



WWW.ASTROREYPERU.COM
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

**FACTORES SOCIO-CULTURALES
INFLUYENTES PARA LA
ACEPTACIÓN DEL PARTO
VERTICAL IMPLEMENTADO EN EL
HOSPITAL DE SARAGURO**

**TESIS PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TITULO
DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

DIRECTORA: Mg.Sc. María del Cisne Agurto E.

AUTORA: Olga Beatriz Jaya Armijos

LOJA - 2014

Loja, 07 de Enero de 2013

Mg.

Sara Vicente

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente, me permito hacer llegar la tesis titulada **“FACTORES SOCIO-CULTURALES INFLUYENTES PARA LA ACEPTACIÓN DEL PARTO VERTICAL IMPLMENTADO EN EL HOSPITAL DE SARAGURO”** de autoría de **Olga Beatriz Jaya Armijos**; misma que en mi calidad de directora de tesis, ha sido asesorada en cada una de sus partes, y al haber concluido con el informe final, considero que la mencionada tesista puede continuar con el proceso de titulación.

Para los fines legales pertinentes.

Atentamente,



Mg. María del Cisne Agurto E.


DÓCENTE AREA DE LA SALUD HUMANA

AUTORÍA

Yo, OLGA BEATRIZ JAYA ARMIJOS, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad nacional de Loja, y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicional acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Olga Beatriz Jaya Armijos

Firma: 

Cedula: 1900645050

Fecha: Loja, Enero del 2014.

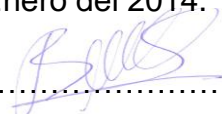
CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA. REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Olga Beatriz Jaya Armijos, declaro ser autor (a) de la Tesis titulada: **“FACTORES SOCIO-CULTURALES INFLUYENTES PARA LA ACEPTACIÓN DEL PARTO VERTICAL IMPLEMENTADO EN EL HOSPITAL DE SARAGURO.”**, como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 07 días del mes de Enero del 2014.

Firma: 

Autor: Olga Beatriz Jaya Armijos

Cedula: 1900645050

Dirección: Loja **Correo Electrónico:** olgajayatuyyo@hotmail.com

Celular: 0980055717

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Mg. Sc. Lic. María del Cisne Agurto

Tribunal de Grado:

- Lic. Mg. Rosa Araujo Álvarez
- Lic. Mag Mónica Castillo
- Lic. Mag. Wilma Montaña

AGRADECIMIENTO

Quiero comenzar dando gracias a Dios por iluminar mi camino, y darme la fuerza y perseverancia de seguir adelante, intercediendo por medio de mi familia, que siempre estuvieron junto a mí, con su amor incondicional, apoyándome en los más duros momentos.

También un agradecimiento a mi Directora de tesis Mg. Sc. María del Cisne Agurto, que con paciencia y empeño, dirigió este trabajo, así llegando a la finalización del mismo.

A mis docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza; y finalmente un eterno agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja, la cual abre sus puertas a jóvenes, para prepararlos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien. Y un agradeciendo a cada una de esas personas, que directa e indirectamente, me ayudaron a seguir adelante y fueron pilares fundamentales en mi vida.

Olga Beatriz Jaya Armijos

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi familia, por ser incondicional con su apoyo en todas mis metas propuestas, ya que día a día estuvo junto a mí, con su apoyo absoluto.

A mi hermana Verónica; mi apoyo espiritual, quien a pesar de las adversidades presentadas en el duro camino durante mi formación, estuvo junto a mí, acompañándome en mi superación personal.

Y por supuesto a todos aquellos que con su ánimo y su entusiasmo, me dieron la fuerza para seguir adelante.

Olga Beatriz Jaya Armijos

TITULO

**FACTORES SOCIO-CULTURALES INFLUYENTES PARA LA ACEPTACIÓN
DEL PARTO VERTICAL IMPLEMENTADO EN EL HOSPITAL DE
SARAGURO**

RESUMEN

RESUMEN

La atención del parto culturalmente comprende, un conjunto de acciones actitudes dirigidas a incrementar, el acceso de comunidades, pueblos, indígenas a la atención institucional, según sus costumbres.

