



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

**TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRA/OBSTETRIZ:**

EFFECTO DE LA INGESTA DE AGUAS TRADICIONALES EN EL
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN MUJERES EN TRABAJO DE
PARTO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO,
GUARANDA, ENERO - JUNIO 2024

AUTORES:

SUÁREZ RAMOS KAROL LIZBETH
TAMAYO JIMÉNEZ ALISSON DAYANA

TUTOR:

DR. EDMUNDO ENCALADA
Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2024

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me han formado con valores sólidos, buenos sentimientos y hábitos positivos, los cuales me han sostenido en los momentos difíciles y me han impulsado a seguir adelante con determinación.

A mi abuelita, que desde el cielo sigue iluminando mi camino y apoyando mis proyectos con su sabiduría y amor eterno.

A mi hija Kaylani, y a mis hermanos, quienes han sido mi mayor fuente de motivación en los momentos de adversidad. Su apoyo incondicional y amor me han dado la fuerza para perseverar y aspirar a ser un ejemplo digno para ellos.

Karol Suárez

A mis padres quienes, con su amor incondicional, esfuerzo me han guiado en cada paso de mi vida, sin su guía y sacrificios, este logro no habría sido posible.

A mi madrina Tatiana quien ha guiado mi camino, me ha impartido sus conocimientos y ha sido mi mayor ejemplo a seguir.

A mis amigos, por su apoyo constante, por creer en mí y por estar a mi lado compartiendo alegrías y en momentos difíciles.

Y finalmente, a todos aquellos que han sido parte de este camino, cuyas palabras de aliento y confianza me han inspirado a seguir adelante, haciendo de este sueño, una realidad.

Con cariño, dedico este trabajo a todos ustedes.

Alisson Tamayo

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios por brindarme la fortaleza y la sabiduría para alcanzar esta meta y, a la vez, a mi ángel que desde el cielo sé que sigue cuidándome en cada paso que doy, María Anangono.

A mi madre, Gladis Ramos, y a mi padre, Luis Suárez, por su amor, apoyo constante e incondicional y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia; a mis hermanos, Diana y Sebastián Suárez, que estuvieron ahí en cada momento con una palabra de aliento. Sin la guía y comprensión de mi familia, este logro no hubiera sido posible. Y cómo olvidar a mi pequeña niña, Kaylani Carcelén, que ha estado acompañándome a lo largo de este proceso con una sonrisa de aliento e inspiración.

A mis tutoras y al Hospital Martín Icaza, que me abrió las puertas para mis prácticas preprofesionales, por su orientación, paciencia y valiosos consejos a lo largo de este proceso. Su experiencia y dedicación han sido fundamentales para la realización de este trabajo.

A mis profesores, a mi compañera de tesis, Alisson Tamayo, y a mi compañera de internado, Karina Gaona, quienes me han acompañado en este camino, compartiendo conocimientos y experiencias que enriquecieron mi formación académica y personal.

Finalmente, a todas las personas que de alguna manera contribuyeron a la culminación de esta tesis, mi más sincero agradecimiento.

Karol Suárez

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por darme la sabiduría y sobre todo la fortaleza y perseverancia para afrontar toda dificultad que se ha presentado a lo largo de mi vida y permitirme continuar con mis estudios a pesar de toda adversidad.

A mí misma, por el esfuerzo y dedicación puestos a lo largo de mi carrera, por ser fuerte y seguir adelante incluso cuando el camino parecía no tener salida.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi padre Carlos Tamayo y a mi madre Diana Jiménez por su apoyo incondicional, por cada uno de sus sacrificios, por su constante aliento, por confiar ciegamente en mí y sobre todo por enseñarme el valor de la dedicación y esfuerzo.

A mi compañera y amiga de tesis, Karol Suárez por su apoyo incondicional, amistad y por estar a mi lado durante las largas horas de estudio, gracias por compartir este viaje junto a mí y por creer en nuestra capacidad para hacer de este sueño una realidad.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una forma u otra, contribuyeron a la realización de este trabajo, mi más sincero agradecimiento. Este logro refleja los esfuerzos colectivos y el apoyo que he recibido a lo largo del camino.

Alisson Tamayo



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



Autorización de la autoría intelectual

Nosotras Karol Lizbeth Suárez Ramos y Alisson Dayana Tamayo Jiménez, autoras del presente trabajo de investigación que lleva por tema **EFFECTO DE LA INGESTA DE AGUAS TRADICIONALES EN EL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA, ENERO - JUNIO 2024**, somos responsables de los resultados obtenidos en el presente proyecto de investigación así como también ideas y conceptos expresados en el mismo.

Atentamente

Alisson Tamayo Jiménez
C.I 172861975-8

Karol Suárez Ramos
C.I 100463255-8

ANTIPLAGIO

TEMA

EFFECTO DE LA INGESTA DE AGUAS TRADICIONALES EN EL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA, ENERO - JUNIO 2024

RESUMEN

Ecuador al ser considerado un país pluricultural y multiétnico, es normal que dentro de su población se lleve a cabo la utilización de hierbas medicinales para cualquier dolencia, no obstante, también son usadas durante el estado de gestación, parto y puerperio. El conocimiento de estas bebidas ancestrales se transmite de generación en generación, ya que cada comunidad tiene sus propias costumbres y tradiciones.

Por lo cual, el propósito de este trabajo de investigación es determinar la correlación entre la ingesta de aguas tradicionales durante el trabajo de parto y la incidencia de sufrimiento fetal agudo en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, durante el periodo de enero a junio de 2024. Desarrollándose con un enfoque metodológico de carácter básico no experimental, en modalidad transversal y utilizando técnicas de investigación descriptivas y documentales.

En este trabajo de investigación los datos obtenidos para el estudio han sido recolectado mediante la revisión de los registros médicos, la muestra tomada fue de 49 embarazadas con embarazo a término y labor de parto que ingirieron aguas tradicionales durante el periodo de enero a junio 2024, correspondiente al 100% de la población, ya que al considerarse el número de población mínimo o finito se optó por elegir la misma cantidad para el estudio, las mismas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

PALABRAS CLAVE: Sufrimiento fetal, embarazo, trabajo de parto, aguas tradicionales, medicina tradicional.

ABSTRACT

Since Ecuador is considered a multicultural and multiethnic country, it is normal for its population to use medicinal herbs for any ailment; however, they are also used during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. The knowledge of these ancestral drinks is transmitted from generation to generation, since each community has its own customs and traditions.

Therefore, the purpose of this research work is to determine the correlation between the intake of traditional waters during labor and the incidence of acute fetal distress in patients who attend the emergency service of the Alfredo Noboa Montenegro General Hospital, during the period from January to June 2024. Developed with a basic non-experimental methodological approach, in a transversal modality and using descriptive and documentary research techniques.

In this research work, the data obtained for the study have been collected by reviewing medical records, the sample taken was 49 pregnant women with full-term pregnancy and labor who drank traditional waters during the period from January to June 2024, corresponding to 100% of the population, since when considering the minimum or finite population number, it was decided to choose the same amount for the study, the same ones that meet the inclusion and exclusion criteria.

KEY WORDS: Fetal distress, pregnancy, labor, traditional waters, traditional medicine.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
Autorización de la autoría intelectual.....	5
TEMA	7
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I	15
1. PROBLEMA	15
1.1. Contextualización de la situación problemática.....	15
1.1.1. Contexto Internacional	15
1.1.2. Contexto Nacional	16
1.1.3. Contexto regional.....	17
1.1.4. Contexto local y/o institucional.....	17
1.2. Planteamiento del problema	19
1.2.1. Problema General.....	19
1.2.2. Problemas Específicos.....	19
1.3. Delimitación de la investigación.....	20
1.4. Justificación	20
1.5. Objetivos de la investigación.....	21
1.5.1. Objetivo General.....	21
1.5.2. Objetivos Específicos.....	21
CAPÍTULO II	22
MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Antecedentes.....	22
2.2. Bases teóricas.....	24
2.2.1 Edad gestacional	24
2.2.2. Fisiología del trabajo de parto.....	25
2.2.3. Etapas del trabajo de parto	25
2.2.4. Maduración y dilatación del cérvix	26
2.2.5. Cambios fisiológicos en la madre y el feto durante el trabajo de parto.....	27
2.2.6. Mecanismo de parto.....	28
2.2.7. Factores que afectan el bienestar fetal durante el parto.....	29
2.2.7.1. Factores de riesgo que afectan en el trabajo de parto.....	29
2.2.8. Definición de sufrimiento fetal.....	30
2.2.9. Clasificación del sufrimiento fetal	31

2.2.9.1. Sufrimiento fetal agudo.....	31
2.2.9.2. Sufrimiento fetal crónico.....	32
2.2.10. Factores de riesgo para sufrimiento fetal agudo.....	32
2.2.11. Métodos de diagnóstico en sufrimiento fetal	34
2.2.11.1 Monitoreo fetal no estresante	34
2.2.11.2. Interpretación del monitoreo fetal no estresante.....	36
2.2.11.3 Monitoreo fetal estresante.....	37
2.2.11.4. Interpretación del monitoreo fetal estresante	38
2.2.11.5. Perfil biofísico fetal	38
2.2.11.6. Ecografía doppler	38
2.2.11.7. Test de APGAR.....	39
2.2.11.8. Interpretación del Test de APGAR.....	39
2.2.12. Dinámica uterina.....	40
2.2.12.1. Contracciones uterinas.....	40
2.2.12.2. Distocias dinámicas	40
2.2.12.3. Clasificación de las distocias dinámicas	40
2.2.12.4. Hiperestimulación uterina.....	42
2.2.13. Aguas tradicionales y su uso durante el trabajo de parto	42
2.2.14. Aguas tradicionales utilizadas durante el embarazo	43
2.2.14.1. Aguas de hierbas (infusiones):.....	43
2.2.14.2. Aguas Tradicionales Utilizadas Durante el Parto:	43
2.2.15. Posibles efectos adversos o beneficios reportados de las aguas tradicionales en el parto	45
2.2.15.1. Mecanismos potenciales de cómo las sustancias ingeridas pueden influir en el sufrimiento fetal agudo y taquisistolia uterina.....	46
2.2.16. Definición de oxitocina y su papel en el embarazo y el parto.	46
2.2.16.1. Mecanismos de acción de los principios oxitócicos.	47
2.2.17. Marco regulatorio y políticas de salud	48
2.2.17.1. Políticas y regulaciones relacionadas con el manejo del parto y el uso de sustancias durante el mismo.	48
2.2.17.2. Políticas de salud pública y recomendaciones clínicas sobre el uso de aguas tradicionales durante el parto.....	49
2.3. Hipótesis	50
2.3.1. Hipótesis general.....	50
2.3.2. Hipótesis específicas	50
2.4. Variables	50
2.4.1. Variables independientes	50

2.4.2. Variables dependientes	50
2.4.3. Operacionalización de las variables.....	51
CAPÍTULO III	52
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.1. Método de investigación	52
3.2. Tipo de investigación.....	52
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	53
3.3.1. Técnicas.....	53
3.3.2. Instrumentos.....	53
3.4. Población y muestra de investigación.....	53
3.4.1. Población	53
3.4.2. Muestra	53
3.5. Aspectos éticos	54
3.6. Cronograma del proyecto	55
3.7. Presupuesto.....	57
3.7.1. Recursos humanos.....	57
3.7.2. Recursos económicos.....	57
3.8. Plan de tabulación y análisis	57
3.8.1 Base de datos	57
3.8.2. Procesamiento de datos	58
CAPITULO IV.....	59
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
4.1. Resultados obtenidos de la investigación	59
4.2. Análisis e interpretación de datos.....	59
4.3. Discusión.....	70
4.4. Conclusiones	71
4.5. Recomendaciones	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su etnia	59
TABLA 2: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su edad	60
TABLA 3: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su nivel de instrucción	61
TABLA 4: Clasificación de número de gestas incluyendo la actual.....	62
TABLA 5: Persona que proporciona infusión tradicional a gestante	63
TABLA 6: Porción de infusión tradicional ingerida	64
TABLA 7: Líquido amniótico durante el parto	65
TABLA 8: Puntaje de Apgar del recién nacido en el primer minuto de vida	66
TABLA 9: Horas o minutos que permaneció la madre en trabajo de parto.	67
TABLA 10: Agua aromática ingerida por la gestante antes de ir a la unidad hospitalaria	68

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Clasificación de embarazadas según su etnia que ingirieron aguas tradicionales.....	59
Ilustración 2: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su edad.....	60
Ilustración 3: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su nivel de instrucción.....	61
Ilustración 4: Clasificación de número de gestas incluyendo la actual.....	62
Ilustración 5: Persona que proporciona infusión tradicional a gestante	63
Ilustración 6: Porción de infusión tradicional ingerida	64
Ilustración 7: Líquido amniótico durante el parto	65
Ilustración 8: Puntaje de Apgar del recién nacido en el primer minuto de vida	66
Ilustración 9: Horas o minutos que permaneció la madre en trabajo de parto.	67
Ilustración 10: Agua aromática ingerida por la gestante antes de ir a la unidad hospitalaria	69
Ilustración 11: Monitoreo fetal de paciente cursando embarazo de 40.2 que ingirió agua de canela.	79
Ilustración 12: Monitoreo fetal de paciente cursando las mismas semanas de gestación en trabajo de parto.	79
Ilustración 13: Monitoreo fetal de gestante cursando embarazo de 38.3 semanas que ingirió agua de zapallo.	80

INTRODUCCIÓN

El sufrimiento fetal agudo es una condición obstétrica de alta relevancia, que se caracteriza por una insuficiencia placentaria que compromete la oxigenación del feto durante el trabajo de parto. Esta situación requiere una atención inmediata para prevenir efectos adversos en la madre y el feto, provocando una alta mortalidad perinatal o daño neurológico permanente.

Ecuador al ser un país pluricultural y multiétnico donde existen diversas comunidades con diferentes culturas, creencias y tradiciones, se evidencia un porcentaje considerable de personas que utilizan o consumen plantas medicinales basadas en creencias tradicionales para inducir el parto, las cuales se transmiten de generación en generación.

Las aguas tradicionales, conocidas en diversas culturas por sus supuestas propiedades medicinales han sido objeto de estudio debido a sus posibles efectos sobre la salud materna y fetal, se han utilizado plantas medicinales en el parto, sin embargo, su uso indiscriminado o inadecuado puede ser peligroso durante el trabajo de parto y causar complicaciones en el parto y en el feto.

Este estudio se centra en evaluar el efecto de la ingesta de aguas tradicionales y su correlación con sufrimiento fetal agudo en mujeres en trabajo de parto que ingresan al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, en Guaranda, durante el período de enero a junio de 2024. La elección de este hospital se debe a su relevancia como hospital principal en la provincia de Bolívar y a la alta prevalencia de uso de aguas tradicionales entre la población atendida.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA

1.1. Contextualización de la situación problemática

1.1.1. Contexto Internacional

En el contexto internacional, El uso de la medicina tradicional es una práctica generalizada a nivel mundial, especialmente en comunidades con un fuerte arraigo cultural y en lugares donde el acceso a la salud es ilimitado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 80% de los habitantes de países en desarrollo recurren a las plantas tradicionales para solucionar sus problemas de salud.

En países como India y China, que cuentan con sistemas muy desarrollados de medicina tradicional donde la ingesta de aguas medicinales durante la gestación es ampliamente utilizado y aceptado por la población, las gestantes recurren a infusiones de hierbas tradicionales y otros remedios naturales como parte de la medicina ayurvédica y la medicina tradicional china, respectivamente. No obstante, la literatura científica también alerta sobre la necesidad de un control estricto y la realización de estudios que evalúen su impacto real en la salud materno-fetal. (Patwardhan et al., 2005, 465-473)

Investigaciones en países como Nigeria y Ghana han revelado que las mujeres embarazadas recurren a estas aguas para aliviar síntomas y promover un parto seguro, aunque los estudios también destacan la falta de evidencia científica sobre su seguridad y eficacia.

