acceso a la MT de manera segura, respetuosa, asequible y efectiva. Una estrategia mundial destinada a promover la integración, reglamentación y supervisión apropiadas

de la MTC será de utilidad para los países que desean desarrollar políticas dinámicas relativas a esta parte importante, y con frecuencia vigorosa y expansiva, de la atención de salud (OMS, 2013).

El artículo 363 de la Constitución del Ecuador establece que *“el Estado será responsable de garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”* (...) (ASAMBLEA CONSTITUYENTE DEL ECUADOR, 2008).

En el 2008 se inauguró en el Hospital San Luis de Otavalo una sala de parto vertical a fin de satisfacer diversos requerimientos tanto de las parturientas como del personal encargado del parto. Las modificaciones aquí realizadas eran en lo que refiere a infraestructura, y ambiente incorporando una atención en donde estarán tanto familiares como parteras, considerado al final el criterio de los involucrados en lo que a disposición de placenta respecta (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2008).

La versatilidad de experiencias recopiladas del Parto Culturalmente Adecuado requiere que este sea sometido a un análisis que permita la retroalimentación y el enriquecimiento de esta práctica basada en la Medicina Tradicional.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo General**

Determinar si las experiencias del Parto Culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro fueron beneficiosas para pacientes y personal encargado del parto, a fin de difundir este tipo de parto dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Babahoyo.

### **1.6.2 Objetivos Específicos**

- Comprobar el nivel de conocimiento sobre la importancia del Parto Culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro.

- Identificar los factores socioculturales que influyen en la resistencia al cambio del parto domiciliario por un parto cultural a nivel hospitalario.
- Difundir el Parto Culturalmente Adecuado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Marco Teórico**

##### **La Medicina Tradicional**

La OMS define a la Medicina Tradicional como el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. La OMS establece que la Medicina Tradicional (MT) es una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención de salud, se la practica en casi todos los países del mundo, y la demanda va en aumento. La medicina tradicional de calidad, seguridad y eficacia comprobadas contribuye a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud. Muchos países reconocen actualmente la necesidad de elaborar un enfoque coherente e integral de la atención de salud, que facilite a los gobiernos, los profesionales sanitarios y, muy especialmente, a los usuarios de los servicios de salud, el acceso a la MT de manera segura, respetuosa, asequible y efectiva. Una estrategia mundial destinada a promover la integración, reglamentación y supervisión apropiadas de la MTC será de utilidad para los países que desean desarrollar políticas dinámicas relativas a esta parte importante, y con frecuencia vigorosa y expansiva, de la atención de salud (OMS, 2013).

La Medicina Tradicional forma parte del patrimonio cultural de cada país y emplea prácticas que se han transmitido de una generación a otra desde centenares de años antes del desarrollo de nuestra medicina actual. La

aceptación por un pueblo resulta notablemente condicionada a los factores culturales, por lo que tiende a no ser transferible fácilmente y podemos añadir que estos aspectos también son importantes para la forma de relación entre la medicina tradicional y la académica que debe elegir cada país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado promoviendo el uso de aquellos procederes tradicionales que son seguros y efectivos en la Atención Médica Primaria desde 1976; también se ha llamado a establecer programas para la conservación de las plantas medicinales, como apareció en la Declaración de Chiang Mai de 1988: "Salve plantas que salvan vidas". Estudios realizados en países industrializados demuestran que en las personas que emplean recursos medicinales tradicionales están muy presentes aquellos grupos que poseen niveles de escolaridad de enseñanza media-superior o universitaria, que no tienen limitaciones económicas como la causa de su elección; por el contrario, los factores culturales y las limitaciones de los sistemas de salud son los motivos que favorecen principalmente que las personas busquen en estos procederes la solución de sus problemas básicos de salud. Los gobiernos y sus sistemas de salud tienen que ver el uso de los remedios tradicionales por las personas como un problema prioritario en esta esfera, por lo que deben desarrollar acciones destinadas a asegurar que estas prácticas no sean dañinas y a promover las verdaderamente útiles, favoreciendo su implementación en los sistemas nacionales de salud. Se requiere establecer una política clara para cada país, en correspondencia con su cultura y condiciones socio-económicas para que no se incremente más la separación entre las medicinas tradicionales y académica, donde ésta niega dialécticamente a la primera. En los últimos años se ha avanzado en la dirección de examinar las prácticas tradicionales y promover la incorporación de aquéllas con valores probados en los sistemas de salud de nuestra región, pero ha ocurrido de manera desigual en los diferentes países. Se requiere de una integración efectiva para acelerar el proceso mediante un aprovechamiento óptimo de los recursos limitados que disponemos. Se reconocen 2 vías principales hacia el logro del empleo de los recursos tradicionales para contribuir con la Atención Primaria en Salud:

desarrollo paralelo o separado e integración o síntesis. El desarrollo paralelo o separado participa de manera independiente en la atención de salud, sin ningún punto de contacto y se favorecen legislaciones para reconocer los procedimientos tradicionales que no pongan en peligro a la población. En la integración se propicia incorporar a los sistemas de salud los procedimientos tradicionales adecuadamente validados, conforme al nivel científico actual. Desde hace años la OMS propuso varias actividades dentro de un programa a mediano plazo para la medicina tradicional, agrupadas en 5 áreas principales:

- Desarrollo de un programa nacional.
- Investigaciones en sistemas de salud y operacionales.
- Investigaciones preclínicas y clínicas.
- Educación y entrenamiento.
- Intercambio de información (Morón, 1997).

La medicina tradicional indígena y sus prácticas están basadas en los siguientes principios:

- La visión del universo como totalidad interconectada. El cuerpo humano, que incluye la mente y el espíritu, relacionado estrechamente a ese universo.
- Un entendimiento de las causas de enfermedad que toma en cuenta mecanismos que rompen el equilibrio frío-calor del cuerpo, derivados del comportamiento individual y de las relaciones sociales, ambientales y espirituales. Así mismo, otras causas tales como desórdenes alimenticios, movimientos bruscos o alteraciones de la fuerza vital.

La medicina tradicional indígena es ejercida por terapeutas conocidos popularmente en español como curanderos, parteras, hueseros, hierberos, y un amplio número de individuos (viboreros o culebreros, rezanderos, sobadores, ensalmadores, sabios o shamanes, etc.). Estos ofrecen diferentes servicios para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual, colectiva y comunitaria. Los terapeutas tradicionales suelen con frecuencia ser expertos

en cuestiones de salud, pero también son autoridades religiosas o civiles; conocedores del clima o consejeros sobre las técnicas de cultivo, e intérpretes de la cultura y de la ideología del grupo. Ellos y ellas basan sus prácticas y conocimientos en la cosmovisión del sistema indígena tradicional. En muchas comunidades indígenas, reciben en lengua indígena un nombre con un significado específico que va más allá del “curandero” y que les confiere un vínculo comunitario y un profundo respeto por parte de la población (Zolla, 2004).

En la medicina tradicional existen diversos métodos de diagnóstico de la enfermedad, que pueden incluir uno o varios de estos procedimientos: observación minuciosa del paciente y su entorno, diálogo, adivinación, sueños e interpretación de los sueños, “diálogos con la sangre” (pulsos), limpias, ingesta de plantas psicotrópicas, premoniciones o “avisos”, indagación en las conductas, valoración de factores emocionales, climáticos, sociales e interpersonales, entre otros. En ocasiones, el mismo procedimiento es de diagnóstico y curación: por ejemplo, las limpias o los masajes permiten al terapeuta tradicional identificar la causa o la naturaleza del daño, al mismo tiempo que inicia la curación (Zolla C. , Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana, 1994).

Dentro de las características y expresiones fundamentales de la medicina tradicional podemos mencionar:

- Los terapeutas tradicionales generalmente mantienen relaciones de conflicto y complementación respecto al sistema médico occidental (llamado también académico, científico o alopático).
- Usualmente las medicinas tradicionales están estrechamente vinculadas a componentes de la vida social, entre ellos la religión y a las cosmovisiones prehispánicas o mestizas.
- En ellas, el mundo de lo “humano” es frecuentemente un microcosmos que refleja el universo natural, social y sobrenatural; siendo el medio físico y las relaciones humanas factores determinantes en la causalidad de numerosas enfermedades.

- La medicina tradicional posee una escasa tecnología cuyo uso ancestral indica variaciones mínimas o insignificantes a lo largo de la historia. Existe una ausencia casi total de cirugía y un rechazo a la disección y a la autopsia.

- La socialización de la enfermedad se apoya con frecuencia en la triple experiencia del terapeuta, del enfermo y del grupo social o de la comunidad. Las formas de eficacia simbólica encuentran un respaldo comunitario que muchas veces excede los límites de la consulta médica.

- La coexistencia de la medicina tradicional no sólo se establece con el sistema médico institucional.

Existe una estrecha relación con las formas domésticas o caseras de la terapéutica médica, siendo éste el ámbito desde donde surgen numerosos terapeutas que derivan hacia la práctica pública (Zolla C. , 1988).

Los recursos terapéuticos varían <dependiendo del diagnóstico y de la especialidad del terapeuta tradicional. Algunos recursos incluyen la utilización de:

- Plantas medicinales, psicotrópicas y rituales
- Animales medicinales y amuletos
- Minerales
- Hidroterapia: temazcal (baño de vapor prehispánico), torito (baño de vapor improvisado con mantas), baño de tina, baño de asiento y baño de vapor común
- Lugares sagrados
- Mandas (penitencia o sacrificio ofrecido para que se alivie el problema), rezos, promesas, peregrinaciones, ofrendas (a santos o entes sagrados), varas de poder o de mando (Zolla C. , 2008).

En la actualidad existe un gran interés por la medicina tradicional, el mismo que ha sido motivo de numerosos comentarios divulgados en prestigiosas publicaciones. El



doctor M. KYu Chung, en su artículo “Why alternative medicine” plantea la posibilidad de que esa atracción por la medicina alternativa sea precisamente por la diferencia entre ésta y la medicina convencional. Él opina que en el caso de la medicina familiar y la medicina tradicional existen elementos comunes, porque muchos de los principios básicos guardan relación entre sí como son observar al paciente en su entorno social. Este autor señala que es necesario obtener mayor información y la divulgación de algunas de estas técnicas que son cada vez más empleadas en la práctica clínica, para ayudar a los médicos a hacer frente a la gran cantidad de interrogantes que se les presenta por parte de los pacientes. En cambio el doctor Gordon en su artículo titulado “Medicina alternativa y el médico de familia” menciona que en el National Institute of Health Office of Alternative Medicine de los EE.UU. se clasifican las técnicas de esta especialidad en 7 categorías. Entre ellas se mencionan las siguientes: 1) las intervenciones de la mente y el cuerpo, 2) las terapias bioelectromagnéticas, 3) los sistemas alternativos de la práctica médica, 4) los métodos de curación manual, 5) la medicina verde, 6) los tratamientos biológicos y farmacológicos, y 7) la nutrición y la dieta. Él ofrece un análisis de los diversos tipos de medicina alternativa y proporciona sugerencia acerca de las formas en que los médicos de familia pueden integrar algunos aspectos de esta medicina dentro de la práctica médica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se esfuerza en la promoción y desarrollo del uso racional de la medicina tradicional en todo el mundo, en 1977 se concibió un programa que trataba sobre la introducción de las plantas medicinales y la acupuntura. En muchos países se ha comprobado el aumento que hace la población del uso de esta medicina. En entrevistas realizadas en los EE.UU., Bélgica, Alemania y Austria se demostró que 60 % de los alemanes y belgas, 74 % entre los botánicos y más de un tercio de la población de los EE.UU. apelan porque se introduzcan estas técnicas en los Sistemas Nacionales de Salud. En Australia, 80 % de las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) han recurrido a tratamientos de medicina alternativa. Los productos naturales para la mejora de los males del hombre le han acompañado en el transcurso de los siglos. Desde la Edad Antigua se utilizaban plantas y algunos de sus derivados en China, Babilonia y Egipto. El primer texto escrito en relación con este tipo de medicina se

reportó en la arcilla, y consistía en la agrupación de un conjunto de tablas grabadas con caracteres cuneiformes sobre las plantas y los autores de estas notas, redactadas 3 000 años a.C. Desde los sabios del Alto Egipto hasta los druidas místicos de los bosques galos, desde los médicos chinos de hace 5 000 años hasta los grandes científicos del siglo XVIII, no se ha dejado nunca la búsqueda hacia el conocimiento de las plantas. Las plantas en el transcurso del tiempo han sido una fuente importante de medicamentos (Oramas, 1999).

## **El Parto**

El parto es el final del embarazo humano que consiste principalmente en la salida del bebé del útero. La aparición de contracciones da inicio al parto; dichas contracciones se tornan más intensas y frecuentes, y junto a ellas se presentan una serie de procesos fisiológicos en el cuello uterino. El parto natural se inicia con la dilatación del cuello uterino, el bebé desciende y luego nace, culminando con la expulsión de la placenta. Se emplean anestésicos y otro tipo de medicamentos como la oxitocina para ayudar en el proceso, pudiendo darse además una incisión perineal llamada episiotomía. En embarazos riesgosos sea para la madre o el feto, se da un nacimiento por cesárea. La cesárea es un procedimiento quirúrgico donde el bebé es extraído del abdomen (Wikipedia, 2018).

## **Tipos de Parto**

### **Parto natural**

En el parto natural el bebé atraviesa la vagina, pudiendo requerirse un escaso uso de fármacos o recursos tecnológicos. El parto se da mayoritariamente por medio de una posición decúbito dorsal, es decir (recostada sobre su espalda) y con las piernas elevadas. Esta posición, llamada también litotomía, ha sido tradicional en los nacimientos el nacimiento (Silva, 1991).

### **Parto vaginal instrumental**

Diversos instrumentos asisten en el parto, pudiendo ser vacuum, fórceps, etc. Estos instrumentos tiran la cabeza del feto y permiten que atraviese el canal de parto. Este tipo de parto es poco utilizado (Silva, 1991).

#### Parto abdominal o cesárea

Parto de tipo quirúrgico pudiendo ser electivo o por algún factor de riesgo (Silva, 1991).

#### **Inicio del parto**

Entre la semana 37ava a 42ava semana de gestión se inicia el parto. No todo parto inicia igualmente entre diversas parturientas. El tapón mucoso cervical es expulsado, aparecen espasmos ligeros en el útero, la frecuencia pélvica aumenta, y se rompen las membranas que envuelven al líquido amniótico (Cabero, 2007).

#### Etapas del parto

No se conocen las causas que desencadenan el parto, pero se deduce que se desencadena por producción de sustancias que pudieran venir del feto, la madre o la placenta. El tamaño del bebé tiene incidencia en especial sobre el efecto que el mismo pudiera tener en el músculo uterino. La sinergia de condiciones como las contracciones del útero, el acortamiento del cérvix y la dilatación del cuello uterino, también da lugar al parto (Cabero, 2007).

#### Prodrómico o preparto

No tiene un inicio propiamente definido. Puede aparecer progresivamente por medio de una serie de síntomas que son un indicio para la madre que el parto ha llegado, aunque el mismo no se dé inmediatamente. Su duración oscila alrededor de dos semanas hasta que el útero llega a dilatarse. Aquí las contracciones se intensifican y se vuelven más frecuentes, es posible que el tapón mucoso sea expulsado y que las molestias a nivel de la pelvis se incrementen (Cabero, 2007).

#### Dilatación

El primer periodo de parto busca que el cuello uterino se dilate. Una dilatación propiamente dicha se da con el incremento de las contracciones uterinas en frecuencia e intensidad. El cuello del útero se dilata, de donde bien el nombre de este periodo. Para mujeres primerizas puede durar hasta 18 horas. Las fases de la dilatación consisten en: fase latente, activa y de desaceleración. Una dilatación completa da culminación a esta etapa, pudiendo ser la dilatación de alrededor de 10 cm (Cabero, 2007).