Según (OMS), en el 2010 la mortalidad materna a nivel mundial fue de 400 x 100.000 nacidos vivos, revelando faltan de acciones de servicios de salud. En el año 2010 Ecuador reporta una mortalidad materna de 161 muertes, conociendo está problemática que amenaza al binomio madre - niño, es interés realizar el presente estudio de tipo descriptivo e interpretativo titulado: Factores socio-culturales influyentes para la aceptación del parto vertical implementado en el Hospital de Saraguro, de los resultados se han derivado un plan de intervención que comprende actividades para realizar la promoción del parto vertical en la comunidad con mayor población indígena, el tipo de estudio fue descriptivo e interpretativo, el área de estudio constituyó el Hospital Básico de Saraguro, el universo y muestra estuvo conformada por 150 mujeres. La técnica a utilizada, fue la encuesta estructurada. En el estudio se determinó que 20.8% de las mujeres indígenas en labor de parto sufren crítica, por sus pobres prácticas de higiene, sumándose a esto que el 22.6% de las madres indígenas en período de gestación, no tienen conocimiento sobre la implementación de la sala de parto vertical en el Hospital de Saraguro. Con lo referente al método más aceptado por las madres mestizas e indígenas tenemos que, él 45.8% de las madres indígenas utilizan el parto occidental, para dar a luz a sus hijos, un elemento importante en la cultura indígenas, es el abrigo /vestimenta es así según esté estudio el 58.3% de las madres indígenas en labor de parto, prefieren utilizar su propia vestimenta. El 56.3% de las mujeres indígenas prefieren que su parto sea atendido por una partera. Dentro de la medicina ancestral utilizada durante el parto por la partera en la sala de parto vertical, con respecto al madres indígenas, el 50% utilizaron la albahaca en infusión y solo el 18.8% utilizó la ruda; como complemento se utilizan las parteras la infusión de pimpinela y macerado de valeriana, para disminuir la ansiedad y nervios en el momento del parto. Canchalagua, Perejil que contribuyen aumentar la temperatura corporal de la parturienta, toronjil, para

ayudar a la madre a abrir los huesos, finalmente se ejecuto el plan de intervención.

SUMMARY

SUMMARY

Delivery care culturally comprises a set of attitudes actions aimed at increasing the access of communities, peoples, indigenous to institutional care, according to their customs. According to (WHO), in 2010 the global maternal mortality was 400 per 100,000 live births, revealing lack of health care stocks in 2010, Ecuador reported a maternal mortality rate of 161 deaths, knowing this problem that threatens the binomial mother-child, are interest with this study of descriptive and interpretative entitled influential vertical delivery acceptance implemented in Saraguro Hospital, the results of socio-cultural factors have been derived intervention plan that includes activities for promoting vertical delivery in the community with the largest indigenous population, the type of study was descriptive and interpretive, the study area was the Saraguro Base Hospital, the universe and sample consisted of 150 women. The technique used was the structured survey. The study found that 20.8% of indigenous women in labor suffer criticism for their poor hygiene practices, adding to this the 22.6% of indigenous mothers gestation period, have no knowledge of the implementation of the vertical delivery room at the Hospital of Saraguro With regard to the most accepted method by mestizo and indigenous mothers have to be 45.8% of the Western mothers use indigenous labor to give birth to their children, an important element in the indigenous culture, is the coat / dress is according to the study is 58.3% of indigenous mothers in labor, prefer to use their own clothing. 56.3% of indigenous women prefer to give birth is attended by a midwife. In traditional medicine used during labor by the midwife in the delivery room vertically with respect to indigenous mothers, 50% used the basil infusion and only 18.8% used the rough, in addition TBAs used infusion Pimpinela and macerated valerian to reduce anxiety and nerves at the time of delivery. Canchalagua. Parsley contributing to increase the body temperature of the mother, Melissa, to help the mother to open the bones finally the intervention plan was executed.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