América Latina no se queda atrás ya que el uso de plantas medicinales también es de gran importancia sobre todo en aquellas comunidades ubicadas en áreas rurales, las parteras tradicionales y los curanderos recomiendan diversas aguas herbales durante el embarazo, parto y post parto. Sin embargo, en distintos lugares su uso no está regulado o supervisado lo que puede llevar a complicaciones materno – fetales no previstas.

Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia de la medicina tradicional y complementaria, pero también ha enfatizado la necesidad de regulaciones rigurosas para garantizar la efectividad y certeza de

estos tratamientos. La OMS aconseja que los países desarrollen políticas que integren de manera segura y efectiva las prácticas tradicionales con la medicina convencional, promoviendo investigaciones que puedan establecer una base científica sólida para su uso. (OMS, 2014)

1.1.2. Contexto Nacional

En el contexto nacional, Ecuador se encuentra en el continente americano, más precisamente en América del Sur. Por su ubicación geográfica, abarca la parte nororiental de América del Sur. Limita al norte con Colombia, al sur y al este con Perú y al oeste con el Océano Pacífico. Consta de 4 regiones. Su superficie es de 256.370 km². Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la población de Ecuador en el año 2023 se estima en 17,9 millones de habitantes. Esta cifra refleja las proyecciones demográficas basadas en los ajustes realizados tras el Censo de Población y Vivienda de 2022. (INEC, 2022)

En el Ecuador, las prácticas tradicionales sobre el uso de plantas medicinales están fuertemente arraigadas en su mayoría en las comunidades indígenas mismas que desde la antigüedad son transmitidas de generación en generación, son utilizadas para tratar diversos malestares entre ellos los ocasionados durante el trabajo de parto.

Actualmente los ecuatorianos utilizan en su dieta plantas medicinales, las cuales, según creencias tradicionales, pueden provocar el parto, teniendo como una de las consecuencias cambios en la dinámica del útero, lo cual se debe principalmente al uso inadecuado de estas tradicionales infusiones que contienen sustancias que estimulan las contractibilidades uterinas. Muchas veces las personas que proveen estas aguas tradicionales son de comunidades indígenas porque conocen los principios activos de ciertas plantas así como sus propiedades medicinales, sin embargo, en las comunidades y áreas rurales, las personas que preparan y proveen las bebidas calientes a las mujeres en labor de parto son miembros de la familia ya que han heredado estas prácticas ancestrales así como costumbres y rituales para tratar enfermedades y problemas de salud materna, hoy estos agentes de salud socializan sus conocimientos y experiencias sin control ni seguimiento durante o después del consumo.

Un estudio realizado sobre utilización de hierbas medicinales, y sus efectos en el parto, en el centro de salud número 1 de la ciudad de Latacunga establece que un

50% de mujeres embarazadas utilizan la infusión de la planta de higo, considerando que le ayudará a tener una dilatación del útero más rápida con un 67%, el 89% de mujeres embarazadas desconocen los efectos de las infusiones de plantas medicinales en el parto. (Narváez Jaramillo et al., 2019)

1.1.3. Contexto regional

En el contexto regional, San Pedro de Guaranda situada en la región interandina, considerada la cabecera cantonal de la Provincia de Bolívar, al norte limita con Cotopaxi, al sur con la provincia del Guayas, al oeste Los Ríos y al este con Chimborazo, ubicada a 2.668 msnm, cuenta con aproximadamente 25.000 habitantes en la zona urbana y en todo el cantón la población llega a alrededor de 65.000 habitantes, según el último censo del año 2023. (Alcaldía de Guaranda, n.d.)

Se la conoce como “Ciudad de las Siete Colinas”, por estar rodeada de siete colinas: San Jacinto, Loma de Guaranda, San Bartolo, Cruzloma, Tililag, Talalag y el Calvario. La región es conocida por su diversidad étnica y cultural, con una presencia significativa de comunidades indígenas. Es necesario resaltar que los pueblos indígenas que habitan en el cantón Guaranda, guardan intactas muchas de sus costumbres y tradiciones. Hay varios pueblos indígenas como los Warancas. (Alcaldía de Guaranda, n.d.)

El uso de aguas tradicionales durante el embarazo y el parto es una práctica común en Guaranda por ser una amplia extensión de población indígena, existe un gran desconocimiento por parte de la población del efecto que conlleva el uso indiscriminado de infusiones aromáticas con posibles efectos oxitócicos que son utilizadas durante el trabajo de parto en gestantes.

Es en esta ciudad donde se encuentra situado el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro principal casa asistencial de esta ciudad y de la provincia de Bolívar, que brinda servicios médicos a la población de Guaranda y sus alrededores.

1.1.4. Contexto local y/o institucional

El Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, es una importante casa asistencial ubicada en la localidad de Guaranda, perteneciente a la parroquia Guaranda, provincia de Bolívar.

Es un hospital de segundo nivel, el cual desempeña un papel importante en la prestación de los servicios de salud garantizando y brinda cuidados a los pacientes de la ciudad y sus alrededores con sus diferentes especialidades.

Consulta externa: Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Medicina Interna, Dermatología, Traumatología, Audiología, Odontología, Cardiología, Nutrición, Psicología.

En la zona de hospitalización:

- Medicina Interna
- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Neonatología Básica
- Pediatría
- Emergencia
- Unidad de shock
- UCI
- Triage 24 horas
- Puestos de observación
- Centro obstétrico
- Quirófano

Servicios de apoyo:

- Laboratorio clínico las 24 horas
- Imagenología
- Farmacia

Además de que desempeña un papel importante en la educación y formación de los profesionales de la salud, este tipo de hospitales cumplen una función importante

al garantizar el acceso a los servicios de salud contribuyendo al bienestar y la salud pública en la región de la sierra central del Ecuador. (MSP, 2024)

Según datos estadísticos de esta casa de salud de enero a junio 2024 se registraron un total de 49 casos registrados de complicaciones maternas y neonatales vinculadas a la ingesta de aguas tradicionales en mujeres con embarazo a término en trabajo de parto que fueron atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda.

1.2. Planteamiento del problema

En la actualidad es muy común la práctica extendida de consumo de aguas tradicionales entre mujeres con embarazo a término durante el trabajo de parto, estas infusiones son utilizadas con la creencia de que pueden acelerar el proceso de parto. Dichas plantas medicinales contienen diversos principios activos los cuales están compuestos por oxitocina y prostaglandinas, a su vez estas sustancias son agentes comúnmente utilizados en el trabajo parto, y su utilización indiscriminada puede llegar a desencadenar complicaciones obstétricas.

El sufrimiento fetal agudo además de taquisistolia son situaciones que pueden comprometer la salud materno-fetal, aumentando el riesgo de problemas durante el parto y el nacimiento. Es crucial investigar si la ingesta de aguas tradicionales durante el trabajo de parto está asociada con la severidad de estas condiciones adversas.

Por lo tanto, es necesario explorar y determinar de manera clara y precisa el efecto de la ingesta de aguas tradicionales en el sufrimiento fetal agudo en mujeres que reciben atención obstétrica de emergencia en el mencionado hospital durante el periodo de enero a junio de 2024.

1.2.1. Problema General

¿De qué manera se asocia la ingesta de aguas tradicionales con la incidencia de sufrimiento fetal agudo en mujeres durante el trabajo de parto, en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, durante el período de enero a junio de 2024?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la eficacia del monitoreo fetal en la detección del sufrimiento fetal agudo en embarazadas a término que han ingerido aguas tradicionales?

- ¿Qué impacto tiene la relación de aguas tradicionales en la incidencia de sufrimiento fetal agudo y taquisistolia en mujeres durante el trabajo de parto?
- ¿Cuáles son las infusiones aromáticas más utilizadas en mujeres gestantes a término para desencadenar el trabajo de parto?

1.3. Delimitación de la investigación

Este proyecto de investigación se define en base a:

Delimitación temporal: periodo de enero a junio del 2024.

Delimitación espacial:

Institución	Hospital General Alfredo Noboa Montenegro
Nivel de atención	Segundo nivel
Dirección	Av. Guayaquil y Pasaje Ab
Parroquia	Guaranda
Cantón / Provincia	Guaranda / Bolívar
Ciudad	Guaranda
Zona Distrital	Zona 5 (02D01)
País	Ecuador

1.4. Justificación

El presente trabajo de investigación sobre la ingesta de aguas medicinales durante el trabajo de parto en mujeres con embarazo a término es una tradición comúnmente utilizada por las comunidades indígenas. El uso de plantas medicinales es común en cualquier período del embarazo, independientemente de circunstancias especiales como el nivel socioeconómico y cultural, ya que se cree que son accesibles, disponibles, naturales y económicas.

Estas infusiones contienen hierbas y otros remedios naturales, que son ingeridas con la creencia de que pueden facilitar y acelerar el trabajo de parto, debido a los principios activos de dichas plantas, un gran número de pacientes los han utilizado previamente, alterando aparentemente el proceso fisiológico del parto, provocando

complicaciones en el binomio madre-feto, a su vez no hay suficiente evidencia científica que respalde la seguridad de estas prácticas.

Los resultados obtenidos nos permitirán identificar de qué manera influye en el sufrimiento fetal agudo y taquisistolia uterina en las pacientes embarazadas que ingieren este tipo de aguas, para de esta manera brindar la información necesaria y a su vez educar durante los controles prenatales a las mujeres que asisten al nivel primario de atención en salud pública y contribuir al bienestar materno-fetal. Con la realización de este trabajo se espera aportar conocimientos y a su vez hacer conciencia del consumo innecesario de aguas tradicionales, de la misma manera reducir la frecuencia de esta complicación.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo General

Evaluar el efecto de la ingesta de aguas tradicionales durante el trabajo de parto y la incidencia de sufrimiento fetal agudo en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, durante el periodo de enero a junio de 2024.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Demostrar la eficacia del monitoreo fetal en la detección del sufrimiento fetal agudo en embarazadas a término que han ingerido aguas tradicionales.
- Determinar la relación de la ingesta de aguas tradicionales con riesgo de sufrimiento fetal agudo y taquisistolia en mujeres durante el trabajo de parto.
- Identificar las infusiones aromáticas más utilizadas en mujeres gestantes a término para desencadenar el trabajo de parto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La OMS (2013) en la publicación de las Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. define la medicina tradicional como: “El conjunto de conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas o mentales”.

En la revisión de los antecedentes sobre las prácticas ancestrales que las mujeres en periodo de gestación realizan para acelerar el trabajo de parto en diferentes sectores que permitió recoger información sobre prácticas relacionadas al uso de plantas medicinales en el trabajo de parto y puerperio, se encontró que las mujeres usan frecuentemente las plantas medicinales durante el parto y puerperio, entre las más usadas se encuentran la canela, la ruda, el zapallo, la manzanilla, que se toman por vía oral para acelerar el parto. (Quinde Llanos, 2017)

Lars, Oré y Llapapasca (1998), en su estudio “Plantas utilizadas en trastornos ginecológicos, parto y control de natalidad en mujeres de la parte baja del Río Ucayali Amazonia Peruana”, que tuvo como objetivo afecciones identificar plantas medicinales utilizadas principalmente para el tratamiento de enfermedades ginecológicas, enfermedades en la mujer y comparando los conocimientos de hombres y mujeres, las plantas son utilizadas por las mujeres para solucionar problemas como trastornos menstruales, anticoncepción, parto y algunas enfermedades ginecológicas. Aproximadamente el 60% de los usos reportados a afecciones femeninas se refiere a plantas encontradas en huertos, chacras y purmas y 40% a especies del bosque. (Lars et al., 1998, 115-141)

Rojas y Limaylla (2018), en su estudio “Influencia del uso de infusiones de plantas medicinales en el trabajo de parto en pacientes atendidas en el centro de salud de Chilca, en el periodo de abril - septiembre del 2017”, se centró en la identificación de los efectos del uso de plantas medicinales en infusión para el trabajo de parto, el

trabajo utilizó un enfoque transversal cuantitativo, descriptivo y prospectivo. Se encontró que las infusiones de hierbas tienen un efecto positivo en el parto, en la población de Chilca el 61% de las pacientes encuestadas eran en su mayoría mayores de 30 años de edad en un 47%, un nivel de educación secundario en un 49% y multíparas en un 66%, se reconoce al orégano como la planta medicinal más utilizadas en la localidad de Chilca con un 45,3%, se determinó que las finalidades de tomar estas plantas medicinales son para acelerar el parto con un 51% y un 49% para disminuir los dolores, en los resultados se pudo notar que en un 51% de las pacientes recibieron la información del uso de las infusiones de plantas medicinales de sus familiares de una forma empírica y finalmente se observó que las gestantes sienten temor al momento de ejecutar sus costumbres por miedo al maltrato que ocurre de parte del personal de salud en un 51%. En conclusión, hay que decir que beber infusiones de hierbas tiene un efecto positivo en las mujeres embarazadas. El Centro de Salud Chilca afirma que las hierbas más consumidas son: orégano, ruda, canela, manzanilla, de las cuales el orégano es el que más se utiliza. (Condori Rojas & Orellana Limaylla, 2018)

Perlaza Caicedo, N. (2016) en su estudio “Utilización de plantas medicinales durante el parto tradicional en la comunidad de Oyacachi, Napo - Ecuador, 2016”, que tuvo como objetivo determinar la utilización de plantas medicinales durante el parto tradicional en la comunidad de Oyacachi. El estudio se basa en un trabajo descriptivo, observacional y transversal realizado en un momento específico con el objetivo de caracterizar el uso de plantas medicinales en el parto tradicional. Plantas medicinales utilizadas por las parteras: melloco, contrahierba, linaza, culantro, lengua de vaca, manzanilla, tama-tama, mashua, zanahoria blanca, granizo y canayuyo, con diferentes fines terapéuticos. En conclusión, el melloco, granizo y linaza fueron las plantas más utilizadas durante el parto tradicional, administradas en infusión. Se recomienda la capacitación de parteras locales con la participación del equipo del Centro de Salud de Oyacachi. (Perlaza Caicedo, 2016, 1-18)

El estudio realizado por Quinatoa Caba, G. (2015), se centró en el uso de hierbas medicinales durante el embarazo, el estudio fue descriptivo para determinar el uso de hierbas medicinales durante el embarazo y su relación con las creencias sobre los efectos del parto. Los resultados demuestran que la totalidad de las mujeres encuestadas usan plantas medicinales para aliviar ciertos síntomas del embarazo, el

método más práctico para el uso de plantas medicinales fue la infusión, entre las plantas medicinales más usadas fueron: manzanilla, menta, toronjil, linaza, canela, orégano, anís, hierbabuena, sábila, ruda, aguacate, chirimoya, higo. En lo que respecta al parto las creencias fueron: que al beber una infusión “se iniciará la labor de parto, reducirá el dolor y que el bebé saldrá pronto”.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Edad gestacional

La edad gestacional es la duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. (Ministerio de Salud Pública, 2015, 10)

Esta es considerada una medida imprescindible en obstetricia y ginecología para el cuidado prenatal, ya que proporciona información sobre el desarrollo fetal además de que ayuda a calcular la fecha probable del parto (FPP).

Métodos para determinar la edad gestacional

Fecha de Última Menstruación (FUM)

Es el método más antiguo en el cálculo de la edad gestacional y el más utilizado comúnmente, ya que como su nombre lo indica el FUM hace referencia al primer día del último ciclo menstrual; a partir de este se puede calcular la FPP mediante una regla que consiste en:

- Sumarle 7 días al primer día del ciclo menstrual.
- Restarle 3 meses al último mes de la menstruación.
- Se suma un año a partir de abril.

Ejemplo:

FUM: 13 DE MARZO DE 2023

FPP: 20 DE DICIEMBRE DE 2023

Ecografía Del Primer Trimestre

Se utiliza para tener una mayor precisión acerca de las semanas de gestación mediante la medición de la longitud céfalo - caudal, se considera que el momento ideal para determinar la edad gestacional es entre las 8 y 12 semanas.