### Nacimiento o expulsión

Este periodo es el paso del recién nacido a lo largo del canal de parto hacia el exterior del útero. Una serie de contracciones uterinas de tipo involuntario, así como las contracciones abdominales o pujos permiten este proceso. Se pueden diferenciar dos fases: la fase temprana es de tipo no expulsivo y en el mismo la dilatación ha sido completada, carece deseo de pujo, y ausencia de descenso del feto; la fase avanzada en cambio, es donde el feto llega al suelo del pelvis, en esta fase se presenta el pujo materno (Cabero, 2007).

### Alumbramiento

La placenta junto con el cordón y las membranas son expulsada en un lapso de 5 a 30 minutos. Una vez que desciende el cordón umbilical la placenta finalmente se desprende en un signo conocido como signo de Ahlfeld. Son dos los mecanismos que permiten el descenso del cordón; el primer mecanismo ocurre en el centro de la unión útero-placenta a través del mecanismo de Baudelocque-Schultze (Cabero, 2007).

### Mecanismo del parto

El neonato atraviesa por una serie movimientos naturales que constituyen el parto

- Descenso: Luego de la dilatación del cuello uterino se produce el descenso por gravedad, tanto contracciones uterinas como de los músculos abdominales de la madre ayudan en este descenso lento y progresivo dependiente de la estructura anatómica de la pelvis materna

- Flexión: El mentón del feto se topa con su pecho debido a una flexión en la cabeza del bebé, esto se da por el encuentro con el primer punto de resistencia a nivel del piso de la pelvis
- Encajamiento: La cabeza del feto a nivel del hueso parietal a su opuesto llega al estrecho superior de la pelvis a nivel de las espinas isquiáticas en el momento en que se inicia el trabajo de parto.
- Rotación interna: El feto durante el descenso rota 90° en sentido inverso a las manecillas del reloj con la finalidad de adaptarse a los músculos del piso pélvico de manera específica entre el músculo elevador del ano y los ileocoxígeos. De esta manera el rostro del bebé apunta hacia el recto de la madre
- Extensión: A través del canal de parto va la cabeza del feto desplazándose primero por el orificio vulvar, situándose debajo de la sínfisis púbica y distendiéndose el perineo al máximo.
- Rotación externa: La cabeza gira 45 grados para restaurar su posición original, antes de rotar internamente y quedando en una posición normal con respecto a sus hombros.
- Expulsión: Primero sale el hombro púbico, luego el hombro perineal. Lo restante sale por medio del pujo materno.

La serie de movimientos descritos se dan por una relación entre hombros y cabeza del feto, con respecto a la pelvis de la madre. El diagnóstico de posición está dado por la relación existente entre la fontanela posterior y la pelvis de la madre. Son ocho las posiciones que se distinguen en la presentación de vértice, a saber: I. Occípito ilíaca izquierda anterior (OIIA). - Aquí la fontanela posterior se localiza hacia adelante con respecto a la pelvis de la madre, orientándose hacia su izquierda, mientras que la

sutura sagital se orienta de forma oblicua. II. Acorde a la localización de la fontanela posterior (dado que la pelvis se encontrará de igual manera) las posiciones serán:

- Occípito ilíaca derecha anterior OIDA
- Occípito ilíaca izquierda posterior OIIP
- Occípito ilíaca derecha posterior OIDP
- Occípito ilíaca derecha transversa OIDT
- Occípito ilíaca izquierda transversa OIIT
- Occípito púbrica OP
- Occípito sacra OS (Bonilla-Musoles, 2007)

### Fisiología del parto

Las contracciones uterinas se dan por un posible incremento de la concentración de cierto tipo de prostaglandinas y debido a un incremento en el número de receptores de la oxitocina. Los eicosanoides prostaglandina I (PGI) y F (PGF), que aumentan durante el parto humano son metabolizados del ácido araquidónico producido a través de fosfolípidos derivados de los amnios y el corion. Los cambios bioquímicos que preceden a la labor de parto tienen la finalidad de liberar al miometrio los elementos que causan inhibición y que están presentes en el embarazo, como son la progesterona, prostaciclina, relaxina, lactógeno placentario humano y el óxido nítrico. Así mismo existe una activación del útero por diversas proteínas que tienen asociación con la contracción muscular (Bonilla-Musoles, 2007).

### Control del trabajo de parto

Son varios los procedimientos de los centros médicos que brindan asistencia durante el parto. Dentro de los más usuales tenemos:

- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF). – Se utiliza un estetoscopio o ultrasonido. Algunos centros realizan una impresión del control de los latidos del feto, en cambio, otros se anotan en un partograma por personal especializado. Es recomendable la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal durante 60 segundos

como mínimo, en el período de dilatación cada quince minutos y en el periodo expulsivo cada cinco (Reece, 2007).

- **Dinámica uterina:** Consiste en un control de las contracciones uterinas pudiendo ser mecánica, o por medio de manómetros o catéteres de presión intrauterina a fin de obtener mejores lecturas de las contracciones uterinas y los latidos fetales (Reece, 2007).

A fin de valorar el progreso del parto el número de tactos se limitarán a los necesarios, debido a que pudieran causar ansiedad en la parturienta, se recomienda que los ejecute la misma matrona, dada la elevada subjetividad. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido. El estudio de la frecuencia cardiaca fetal constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto. El control de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) durante el parto puede realizarse de manera intermitente mediante el estetoscopio de Pinard o utilizando ultrasonidos (Doppler) en las mujeres de bajo riesgo y con una evolución normal del parto (Reece, 2007).

#### Apoyo y alivio del dolor en el parto

Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan los profesionales. Todas las mujeres tendrían que poder elegir la persona que les proporcionará apoyo social durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga. Los deseos de las mujeres deben ser respetados y se les debe proporcionar apoyo físico y emocional. El apoyo continuo de la mujer durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de partos vaginales instrumentales y cesáreos; asimismo, las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto. En los programas de educación maternal se debe ofrecer a las gestantes instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el trabajo de parto. El alivio del dolor

mejora el bienestar físico de la parturienta, y resulta en un factor importante en los cuidados a impartir. Las variantes tanto farmacológicas como alternativas deben ser informadas a la mujer en estado, tanto durante la gestación como previo al parto (Reece, 2007).

Algunas técnicas de soporte no farmacológicas incluyen:

- Deambulación y cambios de posición durante la dilatación y el expulsivo.

Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa. La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, menos alteraciones en el patrón de la FCF y se acorta el tiempo de la primera fase del parto. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis (Reece, 2007).

- Apoyo continuo de la gestante.

Se ha demostrado que los efectos del apoyo continuo de la mujer durante el parto redujeron la necesidad de analgésicos e incrementaron los niveles de satisfacción de la experiencia (Reece, 2007).

- Uso del agua como analgésico.

La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación; aumenta la sensación de control del dolor y la satisfacción. La utilización del agua caliente reduce de forma estadísticamente significativa el uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación sin efectos adversos en la duración del trabajo de parto, la tasa de partos quirúrgicos y el bienestar neonatal (Reece, 2007).

Inyecciones de agua estéril.



Esta forma de analgesia consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intracutánea (0,1-0,5 ml) se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales. Las inyecciones deben ponerse a ambos lados de la base de la columna vertebral dentro del área comprendida por el rombo de Michaelis. Existen varios estudios con buena calidad metodológica en los que se demuestra su efectividad analgésica (Reece, 2007).

### **Diseño del Entorno de Nacimiento**

La seguridad es de suma importancia para las mujeres que dan a luz y los proveedores de cuidados de maternidad. El cuidado debe "sentirse" seguro para estar seguro. Foureur informa que esta sensación de seguridad se basa en el sistema de oxitocina que impulsa el trabajo de parto y el parto: "Es clave para acercarse a la creación de espacios seguros para el parto, ya que es el agente detrás de todos los estados de relajación y bienestar". La gran mayoría de las mujeres australianas nacen en hospitales. Acceder al hospital para el parto significa mudarse, durante el parto, desde el territorio familiar del hogar al territorio desconocido del hospital. Para muchas mujeres, esta transición es estresante y puede interrumpir el parto, causando que disminuya o se detenga. Aunque muchas mujeres valoran la seguridad del entorno hospitalario, la sensación de ser observado durante el parto también puede provocar respuestas neuro-hormonales que interrumpen el parto y disminuyen la capacidad de la mujer para el parto y el parto sin intervención. Shin et al sugieren que las tres razones por las cuales las mujeres en el parto pueden reaccionar negativamente a los ambientes hospitalarios son el ambiente estéril e impersonal; la probabilidad percibida de intervenciones médicas innecesarias; y una falta de control personal. Cada uno de estos aspectos se puede modificar a través de un diseño cuidadoso que minimiza las discontinuidades entre el hogar y el hospital. Más ampliamente, Stenglin y Foureuroffer el concepto de una sala de parto "como un santuario", donde la intimidad, el control personal sobre el espacio y la privacidad permiten a las mujeres sentirse seguro y seguro Shin y sus colegas piden que los ambientes de nacimiento se sientan

acogedores, señalando que la amabilidad es deseable para las mujeres y puede designar la experiencia del parto como un evento centrado en la familia, en lugar de una enfermedad. Minimizar la ansiedad materna puede apoyar la fisiología del parto y el parto. La ansiedad puede hacer que el parto disminuya o incluso se detenga. También puede, a través de la acción de la adrenalina, restringir el flujo de sangre al abdomen y, por lo tanto, al feto, lo que podría contribuir al sufrimiento fetal. El parto lento y el sufrimiento fetal son dos de las razones principales de la intervención en el parto. La intervención, a su vez, se asocia con experiencias insatisfactorias en el parto, traumas y trastornos del estado de ánimo postnatales con posibles consecuencias de por vida para el bienestar de mujeres, bebés y familias (Gamble, 2011).

Históricamente, los entornos hospitalarios de participación y diseño para facilitar el uso de las intervenciones. De esta manera, el entorno físico puede implicar involuntariamente a crear espacios patológicos en el lugar de fisiológicos para el parto y el parto. Cuando los medios están correctamente definidos para complementar la fisiología del parto, los estudios se han encontrado un menor uso de la analgesia intraparto, el aumento de la oxitocina, el parto vaginal instrumental y la episiotomía, así como una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo, la lactancia La madre de seis a ocho semanas y opiniones muy positivas de cuidado. A pesar de estos resultados clínicos favorables, cuantos salas de parto se limitan en gran medida a los centros de parto. Sin embargo, con las modificaciones y las adiciones son sencillas, muchos de ellos se pueden transformar para hacer más favorables a la fisiología del parto normal. El primer paso para una transformación de este tipo puede ser una evaluación de entorno de parto actual, tal vez utilizando la herramienta BUDSET desarrollada por los investigadores para evaluar la optimalidad de los entornos de parto. Esta guía se puede utilizar para informar planos de mejora. Los elementos clave que se relacionan con un ambiente de ambiente calmante y tranquilizador se han demostrado y se presentan en las siguientes secciones. Estos incluyen: privacidad; la cama; Acceso a la inmersión en agua. ducha y baño privado; iluminación ventanas ruido Decoración, mobiliario y equipamiento; capacidad y espacio para moverse; inclusión de la naturaleza; aspectos olfativos; cosas personales; Provisiones para personas de apoyo y consideraciones culturales (Hodnett, 2010).

## **Privacidad durante el parto**

La privacidad es crucial para calmar el neocórtex y apoyar la liberación de las hormonas necesarias para el parto y el parto, incluida la oxitocina. El neocórtex es la parte del cerebro de los mamíferos responsable de las funciones cognitivas superiores (como el lenguaje y el razonamiento espacial). La sensación observada se asocia con un aumento de la actividad neocortical y la posterior liberación de adrenalina. Esto impide la liberación de la oxitocina que es necesaria para el parto, el parto y el apego madre-bebé. Para evitar sentirse observado, muchos mamíferos buscan privacidad para el nacimiento. Por ejemplo, los chimpancés dan a luz en lugares privados y tranquilos, lejos del grupo principal y las ratas del pasto del Nilo dan a luz fuera de las horas de mayor actividad. El entorno físico puede soportar los procesos hormonales del parto y el parto al proporcionar un sentido de control sobre la privacidad. El control personal sobre la interacción social, especialmente la interacción con miembros no familiares, es importante para dar a luz a las mujeres. En las evaluaciones de la atención de maternidad en una habitación individual (donde las mujeres se alojan en una habitación desde el ingreso en el trabajo de parto prematuro hasta el alta postnatal), el respeto a la privacidad fue una de las razones por las que las mujeres prefirieron el enfoque de habitación individual. La mayoría de los efectos positivos de la distribución espacial de los entornos de atención de salud se pueden atribuir a la mejora de la privacidad. Los espacios de entrada generosos y la evitación de ventanas internas expuestas son importantes en las salas de nacimiento, ya que estas características de diseño moderan el contacto entre espacios públicos y privados. Las mujeres no deben sentir que están a la vista de otras personas y llamar a la puerta antes de ingresar debe ser una práctica estándar. Las puertas no deben abrirse directamente a la sala de partos, pero deben usarse barreras visuales y físicas para preservar la privacidad, incluso cuando la puerta está abierta. Las ventanas internas (ventanas entre áreas internas adyacentes) deben evitarse ya que contribuyen a una sensación de vigilancia. Además, las ventanas externas deberían permitir la entrada de luz natural, pero no permitir que la actividad en la habitación sea perceptible para las personas que se encuentran afuera.

### Recomendaciones:

- Las puertas externas no deben abrirse directamente al entorno de nacimiento. Deben usarse cortinas o pantallas secundarias para crear una barrera visible, protegiendo la privacidad de las mujeres que dan a luz incluso cuando la puerta está abierta.
- Golpear antes de la entrada debe ser una práctica estándar. Mostrar un letrero de "llamar por favor" en la puerta lo alentaría.
- Las ventanas deben permitir la entrada de luz natural indirecta, pero proteger la privacidad de los ocupantes. Esto podría lograrse con persianas o cortinas internas, o en el tamaño, la orientación y la colocación de una ventana.
- Se deben evitar las ventanas internas. Donde estén presentes, deben estar equipadas con persianas que se controlan desde el interior de la habitación.