“De acuerdo con la Organización Mundial de la salud, la mortalidad materna, es el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días al término del embarazo independientemente de su duración, circunstancias o causas relacionadas con el embarazo y su manejo, excepto muertes por causas accidentales o incidentales. UNICEF reportó en el 2010, un índice de la mortalidad a nivel mundial de 400 x 100.000 nacidos vivos, los países desarrollados 20 x 100.000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo 440 x 100.000 nacidos vivos. La muerte materna, es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género, pobreza, marginación y exclusión en la que viven un sector de la mujeres indígenas, revelando la falta de acción de los servicios de salud, así mismo están una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una gran desventaja, tanto en el acceso y atención de la salud.”¹

“En México existen 14.172.483 indígenas, un país en América Latina, con mayor población indígena en términos absolutos las mismas que viven condiciones de marginación, mala infraestructura, salud, educación, representando un riesgo para la población femenina. Los problemas de la población indígena obedecen a la condición y posición de género, falta de acceso de las mujeres indígenas a servicios de salud y discriminación conyugal. Los problemas de salud de las mujeres indígenas declinan aun más por la desnutrición y el trabajo físico excesivo e inclusive la violencia familiar, sigue prevaleciendo en las comunidades indígenas una alta de morbi – mortalidad materna. La problemática se incrementa aun más en las mujeres indígenas debido a que un gran porcentaje, no acude a los establecimientos de salud para recibir atención materna - infantil, debido a la falta de información, recursos económicos, marginación, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano.”² “La muerte materna en comunidades indígenas tiene relación

¹ WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHOM, UNICEF and UFPA. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva 2004. Hallado en: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000.

² OPS, OMS. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª sesión del comité regional. Washington, D.C., EUA, 23-27 septiembre de 2002.

con sus costumbres que exigen a las mujeres una maternidad prematura y prolifera, arriesgando su salud e incluso su vida.

En México el 30 % de las muertes maternas en el año 2010, fueron en mujeres indígenas. Los estados con mayor presencia indígena que registran mortalidad de materna mas alta son: Oaxaca más de la mitad (55.95%), Guerrero el 47.2%, Chihuahua el 35.9%, Chispas y Yucatán registro la cuarta parte muertes maternas en mujeres indígenas, San Luis Potosí el 22.7%, Hidalgo 17,2%. Las mujeres indígenas que fallecieron en estos estados ocurrieron en su hogar por causas relaciones con el embarazo, el parto o el puerperio.

La tasa de mortalidad materna indígena en Guatemala en 2007 fue 153 mujeres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos y para 2009 se registró 139 muertes maternas. Las condiciones de vida que prevalecen en las comunidades rurales son la principal causa de las muertes maternas, cerca del 50% de la muertes maternas ocurren con mayor incidencia en poblaciones pobres, indígenas y rurales que no han accedido a una educación formal.”³

“Chile, Uruguay presentaron la tasa más baja de mortalidad materna de Latinoamérica menos del 21 y 25 por 100.000 nacidos vivos respectivamente, Bolivia a pesar de su acelerado descenso aún registra 180 muertes maternas . En el Perú la implementación del parto vertical ha sido acogida por todos los establecimientos de salud de regiones que atienden poblaciones rurales indígenas, como estrategia para facilitar el acceso a servicios de salud. Perú registra anualmente entre 1500 a 1800 mujeres fallecidas por problemas relacionados por con el embarazo, estas muertes ocurren en departamentos con mayor población indígena y con índices altos de pobreza como Huánuco registrando 38 muertes maternas en el año 2006:35, 2007:32, 2008: 34, 2009: 31,2010, 23 en le 2011, 18 muertes maternas la mayoría por hemorragia posparto en zonas rurales. Puno y Ayacucho, reporta 2300 partos domiciliarios ocurridos en el año 2010 fueron de manera vertical representando el 28% del total de los partos ocurridos en la región.”⁴

³ Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2005. Washington DC, 2005. Hallado en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IBfolleto-2005.pdf>

⁴ Conferencia dictada el 4 de noviembre de 2003 en el XVII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO, 2003