Durante las semanas 4 a 6 se va a poder visualizar el saco gestacional, a partir de la 5ta semana se puede detectar un pequeño embrión en desarrollo dentro del saco gestacional. Entre las semanas 6 y 8 de gestación se va poder observar los latidos cardiacos fetales y se comienzan a distinguir estructuras como el cerebro primitivo, la médula espinal, los riñones y el hígado. En las semanas 8 y 12 se puede observar extremidades superiores e inferiores además de los pequeños movimientos fetales los cuales no van a ser perceptibles para la madre.

2.2.2. Fisiología del trabajo de parto

El trabajo de parto es un proceso fisiológico que consiste en la aparición de una serie de contracciones progresivas, rítmicas y continuas que ayudan a que se dilate y afine el cuello uterino, es decir se vuelva más delgado con la finalidad de poder permitir al feto pasar por el canal de parto, para ser expulsado finalmente a través de la vagina al exterior, junto con los demás productos de la concepción; por lo general el trabajo de parto comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada para el parto.

Los procesos fisiológicos que regulan el parto y las contracciones no se comprenden bien. Sin embargo, está claro que el inicio del parto es la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino. Implica señalización endocrina y paracrina de la madre y el feto. (Cunningham et al., 2022)

2.2.3. Etapas del trabajo de parto

Es importante mencionar que cada trabajo de parto es diferente. Sin embargo, por lo general el trabajo de parto se encuentra dividido en tres etapas:

Fase de dilatación: Cada contracción uterina hace que el cuello del útero se dilate hasta permitir el paso de la cabeza y cuerpo fetal, esta se considera la fase más larga del trabajo de parto y por lo general depende del número de partos anteriores; en primíparas puede llegar a tardar de 5 a 12 horas y en multíparas puede tener una duración de 2 a 8 horas. La fase de dilatación a su vez se subdivide en tres etapas:

Fase de latencia: esta etapa va desde el inicio del trabajo de parto hasta llegar a los 4 cm, donde se producen los últimos cambios preparatorios en el cuello uterino, en especial el borramiento y reblandecimiento, así como contracciones paralelas y progresivamente crecientes del útero, que la mujer percibe como una presión sobre la pelvis, esto La fase puede durar varias horas, esta etapa puede llegar a durar varias horas.

Fase activa: esta etapa suele estar marcada desde una dilatación de 4 cm con contracciones uterinas más duraderas e intensas las cuales pueden llegar a presentarse cada 3 o 4 minutos.

Fase de transición: el cuello uterino se dilata por completo hasta alcanzar los 10 cm y un borramiento del 100 %, las contracciones suelen ser más intensas y tener picos múltiples, teniendo una duración aproximada de 60 a 90 segundos y presentarse con intervalos de tiempo muy cortos.

Fase de expulsión: La segunda fase es conocida como la etapa de “pujar”, esta etapa suele ser más corta y puede llegar a durar entre 30 minutos a 3 horas, dependiendo del número de partos, dentro de la esta fase se encuentra el “coronamiento” que es cuando se visualiza la cabeza del bebé en el orificio de la vagina, con esta etapa finaliza la fase de expulsión.

Fase de alumbramiento: Una vez que nace el bebé y después de una pausa corta, inicia la fase de alumbramiento donde se desprende la placenta se separa del útero y es expulsada con las membranas fetales con contracciones ligeras que ayudan a la expulsión de la placenta, esta fase puede llegar a extenderse hasta 30 minutos.

2.2.4. Maduración y dilatación del cérvix

La maduración del cérvix es un proceso conformado por tres elementos:

Reblandecimiento: se considera como la disminución de la consistencia, suele acentuarse rápidamente, en las horas previas al nacimiento, Calkins cataloga al cuello uterino por su consistencia en 4 grados.

- Grado 0: Apariencia semejante a un higo maduro
- Grado I: Apariencia que se asemeja a los labios de la boca.
- Grado II: Apariencia semejante a la de la nariz.

- Grado III: Apariencia similar al cartílago de la oreja.

Borramiento: es su desaparición como conducto, cuando el proceso se completa, el cuello uterino es un orificio de sólo unos milímetros de espesor que da paso de inmediato a la cavidad uterina, el borramiento es el proceso previo al comienzo de la dilatación del cérvix. El borramiento se describe como la longitud del canal endocervical en centímetros (rango de 0 a >3 cm) o como el porcentaje del canal endocervical restante dando el 0 % al cuello nada borrado y el 100 % al borramiento total.

Dilatación: apenas progresa si no ha tenido lugar el reblandecimiento y el borramiento, la dilatación cervical se mide en centímetros.

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Posición del cérvix	Posterior	Media	Central	—
Consistencia	Dura	Media	Blanda	—
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	>70%
Dilatación	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	>4 cm
Plano de Hodge	Móvil	I - II	III	IV

La madurez cervical es una combinación de estos tres elementos, incluyendo en ocasiones otros fenómenos como la posición del cuello uterino en la pelvis, y se han propuesto varios indicadores para determinar esta madurez. La puntuación más utilizada es la de Bishop.

2.2.5. Cambios fisiológicos en la madre y el feto durante el trabajo de parto

El embarazo normal representa una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer, todos estos cambios están enfocados en ajustarse y adaptarse a las exigencias que el desarrollo de un nuevo ser humano en el interior del cuerpo de la madre representa, dichos cambios ocurren de manera gradual, pero continua, a lo largo de todo el embarazo. (Santoja, 2024)

En la madre, los cambios directamente se encuentran relacionados en el útero, desde el inicio del trabajo de parto se puede evidenciar contracciones sin progreso, el cuello uterino madura se empieza a borrar y a dilatar e inclusive puede llegar a salir

sangre o mucosidad de la vagina. Conforme va avanzando el desencadenamiento del trabajo de parto los cambios físicos en el útero y cuello uterino se van modificando con contracciones más regulares e intensas y la dilatación progresiva del cuello uterino hasta llegar a los 10 cm.

En la parte emocional, la madre puede llegar a experimentar un sin número de sentimientos y emociones que pueden ir desde la ansiedad, impaciencia e inseguridad hasta llegar a sentirse aliviada y emocionada con el nacimiento.

Para que el feto pueda pasar por el canal, independientemente de su aspecto y posición, siempre se debe ajustar su diámetro máximo al diámetro más ancho de la pelvis en cada plano hasta su salida.

En el 95% de los nacimientos, el feto se encuentra en posición cefálica con una posición más o menos completamente flexionada. Esto se llama vértice o diámetro de presentación occipital.

2.2.6. Mecanismo de parto

La progresión del feto a través del canal del parto es continua, con una serie de tiempos sucesivos o parcialmente simultáneos para facilitar el proceso, se divide en:

- **Acomodación:** Así es como la cabeza entra en contacto con la entrada pélvica. La acomodación suele estar asociada con cierto grado de flexión lateral del cuello fetal, lo que aumenta la probabilidad de que la sutura sagital de la cabeza no esté perfectamente centrada en el feto, sino que esté sesgada hacia un lado, lo que hace que el parietal del otro lado quede más centrado y descendido en la pelvis, es lo que lleva por nombre asinclitismo de la cabeza fetal.
- **Descenso:** Si existe una zona de baja resistencia que se convertirá en el canal del parto, la presión del miometrio al contraerse en la región del fondo y cuerpo del útero empujará al feto hacia la salida de la pelvis. Durante los momentos finales, las contracciones abdominales también ayudan a empujar al feto hacia afuera. Este fenómeno descendente es constante y, por tanto, ocurre simultáneamente con todos los demás movimientos de la cabeza fetal.
- **Flexión:** Durante el descenso, la cabeza del bebé se flexiona hacia abajo de manera que la barbilla toca el pecho, con la barbilla inclinada es más fácil que la cabeza del bebé pase a través de la pelvis.

- **Rotación interna:** Conforme la cabeza del bebé desciende más y más, está casi siempre rotará de manera que la nuca quede justo detrás del hueso del pubis. Esto ayuda a que la cabeza se adapte a la forma de la pelvis.
- **Extensión:** Tras atravesar el periné, y quedar liberada la presentación del rozamiento con el canal del parto, la cabeza se deflexiona tomando una actitud neutra cuando ya está completamente en el exterior.
- **Rotación externa:** Conforme la cabeza del bebé se extrae, rotará un cuarto de giro para quedar alineada con el cuerpo, Como resultado de este ajuste vemos el cuerpo del feto, pero la cabeza claramente ya está afuera, gira en dirección opuesta al de la rotación interna, ya que el feto mira hacia cualquiera de los dos muslos de la madre.
- **Expulsión fetal:** Después de la rotación externa se produce la expulsión de los hombros, en primer lugar, se expulsa el anterior, que queda situado justo detrás de la sínfisis del pubis, y después el posterior, situado delante del sacro.

El mecanismo por el que el feto atraviesa a través de la pelvis, independientemente de la posición fetal, siempre se rige por el principio de que el diámetro máximo de la posición fetal corresponde al diámetro de la pelvis correspondiente en cada nivel o plano. (Santoja, 2024)

2.2.7. Factores que afectan el bienestar fetal durante el parto

Durante el trabajo de parto, existen varios factores de riesgo y posibles complicaciones que deben ser considerados para asegurar la salud tanto de la madre como del bebé.

2.2.7.1. Factores de riesgo que afectan en el trabajo de parto

- Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
- Anemia: Hemoglobina menor de 11.0 g/dl.
- Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.
- Antecedente de trastornos tromboembólicos.
- Anticuerpos que conllevan a riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido (Incompatibilidad RH).
- Enfermedades preexistentes: Diabetes, trastornos hipertensivos, enfermedades cardíacas, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal,

trastornos neurológicos, hipertiroidismo e hipotiroidismo no controlado, ITS, VIH/ SIDA.

- Edad: mujeres menores de 15 años o mayores de 40 años.
- Baja escolaridad, baja estatura materna, condiciones socioeconómicas desfavorables, controles prenatales insuficientes.
- Cicatriz uterina previa, embarazo múltiple, distocia de la presentación fetal, macrosomía fetal.
- Índice de masa corporal mayor a 25 kg/m²
- Placenta previa, desprendimiento placentario, ruptura uterina, presencia de miomas.
- Trabajo de parto prematuro o ruptura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
- Polihidramnios u oligohidramnios
- Gran multiparidad, mayor a 5 gestas.
- Historia obstétrica adversa (abortos a repetición, muerte fetal, muerte neonatal, malformaciones congénitas).

(MSP, 2015)

2.2.8. Definición de sufrimiento fetal

Según Espinoza, no existe una definición precisa de sufrimiento fetal, se acepta que puede ser sinónimo de hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y el feto.

Esto se explica porque la hipoxia fetal se acompaña de diversas alteraciones metabólicas, enzimáticas y del equilibrio ácido base que se traducen, entre otras, en acidosis, aspiración de líquido amniótico y depresión respiratoria del recién nacido. (Espinoza, 1973, 523-528).

El nivel de deficiencia de oxígeno se puede definir como:

- **Hipoxemia:** disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre.
- **Hipoxia:** un órgano no recibe la cantidad suficiente de oxígeno para satisfacer sus necesidades.
- **Asfixia:** hipoxia severa o prolongada

- **Anoxia:** deficiencia completa de oxígeno

En general, las causas de déficit de oxígeno son capaces de provocar un sufrimiento fetal. (Espinoza, 1973, 523-528)

2.2.9. Clasificación del sufrimiento fetal

Si bien el sufrimiento fetal es una situación bastante común durante las etapas finales del embarazo, conviene reconocer los síntomas inequívocos de los distintos tipos de sufrimiento fetal que existen; el sufrimiento fetal agudo y el sufrimiento fetal crónico, aunque es más común escuchar o saber de ésta complicación durante el propio parto, aunque también es posible que éste se presente desde el embarazo. (Bueno, 2021)

2.2.9.1. Sufrimiento fetal agudo

Por lo general se da en el momento del parto y conforma un 85% del total, se presenta de forma repentina y durante el parto cuando la falta de oxígeno al feto ocurre de forma brusca, en estos casos es necesario e importante provocar el nacimiento del bebé lo antes posible ya sea por una cesárea de emergencia o por vía vaginal siempre y cuando exista la adecuada vigilancia médica.

Esta es una condición en la que la fisiología del feto se altera drásticamente, provocando la muerte o daños permanentes en un período de tiempo relativamente corto, esto ocurre cuando el feto no recibe suficiente oxígeno o nutrientes a través de la placenta, puede ser ocasionado por una variedad de factores como, por ejemplo, compresión del cordón umbilical, placenta previa e inclusive la ruptura de vasos sanguíneos uterinos. (Valdés, 2003, 411-419)

Los signos incluyen, entre otros, una disminución significativa de la frecuencia cardíaca fetal, disminución de los movimientos fetales y aparición de meconio.

CATEGORÍA	CAMBIO
Frecuencia cardíaca fetal	Taquicardia, bradicardia, variabilidad mínima o ausente.
Patrón de la frecuencia cardíaca fetal	Desaceleraciones variables, tardías o prolongadas.

Movimiento fetal	Disminución de los movimientos o falta de respuesta a estímulos.
Líquido amniótico	Meconio

2.2.9.2. Sufrimiento fetal crónico

El sufrimiento fetal crónico, tiene lugar a lo largo de la gestación y de manera progresiva. En este tipo de casos, lo único que se puede hacer es adelantar el parto siempre que sea posible. Cuando esto sucede, el bebé se adapta a la situación, por lo que esto no se considera una emergencia. En tales casos, se debe intentar corregir la situación para que el bebé pueda seguir creciendo hasta alcanzar un desarrollo y tamaño óptimos para el nacimiento.

Puede ser ocasionado por un sinnúmero de factores maternos como diabetes materna, hipertensión arterial, enfermedades renales, enfermedades cardíacas. Dentro de la sintomatología podemos encontrar disminución en el movimiento fetal, crecimiento lento o insuficiente, disminución de la cantidad de líquido amniótico. (Bueno, 2021)

SIGNOS	DESCRIPCIÓN
Restricción de crecimiento intrauterino	El feto no alcanza el tamaño adecuado para la edad gestacional.
Cambios en la frecuencia cardíaca fetal	Taquicardia, bradicardia o variabilidad disminuida.
Cambios en el líquido amniótico	Disminución en la cantidad o presencia de meconio.
Cambios en el monitoreo fetal	A largo plazo estos cambios pueden ser señal de sufrimiento fetal.

2.2.10. Factores de riesgo para sufrimiento fetal agudo

Comúnmente el sufrimiento fetal se ha utilizado para describir cuando el feto no recibe suficientes cantidades de oxígeno durante el embarazo o parto; habitualmente

se detecta a través de una frecuencia cardíaca fetal anormal. Sin embargo, mientras que el término sufrimiento fetal se usa, no está bien definido. Esto hace más difícil hacer un diagnóstico preciso y como proporcionar el tratamiento adecuado. Debido a la ambigüedad del término, su uso tiene el potencial para conducir a un tratamiento inadecuado.

Las causas del sufrimiento fetal, están relacionadas fundamentalmente con una interrupción tanto del aporte de oxígeno y nutrientes al feto como la eliminación de los productos metabólicos de éste. Pueden presentarse de manera única o múltiple, y de inicio lento, progresivo o repentino. Examinando su origen, pueden dividirse en cuatro grupos a saber: Maternas, Placentaria, Funiculares y Fetales ya su vez, estas pueden subdividirse, dependiendo de su elemento desencadenante.