### **La cama**

Es una práctica común colocar la cama del hospital en el centro de la sala de parto. Si bien esta colocación se debe en gran medida a la facilidad con que los médicos pueden acceder a las mujeres si se requiere la intervención, hace que la cama sea el centro de atención de la sala. Este enfoque contribuye a la sensación de vigilancia en la sala de nacimiento. Además, colocar la cama en el centro hace que la mujer se sienta como si fuera allí donde debería "nacer". Pararse en una cama o en posición supina es un fenómeno moderno. Dar a luz en posiciones verticales era común en las sociedades occidentales hasta el siglo XVII. Las mujeres en las sociedades tradicionales, incluidas las mujeres aborígenes australianas, casi siempre deciden dar a luz en posiciones verticales. Aunque poco se ha escrito sobre el parto anterior al siglo XVII, las representaciones históricas de mujeres que dan a luz representan a la mujer en posición erguida o en cuclillas, a menudo usando sillas de parto o "parto". Las tallas e ilustraciones de mujeres que dan a luz en posiciones no supinas son particularmente comunes en obras de arte antiguas. Las posiciones en cuclillas y, en particular, las posiciones de rodillas fueron adoptadas por mujeres en el Antiguo

Egipto, y todavía son utilizadas por las mujeres egipcias de hoy. Desde una perspectiva fisiológica, la posición ideal en la que los humanos (y todos los mamíferos con una cabeza fetal similar a la relación de tamaño de la pelvis materna) deberían dar a luz es una posición erguida o en cuclillas. Se sabe que ponerse en cuclillas es beneficioso para reducir el dolor de espalda, favorece la oxigenación fetal y puede facilitar la rotación del bebé a través del canal de parto. Las posiciones de parto vertical también se asocian con tasas más bajas de fórceps o nacimientos asistidos por vacío y tasas más bajas de episiotomía. Una revisión Cochrane sobre el tema de la postura y la movilidad durante el parto encontró que las mujeres en posturas verticales tenían labores más cortas, menos cesáreas, menos epidurales y sus bebés tenían menos probabilidades de ser admitidos en cuidados intensivos. La posición adoptada para el nacimiento también puede tener un significado psicológico para la mujer. Jordan sostiene que "el arreglo de la mujer sobre la mesa [cama] delimita efectivamente la parte inferior de su cuerpo como dominio del especialista". De manera similar, Gupta et al incluyen la posición de nacimiento entre las "prácticas médicas que pueden minar o humillar a las mujeres durante el parto", y Swanson y Wojnar señalan que tal posicionamiento preserva los desequilibrios de poder que pueden socavar las relaciones respetuosas y, a su vez, los resultados clínicos. La mayoría de las mujeres en los hospitales ahora dan a luz en la cama, sin embargo, restringe su movilidad y aumenta la probabilidad de que adopten una posición supina para el parto. Aunque las mujeres informan que estar confinada en la cama no es útil, una gran encuesta encontró que el 88.3% de las mujeres que tuvieron un parto vaginal en un hospital o centro de maternidad en Queensland dieron a luz en la cama. Más de un tercio (43.3%) de estas mujeres informaron que se habían acostado boca arriba en la cama cuando dieron a luz. Solo el 11.4% de las mujeres que dieron a luz en una cama en un hospital o centro de partos estaban de pie, en cuclillas o arrodilladas, el 31.9% estaban sentados o sentados, el 7.3% estaban acostados de lado y el 0.8% estaban en "otras" posiciones. A la inversa, cuando las mujeres tienen control total sobre su entorno (por ejemplo, las mujeres que dan a luz en el hogar), la mayoría no opta por usar una cama o incluso por el trabajo de parto en un dormitorio, prefiriendo dar a luz

en el espacio protegido entre los muebles. Rara vez se exponen en el centro de una habitación, pero eligen áreas protegidas donde la cama no es el punto focal.

La libertad de movimiento y empujar en posiciones no supinas respalda la fisiología normal del nacimiento y se incluye en los sistemas desarrollados por la OMS para evaluar la atención durante el parto y el parto normal. Las posiciones supinas restringen los movimientos instintivos, como el balanceo y la inclinación de la pelvis, lo que puede ayudar a facilitar el descenso de la cabeza del bebé y acelerar el proceso de parto. Por el contrario, inclinarse hacia adelante en una posición sentada (como sobre el respaldo de una silla) puede ayudar a aliviar el dolor de espalda y fomentar la rotación de un bebé en una posición posterior occipital (espalda con espalda). Permanecer en una posición inclinada hacia adelante puede ayudar a la flexión de la cabeza fetal, fomentar contracciones más productivas y aumentar la necesidad de empujar durante la segunda etapa. Alentar a las mujeres a trabajar y dar a luz en posiciones verticales que ayudan a aumentar las dimensiones óseas pélvicas puede ayudar a promover el parto natural / normal. Mostrar un póster que ilustre clara y simplemente las posiciones útiles de parto y parto puede alentar a las mujeres a ser más activas y probar diferentes posiciones durante el parto. Del mismo modo, el equipamiento en la sala de partos para ayudar a la mujer a adoptar y mantener posiciones verticales también debe ser primordial (Simkin, 2011).

### **Acceso a inmersión en agua.**

El propósito de usar un baño o una piscina durante el parto y el parto es brindar a las mujeres la oportunidad de sumergirse en el agua, ya sea para el parto o para el parto. Si bien las definiciones a lo largo de la literatura de investigación varían con respecto a la 'inmersión' y el 'parto en agua', las siguientes representan una definición apropiada para los propósitos de este documento: "proporcionar una profundidad de agua que permita a la madre sentarse en el agua que cubre su vientre por completo" y sube hasta el nivel de su pecho o se arrodilla en el agua sobre sus ancas, que llega justo por debajo del nivel de su pecho. Cualquier cantidad de agua inferior a esta no

constituye una verdadera inmersión y no creará el efecto de flotación y producirá los cambios químicos y hormonales que mejoran el trabajo de parto más rápido".

La inmersión en agua durante la primera etapa del parto se asocia con un uso reducido de la analgesia epidural / espinal y una menor duración de la primera etapa del parto, sin ningún aumento en las tasas de nacimientos instrumentales o resultados neonatales adversos. El parto en el agua es más controvertido entre los médicos y está menos disponible para las mujeres que la inmersión en agua durante la primera etapa del parto. Una revisión Cochrane sobre el tema no encontró evidencia de un aumento en los resultados adversos para la mujer o su bebé como resultado del parto en el agua. Young y Kruske encontraron que las preocupaciones clínicas más comúnmente citadas sobre el parto en el agua eran la aspiración de agua, la infección neonatal y materna y la termorregulación neonatal y materna. Tras una revisión de la literatura, Young y Kruske concluyeron que estas preocupaciones no estaban respaldadas por pruebas. Los hallazgos de la investigación sobre el parto en el agua han sido favorables, pero inconsistentes. Dahlen et al encontraron que el parto en agua se asoció con mejores resultados perineales (cuando se comparó con el uso de un taburete al nacer), aunque Cluett y Burns no encontraron diferencias significativas en las tasas de traumatismo perineal (en comparación con el parto fuera del agua en general). Dahlen et al también encontraron tasas reducidas de hemorragia posparto (en comparación con el parto en un taburete al nacer) y una menor incidencia de bebés con puntuaciones APGAR inferiores a 7 a los 5 minutos (en comparación con los bebés nacidos de mujeres en una posición semirectante). A la luz de los hallazgos inconsistentes sobre los beneficios del parto en el agua, Maude y Foureur argumentan que los beneficios del parto en el agua no tienen que ser tangibles ni mensurables para comprender el valor del acceso al agua para el parto y el parto. Las mujeres valoran el acceso a una piscina natal porque les proporciona un sentido de privacidad y un ambiente relajante, relajante y de apoyo. Newburn y Singh encontraron que más de un tercio (37%) de las mujeres del Reino Unido calificaron el acceso a un grupo de partos como "muy importante" y una revisión Cochrane sobre el tema encontró tasas significativamente más altas de satisfacción materna después del parto en el agua, en comparación con el nacimiento de agua. En Queensland, al 61.1% de las mujeres les

hubiera gustado trabajar en el agua, pero solo el 13.7% pudo hacerlo, y aún menos pudieron nacer en el agua (3.4%). De los que sí accedieron a la inmersión en agua, la mayoría (81.6%) percibió que era útil para el alivio del dolor. Un departamento de salud del estado australiano ha respondido a la creciente demanda de los consumidores al establecer objetivos para aumentar el acceso de las mujeres al agua en el parto y el parto. NSW Health ha establecido un objetivo para 2015, que todas las instalaciones para el parto en el estado informarán a las mujeres y le ofrecerán acceso a la inmersión en agua durante el parto y el parto. Recomendaciones:

- Un baño adecuado debe estar presente en todas las salas de nacimiento. Cuando no se dispone de baños con plomada permanente, se deben considerar las piscinas inflables. El baño debe ser lo suficientemente profundo como para sumergir el perineo de la mujer cuando se coloca a cuatro patas.
- Los baños deben estar en un rincón protegido (o sala húmeda separada) donde la mujer no se sienta expuesta. Por razones de salud y seguridad en el trabajo, los baños deberían ser accesibles desde al menos dos lados y deben proporcionarse pisos antideslizantes y rieles de agarre apropiados.
- Los grifos y desagües deben ser de un tamaño suficiente para permitir un llenado y vaciado eficientes del baño.
- El personal debe tener las habilidades y la capacidad para sacar a una mujer del baño, en el caso improbable de un colapso materno. La evidencia no apoya la instalación de montacargas (Kitzinger, 2000).

### **Papel de la pareja en el parto**

Una activa participación de la pareja de la mujer en el nacimiento permite la obtención de buenos resultados postparto. Cuando un miembro de la familia apoyó de manera continua a la mujer se lograron mejores resultados reduciendo la tasa de cesárea, uso de instrumental quirúrgico, reducción de anestesia, episiotomía; se produjo un incremento del tiempo de apego, se disminuye el tiempo del trabajo de parto y el bebé nace con una mayor puntuación Apgar (Stepp Gilbert, 2003).

### **Aspectos sociales del parto**



A la fecha los partos se dan en instalaciones en donde se facilita la asistencia tanto a la madre como al hijo. Un obstetra, partera o algún otro especialista como pediatra estará presente durante el parto (Stepp Gilbert, 2003).

### Placenta

En algunos grupos culturales hay costumbres rituales hacia la placenta, reconocida como el órgano que hace de nexo entre la madre y el feto y lo alimenta. Por ejemplo, se entierra y en el lugar se planta un árbol (Wikipedia, 2018).

### **Parto Culturalmente Adecuado**

Parto vertical es aquel que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas, en sus diferentes variantes con adecuaciones culturales dentro de la institución con orientaciones occidentales. El parto es atendido por personal institucional, pero realizando adecuaciones culturales como: Derecho a elegir la posición para ser atendido el parto, acompañamiento de un familiar (madre, suegra, esposo o por la partera) en el servicio y durante la atención del parto, ingesta de bebidas y comidas adecuados a la cultura, baños calientes, y disposición de la placenta según las normas culturales de los pueblos originarios (Sánchez Ramírez, 2018).

### **Evolución de la Posición de Parto**

La posición de parto horizontal que ha sido objeto de gran controversia. Ha sido ampliamente utilizada en las culturas occidentales solo durante los últimos 200 años. Antes de este momento, la historia registrada de nacimientos indica que las posturas de nacimiento verticales se usaron ampliamente. Tanto la posición dorsal, donde la parturienta está acostada sobre su espalda, como la posición de litotomía, donde está acostada sobre la espalda con las piernas levantadas en los estribos, se han desafiado en los últimos 100 años. "Desde la disminución en el uso de escopolamina y la morfina "Sueño Crepuscular", ha habido una tendencia alentando a los parturientas a utilizar las posiciones lateral, dorsal y reclinada para dar a luz, pero tales prácticas están lejos de ser universales. Aunque se han propuesto varias explicaciones para el cambio de posición, que incluyen la facilitación del uso de

fórceps, la promoción del poder de los hombres sobre las mujeres (tanto parteras como parturientas) y los requisitos con el uso de anestesia, ninguno es adecuado. explica la confluencia de los eventos que llevaron al cambio de la posición vertical al parto materno horizontal. Conflicto entre parteras y cirujanos y la interacción Las disciplinas de cirugía obstétrica y litotomía que surgieron hace 300 años parecen haber contribuido a este cambio. La transición fue muy influenciada por los franceses que en ese momento eran considerados los líderes en la práctica obstétrica (Gamble, 2011).

### Prácticas mundiales

La mayoría de las culturas de todo el mundo utilizan, o han utilizado, posiciones de parto como arrodillarse, ponerse en cuclillas, sentarse y pararse para el trabajo y el parto. Los registros más tempranos de las posiciones maternas de nacimiento muestran a la parturienta en una postura erguida, generalmente en cuclillas o arrodillada. Un bajorrelieve en el Templo de Esneh en Egipto muestra a Cleopatra (69? -30 aC) en posición de rodillas, rodeada por cinco mujeres asistentes, una de las cuales entrega al niño. 5 La silla de parto se remonta a la cultura babilónica. En una encuesta de 1961 sobre 76 culturas tradicionales, Naroll y otros encontraron que solo en 14 (18 por ciento) las mujeres asumían una posición de parto prona o dorsal ". Los hallazgos y conclusiones de esta encuesta intercultural están de acuerdo con el extenso trabajo realizado anteriormente por Engelmann (1882) y Jarcho (1934). Actualmente en muchos países en desarrollo, las parteras tradicionales (generalmente mujeres) asisten a parturientas. La posición de nacimiento que utilizan difiere de la sugerida por los médicos y por parteras capacitadas a quienes se les ha enseñado la práctica occidental de puestos de trabajo horizontales y de parto. En Europa, hasta aproximadamente 1550, las parteras eran las únicas asistentes al parto. Cuando Paré, el famoso cirujano-obstetra, practicó la medicina (1517? -1590), los barber-cirujanos comenzaron a competir con las matronas por los casos obstétricos. Inicialmente, estos cirujanos estaban mal entrenados; su rango social se mantuvo al mismo nivel que el de los carpinteros, zapateros y otros miembros de los gremios, conocidos colectivamente como las "artes y oficios" hasta el siglo XVIII. A

medida que avanzaba el tiempo, buscaron el reconocimiento de las habilidades obstétricas que habían adquirido en el parto de mujeres cuyas vidas estaban amenazadas como resultado de complicaciones obstétricas. Lograr el reconocimiento de sus habilidades fue difícil, debido a su estatus y porque la exposición de los cuerpos de las mujeres a los hombres se consideró indecente. Los médicos, a quienes se les otorgó privilegios especiales y se les otorgó un estatus más alto que a los cirujanos, no estaban ansiosos por que esta profesión avanzada invadiera ninguno de sus territorios. Las matronas, muchas de las cuales habían recibido capacitación formal, tampoco recibieron con agrado la intrusión de los cirujanos, ya que representaban una amenaza para sus medios de vida y un área de experiencia reconocida (Kitzinger, 2000).

Mauriceau (1637-1709), un destacado médico francés en este momento, registró el clima de los tiempos y la coexistencia de la intensa rivalidad interprofesional: "Hay muchas parteras, que tienen tanto miedo de que los Cirujanos deben quitarles su práctica, o aparecer como ignorantes ante ellos, y más bien se proponen poner todo en la aventura, luego enviarlos por necesidad: otros se creen tan capaces como los Cirujanos de emprender todo ... y algunos ponen maliciosamente el terror y la aprehensión de los Cirujanos. en las mujeres pobres (en su mayor parte inmerecidas), comparándolas con los carniceros y los ahorcados, que prefieren que mueran en Travail con el niño en su vientre, que ponerse en sus manos. "Aunque las parteras continúan conservando su larga data como cuidadores primarios de parto, los cirujanos de peluquería fueron llamados cada vez más en casos con probabilidad de resultar en morbilidad o mortalidad fetal y / o materna; a menudo practicaban la extracción manual del feto de la madre para salvar su vida.<sup>23</sup> La práctica de la obstetricia ofrecía a los cirujanos una entrada plausible en el campo médico. Su asistencia a casos traumáticos les ayudó a desarrollar una orientación de la enfermedad hacia el parto, y tuvieron una ventaja competitiva sobre las matronas debido a sus habilidades o práctica para enfrentar las complicaciones. Derogados por los médicos y obligados a competir con las parteras, tuvieron que comercializarse. Si la mayoría de las mujeres consideraran el embarazo como un evento normal y natural,

los servicios de los cirujanos no serían necesarios. Sin embargo, si se considera que el embarazo es una enfermedad, su presencia puede parecer más apropiada. Las parteras a veces promovían sus propios servicios al proclamar la necesidad de intervención, aunque la intervención dentro de una orientación hacia la enfermedad beneficiaba a los acusadores masculinos. Guillemeau (el alumno y yerno de Pare) había abogado por el parto en cama reclinada en 1598, supuestamente para la comodidad de las mujeres y para facilitar el parto; Las técnicas utilizadas por los cirujanos para manejar los partos difíciles 50 años después también podrían realizarse mejor en una posición reclinada. Esto llevó a usar la cama como el lugar para realizar el parto, y la posición reclinada se convirtió en la que se practica para las entregas normales y complicadas. Las mujeres en el Paris Hotel Dieu (un gran hospital con una sección de maternidad) realizadas en Francia se convirtieron en una práctica común en Francia, excepto entre las mujeres rurales. Aunque la conveniencia se señala continuamente en la literatura como la razón principal para cambiar a la posición supina de nacimiento, la experiencia varía según el país. En el siglo XVII, cuando empezaron a ocurrir los nacimientos en la cama, muchas mujeres, especialmente en Inglaterra, yacían de lado, lo que difería de la posición reclinada utilizada en Francia que acogía a la partera.