“En Ecuador hasta el 2010 según el (INEC), somos 14,204.900 habitantes de los cuales el 5% son indígenas. La mortalidad materna para 2012 fue de 161 muertes según el lugar de fallecimiento, se clasifico de la siguiente manera: 9 madres murieron en su comunidad, porque no saben reconocer las señales de riesgo y no piden ayuda lo que equivale al 5%; 14 mueren durante su traslado en el camino ya que no tienen facilidad de movilizarse, 138 murieron en los centros de salud, por que no cuentan con personal capacitado las 24 horas, ni insumos necesarios para la atención del mismo.”⁵

“En la actualidad, 150 mujeres mueren por cada 100 mil nacidos vivos. Y el 77.9% mueren por causas obstétricas. Estas cifras no han sufrido variaciones durante los últimos 10 años lo que refleja, que está problemática en el país no ha recibido la suficiente atención en los planes nacionales de salud. Al momento Ecuador ocupa, el cuarto lugar en mortalidad materna entre los países de las Américas, con un mayor índice en las provincias Zamora Chinchipe y Sucumbíos.”⁶ “Estudios realizados a comunidades indígenas sobre por que prefieren parir a sus hijos en posición vertical y en su entorno familiar mostró lo siguiente; la falta de respeto a sus costumbres para la atención del parto, maltrato físico-verbal de profesionales de la salud, el equipamiento de la sala “camilla ginecológica”, acompañamiento familiar, totalmente opuesta a su medio natural. Hace aproximadamente cinco años, en Ecuador se aprobó la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural pero, el estado se olvidó de implementar y capacitar los recursos humanos, permaneciendo en latencia y en espera de ser retomado. Gracias a entidades cooperantes que consideraron importante el tema de la interculturalidad y el respeto de derechos en salud, se comenzó a implementar esta técnica culturalmente implementada parto “vertical” con la única finalidad de establecer un estrecho vínculo con las diferentes etnias asentadas en Ecuador en especial la cultura saragura y de esta forma este método implementado garantizara una

5. MSP .Sistema de vigilancia y epidemiología 2006

6. http://www.google.com.ec/#hl=es&client=psyab&q=mortalidad+materna+en+el++loja&oq=mortalidad+materna+en+el++loja&gs_l=hp...2408.6850.1.7168.12.12.0.0.0.0.665.2507.0j11j51.12.0...0.0...1c.1.12.psyab.1CsBEYdPqi0&pbx=1&av=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.4634061,d.dmg&fp=a682ee4e7b0fce2b&biw=1440&bih=761

7. Harvey. A .Steven y Jorge Hermida ,Propuesta de investigación Operativa: Efecto de adaptación cultural de la atención obstétrica sobre la satisfacción de las usuarias en cuanto a labor de parto y el parto y sobre la demanda de pato institucional en el Ecuador ,QAP-USAID,Quito ,2006

atención a la parturienta respetando sus costumbres y tradiciones y lograr una mayor acogida por las madres saragurenses.”⁷

“En Loja, Cañar, Carchi, Los Ríos y Pichincha, debido a esta problemática se ha recuperado la práctica ancestral (parto vertical). En Quito el 30,1 % de los partos de las mujeres indígenas ocurren en hospitales, más del 40% de mujeres de las provincias de Bolívar, Cotopaxi, dieron a luz en su domicilio. Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con los factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo y que son poco conocidas por el personal de salud.

En un primer momento se ha privilegiado la adecuación cultural (parto vertical), para garantizar el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud y responder a sus aspiraciones respetando sus costumbres de acuerdo a las políticas de salud. En Otavalo, con la introducción del servicio de parto culturalmente adecuado se ha incrementado en un 9%, permitiendo la participación activa de los familiares, evitando el distanciamiento neonatal y favoreciendo el alojamiento conjunto madre-niño, previniendo la pérdida de temperatura corporal del recién nacido, disminuyendo las episiotomías desgarras en la madre, además se incorporo el trabajo de las parteras en el proceso de atención del parto culturalmente adecuado.”⁸