Maternas

- Hipotensión
- Hipovolemia ò del aporte de O₂
- Enfermedad Vascular
- Vasoconstricción de Art. Uterino

Placentaria

- Hipertonía uterina

Funiculares

- Compresión, procidencia,
- Vasoconstricción vena/arteria

Feto

- Anemia
- Arritmia

La hipoxemia e hipercapnia es la manifestación en fetos sometidos a un episodio de asfixia, si la hipoxemia es prolongada aumenta la hipoxia, conllevando a un metabolismo anaeróbico, facilitando así la producción de ácido láctico y acidosis metabólica. (Tejada, n.d.)

Una respuesta fisiológica inicial, es la disminución de los movimientos fetales y respiratorios fetales, en un esfuerzo por disminuir el consumo de oxígeno. Cuando la hipoxia y la acidosis pasan a ser severas, se presenta una disminución de la contractilidad miocárdica y del gasto cardiaco, progresando hacia vasoconstricción e hipoperfusión de órganos blancos, hipotensión, bradicardia, lesión neurológica, falla multiorgánica y muerte. (Tejada, n.d.)

2.2.11. Métodos de diagnóstico en sufrimiento fetal

Las pruebas empleadas para el diagnóstico de sufrimiento fetal pueden dividirse según el periodo en el cual se apliquen, puede ser preparto, intraparto o postparto.

Periodo preparto: Monitoreo fetal no estresante (NST), monitoreo por contracciones uterinas o estresantes (CST), perfil biofísico fetal, ecografía doppler.

Periodo intraparto: Monitoreo electrónico continuo de la FCF, auscultación intermitente de la FCF.

Periodo postparto: Apgar, gasometría del cordón umbilical, pruebas neuroconductuales.

(Pérez, 2018)

2.2.11.1 Monitoreo fetal no estresante

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (2014), el monitoreo fetal no estresante (NST) es una prueba biofísica para evaluar la línea de base, la variabilidad, la aceleración y desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos fetales. Se considera la prueba más utilizada a nivel primario, no es invasiva, económica y no tiene contraindicaciones. (Pérez, 2018)

Existen dos tipos de monitoreo fetal:

Monitorización interna: requiere la rotura espontánea o artificial de las membranas corioamnióticas. Habitualmente el cérvix debe estar dilatado 1 o 2 cm antes de que se pueda insertar un catéter de presión intrauterina o electrodo fetal. (Cevallos Ochoa & Jaramillo Correa, 2013)

Monitorización externa: Mediante este método, se colocan cinturones alrededor del abdomen. Un cinturón usa Doppler para detectar la frecuencia cardíaca fetal y otro

mide la duración de las contracciones y el intervalo entre ellas. (Cevallos Ochoa & Jaramillo Correa, 2013)

Para el análisis se toma en cuenta cinco elementos en periodo de 20 a 30 minutos.

1. **Contracciones uterinas:** Se toma en cuenta el número de contracciones en una período o ventana de 10 minutos.
2. **Frecuencia cardiaca fetal basal:** Se define como el promedio de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) expresada en latidos por minuto, al igual que las contracciones uterinas la FCF basal también se la mide en un periodo de 10 minutos, en los que debe haber al menos 2 minutos donde la FCF sea estable.

Para determinar la frecuencia cardiaca fetal (FCF) se toma en cuenta tres términos:

- Bradicardia, se refiere a una FCF menor a 110 latidos por minuto.
 - Normal, hace referencia a la FCF que oscila entre 110 a 160 latidos por minuto.
 - Taquicardia, se refiere a una FCF mayor a 160 latidos por minuto.
3. **Variabilidad:** Se trata de fluctuaciones en la frecuencia cardíaca fetal que generalmente son irregulares en frecuencia y amplitud. Además, se determinan en 10 minutos y excluyen las aceleraciones y las desaceleraciones.

Dentro de la variabilidad tenemos:

- Variabilidad ausente: No existen fluctuaciones de la FCF basal.
 - Variabilidad mínima: Menor a 5 latidos por minuto.
 - Variabilidad moderna: Oscila entre 6 a 25 latidos por minuto.
 - Variabilidad marcada: Mayor a 25 latidos por minuto.
4. **Aceleraciones:** Se denomina como el aumento repentino de la FCF, generalmente más de 15 latidos por minuto y que dura más de 15 segundos. Si una aceleración dura más de 10 minutos significa que hay un cambio de la FCF basal por lo que se puede leer como vitalidad fetal, en comparación de que haya ausencia de aceleraciones, lo que significa acidemia fetal.
 5. **Desaceleraciones:** Se define como episodios transitorios donde la frecuencia cardiaca fetal disminuye, existen diferentes tipos de desaceleraciones:

- Desaceleración periódica: Por lo general tienen un patrón uniforme y repetido.
 1. Precoces, se trata de una desaceleración simétrica con una caída gradual que comienza y termina con una contracción.
 2. Tardías, la disminución se produce después del pico de contracción, comenzando en la mitad o al final de la contracción.
- Desaceleración variable: Tienen un patrón variable en su forma, profundidad y relación con las contracciones, se caracterizan por una caída repentina de la FCF de al menos 15 latidos/min durante menos de 2 minutos y que dura más de 15 segundos.
 1. Simples, se caracteriza por una rápida disminución y recuperación rápida de la FCF basal.
 2. Complejas, existe un regreso lento de la FCF basal después de la desaceleración, debe cumplir con ciertos criterios, la duración debe ser mayor a 60 segundos, su descenso es menor a 60 latidos por minuto.
- Otras desaceleraciones: Existen otras desaceleraciones que se presentan en el monitoreo fetal.
 1. Prolongada, corresponde a una desaceleración que se prolonga por más de 2 minutos y menos de 10 minutos.
 2. Bradicardia mantenida, se define como una desaceleración que se alarga por más de 10 minutos, requiere una intervención inmediata.
 3. Patrón sinusoidal, es una oscilación regular de la variabilidad a largo plazo de la FCF que simula una onda, este patrón suele durar al menos 10 minutos, tiene una frecuencia de 3 a 5 ciclos por minuto y una amplitud de 5 a 15 lpm, este patrón se origina a consecuencia de acidemia fetal.

2.2.11.2. Interpretación del monitoreo fetal no estresante

Se clasifica en tres categorías, las que representan un indicador de hipoxemia/acidemia fetal.

1. **Categoría I:** Corresponde al 0%, se denomina como “normal”. Por lo general no requiere ninguna acción en específico y el trabajo de parto puede seguir. Para su interpretación se toma en cuenta ciertos parámetros.
 - FCF basal normal
 - Variabilidad moderada
 - Desaceleraciones tardías o variables ausentes
 - Desaceleraciones precoces presentes o ausentes
 - Aceleraciones presentes o ausentes
2. **Categoría II:** Corresponde del 10 al 30 %, son pobres predictores de anormalidad del estado ácido-base, por lo general su asociación con hipoxemia o acidemia es irregular, requiere vigilancia continua e intervenciones que permitan asegurar el bienestar fetal. Esta categoría incluye lo siguiente:
 - FCF basal, bradicardia sin variabilidad ausente o taquicardia
 - Variabilidad mínima, ausente o marcada
 - Aceleraciones ausentes inducidas con estimulación fetal
 - Desaceleraciones periódicas o episódicas
 - Desaceleraciones variables con otras características como una recuperación lenta.
3. **Categoría III:** Corresponde más del 50 %, se define como anormal, es un predictor de anormalidad del estado ácido-base fetal, requiere una evaluación rápida y reanimación fetal. Esta categoría incluye lo siguiente:
 - Desaceleraciones tardías recurrentes
 - Desaceleraciones variables recurrentes
 - Bradicardia
 - Patrón sinusoidal

(Cevallos Ochoa & Jaramillo Correa, 2013)

2.2.11.3 Monitoreo fetal estresante

Valora la respuesta del feto a las contracciones uterinas que son provocadas artificialmente, se realiza administrando oxitocina hasta conseguir que la gestante tenga 3 contracciones cada 10 minutos y se procede a valorar la respuesta del feto ante el estrés de las contracciones, en algunos casos, esto permite detectar la presencia de irritabilidad uterina en mujeres predispuestas al parto prematuro.

Las contracciones uterinas pueden ser provocadas por oxitocina endógena o exógena; endógena, cuando se estimula los pezones para provocar liberación de oxitocina a nivel de la hipófisis, exógena se refiere a la utilización de oxitocina artificial en un suero de cloruro de sodio al 0.9%. (Flores, 2017)

2.2.11.4. Interpretación del monitoreo fetal estresante

- **Negativo:** No se observa ninguna desaceleración tardía de la FCF con el uso de oxitocina.
- **Positivo:** La desaceleración tardía de la FCF ocurre en más del 50% de las contracciones registradas, lo que indica un riesgo de muerte fetal y secuelas neurológicas.
- **Dudoso o sospechoso:** La desaceleración tardía ocurre en menos del 50% de las contracciones uterinas registradas. (Flores, 2017)

2.2.11.5. Perfil biofísico fetal

Manning, Platt y Sipos, propusieron el perfil biofísico fetal sobre la base de correlacionar el sistema nervioso central fetal con el estado de oxigenación y su expresión en parámetros a evaluar relacionados con centros reguladores y su correlación con la gasometría neonatal en la predicción de acidosis en adición con el máximo bolsillo vertical de líquido amniótico como marcador de hipoxia crónica con un puntaje de 0 y 2 puntos cada variable. (Ferreiro, 1999, 83-87)

Durante el perfil biofísico se observará cinco parámetros, movimientos corporales, el tono muscular, movimientos respiratorios, líquido amniótico y ritmo cardiaco. A cada una se le asigna un puntaje de 0 a 2, los cuales se suman al final donde se interpretan dentro de la normalidad, valores que van de 8 a 10. Valores que oscilan entre 6 indica que el perfil se encuentra en el límite sugiere sospecha de hipoxia, por último, valores menores a 6 indican que probablemente algo no va bien. (Gómez et al., 2022, 246-265)

2.2.11.6. Ecografía doppler

Según la Medicina Fetal de Barcelona (2023), la ecografía doppler es una ecografía en color que permite evaluar el flujo sanguíneo en cualquier arteria o vena, es relevante en el estudio del cordón umbilical, circulación cerebral, circulación uterina, así como cardiaca fetal, esta información es relevante y útil sobre todo cuando se trata del crecimiento fetal.

La ecografía obstétrica, nos permite determinar con adecuada precisión la biometría fetal y realizar el seguimiento de su curva de crecimiento en función de la edad gestacional. El eco doppler, permite el estudio del flujo sanguíneo materno-fetal y de la circulación placentaria de forma no invasiva, inocua y reproducible. (De Agostini et al., 2021, 66-71)

2.2.11.7. Test de APGAR

Se define como una prueba que mide de una manera simple y sencilla la adaptación y vitalidad del bebe tras el nacimiento, es útil para evaluar la transición del recién nacido del vientre materno al exterior. El test de APGAR se lleva a cabo al minuto de vida y se vuelve a realizar a los cinco minutos, el primer minuto por lo general indica si el recién nacido ha tolerado el proceso del nacimiento, mientras que, el minuto cinco orienta sobre la evolución correcta. Durante el test de APGAR se toma en cuenta lo siguiente:

1. Frecuencia cardiaca: velocidad en la que late el corazón.
2. Respiración: esfuerzo que hace el recién nacido al respirar.
3. Tono muscular: movimientos y postura del recién nacido.
4. Irritabilidad: respuesta y gestos ante estímulos.
5. Coloración de la piel: Cianótico o rosado.

2.2.11.8. Interpretación del Test de APGAR

Cada parámetro se evalúa en una escala de 0 a 2, y el valor final se determina sumando todos los puntos hasta un valor final de 0 a 10, como se realiza en dos ocasiones se obtiene dos números, donde el primero representa al primer minuto de vida y el segundo número hace referencia a los cinco minutos.

Las puntuaciones que van de 7 a 10 puntos indican que el recién nacido se ha adaptado de manera correcta a la vida extrauterina, al contrario de puntuaciones inferiores que oscilan entre 4 y 6 se consideran intermedias o pueden presentarse por complicaciones durante el parto donde se haya reducido el nivel de oxígeno, semanas de embarazo, medicación administrada a la madre, entre otros. Por último, una puntuación menor a 5 puntos indica que el recién nacido necesita algún tipo de asistencia o reanimación, sobre todo en valores que van de 0 a 3 a los cinco minutos, ya que pueden relacionarse con riesgo de morbilidad neonatal. (Maset, 2020)

2.2.12. Dinámica uterina

Es un término el cual hace referencia a la actividad uterina normal durante los diferentes periodos del parto.

2.2.12.1. Contracciones uterinas

También denominadas como “motor del parto”. Se define como las fuerzas que impulsan al objeto del parto a través del canal del parto. En una contracción uterina se puede distinguir lo siguiente:

- Tono basal: presión intraamniótica entre el útero en reposo y dos contracciones, normalmente se mide en mmHg y lo normal va de 8 - 12 mmHg.
- Intensidad: presión máxima alcanzada en el punto máximo de la contracción.
- Duración: tiempo desde que comienza la contracción hasta que recupera su tono basal inicial.
- Frecuencia: número de contracciones en un periodo de 10 minutos.
- Intervalo: espacio que transcurre entre una y otra contracción.

Conforme avanza el embarazo, en una fase temprana se producen contracciones esporádicas, breves e irregulares conocidas como contracciones de Braxton Hicks y al momento de iniciar trabajo de parto se alcanzan las características eficaces de las verdaderas contracciones uterinas. (Natalben, 2024)

2.2.12.2. Distocias dinámicas

El término distocia se deriva de “dis” alteración o desviación y “tocos” parto. Se define como un parto o trabajo de parto anormal o dificultoso.

Las distocias dinámicas son alteraciones de la actividad normal de la musculatura uterina durante el parto, existe ineficiencia para dilatar el cuello y hacer progresar el parto. (Mercado Pedroza, 2009, 275-300)

2.2.12.3. Clasificación de las distocias dinámicas

Puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo:

- Distocias dinámicas cuantitativas

Son aquellas en las que se altera el tono uterino, la frecuencia o la intensidad de las contracciones uterinas.

- 1. Alteraciones del tono uterino:** Cuando el tono uterino sobrepasa de 12 mmHg constituye una hipertonía uterina, aquí se observa que no ocurre la relajación normal entre una contracción uterina y otra.
- 2. Hipertonía uterina:** Se presenta cuando hay hiperdinamia uterina por aumento de la intensidad o de la frecuencia de las contracciones, por lo general se asocia con parto obstruido, la hipertonía uterina puede llegar a ocasionar diversos grados de hipoxia fetal.
- 3. Hipotonía uterina:** Ocurre cuando el tono uterino es menor de 8 mmHg. Con frecuencia la hipotonía uterina no ocurre en forma aislada, sino que se asocia a otras distocias dinámicas por defecto (hipodinamias) tales como bradisistolia o taquisistolia.
- 4. Alteraciones de la frecuencia de las contracciones uterinas:** La ausencia absoluta de contracción uterina se denomina asistolia o inercia. Por otro lado, la frecuencia menor de dos contracciones uterinas en diez minutos se denomina oligosistolia o bradisistolia, por último, el aumento de la frecuencia, más de cinco contracciones uterinas en diez minutos, se denomina polisistolia o taquisistolia.
- 5. Alteraciones de la intensidad de la contracción uterina:** Se define hiposistolia si la intensidad de las contracciones uterinas es menor de 25 mmHg e hipersistolia cuando la intensidad es mayor de 50 mmHg.

- **Distocias dinámicas cualitativas**

Son aquellas en las que se altera el triple gradiente descendente o el sitio de origen de la contracción uterina.