### Influencia de Mauriceau

A pesar de la defensa anterior de Guillemeau de la posición reclinada y la influencia de los cirujanos de peluquería, la persona generalmente acreditada con gran influencia en el cambio en la posición de nacimiento es Frangois Mauriceau. Afirmó que la posición reclinada sería tanto más cómoda para las parturientas como más conveniente para el acusador. En su libro de 1668, Las enfermedades de las mujeres con hijos y en la cama infantil, recomendó el cambio de posición y ofreció las siguientes razones recomendadas para hacerlo: "... todas las mujeres no están acostumbradas a ser entregadas en la misma postura; algunos estarán en sus rodillas, como muchos en Country Villages, otros estarán de pie apoyados con los Codos en una Almohada sobre una Mesa, o en el costado de una cama ... pero lo

mejor y más seguro es que se entreguen en su cama, para evitar el inconveniente y la molestia de ser llevados allí hasta allí; la Cama debe estar hecha de tal manera que la Mujer esté lista para ser entregada, debe recostarse sobre su espalda, teniendo su Cuerpo en una figura conveniente, es decir, su Cabeza y El pecho está un poco levantado para que no mienta ni se siente, porque de esta manera ella respira mejor y tendrá más fuerza para ayudarla con sus Dolores que si fuera de otra manera, o se hundirá en su cama ... y se quedará con los pies contra alguna cosa firme ....”

Mauriceau también se vio afectado por las opiniones prevalecientes sobre el embarazo como una enfermedad. Su trabajo de 1668 sobre partería en el que afirmó que el embarazo, debidamente interpretado, era un "tumor del vientre" causado por un bebé, fue una de las primeras referencias a problemas médicos durante el embarazo y el parto que definió todos los nacimientos como inherentemente patológicos. Y anormal, no deja espacio para la comadrona. El cambio de posición fue un acompañamiento natural del cambio de concepto (Simkin, 2011).

#### Papel del rey Luis XIV

Algunos eruditos afirman que el cambio en la posición de nacimiento fue un perverso capricho del rey Luis XIV (1638-1715), un contemporáneo de Mauriceau (1637-1709).<sup>3 ° 33</sup> Dado que Luis XIV disfrutó al ver a las mujeres dar a luz, se sintió frustrado por la vista oculta del nacimiento cuando ocurrió en un taburete de parto, y promovió la nueva posición reclinada. También insistió en que los asesores varones asistieran a los nacimientos. La influencia de la política del Rey es desconocida, aunque el comportamiento de la realeza debe haber afectado a la población en algún grado. La supuesta demanda de cambio de Luis XIV coincidió con el cambio de posición y bien puede haber sido una influencia contribuyente.

El rey Luis XIV no solo promovió el uso del acordeón masculino, sino que también otorgó favores a un conocido litotomista Frere Jacques (nacido Jacques Beaulieu en 1651). Por razones desconocidas, los procedimientos de obstetricia y litotomía fueron preocupaciones de este jefe de estado. La cirugía de litotomía de la vejiga urinaria para la extracción de un cálculo se había realizado desde al menos 200 a. C.,<sup>35</sup> y se

utilizó ampliamente en Francia en el siglo XVII. Pare (1517-1590), quien ha sido llamado el padre de la obstetricia moderna, también participó en la cirugía de litotomía. La interacción de las ciencias en evolución de la litotomía y la obstetricia no es sorprendente, ya que las técnicas utilizadas en cirugía obstétrica (por ejemplo, cesárea) tenían características en común con las utilizadas en la litotomía. El litotomista Frere Jacques, un nombre que se hizo famoso por la canción francesa, fue enseñado en anatomía por Fagon, quien se desempeñó como cirujano en Luis XIV (Hodnett, 2010).

### Pinzas y anestesia

También se ha argumentado que el cambio en la posición del parto se instituyó porque proporcionó un mejor acceso al perineo cuando se utilizaron los fórceps.<sup>8'9</sup> Los fórceps se conocían en obstetricia desde el siglo III y también se utilizaron en los procedimientos de litotomía por Pare en Estados Unidos. mediados de los 1500s. Sin embargo, las pinzas obstétricas cayeron en desuso hasta 1588, cuando fueron redescubiertas por Chamberlen. Para guardar su secreto, la familia Chamberlen, hugonotes franceses que huyeron a Inglaterra por seguridad, llevaron el fórceps en un estuche cerrado y los usaron debajo de una sábana con el paciente con los ojos vendados. Mauriceau, debido a su prominencia, se le ofreció el secreto de los fórceps por un descendiente de Chamberlen en 1670. Se negó a comprar el instrumento (que en realidad nunca vio) porque había sido testigo de su uso fallido en el parto de uno de sus pacientes. Se informa que los fórceps no fueron utilizados por otros fuera de la familia Chamberlen hasta 1700 y que el secreto de la construcción del fórceps surgió alrededor de 1720, momento en el que su utilización aumentó drásticamente.<sup>39</sup> Inicialmente, el fórceps no podría haber jugado un papel importante en la posición de nacimiento. , ya que la posición del parto se había cambiado muchos años antes de que las pinzas se usaran ampliamente, aunque pueden haber sido un factor importante en la retención de las posiciones de reclinación y litotomía. Varios eruditos creen que el advenimiento de la anestesia general eliminó la capacidad de las mujeres para participar en el trabajo de parto y el parto, lo que requiere que se acuesten para ser entregadas. Sin embargo, una relación entre la anestesia general y el cambio en

la posición de nacimiento es poco probable, ya que la anestesia no se utilizó hasta casi 200 años después del reinado de Luis XIV. En Europa, Sir James Simpson de Edimburgo introdujo el uso de cloroformo en 1847, y el uso de anestesia general en obstetricia aumentó después de que se administrara cloroformo a la reina Victoria en 1853 (Reece, 2007).

### **Posiciones del Parto Vertical**

#### **a) Posición de cuclillas: variedad anterior**

Esta posición es común en zonas rurales, las articulaciones entre los huesos pelvianos se separan, generándose un incremento de los diámetros pélvicos, facilitándose así el descenso del feto por el canal del parto. El personal encargado del parto deberá encontrarse cómoda (de rodillas, agachada o sentada en un lugar adecuado). La mujer en labor flexionará las piernas, las cuales deberán estar separadas lo que originará que los diámetros transversos de la pelvis se amplíen (Sánchez Ramírez, 2018).

#### **b) Posición de cuclillas: variedad posterior**

Por debajo de la axila el acompañante (quien está de pie) abraza a la parturienta, permitiendo que la mujer abrace su cuello. El personal de que esté atendiendo el parto se ubicará por detrás de la paciente y ejecutará los procedimientos necesarios cómodamente protegiendo el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento (Sánchez Ramírez, 2018).

#### **c) Posición de rodillas**

El personal encargado del parto se colocará detrás de parturienta, cuidando el periné; a fin de evitar rasgaduras ejecutará los procedimientos acordes a la expulsión, posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento. El acompañante puede estar hincado de frente a la paciente, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiéndole apoyarse en sus muslos. La parturienta se reclina

poco a poco hasta que el parto se acerque, permitiendo que se agilice, y resulte más cómodo (Sánchez Ramírez, 2018).

d) Posición sentada y semi- sentada

En una silla el acompañante separará las piernas, abrazará a la parturienta por el tórax, mientras se apoya en los muslos, en esta posición la mujer en trabajo de parto, se ubicará en una posición más baja con respecto al acompañante, o al filo del banco, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de ella. Se realizarán los pasos correspondientes a la expulsión y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento. Si la parturienta se encuentra semisentada se apoyará sobre el acompañante. Se puede sentar derecha o se puede inclinar hacia adelante en el piso o al filo de la cama, buscando relajarse y abrir su pelvis (Sánchez Ramírez, 2018)

e) Posición sostenida de una sábana o de una cuerda

El personal encargado del parto se colocará frente a la mujer en trabajo de parto, realizará los pasos correspondientes a la expulsión y posteriormente se adecuarán para realizar el alumbramiento. El acompañante se colocará detrás y la sostendrá para que no se mueva. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento. La mujer en trabajo de parto se sujeta de una cuerda o sabana que está suspendido de soporte o alguna estructura tipo viga en el techo. La fuerza de gravedad hace que el feto avance por el canal del parto suave y calmadamente. Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón (Sánchez Ramírez, 2018).

f) Posiciones en cuatro puntos, (Posición rodillas y manos)

Muchas mujeres la prefieren, preferentemente aquellas que sienten dolor en la parte baja de la espalda. Las personas encargadas del parto se colocarán detrás de la mujer en trabajo de parto cuidando el periné para evitar rasgaduras. Realizará los procedimientos correspondientes a la expulsión y posteriormente se adecuará para



realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento. Algunas prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia adelante con la persona que la acompañe o en la cama. Al momento de que se acerque el parto deberá inclinarse con el fin de facilitar el control del parto. El bebé se recibe detrás de la mujer. La persona encargada del parto o comadrona que atiende el parto natural/vertical, deberá instruir a la mujer en trabajo de parto, para que pujan superficialmente, el cuerpo deberá estar relajado se respirará por la boca; al pujar la boca se cierra, buscando aumentar la presión ejercida por los músculos del abdomen.

- Esta posición brinda una buena exposición y acceso
- Asegúrese de sacar primero el hombro anterior (por debajo de la sínfisis del pubis, más cerca del suelo)
- Al pasar al recién nacido (a) para que la madre lo tome en sus brazos al inicio puede ser complicado, pero con la práctica se aprende fácilmente.

#### Ventajas

- Puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación.
- Es menos probable que ocurra trauma perineal que en las posiciones supinas.
- Puede realizarse sobre la cama de parto o en el suelo.
- La persona que atiende el parto tiene una fácil visualización.
- Esta posición ayuda en la distocia de hombro – fácil acceso al brazo posterior.

#### Desventajas

- El proveedor de servicios puede no estar familiarizado con recibir al recién nacido (a) estando la mujer en esta posición (Sánchez Ramírez, 2018).

#### g) Posición lateral:

La perspectiva del perineo es buena en esta posición, la partera puede sujetar la pierna que está arriba, o bien se puede sujetar con un banquillo o lo puede hacer la misma parturienta. Se recomienda adoptar una posición en donde pueda sostener el perineo y tener control de la cabeza del recién nacido/a.

#### Ventajas:

- Evita la compresión aorta-cava.
- Menos probabilidad de tener un desgarre que requiera sutura o episiotomía en comparación con la posición supina.
- Potencialmente desacelera la salida de la cabeza, para las mujeres que experimentan una segunda etapa “rápida”

#### Desventajas

- Requiere una persona que sostenga la pierna de la parturienta
- Se obtiene un mejor control de dolor en posiciones erguidas.

#### h) Posición supina

##### Atención inmediata de la o el recién nacido

La atención del recién nacido/a se desarrolla, aplicando las técnicas y procedimientos establecidos en la Guía para la implementación de la atención integral materna neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. La persona encargada deberá verificar que el material

y equipo estén previamente preparados, así como el lugar de atención del recién nacido/a que será utilizado de manera exclusiva.

#### Atención postparto inmediato

La persona encargada del parto debe atender el alumbramiento en posición dorsal (horizontal) debido que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

El personal debe proceder al Manejo del tercer Período del Parto

- Administre 10 U de oxitocina IM inmediatamente después del nacimiento y luego de haber descartado la presencia de un segundo feto. Además, le puede dar 1 taza de té de ajeno
- Coloque a la paciente acostada boca arriba y colóquelo al recién nacido sobre el abdomen de la madre, piel a piel y cúbralo adecuadamente. Seque al recién nacido por completo, limpie los ojos y evalúe su respiración
- Entre los dos y los tres minutos luego del nacimiento pince y corte el cordón (cuando deje de latir de preferencia amárrelo con cinta de castilla esterilizada).
- Haga masaje uterino abdominal cuando haya salido la placenta.
- Evaluar el volumen del sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de conciencia de la madre y los signos vitales (presión arterial, pulso).
- Realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, asistir su salida y examinarla cuidadosamente, verificando que las membranas estén integra.
- Evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.

### Masaje uterino abdominal:

- Luego de la salida de la placenta dar masaje inmediatamente en el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta lograr que el útero se contraiga
- Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las dos primeras horas post parto
- Asegúrese que el útero no se relaje (ablande) después de tener el masaje uterino.

### ATENCIÓN PUERPERAL Y POSTNATAL

Tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se ven favorecidos en el alojamiento conjunto de la madre – niño/a, e iniciar lactancia materna exclusiva inmediatamente después del parto.

Independientemente del lugar donde se aloje la mujer, de acuerdo a la infraestructura, equipamiento de cada establecimiento de salud y afluencia de pacientes, realizar en forma estricta:

- Signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca materna, frecuencia respiratoria y temperatura)
- Hemorragia vaginal
- Tono uterino (formación de globo de seguridad de Pinard)
- Previo a ser trasladada a servicio de encamamiento, realizar exámenes vaginales para extracción de coágulos y asegúrese que el útero se encuentre involucionado.

- Estimule la salida de loquios con la aplicación de masajes, esto favorece la contracción del útero, los masajes deben de ser realizados por el proveedor de salud o el acompañante de la paciente.
- Promueva el servicio de alojamiento, apego y lactancia materna temprana y exclusiva.
- Permitir el uso de faja si la usuaria lo solicita
- Brinde consejería de planificación familiar
- Brinde consejería de signos y síntomas de peligro durante el periodo post natal
- Ponga cómoda a la parturienta ubicándola en una habitación bien acondicionada, donde haya calor y poca luz.
- Se usarán sábanas vistosas según la cultura (por ejemplo: colchas con la simbología indígena)
- Permitir que la usuaria pueda tomar algunos alimentos después del parto respetando las propiedades de los alimentos fríos o calientes preparados por la Comadrona o por el familiar o acompañante.

#### Señales de peligro durante el puerperio

- Hemorragia vaginal, puede ser de tipo severo o persistente.
- Fiebre
- Secreción vaginal fétida
- Mastitis (Sánchez Ramírez, 2018)

## **Prácticas tradicionales de postparto**

El período posparto es un momento para que las mujeres se recuperen y asuman nuevos roles. En muchas culturas, también se considera un período precario, lo que hace que la nueva madre sea vulnerable a la enfermedad, y se observan prácticas tradicionales específicas para asegurar la recuperación y evitar la mala salud en años posteriores. Por el contrario, si bien se han logrado grandes avances en la atención anteparto e intraparto en las culturas occidental o "moderna", como lo indica la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil, ha habido una falta comparativa de atención al período posparto. Esto puede deberse a que la atención posparto occidental se centra principalmente en la salud física inmediata de las madres y sus bebés mediante el uso de intervenciones tecnológicas. Las prácticas posparto en las culturas occidentales "tecnocéntricas" no suelen extenderse más allá de los primeros días después del parto. Por el contrario, las culturas de "etnocinsistencia" (por ejemplo, muchas culturas del este de Asia, el sur de Asia y Medio Oriente) enfatizan la práctica de los rituales de apoyo social para un período posparto más prolongado. Dadas estas diferencias interculturales, sería valioso explorar los posibles efectos positivos y / o negativos que estas prácticas posparto extendidas pueden tener en la salud física y mental de las madres. Además, considerando el aumento de las tasas de migración entre países y la diversidad cultural resultante entre las mujeres en edad fértil en muchos entornos de atención médica, es esencial comprender las prácticas tradicionales de posparto y las formas en que pueden influir en la prestación de asistencia sanitaria perinatal. Este entendimiento puede informar la provisión de servicios perinatales culturalmente competentes. En la actualidad, no existe en la literatura ningún examen reciente, exhaustivo e intercultural de las prácticas posparto. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión sistemática cualitativa es reunir informes de las diversas prácticas asociadas con el período de posparto en todas las culturas, identificar aspectos comunes en las prácticas o los fundamentos de las prácticas en todas las culturas y considerar las implicaciones de estas prácticas para la provisión de atención médica perinatal (Reece, 2007).