“Mediante este modelo el MSP está trabajando en la sensibilización, capacitación del personal de salud, para superar las siguientes barreras: falta de respeto a sus costumbres 31%, resistencia a usar los servicios de salud 23%, miedo 22%, comunicación oral (idioma) 33%, desconfianza en el servicio, 17% posición ginecológica incomoda 59% a fin de que las mujeres indígenas accedan a los servicios de salud y lograr la reducción de muertes maternas. Rosa Colta, representante de la Dirección de salud Intercultural de Imbabura manifestó que actualmente se dispone con 264 parteras identificadas: 22 están en proceso de capacitación, 64 disponen de permiso certificado para atender en los hospitales, las demás se encuentran en proceso de selección. El Ministerio de salud mediante en departamento de salud intercultural del Azuay,

⁸ Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. Política Intercultural en salud y Derechos Sexuales”. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador .Quito.

está incorporando el parto vertical, que paulatinamente ofrecerá la atención del parto culturalmente adecuado, con la finalidad de brindar una atención de calidez y respeto a la diversidad cultural del país. Así promueven el derecho a la mujer a elegir en que posición de preferencia para dar a luz.

Hasta el momento existen cinco salas para la atención del parto vertical las mismas que se encuentra ubicados en los hospitales de Nabon, Paute, Pucara y en Cuenca. El Hospital Carlos Elizalde en Yanuncay se atiende hasta el momento 30 partos por mes, dos de ellos en forma ancestral, es decir que durante 18 meses se ha atendido 36 partos verticales.”⁹

“En la provincia de Loja en el 2006, tres madres parturientas, fallecieron por demora de atención de la institución a la que acudieron, entre la causas mas significativas de muerte materna está, la hemorragia con el 38%, pre eclampsia 26%, sepsis 21%, otras causas 15%, estas defunciones se registraron en los grupos 20-34 años.”¹⁰ La mortalidad materna no esta muy alejado de la realidad nacional es así que en el 2010 alcanzo el 0.2% de la cuales la principal causa de la muerte materna fueron las distocias, de acuerdo a está problemática y como estrategia para rescatar la cultura ancestral, el Hospital Básico de Saraguro implementó, la sala de parto vertical, luego de evidenciar que un 30% de los partos se producen institucionalmente, lo que explica que 70% ocurren en el domicilio atendidos por parteras o por familiares sin conocimiento¹¹, “Así el parto occidentalista beneficia a la parte médica y desfavorece en gran parte a la cultura saragura por que casi poco o nada se respeta sus costumbres como: el uso de infusiones medicinales, alimentación, trato interpersonal deficiente, disposición final de la placenta, motivo que ha llevado a desvincular a está etnia de esta casa de salud. Saraguro es, el primer cantón en Loja que cuenta con una sala para el parto culturalmente adecuado.”¹² En base ha está problemática surge, la necesidad realizar un estudio sobre los factores socio-culturales influyentes parar la aceptación del parto implementado en el Hospital de Saraguro planteando los siguientes objetivos:

⁹ MSP, Sistema de Vean, 2007

¹⁰<http://www.misereor.gob.ec/home/index.php/misereor/noticias/110msp-fortalece-la-practica-ancestral-del-parto>.Viernes ,10 de Junio de 2011 .11:05

- Determinar los factores sociales propios de los saraguros con respecto al parto.
- Identificar las costumbres culturales tomadas en cuenta durante el parto.
- Conocer cuál de los métodos presentes en esta casa de salud es más aceptado por las madres mestizas e indígenas en labor de parto.
- Determinar si las mujeres embarazadas y en edad fértil tanto mestizas como indígenas, tienen conocimiento sobre la implementación de la sala de parto vertical culturalmente adecuada.
- Plantear un plan de intervención, en la comunidad con mayor población indígena. de acuerdo a los resultados obtenidos donde se identifique una problemática.