- 1. Inversión parcial o total del triple gradiente:** Los componentes del triple gradiente descendente de la contracción uterina son: la duración, la intensidad y el sentido. Cuando la inversión afecta un solo componente del triple gradiente se denomina inversión parcial; si la inversión del gradiente afecta los tres componentes, inversión total.
- 2. Incoordinación uterina:** Se denomina marcapaso a la zona uterina en la que nace la contracción. En el útero humano normal existen marcapasos a nivel de los cuernos uterinos; en condiciones normales el marcapaso derecho es dominante y las contracciones provienen de uno solo, sin que ocurra interferencia entre ambos. Cuando existen estas

interferencias ocurre la incoordinación uterina, que es anormal. La incoordinación uterina puede ser de primer grado cuando los dos marcapasos uterinos difieren en el ritmo y se interfieren mutuamente, o de segundo grado (fibrilación uterina) cuando aparecen además de los dos marcapasos cornuales otros marcapasos en diferentes zonas del útero. Las incoordinaciones se diagnostican mediante monitoría con tocodinamómetro y se pueden sospechar clínicamente cuando hay aumento de la frecuencia de las contracciones y éstas tienen distinta duración e intensidad. (Mercado Pedroza, 2009, 275-300)

2.2.12.4. Hiperestimulación uterina

No existen definiciones uniformes en todo el mundo para términos como taquisistolia, hiperestimulación e hipertonía. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) indica el uso del término taquisistolia, definida como la dinámica uterina con 6 o más contracciones en 10 minutos, sobre un promedio de al menos 30 minutos. Puede estar asociada o no a alteraciones de la FCF. (Progresos de Obstetricia y Ginecología, 2015, 54-64)

Otras sociedades utilizan otra terminología, considerando el término “hiperestimulación uterina sin cambios de FCF” como la taquisistolia uterina (más de 6 contracciones en 10 minutos durante al menos 30 minutos) o “hipersistolia uterina/hipertonía” (una contracción que dura al menos 2 minutos) con una FCF normal. El término “hiperestimulación uterina con cambios en la FCF” implica cambios en la FCF como deceleraciones persistentes, taquicardia fetal o disminución de variabilidad a corto plazo. (Progresos de Obstetricia y Ginecología, 2015, 54-64)

2.2.13. Aguas tradicionales y su uso durante el trabajo de parto

Las aguas tradicionales son aquellas preparaciones líquidas que son parte de las expresiones culturales de un pueblo que ha logrado construir una identidad. Estas bebidas parten de la necesidad humana de ingerir líquidos junto con la creatividad de los pueblos que la complementan con otros ingredientes que por lo general han sido parte de una evolución gastronómica, en la que después consta incluso el valor alcohólico debido a la fermentación, incorporando a estas bebidas como festivas o para rituales por su efecto de embriaguez. En el Ecuador se conciben a las bebidas como una preparación que no es únicamente líquida, sino puede ser más o menos

espesa, elaborada a base de frutas, harinas, granos con o sin fermento, savia o hierbas y flores aromáticas como la tisana o el agua de pítimas, entre otras. (Maldonado, 2017)

Durante el embarazo y trabajo de parto, en diferentes culturas y se utilizan diferentes tipos de aguas con diversos fines.

2.2.14. Aguas tradicionales utilizadas durante el embarazo

2.2.14.1. Aguas de hierbas (infusiones):

Té de frambuesa roja: se piensa que fortalece el útero y ayuda durante el parto. Las frambuesas, al igual que la mayoría de bayas, poseen diferentes tipos de polifenoles antioxidantes. Algunos de ellos son los ácidos fenólicos, los flavonoides y las antocianinas. (Bupasalud, n.d.)

Antiguamente, se decía que las hojas de frambuesa eran buenas para regular el ciclo menstrual de la mujer y mantener la salud del aparato reproductor femenino. Razón por la cual muchas mujeres se animaban a consumir tanto la fruta como la infusión de las hojas de la planta para cuidarse y disminuir las típicas molestias de la regla. (Martínez, 2023)

Por otro lado, reducen y retrasan el envejecimiento del cerebro. Por ejemplo, con el paso de los años este se inflama y tiene problemas en algunas funciones cognitivas. Pues bien, las frambuesas bajan esta inflamación. (Bupasalud, n.d.)

2.2.14.2. Aguas Tradicionales Utilizadas Durante el Parto:

Las plantas medicinales que contienen principios oxitócicos los cuales son compuestos que pueden estimular las contracciones en el útero, algunas de estas plantas:

- Ruda: comúnmente conocida por inducir a la menstruación o provocar aborto.

Estas plantas contienen aceites esenciales, alcaloides y flavonoides, que le confieren sus propiedades medicinales. (Hernández Bermejo, 2000)

Entre los aceites esenciales que contiene la ruda tenemos: el limoneno, el carvacrol y el timol contienen propiedades antioxidantes, antiinflamatorias, antimicrobianas, anti estrés y algunos estudios han demostrado que contiene

propiedades antitumorales; el carvacrol además de contener las propiedades mencionadas anteriormente va a contar con propiedades antivirales que pueden ayudara prevenir lo que es la replicación del virus así como también efectos neuroprotectores y el timol por su parte va a contar con características insecticidas, estos aceites le confieren propiedades aromáticas y medicinales.

Los alcaloides que contiene la ruda son: el rutagravin, la rutacridona y la harmamina son compuestos naturales que contienen similares propiedades antioxidantes, antiinflamatorias y antimicrobiana, aunque también la harmamina contiene propiedades antidepresivas, ansiolíticas; mientras que el rutagravin contiene características antitumorales y anti proliferativas; por otro lado la rutacridona se ha comprobado que tienen potencial al momento de tratar enfermedades como la aterosclerosis, la diabetes y el cáncer y se identifica como el principal compuesto responsable de proporcionarle a la ruda sus principios oxitócicos. Además, la ruda va a contener artemisinina atributos antipalúdicos y anticancerígenos siendo eficaz en el tratamiento de paludismo.

Es importante tener en cuenta que la composición química de la ruta graveolens puede variar dependiendo de su tipo y condición de cultivo, así como también sus atributos van a depender de la calidad y pureza al momento de su extracción y/o preparación.

- La planta de la hoja de higo, específicamente la higuera común conocida científicamente como *Ficus carica*, es conocida por varios beneficios medicinales, algunas plantas pueden tener efectos sobre el músculo liso y el útero debido a la presencia de ciertos compuestos bioactivos.

Entre los componentes bioactivos de la hoja de higo tenemos: flavonoides estos compuestos tienen múltiples efectos biológicos, incluyendo propiedades antioxidantes y antiinflamatorias; los flavonoides pueden influir en la contractilidad del músculo liso, ácidos orgánicos, los tanino tienen propiedades astringentes y pueden afectar el tejido muscular liso, son ricas en vitaminas y minerales que contribuyen a la salud general.

Hojas de Guanábana

Es importante tener en cuenta que el uso de plantas con propiedades oxitócicas debe ser manejado con precaución y preferiblemente bajo supervisión médica, ya que su uso incorrecto puede causar efectos

Canela (*Cinnamomum verum*)

Aceites esenciales como el cinamaldehído, que puede estimular las contracciones uterinas.

Zapallo (*Cucurbita pepo*)

Contiene prostaglandinas E1 y E2, que pueden ayudar a dilatar el cuello uterino y estimular las contracciones.

Manzanilla (*Matricaria chamomilla*)

Contiene apigenina y luteolina, que pueden tener un efecto relajante en el útero.

2.2.15. Posibles efectos adversos o beneficios reportados de las aguas tradicionales en el parto

El consumo de aguas tradicionales durante el trabajo de parto puede tener varios beneficios, pero también presenta complicaciones potenciales. En muchas culturas se utiliza con la creencia de facilitar el trabajo de parto.

Algunas infusiones tradicionales, como las que contienen *Verbena officinalis*, se utilizan para aliviar el dolor y las contracciones durante el parto. Estos efectos pueden ser atribuibles a propiedades antiinflamatorias y analgésicas de las plantas.

Un estudio publicado en la revista "Journal of Midwifery & Women's Health" en 2018 encontró que el consumo de agua de plantas medicinales, como la manzanilla y la caléndula, durante el trabajo de parto redujo el dolor y la ansiedad en las mujeres.

Otro estudio publicado en la revista "Complementary Therapies in Clinical Practice" en 2019 encontró que el consumo de agua de plantas medicinales, como la hierba de limón y la menta, durante el trabajo de parto mejoró la experiencia de parto y redujo el uso de analgésicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de plantas medicinales, como la manzanilla y la caléndula, durante el trabajo de parto para reducir el dolor y la ansiedad.

Un estudio publicado en la revista "Phytotherapy Research" en 2018 encontró que el consumo de agua de plantas medicinales, como la hierba de San Juan y la valeriana, durante el trabajo de parto redujo el estrés y la ansiedad en las mujeres.

La ingesta de aguas a base de plantas medicinales durante el trabajo de parto puede tener varios efectos adversos, algunos de los cuales se mencionan a continuación:

Las plantas medicinales pueden interactuar con los medicamentos utilizados durante el trabajo de parto, como la oxitocina u otros analgésicos, provocando en ciertos casos somnolencia, náuseas, vómitos. Algunas mujeres pueden experimentar alergias o intolerancias a ciertas plantas medicinales.

Algunas plantas medicinales, como la manzanilla, pueden aumentar el riesgo de sangrado durante el parto. El consumo de ciertas plantas medicinales puede aumentar el riesgo de problemas de coagulación durante el parto.

2.2.15.1. Mecanismos potenciales de cómo las sustancias ingeridas pueden influir en el sufrimiento fetal agudo y taquisistolia uterina.

Las sustancias ingeridas durante el trabajo de parto pueden influir en el sufrimiento fetal taquisistolia, debido a que el cuerpo humano tiene diferentes maneras de sintetizar cada sustancia.

Algunas sustancias como la oxitocina, que regula la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas pueden actuar sobre los receptores uterinos o la producción de hormonas, un exceso de oxitocina puede llevar a taquisistolia. (Lang & Zuk, 2017)

Diferentes compuestos pueden producir el estrechamiento de los vasos sanguíneos o dilatación de los mismos, reduciendo el flujo sanguíneo a la placenta y, en consecuencia, llevar a un sufrimiento fetal agudo debido a la disminución de oxígeno.

Los compuestos pueden influir en el metabolismo de otros medicamentos a través de la inhibición o inducción de enzimas hepáticas. Esto puede alterar los niveles de medicamentos utilizados para controlar las contracciones y, por ende, contribuir a la taquisistolia o afectar al bienestar fetal.

2.2.16. Definición de oxitocina y su papel en el embarazo y el parto.

La oxitocina es una hormona: el producto de la secreción de una glándula. En este caso, la responsable de la producción es la hipófisis, que se encuentra en la base del cráneo. (Perez Porto & Merino, 2019)

La oxitocina interviene en determinados procesos fisiológicos, activando comportamientos a nivel mecánico en órganos específicos como el útero y las mamas, pero también influye en el comportamiento por su acción en determinadas áreas del cerebro. (Mueller, 2012)

Recorre grandes distancias hasta encontrarse con su receptor específico en la membrana de las células mamarias o del útero. Al final del embarazo aumentan los receptores de oxitocina en estos órganos. Esta hormona activa estos órganos provocando en ellos una reacción, una actividad física o fisiológica determinada. En el caso del útero la oxitocina estimula y mantiene la contracción del músculo liso del útero durante el parto y el alumbramiento, es decir, es la responsable de la existencia de las contracciones. (Mueller, 2012)

A medida que el trabajo de parto avanza, la liberación de oxitocina aumenta, lo que provoca contracciones más fuertes y regulares. Este proceso es un mecanismo de retroalimentación positiva, donde las contracciones estimulan la liberación adicional de oxitocina. (Bujold & Roberge, 2015, 829-830)

El alumbramiento de la placenta exige unos niveles aún más altos de oxitocina que la expulsión del bebé, por eso el pico máximo de oxitocina en la vida de una mujer es justo después del nacimiento del mismo. En el caso de las mamas provoca el reflejo de eyección de la leche favoreciendo la lactancia. (Mueller, 2012)

Durante la lactancia, la succión del pezón por el bebé provoca la liberación de oxitocina, que induce la producción de la leche, permitiendo la salida de la leche desde los alvéolos mamarios hacia los conductos galactóforos.

Además, la liberación de oxitocina durante el trabajo de parto y luego del mismo beneficia el apego emocional y el comportamiento maternal, influyendo en la capacidad de la madre para cuidar y responder a las necesidades del bebé.

2.2.16.1. Mecanismos de acción de los principios oxitócicos.

Los principios oxitócicos como ya antes se ha mencionado se refiere a los sistemas de acción de la oxitocina y las sustancias relacionadas que influyen en varios procesos fisiológicos, especialmente durante el trabajo de parto y la lactancia materna. A continuación, se mencionan los mecanismos de acción de los principios oxitócicos:

- El primer mecanismo de acción que se va a producir es la estimulación de contracciones uterinas. La oxitocina va actuar principalmente a través de los receptores específicos en el músculo uterino, iniciando así una serie de eventos intracelulares que resultan en la contracción del músculo uterino; la activación de estos receptores lleva a la liberación de calcio desde el retículo endoplásmico, aumentando la concentración de calcio intracelular, lo que a su vez induce la contracción muscular. (Cahill et al., 2018, 523.e1-523.e12)
- En el segundo mecanismo de acción se va a dar la expulsión del feto o producto y los anexos la oxitocina incrementa la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas durante la fase activa del parto. Estas contracciones más fuertes ayudan a expulsar el bebé del canal de parto y, posteriormente, facilitan la expulsión de la placenta. (Foster & De Libertis, 2016, 690-693)
- Como tercer mecanismo de acción vamos a tener la expulsión y por ende la lactancia materna teniendo en cuenta que la oxitocina es crucial para el reflejo de eyección de leche. Durante la lactancia, la estimulación del pezón por el bebé induce la liberación de oxitocina desde la glándula pituitaria, que a su vez contrae las células mioepiteliales alrededor de los alvéolos mamarios y facilita la eyección de la leche hacia los conductos galactóforos.

Cabe mencionar que también influye en el comportamiento maternal al promover la respuesta de cuidado y apego hacia el recién nacido. Esta hormona facilita la empatía y la respuesta emocional a las necesidades del bebé disminuyendo el riesgo de padecer depresión post - parto. Además de que produce efectos ansiolíticos que pueden reducir los niveles de estrés y ansiedad durante el trabajo de parto.

2.2.17. Marco regulatorio y políticas de salud

2.2.17.1. Políticas y regulaciones relacionadas con el manejo del parto y el uso de sustancias durante el mismo.

En Ecuador, el manejo del parto y el uso de sustancias durante el mismo están regulados por una serie de políticas y normativas diseñadas para garantizar el bienestar del binomio materno - fetal.

La ley orgánica de salud en el Ecuador establece una serie de parámetros para la atención de la salud tanto materna como fetal, incluyendo el parto; el cual va a estar regulado por controles prenatales, el manejo del parto y los cuidados post parto.

El MSP proporciona guías de prácticas clínicas para la atención del el parto y el manejo de emergencias obstétricas, estas incluyen recomendaciones sobre qué sustancias o medicamentos están permitidos utilizar durante el trabajo de parto, así como también las dosis.

Ecuador tiene regulaciones estrictas sobre el uso de anestésicos durante el parto. Estas regulaciones aseguran que las sustancias utilizadas no afecten negativamente a la madre o al feto realizando una comparación entre riesgo y beneficio, manteniendo siempre a la paciente y familiar al tanto de los procedimientos y medicamentos que se le van a realizar durante su estancia en la casa de salud. Garantizando de esta manera el derecho a recibir una información clara y precisa.

2.2.17.2. Políticas de salud pública y recomendaciones clínicas sobre el uso de aguas tradicionales durante el parto

- Política Nacional de Salud Materno-Infantil: esta política tiene como objetivo mejorar la salud materno-infantil en Ecuador, promoviendo prácticas seguras y efectivas durante el embarazo y el parto. Incluye la promoción de prácticas basadas en evidencia para garantizar la seguridad y el bienestar de las madres y los recién nacidos. Las prácticas tradicionales como el uso de aguas medicinales deben ser evaluadas en el contexto de la política nacional para asegurar que no interfieran con las recomendaciones basadas en evidencia.
- La ley orgánica de salud: el reglamento establece bases para la atención materna a nivel nacional en cada uno de los niveles de salud, incluyendo la supervisión de prácticas ancestrales y alternativas durante el trabajo de parto, garantizando de esta manera la calidad de los servicios de salud, así como también la seguridad al momento de la atención del parto.
- Guía de práctica clínica de atención del parto: la guía está basada en evidencia científica y prácticas recomendadas para garantizar el bienestar del binomio materno - fetal por parte del MSP.