## **Prácticas tradicionales alrededor del mundo**

### **Apoyo organizado**

El apoyo organizado, generalmente en forma de miembros de la familia que cuidan a la nueva madre y su bebé durante un período específico de tiempo, se proporciona casi universalmente en el período postparto temprano por parte de la madre, la suegra, otras parientes femeninas o el esposo. Los miembros femeninos mayores respetados de la comunidad, las parteras tradicionales o las mujeres jóvenes de la comunidad también pueden participar en el cuidado de la madre. El apoyo a menudo incluye asistencia práctica (por ejemplo, tareas domésticas o cocinar), así como información para la madre sobre cómo cuidarse a sí misma y al bebé. Por ejemplo, en la cultura japonesa, la práctica de Satogaeri bunben suele involucrar a la mujer que viaja a su hogar familiar entre las 32 y las 35 semanas de gestación para que su madre la cuide hasta aproximadamente 8 semanas después del parto. Del mismo modo, en el Amish de Tennessee (EE. UU.), La nueva madre cuenta con el apoyo organizado de los miembros de la familia extendida y la comunidad. Otras culturas que practican un período similar de apoyo organizado incluyen nigerianos, jordanos, coreanos, guatemaltecos, hindúes orientales y chinos.

**Período de descanso y actividades restringidas** El apoyo organizado generalmente corresponde a un período de descanso prescrito, durante el cual a la madre le está prohibido realizar sus tareas domésticas habituales. En la mayoría de las culturas, el período de descanso se extiende entre 21 días y 5 semanas, y se considera un período de vulnerabilidad para futuras enfermedades. Por ejemplo, en Corea, un período de descanso de 3 a 5 semanas se conoce como sam chil il. En China, muchas mujeres participan en zuo yue (o tso-yuehtzu en Taiwán), comúnmente conocida como "hacer el mes". Este es un período de descanso formalizado de un mes de duración durante el cual las madres reciben ayuda de la familia extendida para promover la recuperación y permitir que los huesos "suelos" regresen a sus posiciones anteriores. Muchas mujeres tailandesas permanecen en el hogar y son atendidas por miembros femeninos de la familia y sus esposos durante aproximadamente 30 días, una práctica conocida como yu duan (Stepp Gilbert, 2003).

Entre las mujeres mexicanas, un período de descanso de 40 días se conoce como la cuarenta. Entre las mujeres musulmanas, se observa un período de descanso de 40 días según las creencias islámicas. Un período de descanso designado se practica de manera similar entre las mujeres amish, japonesas, hmong, malayas, indias orientales y sudafricanas. Existen diferencias dentro de la cultura en la medida en que se observan estos períodos de apoyo organizado y período de descanso. Las mujeres más jóvenes y las que viven en centros urbanos importantes pueden tener menos probabilidades de participar en estas prácticas u observarlas durante un período de tiempo más corto. Como otro ejemplo, muchos factores afectan la práctica tradicional del *yu duan* en las mujeres tailandesas. Las madres de bebés femeninos observan un período de descanso más largo, ya que se cree que las mujeres trabajan más duro que los hombres y, por lo tanto, merecen más tiempo con su madre en la infancia. *Yu duan* es considerado particularmente importante para las mujeres primíparas. La disponibilidad de familiares y amigos para facilitar *Yu duan* puede ser un factor limitante. Las mujeres de clase media y alta pueden contratar personal para brindar el apoyo necesario, mientras que las mujeres más pobres no pueden practicar o acortar el período, ya que es posible que ellas o sus esposos tengan que volver al trabajo. Algunas mujeres creen que las prácticas tradicionales solo son necesarias para las mujeres que viven en sus países nativos y ya no son importantes después de la inmigración. En general, se cree que no observar el período tradicional de descanso posparto da como resultado el envejecimiento prematuro o la mala salud, ya sea de forma inmediata o posterior (Reece, 2007).

En la cultura tailandesa, se cree que practicar *yu duan* protege a una nueva madre de *lom pid duan*, enfermedades que se cree que se desarrollan como resultado de una atención inadecuada después del parto. Las mujeres camboyanas creen que las violaciones de las tradiciones posparto pueden resultar en enfermedades específicas después del parto con distintos patrones de síntomas, según el tipo específico de violación. Además, si la nueva madre no se siente apoyada por su pareja, puede desarrollarse mal o "corazón triste", cuyos síntomas principales son la infelicidad / depresión, la frustración, la ira, la infelicidad y el comportamiento "loco". Finalmente,



algunas culturas creen que una consecuencia potencial importante de la recuperación postparto incompleta es la infertilidad futura (por ejemplo, mujeres hmong, mujeres árabes). Durante el período de descanso posparto, se pueden prohibir actividades específicas. Entre las mujeres vietnamitas y chinas, no se permite llorar, leer o mirar televisión para prevenir problemas posteriores de los ojos. En la cultura camboyana, se desalienta a las mujeres a sentir emociones fuertes o "pensar demasiado". En muchas culturas, la actividad sexual se evita durante un período de tiempo variable, que varía de 20 a 100 días. A menudo, esta práctica es alentada no solo por la comunidad cultural, sino también por los médicos, para alentar la curación apropiada después del parto. En la cultura camboyana, la actividad sexual antes de que la nueva madre se considere preparada se considera asociada con consecuencias negativas para la salud. En otras culturas (por ejemplo, jordana y china), las mujeres después del parto se consideran "contaminadas" y, por lo tanto, la actividad sexual se considera peligrosa para la pareja. Las mujeres de Fiji deben evitar cualquier actividad que se considere potencialmente dañina para la madre o el bebé, como sentarse, hacer ejercicio físico, peinarse o exponerse al sol.

## **Dieta**

En muchas culturas, ciertos alimentos se recomiendan especialmente para promover la curación o restaurar la salud, mientras que el consumo de alimentos prohibidos se cree que puede causar enfermedades de forma inmediata o en el futuro. Una de las filosofías más conocidas que influyen en la antigua medicina del este de Asia, como la medicina tradicional china, es la creencia en la dualidad de las fuerzas opuestas en la forma yin y yang. Yin describe propiedades como la oscuridad, el frío, la humedad, la suavidad, la quietud y la feminidad, mientras que yang describe lo contrario e incluye propiedades como el brillo, el calor, la sequedad, la dureza, la actividad y la masculinidad. Por extensión, los alimentos en muchas culturas pueden clasificarse como "calientes" o "fríos" según la presunta propiedad intrínseca de los alimentos. Esto generalmente se considera independiente de la temperatura de los alimentos, excepto para interpretaciones específicas o creencias idiosincrásicas. Dicotomías similares de la medicina tradicional china u otros sistemas médicos antiguos, como la

medicina ayurvédica, influyen en muchas de las prácticas dietéticas en Asia, así como en muchas otras culturas no occidentales, incluidas partes de América Latina y África. Aunque hay similitudes, no todas las culturas clasifican los mismos alimentos idénticamente. En muchas culturas, la sangre y el estado del embarazo a menudo se conciben como un estado de "calor" y, a la inversa, el posparto. El periodo se concibe como un estado frío y vulnerable. Por lo tanto, se recomienda que los alimentos calientes restauren la armonía y el equilibrio, mientras que los alimentos fríos deben evitarse. Parece que estos alimentos calientes a menudo son altos en proteínas. Por ejemplo, entre las madres en la India, se cree que los alimentos calientes como la leche, el ghee, las nueces y el jagerry ayudan a recuperar el equilibrio, mientras que en la cultura china, los pies de pollo o de cerdo preparados con otros ingredientes calientes a menudo se consumen durante el posparto. Los tónicos especiales a veces se usan durante el período posparto, que consiste en hierbas o alimentos con propiedades medicinales especiales.

En Nepal, sathora, un tónico a base de hierbas, y haluua, un tipo de sémola de trigo con sustancias calentadoras agregadas como el jengibre, el comino y la cúrcuma, se utilizan para promover la producción de leche, calentar a la madre y expulsar la sangre del parto. Las madres malasias también usan medicinas herbales "calientes". Entre las mujeres guatemaltecas, se toman infusiones de hierbas que contienen artemesia, pimipinela, orégano y miel blanca para aliviar el dolor. Las hierbas Hmong utilizan las hierbas verdes, como tshuaj quib, por diversos motivos, como aliviar dolores y molestias, producir sangre extra, lavar la sangre y la placenta del parto, reemplazar la energía y la fuerza, promover el apetito, mejorar la pérdida de peso y aumentar la leche materna. También pueden usar sopa de pollo hervida con la planta ntiv para deshacerse de la sangre después del parto (Holroyd E, 2004).

Shenghuatang, una sopa de hierbas con ingredientes que incluyen Dang quai (Chinese Angelica Root, *Ligusticum acutilobum*) y jengibre, se usa entre algunas madres chinas para ayudar a renovar la sangre en el período posparto temprano. Dang quai también se usa en combinación con otros alimentos para la anemia y

afecciones ginecológicas. Du Zhong, en polvo la corteza de *Eucommia ulmoides*, es a veces un ingrediente agregado en caldo especial y las cornamentas de ciervo pueden usarse como tónicos. Las creencias culturales con respecto al proceso del parto pueden prescribir diferentes tipos de dieta en varias etapas a lo largo del período posparto. Por ejemplo, en Nepal, los alimentos calientes, como la leche caliente, se administran inmediatamente después del parto. Para evitar la indigestión y la diarrea, los alimentos como el arroz no se pueden comer hasta el segundo o tercer día, momento en el que el estómago y la matriz comienzan a contraerse hacia su estado normal. En las mujeres chinas, a menudo se introducen varios alimentos sancionados en un orden particular. Por ejemplo, el consumo de aceite de sésamo-pollo se retrasa después del nacimiento debido a la creencia de que el aceite de sésamo es "pesado" y puede provocar una infección vaginal si se consume demasiado pronto. Aunque no solo se practica durante el posparto, es importante tener en cuenta que las creencias religiosas también influyen en la dieta.

Las mujeres hindúes son a menudo vegetarianas estrictas, y no comen huevos, pescado o carne. En el islam, ciertos alimentos como el cerdo están prohibidos de acuerdo con el Corán y las enseñanzas islámicas, y se consideran alimentos haram (ilegales); los alimentos halal permitidos requieren métodos especiales de preparación o sacrificio. En el judaísmo, el kashrut son leyes alimentarias basadas en la Torá y las enseñanzas religiosas que determinan qué alimentos son kosher (permisibles), incluido el tipo de alimento y los alimentos necesarios. Procedimientos de preparación. Finalmente, ciertas prescripciones dietéticas están relacionadas con la lactancia materna. Se alienta a las madres musulmanas a consumir alimentos y bebidas "calientes", mientras que se evitan las frutas y los alimentos crudos, ácidos, picantes, grasosos o grasos. Las comidas picantes también son evitadas por las madres chinas y coreanas. Las madres hindúes evitan los alimentos "fríos" cuando su bebé tiene un frío o alimentos "calientes" cuando el bebé tiene fiebre. Algunas mujeres menonitas de Kanadier creen que los alimentos crudos pueden "manchar" la leche materna, mientras que la sandía, el repollo, los frijoles y los pimientos picantes pueden estimular al bebé e interferir con los patrones de sueño. También creen que poner las manos en agua jabonosa caliente disminuirán el

suministro de leche materna mientras que el consumo de semillas de alfalfa lo aumentará. Para aumentar la producción de leche, las madres chinas usan varios alimentos, entre ellos papaya, sopa de pescado, raíz negra encurtida con patas de cerdo y pescado de agua dulce a la parrilla, mientras que las madres coreanas usan el caldo Miyuk Guk. Las mujeres tailandesas abogan por el consumo de bebidas calientes para aumentar la producción de leche materna (Holroyd E, 2004).

### **Prácticas de higiene y calidez física.**

En muchas culturas, las mujeres después del parto se consideran contaminadas y, por lo tanto, se requieren prácticas especiales de higiene. Las madres jordanas lavan sus genitales a fondo con agua y jabón porque se cree que están temporalmente "contaminadas" por el parto. Las mujeres musulmanas toman un baño de purificación llamado ghusl después de que han dejado de sangrar. En algunas culturas (por ejemplo, árabe, tailandés y chino), las mujeres se consideran impuras hasta que se completa el período de descanso postparto o se interrumpe el sangrado. Antes de esto, las mujeres a menudo tienen prohibido tener relaciones sexuales. También tienen prohibido ingresar a las casas de otras personas o entrar por la puerta principal de su propio hogar para evitar ofender a los dioses o espíritus guardianes. Del mismo modo, los miembros de la familia pueden no estar dispuestos a comer alimentos preparados por la nueva madre durante este período para evitar la enfermedad o la muerte. Entre los hindúes, a la nueva madre no se le permite cocinar ni recibir visitas masculinas hasta el décimo o duodécimo día después del parto, cuando se la considera "limpia" y puede realizar las tareas domésticas normales. Para algunos hindúes del este de la India, toda la familia es considerada impura. Ningún extranjero puede comer o beber en la casa hasta un día determinado por la casta y se realiza un baño ritual y ceremonia religiosa. En Pakistán, el sangrado abundante después del parto se considera "saludable" para liberar la sangre menstrual "impura" que se acumuló antes del parto. Para las mujeres Hmong, cualquier material que haga contacto con la sangre del parto debe lavarse en la casa y enterrarse en un agujero en el piso de tierra para evitar atraer la atención de los espíritus, lo que podría dañar a la madre o al bebé. En muchas

culturas, existen restricciones o prohibiciones específicas para el baño, algunas de las cuales se relacionan con las creencias "calientes" y "frías" ya descritas. Los baños fríos o las duchas a menudo están estrictamente prohibidos para evitar los coágulos de sangre, los huesos y las articulaciones adoloridos y el cuerpo que pica (Rice & Hli, 2000).