El referente teórico que respalda este estudio fue seleccionado a objeto de constatar la información con los resultados del estudio el mismo que esta estructurado por capítulos y subtítulos. Para la obtención de la información se aplicó una encuesta debidamente estructurada con lo referente a factores sociales, culturales y conocimientos. Los resultados obtenidos se presentan en tablas estadísticas con su respectivo análisis relacionado con la revisión literaria.

Finalmente el informe contiene conclusiones y recomendaciones las cuales van dirigidas al Hospital Básico de Saraguro.

REVISIÓN DE LITERATURA

CULTURAS DEL ECUADOR

GENERALIDADES:

La cultura indígena en Ecuador está rescatando sus tradiciones ancestrales, tanto ámbito cultural y artístico, que por ser pueblos originarios tienen sus propios enfoques y nociones sobre la salud-enfermedad, por lo tanto conservan su propia medicina holísticas, que entra en desacuerdo con la occidentalista.

El embarazo, parto y puerperio en las mujeres indígenas, son procesos de relevancia social, cultural, que en todas las sociedades moldean el comportamiento reproductivo de diversas formas, así como diversas normas y cuidados para cada período del ciclo vital y reproductivo. Pero las mujeres indígenas frente al modelo de medicina oficial han debido ser sometidas al uso de medicina y procedimientos occidentalistas, de esta manera se han alejado de las prácticas culturales, donde la mujer indígena ha debido reconstruir un mundo de significaciones, para adaptar su mundo cultural a un nuevo espacio ajeno, como una sala de un hospital, y personal médico y de enfermería, con todos los procedimientos y tecnologías que implica. Pero en este proceso de pérdida cultural y de patrimonio, las experiencias del parto intercultural (parto vertical) permiten rescatar conocimientos y prácticas de los pueblos indígenas en directo beneficio a la salud de la mujer gracias a las reformas que constitucionalmente se produjeron.

SOCIO-ANTROPOLOGÍA DE LA CULTURA SARAGURA

“Los Saraguros son un importante grupo étnico de la sierra del Ecuador, que ha sobrevivido durante siglos de colonización española, sin perder su identidad, modo de vida, tradiciones, creencias y vestimenta (negro y blanco de lana pura, tejido en antiguos telares). Han vivido de manera tradicional durante cientos de años, en contacto cercano con la pachamama o Madre Tierra. Se cree que los

Saraguros fueron traídos al Ecuador desde el área del Lago Titicaca en Bolivia como mitimaes o mitmaccunas (poblaciones enteras trasladadas por los Incas a territorios recién conquistados) durante el proceso de expansión del Tahuantinsuyo o Imperio Inca.

Identidad

Saraguro proviene de dos términos Sara (maíz) y Guru (gusano), por tanto, Saraguro significaría gusano del maíz, nombre que está estrechamente ligado al maíz y radica su importancia económica, social y simbólica siendo es el sustento de pueblo de Saraguro.

Ubicación territorial

El pueblo Saraguro, se encuentra asentado en el vasto territorio, en sentido horizontal, se extiende desde el extremo noroccidental de la provincia de Loja en la región Interandina, hasta las cercanías de la Cordillera del Cóndor en la provincia de Zamora Chinchipe, se encuentran distribuidos en las provincias de Loja: en las siguientes parroquias: Tenta, Celén, San Antonio de Cumbe, el Tablón, Lluhzapa, Selva Alegre, Urdaneta y San Lucas. En la provincia de Zamora Chinchipe, en las parroquias: Guadalupe, Imbana, Guayzimi, Yacuambi, La Paz, Tutupali y Yantzaza. Existe además migración a las provincias de Azuay y Pichincha.

Idioma

El idioma materno del pueblo Saraguro es el kichwa, que actualmente enfrenta una problemática socio-lingüística, ya que se evidencia la pérdida de funcionalidad de la lengua materna convertida en pasiva en la mayoría de las comunidades, en las que se ha extendido el predominio y uso generalizado del castellano como primera lengua.

Organización sociopolítica

Se estima que el pueblo Saraguro abarca una población que fluctúa entre los 37. 000 y 60. 000 habitantes, organizados en alrededor de 183 comunidades.