Ecuador, al ser un país multiétnico y pluricultural, tiene una rica tradición de prácticas culturales relacionadas con el parto. Estas prácticas pueden incluir el uso de aguas medicinales, que a menudo forman parte del contexto cultural y personal de la atención al parto. Las políticas de salud pública y las recomendaciones clínicas pueden considerar la integración de prácticas culturales siempre y cuando se mantenga la seguridad y el bienestar de la madre y el bebé.

La capacitación del personal médico y de enfermería incluye el conocimiento de prácticas complementarias y tradicionales, asegurando que puedan integrarse de manera segura en el contexto clínico. Asegura que las prácticas tradicionales, como el uso de aguas medicinales, se implementen con un enfoque informado y seguro.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe una asociación significativa entre la ingesta de aguas tradicionales durante el trabajo de parto y un mayor riesgo de sufrimiento fetal agudo en mujeres con embarazo a término que ingresan al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.

2.3.2. Hipótesis específicas

- La ingesta de aguas tradicionales está asociada con una mayor incidencia de sufrimiento fetal agudo en comparación con mujeres que no consumen estas aguas durante la labor de parto.
- La cantidad de aguas tradicionales ingeridas está directamente relacionada con la gravedad del sufrimiento fetal agudo en mujeres en trabajo de parto.
- Las mujeres en trabajo de parto que consumen aguas tradicionales presentan diferencias significativas en los parámetros vitales fetales y en la dinámica uterina en comparación con aquellas que no las consumen.

2.4. Variables

2.4.1. Variables independientes

Ingesta de aguas tradicionales

2.4.2. Variables dependientes

Sufrimiento fetal agudo

2.4.3. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
<p><u>Variable independiente:</u> Ingesta de aguas tradicionales</p>	<p>Aquellas preparaciones líquidas que son parte de la expresión cultural de un pueblo que ha logrado construir una identidad.</p>	<p>Infusiones aromáticas más utilizadas</p> <p>Efecto en la actividad uterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guanábana • Ruda • Zapallo • Manzanilla 	<p>% de pacientes que ingirieron aguas tradicionales para desencadenar trabajo de parto.</p>
<p><u>Variable dependiente:</u> Sufrimiento fetal agudo</p>	<p>Estado en que la fisiología fetal se halla tan alterada que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes, se produce cuando el feto no recibe suficiente oxígeno o nutrientes a través de la placenta</p>	<p>Sufrimiento fetal agudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Bradicardia • Disminución de movimientos fetales • Presencia de meconio en líquido amniótico • Desaceleraciones prolongadas 	<p>% de pacientes atendidas por complicaciones materno-fetales asociadas a la ingesta de aguas tradicionales con principios oxicídicos.</p>

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se utilizó una metodología cuantitativa con el objetivo de determinar los efectos de la ingesta de aguas tradicionales en el sufrimiento fetal agudo en mujeres con labor de parto y embarazos a término atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. Esta información se obtuvo a través de una base de datos proporcionada por la institución de las pacientes que han ingresado al servicio de emergencia en el periodo de enero a junio de 2024.

Toda la información recopilada fue procesada y se utilizó un proceso de tabulación mediante tablas estadísticas y gráficos para interpretar correctamente los datos obtenidos.

3.1. Método de investigación

El método utilizado en este trabajo de investigación es deductivo y toda la información obtenida se basa en la información proporcionada por el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro de mujeres con embarazos a término que ingirieron aguas tradicionales con principios oxicóticos para desencadenar trabajo de parto y su correlación con sufrimiento fetal agudo en el periodo enero a junio 2024.

3.2. Tipo de investigación

Esta investigación es de carácter básico no experimental, descriptivo, transversal y documental.

Según su propósito: las variables del estudio no se manipulan intencionalmente y la atención se centra en las estadísticas existentes, por lo que es esencialmente es básica no experimental.

Según la ubicación: la información existente se obtuvo a través de investigaciones previamente publicadas y por tanto tiene carácter documental y bibliográfico.

Según el nivel de estudio: descriptiva, ya que se describe cada variable de la investigación.

Según la dimensión temporal: transversal, ya que la información obtenida fue recolectada en un momento específico, en este caso desde enero hasta junio de 2024.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.3.1. Técnicas

El método utilizado para realizar este estudio fue la observación y extracción de información utilizando la base de datos del departamento de estadística del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda.

3.3.2. Instrumentos

Se basó en los datos estadísticos obtenidos por medio del departamento de estadística a partir de las historias clínicas de mujeres embarazadas que ingresaron al servicio de emergencia con embarazo a término y labor de parto que ingirieron aguas tradicionales atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, enero a junio 2024.

3.4. Población y muestra de investigación

3.4.1. Población

La población objetivo de esta actividad de investigación estuvo compuesta por mujeres embarazadas que acudieron al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, en el periodo enero a junio 2024, por ingerir aguas tradicionales e incluyó a 49 pacientes registradas en el universo de la base de datos.

3.4.2. Muestra

En el presente trabajo de investigación la muestra fue de 49 embarazadas con embarazo a término y labor de parto que ingirieron aguas tradicionales durante el periodo de enero a junio 2024, correspondiente al 100% de la población, ya que al considerarse el número de población mínimo o finito se optó por elegir la misma cantidad para el estudio, las cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de inclusión**

Pacientes con embarazo a término y labor de parto que ingirieron aguas tradicionales y que ingresaron por el servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro

- **Criterios de exclusión**

- Embarazadas que no han ingerido aguas tradicionales
- Embarazos pretérmino y postérmino
- Embarazos a término que terminan por vía alta (cesárea)
- Embarazos a término con RPM antes de ingresar al hospital

3.5. Aspectos éticos

La información recopilada de la base de datos del Departamento de Estadística del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, utilizó para la investigación observacional y científica, mientras que se excluyeron del estudio los tipos de información que no contribuyeron directamente al tema de investigación De acuerdo con el art. 4 de la Ley de derechos y amparo del paciente donde manifiesta que: “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicarse, tenga el carácter de confidencial”. (MSP, 2006)

3.7. Presupuesto

3.7.1. Recursos humanos

Recursos humanos	Nombres
Investigadores	Karol Lizbeth Suárez Ramos Alisson Dayana Tamayo Jiménez
Docente tutor	Dr. Edmundo Encalada

3.7.2. Recursos económicos

Recursos económicos	Inversión
Internet	20.00
Movilización y transporte	15.60
Alimentación	30.00
Memoria USB	10.00
Impresiones	30.00
Anillado	8.00
Total	113.60\$

3.8. Plan de tabulación y análisis

3.8.1 Base de datos

La base de datos utilizada en el proyecto de investigación se basó en obtener la información recolectada en el programa informático Microsoft Excel, se tomó en cuenta las historias clínicas de pacientes que recibieron atención en el Hospital

General Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo establecido enero a junio del presente año, se obtuvo una población y muestra de 49 gestantes.

3.8.2. Procesamiento de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se implementaron tablas de datos mediante tablas estadísticas y gráficos. Esto permitió conocer las principales infusiones aromáticas utilizadas por las pacientes con embarazo a término y labor de parto atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, esto se hace a través del programa Microsoft Excel.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

Se realizó un estudio para evaluar el efecto de la ingesta de aguas tradicionales durante el trabajo de parto y su incidencia con sufrimiento fetal agudo en 49 pacientes gestantes que recibieron atención en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, después de la observación directa y revisión de historias clínicas, a partir de los objetivos y variables específicas identificadas, se obtuvieron los siguientes resultados.

4.2. Análisis e interpretación de datos

TABLA 1: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su etnia

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Indígena	29	59,2 %
Mestiza	20	40,8%
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez



Ilustración 1: Clasificación de embarazadas según su etnia que ingirieron aguas tradicionales

Interpretación: Observamos que el 59,2 % de la población en estudio pertenece a la etnia indígena entre, siendo el grupo que predomina en la investigación.

TABLA 2: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su edad

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 18 años	7	14,3 %
De 18 a 30 años	28	57,1 %
Mayor de 30 años	14	28,6 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez



Ilustración 2: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su edad

Interpretación: El mayor porcentaje se concentra en el grupo de mujeres de 18 a 30 años, lo que sugiere que esta franja de edad es la que más recurre al consumo de aguas tradicionales durante el embarazo.

TABLA 3: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su nivel de instrucción

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Básica	2	4,1 %
Secundaria	9	18,4 %
Bachiller	34	69,4 %
Superior	4	8,2 %
Sin escolaridad	0	0 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez



Ilustración 3: Clasificación de gestantes que ingirieron aguas tradicionales según su nivel de instrucción

Interpretación: Estos datos indican que la gran mayoría de las madres cuenta con una formación académica intermedia, lo cual podría influir en su comprensión y toma de decisiones respecto a prácticas tradicionales y el uso de remedios con principios oxicíclicos durante el embarazo. El nivel de instrucción podría también relacionarse con la capacidad de las madres para acceder y comprender información médica relevante, lo que a su vez podría afectar los resultados del embarazo y la incidencia de complicaciones como el sufrimiento fetal agudo y la taquisistolia.

TABLA 4: Clasificación de número de gestas incluyendo la actual

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primera gesta	30	61,2 %
Segunda gesta	5	10,2 %
Más de 3 gestas	14	28,6 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez

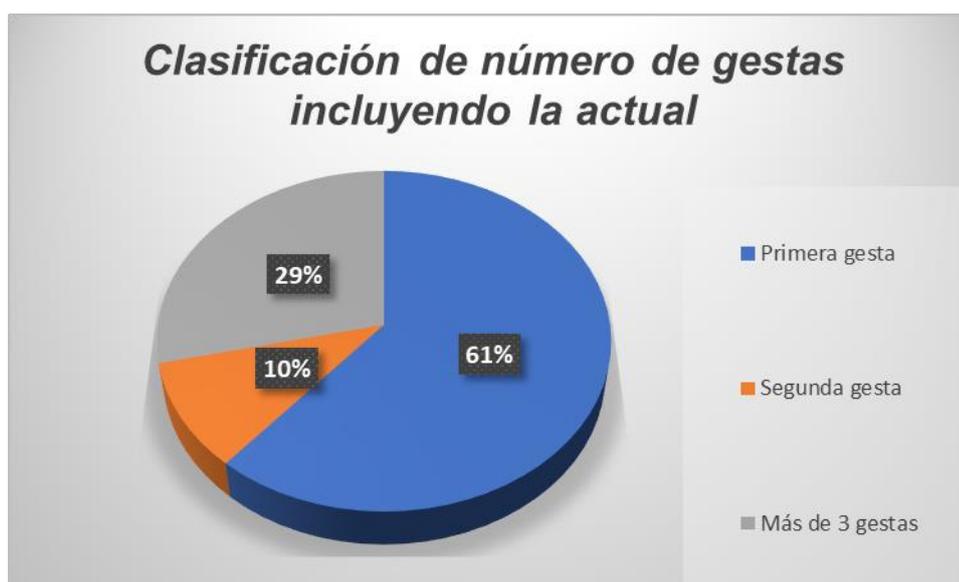


Ilustración 4: Clasificación de número de gestas incluyendo la actual

Interpretación: Los resultados obtenidos sugieren que una proporción significativa de las mujeres en el estudio no tiene experiencia previa en embarazos, lo que podría influir en su percepción y manejo del embarazo actual, incluyendo la decisión de consumir aguas tradicionales durante el trabajo de parto. Las madres multíparas podrían tener más confianza en el uso de prácticas tradicionales basadas en experiencias pasadas, mientras que las primigestas podrían ser más susceptibles a influencias externas, incluyendo recomendaciones familiares o de la comunidad. La diferencia en la experiencia previa entre primigestas y multíparas también podría impactar en la forma en que se enfrentan a complicaciones como el sufrimiento fetal agudo y la taquisistolia.

TABLA 5: Persona que proporciona infusión tradicional a gestante

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	16	32,7 %
Partera	13	26,5 %
Por si misma	7	14,3 %
Otros	13	26,5 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez



Ilustración 5: Persona que proporciona infusión tradicional a gestante

Interpretación: Este análisis sugiere que las prácticas de infusiones tradicionales durante el embarazo están profundamente arraigadas en la comunidad, con la familia (especialmente la madre) y las parteras desempeñando un papel central. Solo el 14% de las gestantes se auto administra la infusión, lo que podría indicar una dependencia en la tradición y en la experiencia de otros, o una falta de conocimiento.

TABLA 6: Porción de infusión tradicional ingerida

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Media taza	10	20,4 %
1 taza	22	44,9 %
1 taza y media	11	22,4 %
2 tazas	5	10,2 %
Más de 2 tazas	1	2,0 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez

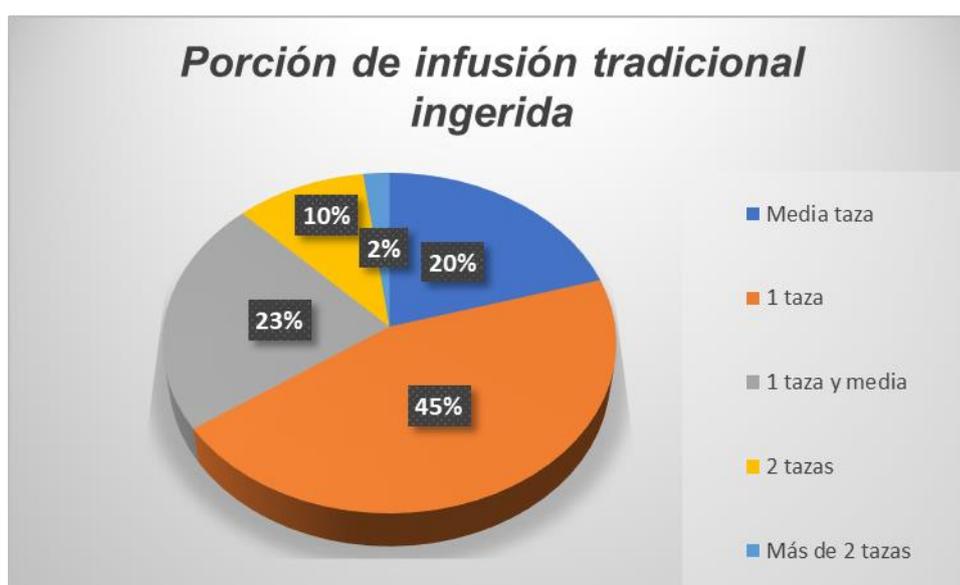


Ilustración 6: Porción de infusión tradicional ingerida

Interpretación: En resumen, la tabla indica que la mayoría de las gestantes prefieren consumir cantidades moderadas de infusiones tradicionales, la cantidad que se bebe depende del efecto que produce, ya que según creencias de pacientes en estudio consumir poca cantidad de bebida no ayuda, mientras que consumir una gran cantidad sí. La ingesta rápida de la bebida favorece el parto, pero es más riesgoso para el feto y la madre, cuanto mayor es la ingesta, mayor es la concentración de sustancias tóxicas.