En México, el baño está restringido para proteger a la madre del frío o el "aire maligno". Preocupaciones similares se reflejan en algunas creencias hindúes y chinas de la India oriental de que los acondicionadores de aire y los ventiladores son peligrosos para las nuevas madres. Por el contrario, los baños calientes son aceptables en la cultura hmong y en Malasia, India y Tailandia. Entre las mujeres árabes y tailandesas, es aceptable tomar una ducha rápida y tibia, pero está prohibido lavarse el cabello. En Tailandia, se prescribe un baño de vapor (sentado sobre ladrillos calientes y hojas medicinales o inhalación de hierbas medicinales al vapor) para sudar agua venenosa y absorber agua buena, secar el perineo y ayudar a curar. Entre las mujeres jordanas y guatemaltecas, se recomiendan los baños de asiento para facilitar la curación. Las madres tailandesas practican el krachome Kao, donde se hierven varios tipos de hierbas en una olla. Luego la madre se sienta en una cama y se cubre a sí misma y la olla con una manta. Se cree que Kao krachome ayuda a sudar el agua "venenosa" para que la madre pueda absorber el agua "buena" con el fin de promover una piel sana y proteger contra la visión borrosa, mareos, dolores de cabeza y fatiga en la vida posterior. Una práctica relacionada encontrada entre las culturas asiáticas es calentar activamente a la nueva madre para equilibrar la pérdida de sangre "caliente" durante el parto. En Malasia, las madres se bañan en agua tibia, se unen sustancias "calientes" alrededor de su abdomen y se encuentran arriba o cerca de una fuente de fuego. Durante 3 días, la nueva madre recibe un masaje a fondo de su partera para aumentar la circulación y llevar el calor curativo a todas las partes de su cuerpo. Las mujeres tailandesas practican yu fai: una práctica en la que la madre, vestida con ropa de abrigo y envuelta en mantas, se acuesta en una cama de madera sobre un fuego cálido durante 30 días para expulsar la sangre retenida y la placenta, aumentar la involución de su útero y aplanar su estómago. Eliminar las estrías y sanar las

lágrimas perineales. Las madres también reciben masajes con sal caliente para aflojar los tendones y prevenir los coágulos de sangre. Las madres vietnamitas se mantienen calientes para evitar el "viento" y prevenir dolores de cabeza, arrugas faciales, varices y otros problemas de salud. También se coloca un fuego debajo de la cama de la madre para prevenir los coágulos de sangre y los dolores de espalda. Las madres chinas pueden seguir prácticas similares. Las madres camboyanas colocan rocas calientes en su estómago para prevenir la formación de coágulos de sangre y aplanar su estómago. Se "asan" en una cama de bambú sobre un fuego de leña o carbón durante 3 días y noches para calentar la sierra (fibras, ligamentos) y prevenir coágulos de sangre uterina, garantizar una buena piel y promover la salud general a largo plazo. Durante el asado, las madres atan cuerdas alrededor de su cintura / muñeca, pintan cruces de lima en las esquinas de las casas o en cuellos o tobillos, y colocan espinas debajo de la cama para protegerse del priedy krawlah pleungh, un espíritu que ataca a una mujer mientras asa, causando convulsiones, Desmayos, pérdida de conciencia y comportamientos extraños. Las hierbas se usan con piedras calientes (tshuaj ntxhawb) para tratar la mala salud que surge al no mantener el cuerpo lo suficientemente caliente. Las madres hmong usan ropa de abrigo para evitar el "viento" y duermen cerca del fuego durante 3 días después del parto. Luego se quema la cama de paja de la madre. Esta práctica fue desarrollada para hacer frente a la escasez de mantas y toallas sanitarias y para evitar el lavado de material que contenga sangre de parto en las fuentes de agua (Quah).

### 2.1.1 Marco Conceptual

#### **Ancestral**

Procedente de una tradición remota o muy antigua.

#### **Contracciones**

En el marco de un embarazo, la contracción es el endurecimiento del abdomen debido a la actividad del músculo uterino. Pueden producirse por los movimientos o cambios de posición del bebé, entre otros motivos. Las contracciones de parto son diferentes porque presentan una mayor regularidad y un intenso dolor (aunque este último varía: en algunos casos el dolor es insoportable y en otros, se presenta como un leve

cosquilleo). En general las contracciones siguen un mismo patrón: comienzan siendo leves y a medida que se acerca el momento del nacimiento se vuelven más constantes. A través de estos cambios musculares el cuerpo de la mujer se prepara para expulsar al bebé. Es necesario aclarar que las contracciones comienzan mucho antes de que el parto se anuncie. Las contracciones de Braxton Hicks suelen aparecer de forma temprana y consisten en una forma en la que el organismo se va preparando y cobrando forma hasta que llegue el momento del nacimiento. En esta etapa los músculos uterinos se contraen, pero generalmente este movimiento pasa desapercibido y solamente se percibe un dolor muy leve; duran poco tiempo y se producen cada mucho tiempo. Estas contracciones pueden comenzar a partir del segundo trimestre y se mantienen con cierta periodicidad hasta que llega el momento del parto. Las contracciones se caracterizan por la tensión y la relajación del músculo uterino; que consigue, a través de este movimiento, crear la presión necesaria en la parte superior del útero para empujar a la criatura hacia el canal de parto y, posteriormente, al exterior. Los síntomas más notorios de las contracciones son el endurecimiento de la panza (se pone rígido todo el abdomen), presión en la parte inferior del útero (porque el útero se contrae y porque el bebé empuja) y dilatación (el canal se ensancha para dar lugar al paso del bebé). El momento del nacimiento llega cuando la dilatación llega a su máximo nivel y el canal se abre para que la criatura pueda descender por él. Es importante tener presente que esta última parte del proceso puede durar de uno a dos días.

### **Fisiológico**

Que está relacionado con la ciencia que estudia los órganos de los seres vivos y su funcionamiento (Fisiología).

### **Litotomía**

Posición que adopta el paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración. Es la posición más empleada para la exploración

ginecológica y el parto, para las intervenciones en el ano y periné y para la cirugía transuretral.

### **Medicina Tradicional**

Es la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias indígenas de diferentes culturas, sean o no explicables, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales. En algunos países se utilizan indistintamente los términos medicina complementaria/alternativa/no convencional y medicina tradicional.

### **Morbilidad**

Morbilidad la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

### **Mortalidad**

Proceso natural mediante el cual desaparece una población a lo largo del tiempo, se estudia a partir de una información de flujo: las defunciones que ocurren durante el período considerado. El fenómeno de la mortalidad se analiza mediante una fuente dinámica de información: el registro de defunciones. No solo se realiza este estudio a partir del total de muertes que se producen, sino que se desagregan las defunciones atendiendo a características tales como edad, causas de muerte, características socio-económicas, etc., observándose comportamientos diferenciales en los mismos.

### **Oxitocina**

Hormona producida por los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo que es liberada a la circulación a través de la neurohipófisis. Ejerce funciones como neuromodulador en el sistema nervioso central modulando comportamientos sociales, sentimentales, patrones sexuales y la conducta parental. En las mujeres, la oxitocina



es igualmente liberada en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en la eyección de la leche materna en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia.

### **Parto Normal**

Es el proceso de finalización de la gestación de la mujer en el que convergen factores tanto de índole psicológico como sociocultural.

#### 2.1.2 Antecedentes investigativos

Varias mujeres han mencionado que el parto se trata de una experiencia única y maravillosa, un evento especial, de trascendencia en la humanidad y que convoca a la comunidad más cercana (madre, suegra, hermanas, esposo) coincidiendo con Chávez y cols, quienes, a partir de una investigación con comunidades nativas de Perú, señalaron que las acciones de las parturientas, se deben a una noción del cuidado que busca asegurar la supervivencia y la continuidad de la vida (Chávez, 2007).

Cabrera y Arotingo en su investigación sobre conocimiento, actitudes y prácticas culturales asociadas al parto de las madres y parteras Kayambis, pertenecientes a la comunidad de Angla de la provincia de Imbabura, manifestaron que las mujeres optan por el parto en su casa, porque para ellas la atención brindada por la partera es muy buena (Cabrera, 2016).

Cuesta y Delgado en su investigación: Experiencias en el Parto Intercultural de Mujeres en Centro de Salud Biblián manifiestan que a pesar de que el parto sea un hecho con alto nivel de dolor y molestia, para las pacientes, se trata de una experiencia única y maravillosa que repercute en la humanidad y convoca a la comunidad más cercana. La intervención de la comadrona durante el parto fue muy importante para las entrevistadas quienes ven en las comadronas a personas de experiencia, conocimientos y habilidades.

## **2.2 Hipótesis**

### 2.2.1 Hipótesis general

Si se determina que las experiencias de Parto Culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro fueron beneficiosas para pacientes y personal de enfermería del parto, podremos difundir este tipo de parto dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Babahoyo.

## **2.3 Variables**

### 2.3.1 Variables Independientes

- Factor sociocultural

Lo sociocultural supone una íntima unión y relación entre lo social y lo cultural, factores interdependientes que integran sociedad y cultura.

### 2.3.2 Variables dependientes

- Conocimiento sobre la importancia del Parto Culturalmente Adecuado

Es el acumulo de información aprendida que tienen las madres sobre el Parto Culturalmente Adecuado

### 2.3.3. Operacionalización de las variables

Variables	Dimensión o Categoría	Escala de Variables	Definición Conceptual	Indicador	Índice
Independientes	Edad	Nominal	Tiempo desde el nacimiento de una persona	14-20 21-27 28-35	Por ciento
	Estado Civil	Nominal	Género al que pertenece la situación de las personas proveniente del matrimonio	Madre Soltera Casada Viuda	Por ciento
	Lugar de residencia	Nominal	Ciudad o local donde se vive	Sector urbano sector rural	Por ciento
	Nivel de Instrucción	Nominal	El grado más elevado de estudio realizado	Analfabeta primaria secundaria superior	Por ciento
	Ocupación	Nominal	Ámbito de los servicios de empleo o vocación profesional	Gerente del hogar Empleo público Empleo privado Agricultura	Por ciento

Variables	Dimensión o Categoría	Escala de Variables	Definición Conceptual	Indicador	Índice
Dependientes	Conocimiento de las madres sobre la importancia del Parto Culturalmente Adecuado	Nominal	Conocer el valor o la trascendencia del Parto Culturalmente Adecuado	Si No	Por ciento
• Conocimiento sobre la importancia del Parto Culturalmente Adecuado	Conocimiento sobre las ventajas del Parto Culturalmente Adecuado	Nominal	Acción de conocer sobre la utilidad que tiene el Parto Culturalmente Adecuado	Si No	Por ciento
	Conocimiento sobre las técnicas del Parto Culturalmente Adecuado	Nominal	Conocer acciones regidas por normas para arribar a un resultado específico	Si No	Por ciento
	Recibió información sobre el Parto Culturalmente Adecuado en el centro de salud	Nominal	Informarse sobre un tema o situación	Previo al embarazo Durante los controles prenatales Durante el puerperio No recibió información	Por ciento
	Conocimiento de las madres sobre la importancia del Parto Culturalmente Adecuado	Nominal	Conocer el valor o la trascendencia del Parto Culturalmente Adecuado	Si No	Por ciento

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

En el presente trabajo se utilizó la investigación cualitativa-narrativa, modalidad etnográfica direccionada como el principal enfoque. Ya que mediante la misma se pudo observar de manera directa los hechos, describiendo así globalmente el objeto a investigar y a fin de llegar a la contextualización del problema.

#### **3.1 Método de Investigación**

Para la investigación es necesario aplicar el método investigativo, descriptivo y analítico, puesto que después de observar y analizar encontramos algunos factores socioculturales que influyen que influyen en el conocimiento sobre la importancia del Parto Culturalmente Adecuado.

#### **3.2 Modalidad de la Investigación**

La modalidad del presente trabajo es de campo, ya que la investigación se la realizó en el Hospital Básico de Saraguro, Provincia de Loja en el área de Gineco/Quirúrgica, constatando la realidad de la problemática a investigar y los factores que influyen en el Parto Culturalmente Adecuado dentro de esta instalación.

#### **3.3 Tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación es de carácter descriptivo y analítico ya que nos permitió observar más de cerca la problemática y conocer que los factores socioculturales influyen en el conocimiento sobre el Parto Culturalmente Adecuado, por lo que se puede observar que hay madres que desconocen la importancia que tiene este tipo de parto. De corte transversal porque nos permitió encaminar la investigación en un solo periodo de tiempo. Los datos obtenidos en las distintas situaciones planteadas en la investigación, son descritos e interpretados según la realidad

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información**

#### **3.4.1 Métodos**

El método utilizado es el inductivo – deductivo, en vista que permite conocer de primera mano si las experiencias en cuanto a la adopción del parto culturalmente adecuado fueron beneficiosas para las pacientes y personal de enfermería del mismo hospital

#### **3.4.2 Técnicas**

Para la realización de este proyecto de investigación, se utilizó las técnicas de guía de observación no estructurada y encuesta, la misma que permitió obtener información verificable sobre el conocimiento del Parto Culturalmente Adecuado.

#### **3.4.3 Instrumentos**

El instrumento que se utilizó en este trabajo de investigación es el cuestionario, el mismo que fue aplicado a las parturientas a fin de evaluar la influencia del factor sociocultural en el conocimiento del Parto Culturalmente Adecuado

### **3.5 Población y Muestra de Investigación**

#### **3.5.1 Población**

La población estuvo constituida por 80 mujeres que fueron captadas y atendidas en el mencionado Hospital, de las cuales 20 decidieron por un parto intercultural.

#### **3.5.2 Muestra**

Se consideró como muestra 20 mujeres que acuden al Hospital Básico Saraguro de la provincia de Loja, de los datos obtenidos del mes de septiembre del año 2017 hasta el mes de agosto del año 2018, de diferentes edades, nivel socioeconómico y profesión, que aun residen en el cantón Saraguro. Las mismas que brindaron su valioso tiempo para el desarrollo de la investigación.

### 3.6 Cronograma del Proyecto

N°	MESES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				Mayo			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección del Tema							x																									
2	Aprobación del Tema								x																								
3	Recopilación de la Información											x																					
4	Desarrollo del Capítulo I											x																					
5	Desarrollo del Capítulo II												x																				
6	Desarrollo del Capítulo III													x																			
7	Tamización de la Información														x																		
8	Desarrollo del Capítulo IV															x																	
9	Elaboración de las Conclusiones																			x													
10	Presentación de la Tesis																															x	
11	Sustentación de la previa																																x
12	Sustentación																																x

### 3.7 Recursos

#### 3.7.1 Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
Investigadores	Dayanna Barragan Solarte Nataly Condo Chavez
Asesor de Proyecto de Investigación	LCD. Lorena Otero Tobar

#### 3.7.2 Recursos Económicos

DETALLE	CANTIDAD	PRECIO	PRECIO TOTAL
Hojas de papel Bond	468	0.02	9,36
Internet	10h	0.60	6.00
Impresiones	350	0.15	52.50
CD	3	0.70	2.10
Transporte	20	15	300
Informe final	4	70	70
<b>TOTAL</b>			<b>439.96</b>



## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

#### 4.1 Resultados obtenidos de la investigación

Factores como los hábitos, creencias, conocimientos y destrezas relacionados con el parto culturalmente adecuado en las pacientes del Hospital Básico de Saraguro permiten la reproducción social y cultural de este tipo de prácticas, conservando así los saberes ancestrales dentro de la comunidad. Se determinó que las experiencias de Parto Culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro fueron beneficiosas para pacientes y personal encargado del parto permitiéndose así, a futuro, la difusión de este tipo de parto dentro de otros entornos como lo es el de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Babahoyo.