Su organización social tiene como modelo típico la familia nuclear, sin embargo, se encuentran también formas de familia extensa, siendo el núcleo central para la reproducción biológica, social, económica.

La monogamia, es la regla culturalmente aceptada además, puede darse el caso de la existencia y aceptación del levirato o matrimonio de un hombre con la viuda del hermano, así como del sororato o matrimonio con la hermana de la mujer, por esterilidad o muerte de la esposa. Está igualmente aceptado el matrimonio entre primos cruzados. Se practica un tipo de residencia patrilocal (casa del padre del esposo) por algún período de tiempo, hasta que la pareja tenga hijos y los recursos económicos necesarios como para establecer una residencia.

La ideología de parentesco está basada en un sistema claramente bilateral, puesto que las relaciones de descendencia se trazan para ambos sexos por igual, tanto por línea masculina (patrilineal) como por línea femenina (matrilineal). Sin embargo, el sistema biológico dominante de descendencia es paralelo, dado que se tiene la creencia de que los varones descienden y heredan los rasgos biológicos característicos sólo de los varones; y las mujeres, sólo de las mujeres. Este modelo de descendencia biológica paralelo se expresa también en las relaciones sociales y en las relaciones rituales y simbólicas; un ejemplo de ello, es la división por género del trabajo productivo, así como la organización de los cargos en sus fiestas y celebraciones, en los que se da esta estructuración paralela, pues se delimitan muy claramente unos cargos para hombres y otros para mujeres. El parentesco ritual que se establece a través del compadrazgo y el padrinzago constituyen instituciones de mucha importancia y prestigio, y contribuyen a la consolidación tanto de las relaciones de parentesco como a la ampliación de las relaciones intracomunitarias; por ello, padrinos, madrinas y compadres gozan de una autoridad simbólica tan importante como su progenitores. En el ámbito familiar existe una división del trabajo por género muy flexible; si bien hay roles exclusivos preestablecidos para hombres y mujeres, cuando es necesario los dos géneros comparten sus obligaciones. La organización social del trabajo se da en forma colectiva a través de la minga, la que cuenta con la participación

de toda la población para la ejecución de obras de beneficio comunitario. Los principios que rigen la vida social y económica comunitaria son la solidaridad y la reciprocidad; una expresión de ello es el "pinzhi" que consiste en ofrecer, como contribución colectiva para la realización de la fiesta, productos cocinados y crudos, bebidas y hasta dinero, los mismos que serán posteriormente devueltos.

Estos principios regulan también la realización de las mingas familiares o comunitarias, así como los intercambios y el préstamo de objetos para la realización de sus actividades productivas, como semillas o instrumentos de trabajo. El pueblo Saraguro ha constituido una estructura organizativa, bajo una nueva concepción con base comunitaria tradicional, sustentada en principios de solidaridad y reciprocidad pero con nuevos mecanismos de cohesión. La comunidad fue y es el modelo de la organización social, política, religiosa, administrativa y económica. Las organizaciones zonales son otra característica de la organización de los Saraguros. Las zonas dan cuenta de los distintos asentamientos; norte, sur, este y oeste.

Familia

La familia constituye el núcleo para la socialización de los valores de su cultura, los mismos que se transmiten a través de la tradición oral; mediante la enseñanza y práctica, de los padres a sus hijos, los conocimientos de las diferentes actividades de subsistencia como la labranza, el trabajo artesanal y otras técnicas. El proceso formal de socialización se lo realiza a través de los medios masivos de información, así como del sistema de educación formal, bajo las modalidades de educación hispana y educación intercultural bilingüe. Un sistema informal no escrito, pero culturalmente sancionado y aceptado y que debe ser rigurosamente respetado, regula la conducta comunitaria; está sustentado en los principios de la solidaridad, la reciprocidad y la generosidad, que constituyen valores individuales y colectivos, mientras que el egoísmo, mentira y la vagancia son antivalores, por lo tanto, objeto de sanción comunitaria.