TABLA 7: Líquido amniótico durante el parto

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Líquido claro	11	22,4 %
Tinte meconial	10	20,4 %
Meconio ligero	16	32,7 %
Meconio pesado	10	20,4 %
Líquido claro fétido	2	4,1 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez

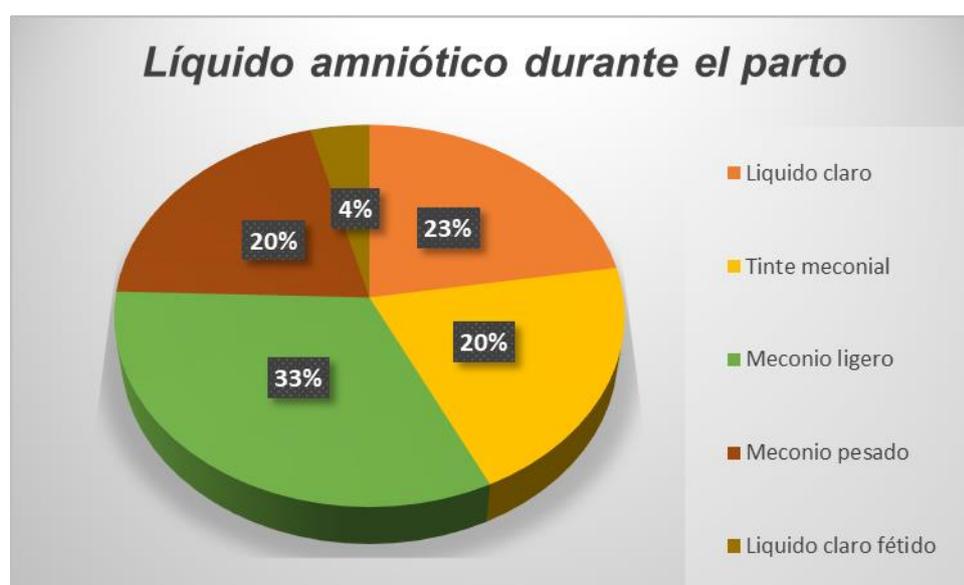


Ilustración 7: Líquido amniótico durante el parto

Interpretación: Un 20.4% de los casos presentaron líquido amniótico claro, indicando condiciones normales y un entorno intrauterino saludable. Sin embargo, en un 4.1% de los partos, el líquido claro tenía un olor fétido, lo que podría sugerir la presencia de infección o deterioro del bienestar fetal. Por otro lado, una proporción significativa de partos mostró la presencia de meconio en el líquido amniótico: el 32.7% de los casos presentaron meconio ligero, y el 20.4% meconio espeso. Estos hallazgos son indicativos de un posible sufrimiento fetal, ya que la presencia de meconio en el líquido amniótico, especialmente cuando es espeso, puede estar asociada con un mayor riesgo de complicaciones respiratorias en el recién nacido.

Estos resultados sugieren que en un porcentaje considerable de los partos analizados existieron signos de sufrimiento fetal, como lo evidencia la presencia de meconio en el líquido amniótico. La correlación entre la ingesta de aguas tradicionales con principios oxi-tócicos y las alteraciones en el estado del líquido amniótico podría ser clave para entender los mecanismos detrás del sufrimiento fetal agudo y la taquisistolia observados en este grupo de pacientes.

TABLA 8: Puntaje de Apgar del recién nacido en el primer minuto de vida

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	2	4,1 %
4	2	4,1 %
5	4	8,2 %
6	1	2,0 %
7	6	12,2 %
8	34	69,4 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez



Ilustración 8: Puntaje de Apgar del recién nacido en el primer minuto de vida

Interpretación: Los resultados muestran que la gran mayoría de los bebés, el 69.4%, obtuvo un puntaje de 8, lo que indica un estado general bueno y que la mayoría de los recién nacidos se encontraban en condiciones adecuadas tras el parto. Un 12.2% de los bebés obtuvo un puntaje de 7, que también se considera dentro de lo normal, aunque ligeramente más bajo. Sin embargo, un porcentaje menor pero significativo de bebés presentó puntajes de Apgar más bajos: un 8.2% obtuvo un puntaje de 5, un 4.1% recibió un puntaje de 4, otro 4.1% obtuvo un puntaje de 3, y un 2.0% recibió un puntaje de 6. Estos puntajes más bajos indican algún grado de dificultad o distrés en el recién nacido, lo que podría ser un reflejo de complicaciones durante el parto, posiblemente relacionadas con la ingesta de aguas tradicionales con principios oxitócicos y sus efectos sobre la salud materno-fetal, como el sufrimiento fetal agudo y la taquisistolia.

TABLA 9: Horas o minutos que permaneció la madre en trabajo de parto.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 hora	15	30,6 %
2 a 5 horas	20	40,8 %
6 a 10 horas	9	18,4 %
Más de 12 horas	5	10,2 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez



Ilustración 9: Horas o minutos que permaneció la madre en trabajo de parto.

Interpretación: Los resultados indican que el 30.61% de las madres experimentaron un trabajo de parto de menos de una hora, podría estar relacionado con una hipereficacia uterina, posiblemente inducida por los principios oxitócicos presentes en las aguas tradicionales. Esta aceleración del trabajo de parto puede aumentar el riesgo de complicaciones como la taquisistolia y también el sufrimiento fetal agudo debido a la rápida progresión del parto. El 40.82% de las madres estuvieron en trabajo de parto entre 2 a 5 horas, sugiriendo que, en estos casos, la ingesta de aguas tradicionales no tuvo un impacto significativo en la duración del trabajo de parto o que el efecto fue manejable y no resultó en complicaciones mayores. Por otro lado, el 18.37% de las madres tuvieron un trabajo de parto que duró entre 6 a 10 horas, mientras que el 10.2% experimentó un trabajo de parto de más de 12 horas.

TABLA 10: Agua aromática ingerida por la gestante antes de ir a la unidad hospitalaria

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agua de ruda	10	20,4 %
Agua de zapallo	16	32,7 %
Agua de canela	14	28,6 %
Agua de melloco	2	4,1 %
Agua de menta	1	2,0 %
Agua de hojas de guanábana	2	4,1 %
Agua de manzanilla	4	8,2 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Historias clínicas revisadas en el Departamento de Estadística HGANM, enero – junio 2024.

Elaborado: Alisson Tamayo, Karol Suárez



Ilustración 10: Agua aromática ingerida por la gestante antes de ir a la unidad hospitalaria

Interpretación: La investigación reveló que el 32.7% de las madres ingirieron agua de zapallo, la más comúnmente utilizada entre las participantes. Esta preferencia puede estar vinculada a creencias populares sobre su efectividad para facilitar el parto. El agua de canela fue la segunda opción más común, consumida por el 28.6% de las madres, conocida en la medicina tradicional por sus propiedades estimulantes del útero. El 20.4% de las madres optó por el agua de ruda, una planta con potentes propiedades oxitócicas. En porcentajes menores, otras aguas aromáticas también fueron consumidas: el 4.1% ingirió agua de melloco y otro 4.1% agua de hojas de guanábana, ambas menos comunes, pero también asociadas con efectos en el trabajo de parto. El agua de manzanilla, conocida por sus propiedades calmantes, fue consumida por el 8.2% de las madres, mientras que el agua de menta fue la menos utilizada, con un 2.0%. Estos resultados destacan la prevalencia de diversas prácticas tradicionales en la preparación para el parto entre las embarazadas a término. La alta ingesta de aguas con propiedades oxitócicas sugiere un fuerte arraigo cultural en la utilización de remedios naturales para influir en el proceso de parto.

4.3. Discusión

Ecuador al ser un país pluricultural y multiétnico donde se identifica una diversidad de comunidades con diferentes culturas, creencias, rituales, saberes y tradiciones, se evidencia un porcentaje considerable de personas que utilizan o consumen plantas medicinales basadas en creencias tradicionales para inducir el parto, las cuales se transmiten de generación en generación, se hace visible que hay una mayor prevalencia en la población indígena.

Los resultados obtenidos de la investigación reveló una asociación significativa entre la ingesta de aguas tradicionales y sufrimiento fetal agudo, con el uso más común de plantas como es la canela, ruda y zapallo, las cuales se cree tienen ciertas propiedades que actúan directamente sobre la musculatura lisa del útero, se debe tomar en cuenta que la mayoría de la población en estudio se auto identifica con la etnia indígena, indicando también que un gran porcentaje de gestantes no tiene conocimiento sobre el riesgo – beneficio del consumo de ciertas infusiones aromáticas durante el periodo de gestación.

El estudio realizado por Quinatoa Caba, G. (2015), se centró en el uso de hierbas medicinales durante el embarazo, el estudio fue descriptivo para determinar el uso de hierbas medicinales durante el embarazo y su relación con las creencias sobre los efectos del parto. Los resultados demuestran que la totalidad de las mujeres encuestadas usan plantas medicinales para aliviar ciertos síntomas del embarazo, el método más práctico para el uso de plantas medicinales fue la infusión, entre las plantas medicinales más usadas fueron: manzanilla, menta, toronjil, linaza, canela, orégano, anís, hierbabuena, sábila, ruda, aguacate, chirimoya, higo. En lo que respecta al parto las creencias fueron: que al beber una infusión “se iniciará la labor de parto, reducirá el dolor y que el bebé saldrá pronto”.

Cabe mencionar que en varias ocasiones el parto es atendido en domicilio por parteras de comunidades, quienes aplican las costumbres y tradiciones adquiridas. La prevalencia del uso de medicina tradicional y asistencia de parteras a gestantes en Guaranda es común, además cabe mencionar que es muy aceptado por la población, sobre todo aquella que se encuentra en las zonas rurales de la ciudad mencionada.

4.4. Conclusiones

- El estudio ha confirmado que existe una relación significativa entre el consumo de aguas tradicionales con la incidencia de sufrimiento fetal agudo en embarazadas a término. Los resultados sugieren que la ingesta de estas aguas podría estar asociada con un aumento en la frecuencia de contracciones uterinas intensas (taquisistolia), lo que podría comprometer la oxigenación fetal y aumentar el riesgo de sufrimiento fetal, las gestantes que consumieron estas preparaciones mostraron una mayor prevalencia de alteraciones e indicadores de estrés fetal en comparación con aquellas que no las ingirieron.
- Los hallazgos revelan que la taquisistolia, posiblemente desencadenada por el consumo de aguas tradicionales, tiene un impacto clínico negativo en el bienestar materno-fetal. Se observó un aumento en la necesidad de monitorizaciones continuas, en casos donde se reportó el consumo de estas aguas. Esto subraya la importancia de crear conciencia y regular el uso de estas prácticas en mujeres embarazadas, subrayando la importancia de considerar factores culturales y tradicionales en la atención materno-infantil.
- Las infusiones mayormente utilizadas por las gestantes, fueron: la canela y el zapallo las cuales fueron ingeridas antes de acudir al hospital, la frecuencia de consumo (media, una o dos tazas), podría ser una de las posibilidades por las que se presente complicaciones en el momento del parto. Cabe mencionar que el uso de la medicina tradicional durante el embarazo y post parto, sigue siendo una práctica establecida dentro de la cultura de la ciudad de Guaranda.
- Además, podemos concluir que este estudio resalta la urgencia de implementar programas educativos dirigidos a mujeres embarazadas, especialmente en áreas donde el uso de aguas tradicionales es común. Es crucial que estas mujeres estén informadas sobre los posibles riesgos asociados con el consumo de estas aguas, y que los profesionales de salud estén capacitados para identificar y manejar las complicaciones derivadas de esta práctica.

4.5. Recomendaciones

- Integrar el respeto por las prácticas culturales con la educación y la intervención médica puede contribuir a mejorar los resultados perinatales y a reducir la incidencia de sufrimiento fetal agudo, esto puede incluir talleres conjuntos, intercambios de conocimientos y la inclusión de parteras tradicionales en las discusiones clínicas, siempre que sea posible, donde se explique que el uso de plantas tradicionales durante la gestación puede llegar a ser nocivo para la salud del binomio madre – feto.
- Se deben llevar a cabo programas educativos dirigidos a las gestantes y sus familias sobre los riesgos asociados con el consumo de aguas tradicionales durante el trabajo de parto. Estas actividades educativas deben respetar las creencias culturales, al mismo tiempo que proporcionan información basada en evidencia para promover decisiones informadas.
- Es necesario que se lleve a cabo estudios donde se investigue a fondo la composición y propiedades curativas de ciertas plantas medicinales que no solamente son administradas a gestantes, sino que son usadas a nivel global, donde se pueda establecer junto a evidencia científica los posibles beneficios, así como también los efectos nocivos o perjudiciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaldía de Guaranda. (n.d.). *Cultura*. Guaranda. Retrieved July 30, 2024, from <https://www.guaranda.gob.ec/newsiteCMT/cultura/>

Bueno, R. M. (2021, May 7). *Sufrimiento Fetal en Partos: Agudo y Crónico | RM Bueno*. Rafael Martín Bueno. Retrieved July 30, 2024, from <https://www.rafaelmartinbueno.es/sufrimiento-fetal-en-partos/>

Bujold, E., & Roberge, S. (2015, JUNIO). Oxitocina y parto: una descripción general del papel de la oxitocina en el parto y el parto. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(6), 829-830. 10.1016/j.ajog.2015.01.007

Bupasalud. (n.d.). *7 Beneficios de la frambuesa*. Beneficios de la frambuesa. Retrieved 07 29, 2024, from <https://www.bupasalud.com.ec/salud/7-beneficios-de-la-frambuesa#%C2%BFqu%C3%A9-es-la-frambuesa>

Cahill, A. G., Tuuli, M. G., Stout, M. J., López, J. D., & Macones, G. A. (2018). Receptores de oxitocina en el miometrio humano: una revisión. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(5), 523.e1-523.e12. 10.1016/j.ajog.2018.01.026

Cevallos Ochoa, A. P., & Jaramillo Correa, M. P. (2013, Septiembre). *MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL INTRAPARTO*. UTPL. Retrieved Julio 30, 2024, from file:///C:/Users/HP/Downloads/guia_taller_monitoreo_electronico_fetal_0.pdf

Condori Rojas, Z. N., & Orellana Limaylla, S. (2018). "INFLUENCIA DEL USO DE INFUSIONES DE PLANTAS MEDICINALES EN EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD D. Retrieved Agosto 1, 2024, from https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/912253/influencia-del-uso-de-infusiones-de-plantas-medicinales-en-el-t_mYUnzf1.pdf

Cunningham, G., Leveno, K., Dashe, J., Hoffman, B., Spong, C., & Casey, B. (2022). *Williams obstetricia* (26 edición ed.). McGrawHill.

<https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3103>

De Agostini, M., Morán, R., & Cordano, C. (2021, Julio 01). Utilidad de la ecografía y del eco-doppler color en pacientes de alto riesgo obstétrico. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(2), 66-71.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972021000200067

Espinoza, J. (1973). Sufrimiento fetal. *Revista Chilena Pedriátrica*, 44(6), 523-528. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v44n6/art02.pdf>

Ferreiro, R. M. (1999). PERFIL BIOFÍSICO FETAL DE MANNING Y SUS VARIANTES. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 25(2), 83-87.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000200002

Flores, F. (2017, June 4). 10° cardiotocografía fetal. test estresante | PPT. SlideShare. Retrieved July 30, 2024, from

<https://es.slideshare.net/slideshow/10-cardiotocografa-fetal-test-estresante/76642375#1>

Foster, J., & De Libertis, J. (2016). Papel de la oxitocina en las contracciones uterinas posparto y la hemorragia posparto. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(6), 690-693. 10.1111/jmwh.12567

Gómez, J., Cabrera, C., & Faneite, P. (2022). Integración de las pruebas de bienestar fetal anteparto: propuesta de un perfil biofísico fetal extendido.