#### 4.2 Análisis e interpretación de los datos

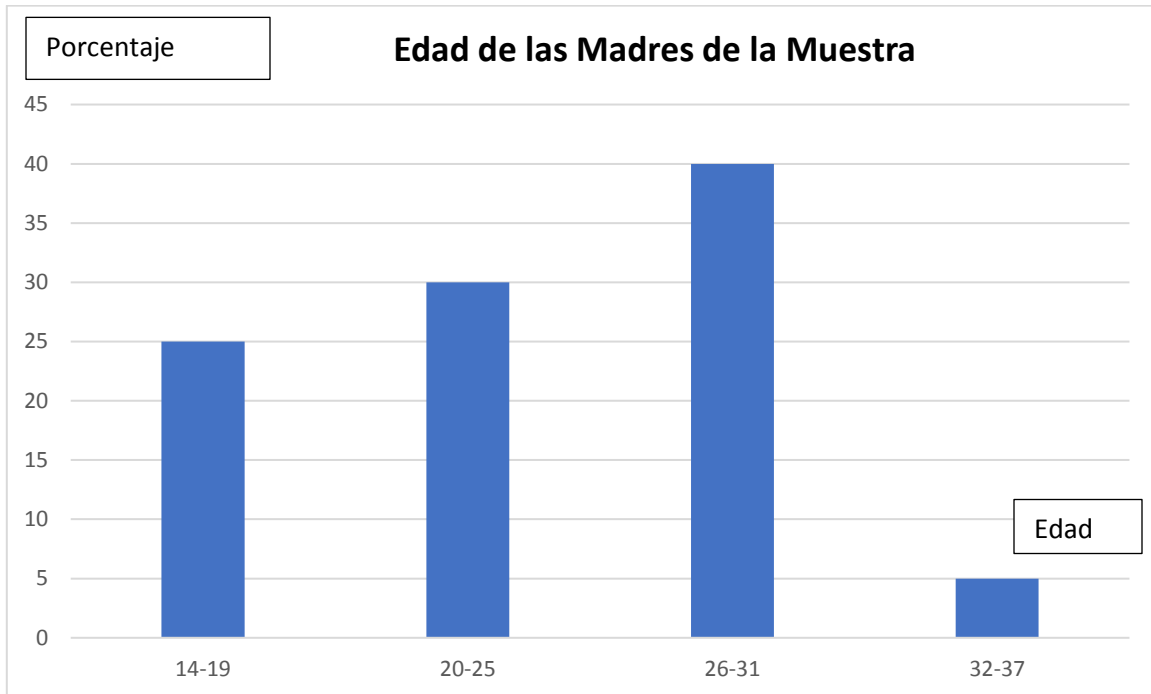
**TABLA # 1. Edad de las Madres de la Muestra**

<b>Edad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
14-19	5	25
20-25	6	30
26-31	8	40
32-37	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Barragán & Condo 2019

## Gráfica #1

### Porcentaje de edad de las madres de la muestra

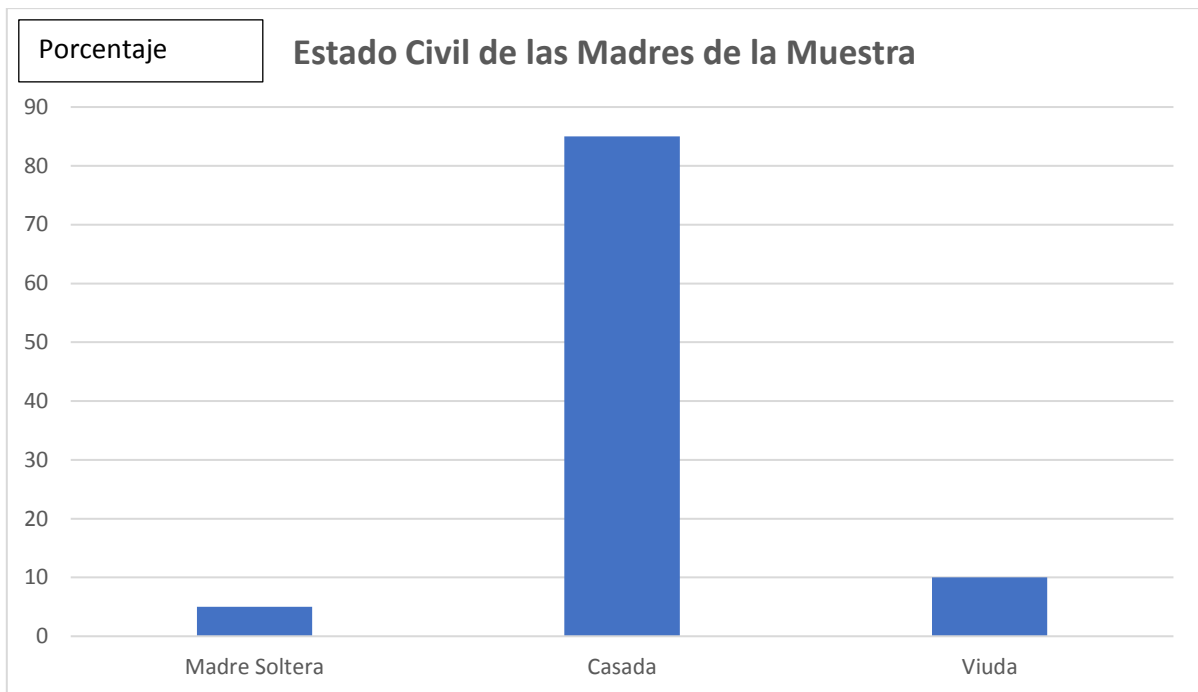


**TABLA # 2. Estado Civil de las Madres de la Muestra**

Estado Civil	Número	Porcentaje (%)
Madre Soltera	1	5
Casada	17	85
Viuda	2	10
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Barragán & Condo 2019

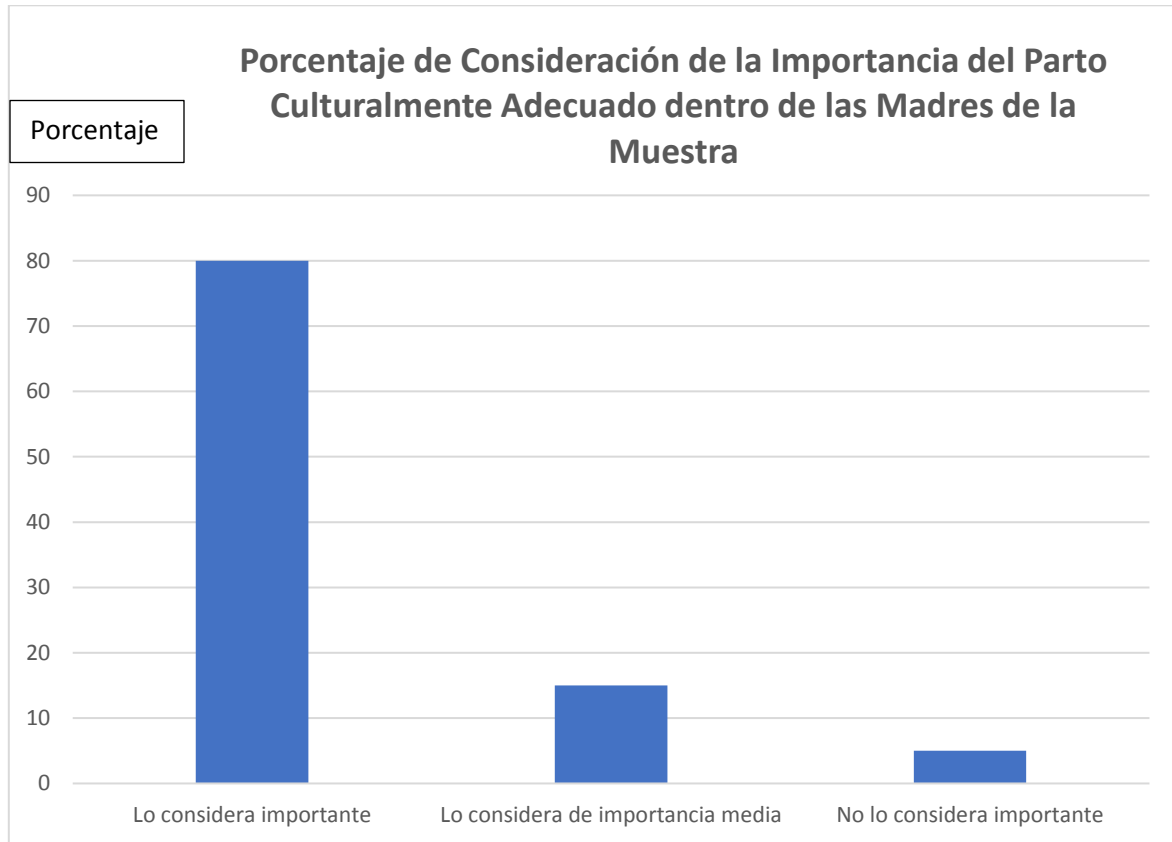
**GRAFICA # 2. Porcentaje de Estado Civil de las Madres de la Muestra**



**TABLA # 3. Consideración de la Importancia del Parto Culturalmente Adecuado**

Consideración	Número	Porcentaje (%)
Lo considera importante	16	80
Lo considera de importancia media	3	15
No lo considera importante	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Gráfica #3 Porcentaje de Consideración de la Importancia del Parto Culturalmente Adecuado dentro de las Madres de la Muestra**



Se procedió a estudiar dentro del número de madres que lo consideraban importante lo siguiente:

- Considera el parto culturalmente adecuado importante en base a su propio criterio.
- Considera el parto culturalmente adecuado importante en base a una imposición de sus padres.
- Considera el parto culturalmente adecuado importante debido a un temor de rechazo de parte de la etnia a la que pertenece (Saraguro)

**TABLA # 4. Criterios por el cual las madres de la muestra consideran importante al parto culturalmente adecuado**

<b>Criterio de Consideración</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Considera el parto culturalmente adecuado importante en base a su propio criterio.	10	62,5
Considera el parto culturalmente adecuado importante en base a una imposición de sus padres.	6	25,0
Considera el parto culturalmente adecuado importante debido a un temor de rechazo de parte de la etnia a la que pertenece (Saraguro)	4	12,5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Gráfico #4**



De una muestra de 20 pacientes con las cuales se llevó a cabo la experiencia del PAC en el Hospital Básico de Saraguro se obtuvieron los siguientes resultados: Las edades de las madres oscilaban entre los 37 a los 14 años, encontrándose el mayor número de pacientes dentro de los intervalos 20-25 y 26-31, representando el 70% de la muestra. El mayor porcentaje de parturientas eran casadas representando el 85% de la muestra. Un 80% de las parturientas consideró importante al parto

culturalmente adecuado (PAC) representando un número de 16 parturientas. De estas 16, el 62,5% lo consideraba importante en base a su propio criterio.

## **4.2 Conclusiones**

Aunque pudiese presentarse un alto nivel de dolor y molestia durante el parto, el mismo dentro de las comunidades indígenas es motivo de reunión por tradición. Las parteras presentes durante el parto transmiten en las parturientas una sensación de confianza debido a la credibilidad que en ellas inspiran. Las mujeres dentro de esta experiencia confían en la eficacia de las técnicas usadas por las parteras sintiendo las parturientas en la posición vertical una sensación de plenitud emocional. El Parto Culturalmente Adecuado implica cuidados previos relacionados con la salud, la alimentación, rituales de baños y de reposo, el uso de plantas medicinales, baños, pomadas y lociones que normalmente no se apreciarían en otro tipo de parto. Dentro del Hospital Básico de Saraguro un 80 % de las parturientas está consciente de la importancia de este tipo de parto no solo por motivos étnicos sino por el bienestar que en ellas se transmite. Y dentro de este grupo un 62,5% de las mismas consideró que el parto culturalmente adecuado era importante dentro su comunidad más por su propio criterio que por otros factores considerados como imposición de los padres o familiares, o rechazo de la comunidad donde viven.

## **4.4. Recomendaciones**

Se recomienda al personal que labora en el Hospital Básico de Saraguro, que informen a las gestantes sobre los beneficios del Parto Culturalmente Adecuado dentro de esta institución, para así reducir el desconocimiento y promover la realización de este tipo de prácticas dentro de la unidad de salud.

## **CAPITULO V**

### **PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN**

#### **5.1. Título de la Propuesta de Aplicación**

Plan de difusión sobre parto culturalmente adecuado en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Babahoyo.

#### **5.2. Antecedentes**

Las diferentes experiencias realizadas en el país, en poblaciones indígenas y afroecuatorianas, muestran marcadas diferencias entre la atención del parto en las unidades de salud versus al parto tradicional. Existe además desconocimiento de parte de la población en general con respecto a este tipo de experiencias (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, CARE, 2011)

#### **5.3. Justificación**

Justificamos el presente trabajo por medio de las experiencias vividas en nuestro internado rotativo en enfermería es importante la difusión de los protocolos en el parto culturalmente adecuado en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Babahoyo.

Por tal razón elaboramos la siguiente propuesta con el tema:

Plan de difusión sobre parto culturalmente adecuado en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Babahoyo

Para así instruir y difundir el parto tradicional en sus variantes, así como la importancia del mismo dentro de las comunidades indígenas del Ecuador.



Este plan de difusión busca fortalecer los conocimientos referentes al Parto Culturalmente Adecuado en base a nuestra experiencia en el Hospital Básico de Saraguro.

## **5.4. Objetivos**

### **5.4.1 Objetivos Generales**

- Promover el conocimiento sobre el Parto Culturalmente Adecuado en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Babahoyo

### **5.4.2 Objetivos Específicos**

- Solicitar a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud el permiso para entregar material informativo sobre el parto culturalmente adecuado.
- Entregar material educativo: folletos, volantes, trípticos o según corresponda en lo referente al Parto Culturalmente Adecuado y específicamente a la experiencia dentro del Hospital Básico de Saraguro.
- Los temas a tratar en el material informativo deberán ser:
- Técnicas de parto vertical y explicación de los diferentes procedimientos dentro del PAC.

### **5.4.2 Componentes**

Parto vertical es aquel que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas, en sus diferentes variantes con adecuaciones culturales dentro de la institución con orientaciones occidentales. El parto es atendido por personal institucional, pero realizando adecuaciones culturales como: Derecho a elegir la posición para ser atendido el parto, acompañamiento de un familiar (madre, suegra, esposo o por la partera) en el servicio y durante la atención del parto, ingesta de bebidas y comidas adecuados a la cultura, baños calientes, y disposición de la placenta según las normas culturales de los pueblos originarios (Sánchez Ramírez, 2018).

### **Los actores de promover este programa educativo serian:**

Las autoras del proyecto: Nataly Silvana Condo Chavez y Dayanna Stefania Barragan Solarte

## BIBLIOGRAFIA

ASAMBLEA CONSTITUYENTE DEL ECUADOR. (20 de Octubre de 2008). CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. *Sección Segunda-Salud*. Ecuador.

Bernis, C. (2017). Parteras kichwa del Alto Napo (Ecuador): salud intercultural, partería tradicional y ODS. *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*, 189-199.

Bonilla-Musoles, F. (2007). *Obstetricia, Reproduccion Y Ginecologia Basicas*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Cabero, L. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Cabrera, V. (2016). Conocimiento, actitudes y prácticas culturales asociadas al parto de las madres y parteras Kayambis, pertenecientes a la comunidad de Angla de la provincia de Imbabura, septiembre a noviembre del 2016.

Calvo AO, F. R. (2013). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1-10.

Chávez, E. (2007). REscatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *exto Contexto Enferm*, 680-687.

Diario El Telégrafo. (24 de Agosto de 2014). El parto intercultural no solo está dirigido para madres indígenas. Ecuador.

Diario La Hora. (31 de Julio de 2010). ¿Ecuador impulsa un parto culturalmente adecuado? *Diario La Hora*, págs. <https://lahora.com.ec/noticia/1100995968/ecuador-impulsa-parto-culturalmente-adecuado>.

Diario La Hora. (08 de Diciembre de 2010). Otavalo ejemplo de parto culturalmente adecuado.

El Comercio. (09 de Agosto de 2016). Ecuador acoge I cumbre regional de medicina ancestral . *Tendencias-Diario El Comercio*.

EIDiarioEC. (02 de Marzo de 2016). Promueven 'parto cultural' en cuatro pasos.

Gamble, J. (2011). Psychological trauma associated with childbirth. *Women Birth*, 28-29.

Gomez Ríos, M. (2017). *Casos Clínicos en anestesia obstétrica*. Barcelona: Elsevier Health Sciences.

Hodnett, E. (2010). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Database Syst Rev*.

Holroyd E, T. S. (2004). Chinese women's cultural beliefs and behaviors regarding the practice of 'doing the month'. *Women Health*, 109-123.

Hurtado La Rosa, R. (Julio de 2006). Adecuación cultural para la atención del parto. Lima, Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Kitzinger, S. (2000). Letter From Europe: The Waterbirth Debate Up-to-Date. *Birth*, 214-216.