Gaceta Médica de Caracas, 130(2), 246-265.

http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/24047/144814490422

INEC. (2022). Censo Ecuador: Inicio. Retrieved August 1, 2024, from <https://www.censoecuador.gob.ec/>

Lang, J. M., & Zuk, M. (2017). Oxitocina: La "hormona del amor" y su papel en el trabajo de parto y el alumbramiento. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(3), 321-329. 10.1111/jmwh.12546

Lars, P., Oré, C., & Llapapasca, D. (1998). PLANTAS UTILIZADAS EN TRASTORNOS GINECOLÓGICOS, PARTO Y CONTROL DE NATALIDAD EN MUJERES DE LA PARTE BAJA DEL RIO UCAYALI, AMAZONAS PERUANA. *iiap*, 9(1-2), 115-141. <https://revistas.iiap.gob.pe/index.php/foliaamazonica/article/view/171/149>

Maldonado, D. (2017, August 9). *Bebidas tradicionales, una expresión cultural*. — *URKO cocina local*. URKO cocina local. Retrieved July 1, 2024, from <https://www.urko.rest/blogurko/bebidastradicionales>

Martínez, E. (2023, Julio 06). *¿Hojas de frambueso para tener un útero saludable?* Mejor con Salud. Retrieved Julio 30, 2024, from https://mejorconsalud.as.com/hojas-frambueso-utero-saludable/#google_vignette

Maset, J. (2020, July 6). *¿Para qué sirve el test de Apgar?* Salud infantil | *CinfaSalud*. Cinfasalud. Retrieved July 30, 2024, from <https://cinfasalud.cinfa.com/p/test-de-apgar/>

Mercado Pedroza, M. E. (2009). Capítulo 15: Distocias. In *Obstetricia Integral Siglo XXI Tomo I* (pp. 275-300). Universidad Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica* (Primera ed.). Dirección Nacional de Normatización.

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

MSP. (2006). *LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE*. Ministerio de Salud Pública. Retrieved Agosto 1, 2024, from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>

MSP. (2015). *Control Prenatal*. Ministerio de Salud Pública. Retrieved July 30, 2024, from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

MSP. (2024). *Hospital General Alfredo Noboa Montenegro – Ministerio de Salud Pública*. Ministerio de Salud Pública. Retrieved July 30, 2024, from <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-alfredo-noboa-montenegro/>

Mueller, A. (2012, 4 20). *El papel de la oxitocina y otras hormonas*. El Parto es Nuestro. Retrieved 07 31, 2024, from <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-fisiologico/el-papel-de-la-oxitocina-y-otras-hormonas>

Narvárez Jaramillo, M. E., Morillo Cano, J. R., Nazate Chugá, Z. R., & Mejía Pozo, E. F. (2019). *EL USO DE LAS AGUAS OXITÓCICAS Y LAS COMPLICACIONES EN EMBARAZADAS EN LABOR DE PARTO QUE INGRESAN AL HOSPITAL GENERAL PUYO*. Repositorio UNIANDES.

Natalben. (2024). *El control del bienestar fetal*. Natalben. Retrieved July 30, 2024, from <https://www.natalben.com/pruebas-diagnosticas/control-bienestar-fetal-anteparto>

OMS. (2014). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. IRIS Home. Retrieved July 30, 2024, from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf

Patwardhan, B., Dnyaneshwar, W., & Bhatt, N. (2005, Diciembre 02). Ayurveda y medicina tradicional china: una visión comparativa. *Complemento basado en evidencia Alternat Med*, V.2, 465-473. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297513/>

Pérez, A. G. (2018, Febrero). *Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología*. icareCTG. Retrieved Julio 30, 2024, from <https://www.icarectg.com/wp-content/uploads/2018/05/Gui%CC%81a-de-monitorizacio%CC%81n-fetal-intraparto-basada-en-fisiopatologi%CC%81a.pdf>

Perez Porto, J., & Merino, M. (2019, 5 9). *Oxitocina*. Definición.de. Retrieved 07 31, 2024, from https://definicion.de/oxitocina/#google_vignette

Perlaza Caicedo, N. M. (2016). Utilización de plantas medicinales durante el parto tradicional en la comunidad de Oyacachi, Napo 2016. *06(748)*, 1-18. <https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5368/2/06%20ENF%20748%20ARTICULO.pdf>

Progresos de Obstetricia y Ginecología. (2015, Enero). Inducción del parto. *Elsevier*, 58(1), 54-64. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-induccion-del-parto-actualizado-julio-S0304501314002726>

Quinde Llanos, D. E. (2017). *Incidencia y complicaciones de la ingesta de plantas ancestrales como conductores del trabajo de parto en el Hospital San Sebastian en el periodo de septiembre 2016 - mayo 2017*. Cuenca, Ecuador. Retrieved julio 30, 2024, from

<https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/1c1dc33e-0a35-4ba4-9aa5-3b01cdfd6959/content>

Santoja, L. (2024, julio 06). *Fisiología del parto II*. Causas y Elementos del parto 98. Retrieved July 30, 2024, from <https://www.uv.es/jose.j.santonja/Parto/Causas%20y%20Elementos%20del%20parto%2098.pdf>

Tejada, P. (n.d.). *Sufrimiento fetal agudo*. https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/13/395/c.php

Valdés, E. (2003). ROL DE LA MONITORIZACION ELECTRONICA FETAL INTRAPARTO EN EL DIAGNOSTICO DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(5), 411-419. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000500010

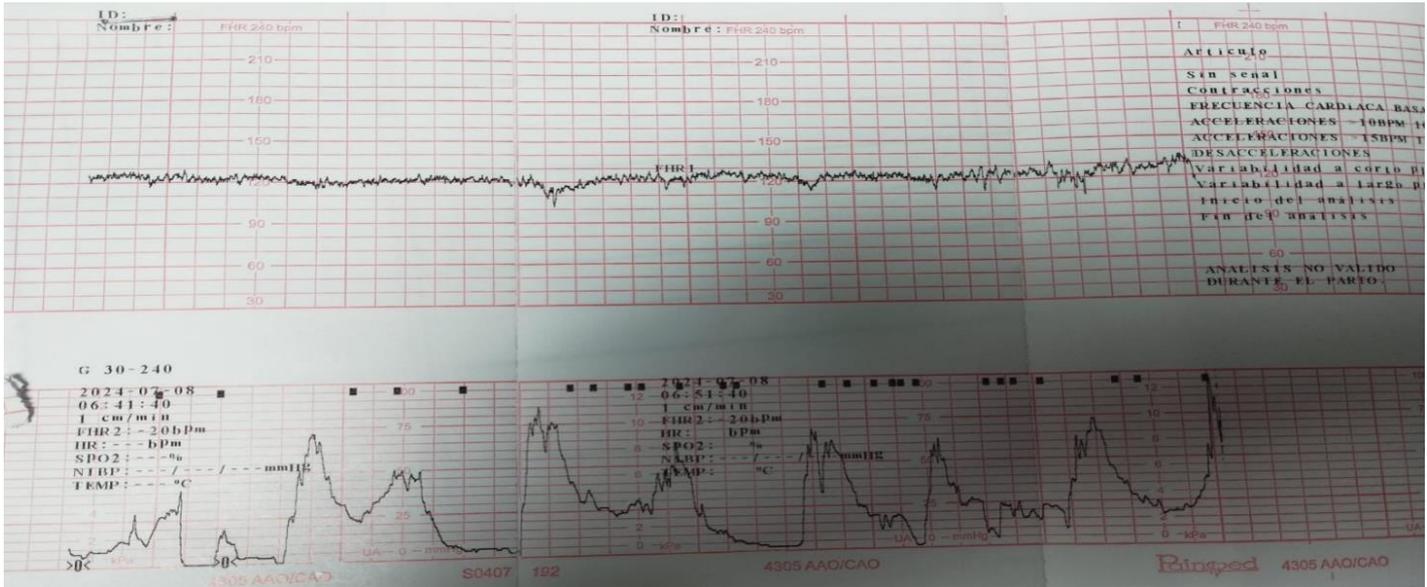


Ilustración 13: Monitoreo fetal de gestante cursando embarazo de 38.3 semanas que ingirió agua de zapallo.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cantidad	Bebida ingerida	Actividad uterina	Taquicar día fetal	Líquido amniótico	APGAR	Edad	Etnia	Instrucción
1 taza	Ruda	3/10/35	No	Tinte meconial	8/9	24 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Zapallo	3/10/40	No	Tinte meconial	8/9	28 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Canela	4/10/35	No	Tinte meconial	8/9	24 años	Indígena	Bachiller
2 tazas	Meloco	3/10/50	No	Meconio pesado	7/9	17 años	Mestiza	Secundaria
Media taza	Canela	3/10/40	No	Líquido claro con grumos	8/9	36 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Ruda	4/10/30	No	Líquido claro	8/9	17 años	Mestiza	Secundaria
Media taza	Hojas de guanábana	3/10/35	Si	Meconio pesado (en puré de arveja)	5/7	17 años	Mestiza	Secundaria
1 taza	Canela	3/10/35	No	Tinte meconial	8/9	30 años	Mestiza	Bachiller
1 taza y media	Canela	6/10/20	No	Tinte meconial	8/9	24 años	Mestiza	Bachiller
1 taza	Ruda	3/10/45	No	Meconio ligero	8/9	33 años	Mestiza	Superior
Media taza	Zapallo	5/10/30	Si	Meconio ligero	8/9	40 años	Mestiza	Básica
1 taza	Zapallo	3/10/45	No	Meconio ligero	7/9	31 años	Mestiza	Bachiller
Media taza	Ruda	4/10/40	No	Meconio ligero	8/9	37 años	Mestiza	Bachiller

1 taza	Canela	2/10/30	No	Meconio pesado	8/9	21 años	Mestiza	Bachiller
1 taza	Zapallo	6/10/50	Si	Meconio ligero	8/9	31 años	Mestiza	Bachiller
1 taza y media	Menta	2/10/30	No	Tinte meconial	8/9	16 años	Mestiza	Secundaria
1 taza	Zapallo	4/10/35	No	Meconio ligero	8/9	37 años	Indígena	Secundaria
1 taza y media	Zapallo	6/10/45	No	Meconio ligero	8/9	19 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Canela	3/10/20	No	Tinte meconial	8/9	29 años	Indígena	Superior
2 tazas	Canela	8/10/20	Si	Meconio pesado	4/6	20 años	Mestiza	Bachiller
1 taza y media	Zapallo	7/10/15	Si	Meconio ligero	8/9	30 años	Mestiza	Superior
1 taza	Manzanilla	2/10/30	No	Meconio ligero	8/9	29 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Zapallo	4/10/45	No	Meconio pesado	8/9	38 años	Indígena	Bachiller
1 taza y media	Canela	3/10/45	No	Meconio pesado	6/8	23 años	Indígena	Superior
1 taza	Zapallo	6/10/35	Si	Tinte meconial	8/9	41 años	Indígena	Bachiller
Media taza	Ruda	2/10/30	No	Liquido claro	8/9	37 años	Mestiza	Bachiller
Media taza	Manzanilla	1/10/35	No	Tinte meconial	8/9	18 años	Indígena	Bachiller
2 tazas	Zapallo	7/10/35	No	Liquido claro fétido	4/6	22 años	Mestiza	Bachiller
1 taza y media	Ruda	3/10/45	No	Meconio ligero fétido	7/9	24 años	Indígena	Bachiller

1 taza	Canela	4/10/45	No	Meconio ligero	8/9	33 años	Indígena	Bachiller
1 taza y media	Canela	5/10/30	No	Meconio ligero	8/9	28 años	Mestiza	Bachiller
1 taza	Ruda	6/10/55	Si	Meconio pesado	3/5	21 años	Mestiza	Bachiller
2 tazas	Canela	6/10/50	No	Meconio ligero	8/9	24 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Zapallo	5/10/30	No	Liquido claro	8/9	19 años	Indígena	Bachiller
Media taza	Canela	3/10/35	No	Liquido claro	8/9	27 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Zapallo	5/10/20	No	Tinte meconial	9/9	19 años	Indígena	Bachiller
1 taza y media	Canela	4/10/45	No	Liquido claro	8/9	21 años	Indígena	Bachiller
2 tazas	Ruda	5/10/25	No	Meconio pesado	5/8	19 años	Mestiza	Estudiante
1 taza	Melloco	3/10/30	No	Liquido claro	8/9	24 años	Indígena	Bachiller
1 taza y media	Zapallo	7/10/40	No	Liquido claro fétido	7/8	17 años	Indígena	Estudiante
Media taza	Manzanilla	2/10/35	No	Liquido claro	8/9	26 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Canela	3/10/35	No	Liquido claro	8/9	27 años	Indígena	Bachiller
Media taza	Zapallo	4/10/50	No	Meconio ligero	7/9	17 años	Mestiza	Estudiante
1 taza	Canela	3/10/45	No	Meconio ligero	9/9	33 años	Indígena	Básica
1 taza y media	Zapallo	3/10/35	No	Meconio pesado	7/9	36 años	Indígena	Bachiller

2 tazas	Zapallo	3/10/50	No	Meconio pesado	7/9	19 años	Indígena	Bachiller
1 taza	Zapallo	4/10/60	No	Líquido claro	8/9	31 años	Indígena	Bachiller
3 tazas	Manzanilla	5/10/45	No	Líquido claro	8/9	17 años	Indígena	Estudiante
1 taza	Canela	4/10/55	No	Meconio ligero	8/9	27 años	Indígena	Bachiller

Guaranda, 23 de agosto del 2024

**EL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA**

APRUEBA

De acuerdo al oficio S/N de fecha 6 de Agosto del 2024 en la que las Señoritas Internas: Suarez Ramos Karol Lizbeth, Tamayo Jiménez Alisson Dayana Internas de Obstetricia de la Universidad Técnica de Babahoyo de la carrera en mención luego de presente el perfil está autorizado el tema de investigación con el tema: **EFFECTO DE LA INGESTA DE AGUAS TRADICIONALES EN EL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JUNIO 2024.**

Nota: Una vez culminado la investigación deberá entregar al Departamento de Docencia e Investigación los resultados e informe final del mismo.

Atentamente.



Firmado electrónicamente por:
**JORGE LUIS OCHOA
CANDO**

Dr. Jorge Luis Ochoa Cando
Gerente Hospitalario

Elaborado:

MBLLZ-Departamento de Calidad - Docencia

Matriz de contingencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General
<p>¿De qué manera se asocia la ingesta de aguas tradicionales con la incidencia en sufrimiento fetal agudo en mujeres durante el trabajo de parto, en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, durante el período de enero a junio de 2024?</p>	<p>Evaluar el efecto de la ingesta de aguas tradicionales durante el trabajo de parto y la incidencia de sufrimiento fetal agudo en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, durante el periodo de enero a junio de 2024.</p>	<p>Existe una asociación significativa entre la ingesta de aguas tradicionales durante el trabajo de parto y un mayor riesgo de sufrimiento fetal agudo en mujeres con embarazo a término que ingresan al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.</p>
Problemas Derivados	Objetivos Específicos	Hipótesis específicas
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la eficacia del monitoreo fetal en la detección del sufrimiento fetal agudo en embarazadas a término que han ingerido aguas tradicionales? • ¿Qué impacto tiene la relación de aguas tradicionales en la incidencia de sufrimiento fetal agudo y taquisistolia en mujeres durante el trabajo de parto? • ¿Cuáles son las infusiones aromáticas más utilizadas en mujeres gestantes a término para desencadenar el trabajo de parto? 	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar la eficacia del monitoreo fetal en la detección del sufrimiento fetal agudo en embarazadas a término que han ingerido aguas tradicionales. • Determinar la relación de la ingesta de aguas tradicionales con riesgo de sufrimiento fetal agudo y taquisistolia en mujeres durante el trabajo de parto. • Identificar las infusiones aromáticas más utilizadas en mujeres gestantes a término para desencadenar el trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • La ingesta de aguas tradicionales está asociada con una mayor incidencia de sufrimiento fetal agudo en comparación con mujeres que no consumen estas aguas durante labor de parto. • La cantidad de aguas tradicionales ingeridas está directamente relacionada con la gravedad del sufrimiento fetal agudo en mujeres en trabajo de parto. • Las mujeres en trabajo de parto que consumen aguas tradicionales presentan diferencias significativas en los parámetros vitales fetales y en la dinámica uterina en comparación con aquellas que no las consumen.