Martínez, M. T. (2001). *El parto en la evolución humana*. Valencia: Universitat de Valencia.

MAVER GOMEZ. (4 de Febrero de 2017). Partos naturales unen a médicos y parteras en Centro de Salud de Biblián. *Diario El Espectador*.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (AGOSTO de 2008). *GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO*.  
Obtenido de CAPPA LATINOAMÉRICA:  
<https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guiadepartoec.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (AGOSTO- DICIEMBRE de 2011). *CARE*.  
Obtenido de <http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>

Ministerio Salud Pública y Asistencia Social. (2011). Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de GUATEMALA. Guatemala.

Morón, F. (1997). La medicina tradicional en las universidades médicas. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 35-41.

OMS. (2013). *Estrategias de la OMS sobre la Medicina Tradicional 2014-2023*. GINEBRA, SUIZA: Ediciones de la OMS.

Oramas, J. (1999). La información científica y la medicina tradicional y natural. *RESUMED*, 39-46.

Paucar, E. (10 de Septiembre de 2016). El parto humanizado es la opción para bajar la incidencia de cesáreas.

Portela Guarín H, A. B. (2013). Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Universidad y Salud*, 238-255.

Quah, S. (2003). Traditional healing systems and the ethos of science. *Soc. Sci. Med.*

Reece, A. E. (2007). *Obstetricia Clínica*. Baltimore: Editorial Médica Panamericana.

Rice, P., & Hli, N. d. (2000). – 30 days confinement: traditions and changed childbearing beliefs and practices among Hmong women in Australia. *Midwifery*, 22-34.

Rodríguez Cruz, M. (2017). Interculturalidad, plurinacionalidad y sumak kawsay en Ecuador. - La construcción de un nuevo modelo de Estado a través de la educación intercultural bilingüe: discurso y realidad. *Perfiles Educativos*, 70-86.

Sánchez Ramírez, G. (2018). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. San Cristobal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur.

Silva, H. (1991). *Medicina Legal y Psiquiatria Forense*. Santiago de Chile: Editorial Juridica de Chile.

Simkin, P. (2011). *The Labour Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Stepp Gilbert, E. (2003). *Manual de Embarazo y Parto de Alto Riesgo*. Madrid: Elsevier España.

Unicef. (07 de 2018). *Unicef Ecuador*. Obtenido de [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KKJKgVEYT-gJ:https://www.unicef.org/ecuador/health\\_nutrition\\_16853.htm+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KKJKgVEYT-gJ:https://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_16853.htm+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec)

Vargas, V. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*.

Wawachaña. (2011). *Médicos del Mundo*. Obtenido de <http://www.medicosdelmundo.es/partoseneltechodelmundo/el-proyecto/>

Wikipedia. (4 de Julio de 2012). *Wikipedia La Enciclopedia Libre*. Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/Cant%C3%B3n\\_Saraguro](https://es.wikipedia.org/wiki/Cant%C3%B3n_Saraguro)

Wikipedia. (13 de Mayo de 2018). *Wikipedia La Enciclopedia Libre*. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Parto>

Zolla, C. (1988). *Medicina Tradicional y enfermedad*. Mexico: CIESS.

Zolla, C. (1994). *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*. Mexico: INI.

Zolla, C. (2008). *Introducción a la medicina tradicional de México en el marco de la migración*. Mexico.

Zolla, E. (2004). *Los Pueblos Indígenas de México*. Mexico: UNAM.

**ANEXOS DE LA INVESTIGACIÓN POR PARTE DE LAS AUTORAS DEL  
SERVICIO DE GINECO- OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL BÁSICO DE  
SARAGURO**

**Anexo#1** Encuestas



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERIA**



Como egresadas de la Universidad Técnica de Babahoyo, Carrera de Enfermería. Nos dirigimos a ustedes muy comedidamente con la finalidad de solicitar su apoyo respondiendo una encuesta con el objetivo de determinar sobre el conocimiento e importancia del Parto Culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro.

**Esta información será de absoluta reserva.**

- **Nombre**.....
- **Edad**.....
- **Instrucción**.....
- **Estado Civil**.....
- **¿Conoce usted que es el parto culturalmente adecuado?**  
Sí ( )  
No ( )
  
- **¿Conoce usted cómo se desarrolla el proceso del parto?**  
Sí ( )  
No ( )
  
- **¿Cuándo su hijo está por nacer Usted cuenta con compañía?**  
Sí ( )  
No ( )
  
- **¿Considera que es importa el parto cultural?**  
Sí ( )  
No ( )
  
- **¿A ingerido usted algún tipo de monte para apresurar el parto?**  
  
Sí ( )  
No ( )

**Anexo #: 2** Socialización de la entrega de trípticos en la consulta de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Saraguro.





**Anexo #: 3** Instalaciones del parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro.



Anexo #: 4 Pparturienta atendida en la sala de partos culturalmente adecuado.



**Anexo #: 5 Diferentes Posiciones de Parto Culturalmente Adecuado.**

**Posición de Rodillas**



**Posición Sentada**





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 12 de Diciembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, nosotras, **DAYANNA STEFANIA BARRAGAN SOLARTE**, con cédula de ciudadanía **1207690916** y **NATALY SILVANA CONDO CHAVEZ**, con cédula de ciudadanía **0604363044**, egresado(a) de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de tema o perfil del proyecto: **EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **LCDA. LORENA LIDICE OTERO TOBAR**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

**Dayanna Barragan Solarte**  
C.I 1207690916

Atentamente

**Nataly Condo Chavez**  
C.I 0604363044

7-12-18  
Recibido  
15:00



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **LCDA. LORENA OTERO TOBAR** en calidad de Tutor del Perfil o Tema del Proyecto de investigación (Primera Etapa): **"EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018"**, elaborado por los estudiantes: **DAYANNA BARRAGAN SOLARTE** y **NATALY CONDO CHAVEZ** de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 12 días del mes de diciembre del año 2018

Firma del Docente -Tutor  
**Lcda. Lorena Otero Tobar:**  
CI: 1203841803



RUBRICA PARA EVALUAR PERFILES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018.

NOMBRE DE LOS PROPONENTES: : DAYANNA BARRAGAN SOLARTE , NATALY CONDO CHAVEZ


No.	Criterios de evaluación	NIVEL DE DOMINIO				Puntos
		Competente 4	Satisfactorio 3	Básico 2	Insuficiente 1	
1	Idea o tema de Investigación	El tema de investigación es relevante y pertinente a perfil de la carrera. En su formulación refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación es relevante y pertinente al perfil de la carrera. Pero en su formulación no refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación no es relevante pero si es pertinente al perfil de la carrera.	El tema de investigación no es relevante y no responde al perfil de la carrera.	4
2	Planteamiento del problema (Descripción breve del hecho problemático)	Planteamiento del problema contiene una descripción breve y clara del hecho problemático y cuenta con la delimitación del tema, así como del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto cuenta con la delimitación del tema, así como el planteamiento del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto solo cuenta con la delimitación del tema o el planteamiento del problema de forma clara y precisa.	El proyecto no cuenta con delimitación del tema ni planteamiento del problema.	3
3	Problema (General)	Desarrolla interrogantes que se derivan de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que no se derivan de la justificación y planteamiento del problema pero que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que se derivan de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación pero no están relacionados con su hipótesis.	Las interrogantes propuestas no se relacionan con la investigación.	4
4	Objetivo (General)	Los objetivos son claros y precisos, permiten saber hacia dónde se dirige y lo que se espera de la investigación. Son posibles de cumplir, medir y evaluar.	Se definen los objetivos y permiten de alguna manera saber hacia dónde se dirige la investigación, aunque son difíciles de medir y evaluar.	Se establecen objetivos para la investigación, pero no permiten determinar si los resultados son medibles y si responden a las necesidades planteadas.	Se establecen de alguna manera los objetivos, pero no son claros, no es posible medirlos o evaluarlos.	3
5	Justificación.	Se explica las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación, sin el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación limitadamente, sin el contenido a desarrollar.	Se omite la explicación de las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



6	Marco teorico preliminar (Esquema de contenidos).	Determina con claridad todas las dimensiones y categorias de las variables del problema de investigacion, de manera ordenada	Determina con claridad todas las dimensiones y categorias de las variables del problema de investigacion, sin ningun orden.	Las categorias determinadas estan relacionadas con el problema de investigacion pero son insuficientes	Las categorias determinadas no son pertinentes al problema de estudio	3
7	Hipotesis (General).	La hipotesis tiene relacion con el problema y con el objetivos	La hipotesis se relaciona con los problemas pero no con el objetivos	La hipotesis se relaciona con el problema pero no da respuesta al mismo.	La hipotesis no tiene relacion ni con el problema ni con el objetivo.	3
8	Tipo de investigacion.	Tiene relacion con el proposito de la investigacion y se justifica su aplicacion.	Tiene relacion con el proposito de la investigacion, pero no se justifica su aplicacion.	Explica las razones de su aplicacion pero no es pertinente al proposito de la investigacion	No corresponde al proposito de la investigacion.	3
9	Metodologia.	Define la poblacion, muestra (si corresponde), metodos, tecnicas e instrumentos de investigacion; y, ademais describe en que consistió cada uno de sus pasos de manera breve para constituir este proyecto.	Solo define la poblacion, muestra (si corresponde), metodos, tecnicas e instrumentos de investigacion.	Describe en que consistieron algunos de los pasos empleados de manera breve para constituir este proyecto.	Carece de metodologia.	3
10	Referencias Bibliograficas.	Presente una lista de referencias bibliograficas completa, considerando las normas propuesta(APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliograficas incompleta, considerando las normas propuesta(APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliograficas completa, sin observar ninguna norma	La lista de referencias bibliograficas, no corresponde, y no se observa ninguna norma.	32
<b>TOTAL</b>						<b>8</b>
<b>PROMEDIO PONDERADO</b>					<b>40 = 10 / 28 = 7</b>	<b>Mínimo</b>

OBSERVACIONES:	
	07-12-2018
Nombre y Firma del Docente Evaluador	
Fecha de Revisión	
Fecha y Firma de Recepción	
JFAV.	



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019  
 CARRERA DE ENFERMERÍA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: LCDA. LORENA OTERO TOBAR

FIRMA TUTOR:

TEMA DEL PROYECTO: EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: DAYANNA BARRAGAN SOLARTE - NATALY CONDO CHAVEZ

CARRERA: ENFERMERIA

Pag. N°.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	
			Presencial	Virtual			Estudiante 1	Estudiante 2
2	28-11-2018	Ida o Tema de Investigacion	*		10%			
1	30-11-2018	Planteamiento de Problema		*	25%			
2	3-12-2018	Problema	*		40%			
2	4-12-2018	Objetivos y Justificación	*		55%			
1	5-12-2018	Marco Teorico		*	70%			
2	6-12-2018	Hipotesis - Tipo de Investigacion	*		90%			
2	7-12-2018	Metodologia - Referencias Bibliograficas	*		100%			





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **LCDA. LORENA OTERO TOBAR** en calidad de Tutor del Perfil o Tema del Proyecto de investigación (Segunda Etapa): **"EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018"**, elaborado por los estudiantes: **DAYANNA BARRAGAN SOLARTE** y **NATALY CONDO CHAVEZ** de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 15 días del mes de enero del año 2019

Firma del Docente -Tutor  
**Lcda. Lorena Otero Tobar:**  
Ci: 1203841803

15/01/19  
12:15  
Lorena Otero Tobar



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 15 de Enero del 2019

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.  
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, nosotras, **DAYANNA STEFANIA BARRAGAN SOLARTE**, con cédula de ciudadanía **1207690916** y **NATALY SILVANA CONDO CHAVEZ**, con cédula de ciudadanía **0604363044**, egresado(a) de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Segunda Etapa del proyecto: **EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **LCDA. LORENA LIDICE OTERO TOBAR**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

**Dayanna Barragan Solarte**  
C.I 1207690916

Atentamente

**Nataly Condo Chavez**  
C.I 0604363044



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019  
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION (SEGUNDA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: LCDA. LORENA OTERO TOBAR

TEMA DEL PROYECTO: EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018

FIRMA TUTOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: DAVANNA BARRAGAN SOLARTE - NATALY CONDO CHAVEZ

CARRERA: ENFERMERIA

Pag. Nº. \_\_\_\_\_

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	
			Presencial	Virtual			Estudiante 1	Estudiante 2
2	14-12-2018	Introducción - Capítulo I	X		10%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
1	21-12-2018	Situación Problemática - Planteamiento del Problema		X	25%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	4-01-2019	Delimitación de la Investigación	X		40%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	7-01-2019	Justificación - Objetivos	X		55%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
1	10-01-2019	Capítulo II - Marco Conceptual		X	70%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	11-01-2019	Capítulo III - Tipo de Investigación	X		90%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	14-01-2019	Población - Muestra - Bibliografía.	X		90%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



### APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Lcda. LORENA OTERO TOBAR, en calidad de tutor(a) del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: "EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018", elaborado por el(los) estudiantes DAYANNA STEFANIA BARRAGAN SOLARTE y NATALY SILVANA CONDO CHAVEZ, de la Carrera de ENFERMERIA , de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 09 días del mes de Abril del año 2019

FIRMA

Lcda. Lorena Otero Tobar

C.I 1203841803

Recibido  
Lic. Lorena Otero Tobar  
9/14/2019



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**Babahoyo, 09 de Abril del 2019**

**DECLARACION DE AUTORIA**

**A: Universidad Técnica De Babahoyo**

**Facultad De Ciencias De La Salud**

**Escuela De Salud Y Bienestar**

**Carrera De Enfermería**

Por medio del presente dejo constancia de ser las autoras de este proyecto de investigación titulado:

**EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018**

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en modalidad de Proyecto de investigación para optar por el grado académico de licenciado(a) en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la Carrera de Enfermería exenta de toda responsabilidad al respecto

Autorizamos, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

**Autoras**

**Dayanna Stefania Barragan S**

120769091-6

**Nataly Silvana Condo**

060436304-4

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: SRTAS. BARRAGAN Y CONDO.docx (D50210283)  
Submitted: 4/5/2019 12:29:00 AM  
Submitted By: loterot@utb.edu.ec  
Significance: 1 %

### Sources included in the report:

TESIS ULTIMA CORRECCION ABRIL 2016 lic espinel.docx (D19209524)  
Exámen Complexivo Final Yolanda Panchana.docx (D20244456)

### Instances where selected sources appear:

6



Firma del Docente -Tutor  
**Lcda. Lidice Lorena Otero Tobar:**  
CI: 1203841802



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACION  
 PERIODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019  
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

04-04-2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: LCDA. LORENA OTERO TOBAR  
 FIRMA TUTOR:

TEMA DEL PROYECTO: EXPERIENCIAS EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BASICO SARAGURO DESDE SEPTIEMBRE 2017 A AGOSTO 2018  
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: DAVANNA BARRAGAN SOLARTE - NATALY CONDO CHAVEZ  
 CARRERA: ENFERMERIA

Pag. Nº

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	
			Presencial	Virtual			Estudiante 1	Estudiante 2
2	27-01-2019	Capítulo IV - Resultados de la Investigación	X		100%			
1	04-02-2019	Análisis e interpretación de los Datos		X	25%			
2	11-02-2019	Conclusiones - Recomendaciones	X		30%			
2	20-02-2019	Capítulo II - Propuesta Teórica de Aplicación	X		60%			
1	04-03-2019	Antecedentes - Justificación - Objetivos		X	70%			
2	29-03-2019	Componentes		X	80%			
1	04-04-2019	Bibliografía - Anexos	X		90%			
2	05-04-2019	Análisis Uskurd	X		100%			