Ritos y tradiciones

Los 2,4 millones de mujeres indígenas ecuatorianas, prefieren traer al mundo a sus hijos envueltos en una atmósfera hogareña, con olor a hierbas medicinales y prefieren dar a luz de pie, por que para ellas eso representa "una nueva forma de nacer".

En el país, la mortalidad materna era mayor en la población indígena que en la mestiza, debido a las condiciones poco salubres en las que se desarrollaba el parto ancestral, lejos de la asesoría médica. Ahora, esa distancia ha disminuido y en 57 localidades ecuatorianas los recursos de la medicina occidental han comulgado con los principios de la cultura indígena para recibir a los nuevos niños en escenarios "culturalmente adecuados".¹³

Economía

“El minifundio, es la unidad básica de producción ha diferencia de otros pueblos indígenas de la Sierra. La ganadería constituye la principal actividad económica. Su producción abastece de carne a los mercados locales y provinciales, manteniendo la producción de quesos y leche para el abastecimiento local. A nivel familiar se crían animales domésticos como aves de corral, ovejas, cerdos y cuyes, destinados al autoconsumo, especialmente en fechas festivas. Practican una agricultura basada en un sistema de rotación y cultivos asociados de diferentes productos y destinada al autoconsumo. Es muy común en casi todas las comunidades, el cultivo de hortalizas y plantas medicinales como borraja, ataco etc. Las artesanías constituyen otra fuente importante de ingresos en la economía, especialmente la cestería, la cerámica y la talabartería, cuya producción está destinada al autoconsumo y al mercado local.”¹⁴

LA CULTURA SARAGURA Y PARTO DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES Y TRADICIONES

Signos que indican el nacimiento

- ✓ “Dolor con ligero sangrado

¹⁴ Parto Ancestral Mayor Calidez y Armonía. <http://vidayestilo.terra.com.ec/salud>

- ✓ El pulso de la madre sube a la altura del brazo
- ✓ Hay un incremento leve de la temperatura, a nivel del rostro y de la corona
- ✓ Se evidencia el descenso del vientre
- ✓ El rostro se empalidece y hay sudoraciones
- ✓ Dolor de cadera
- ✓ Los dolores son cada vez mas frecuentes cada 5-4-3-2 minutos
- ✓ Finalmente deseos de defecar"¹⁵

“El parto en está cultura se desarrolla en un ambiente familiar con el acompañamiento dela partera, el esposo y la suegra y otro familiar de confianza.

Posición y atención del parto

Todas las parteras indígenas que atiende el parto de forma vertical brida la libertad de elegir la posición de preferencia ya sea: colgando de una soga, cuclillas, sentadas, semis-sentadas etc. Los preparativos para recibir su futuro hijo comienzan desde algún tiempo atrás, con la confesión de los pañales, pañuelos, “puperos”, fajas. Siempre la persona que está pendiente al momento que se presentan los dolores, es la madre o suegra, inmediatamente el esposo u otra persona se dirige a la partera de confianza que siempre es aquella que ha llevado el control durante el embarazo. La partera acude a cualquier hora del día con los materiales básicos, como la infundia de gallina, belladona, aceite de almendras y otros .Ya en la casa de la parturienta realiza lo siguiente, toma el pulso, revisa la parte íntima para verificar las secreciones vaginales, y explica a los familiares si el nacimiento está próximo. Como coadyuvante energético prepara agüitas especialmente de albahaca con un chorrito de mayorca y da de beber a la parturienta. Además, ordena pelar una buena gallina para darle el caldo, que viene a ser igualmente una fuente de energía"¹⁶.

Cuando los dolores son muy fuertes

¹⁵ CALDERÓN. Fernanda. MSP: Dirección Provincial de Salud de Loja: Proceso de Implementación, Subproceso de Salud Intercultural. Cartilla de Salud Reproductiva de la cultura Saragura. Loja - Ecuador

¹⁶ CALDERÓN. Fernanda. MSP: Dirección Provincial de Salud de Loja: Proceso de Implementación, Subproceso de Salud Intercultural. Cartilla de Salud Reproductiva de la cultura Saragura. Loja - Ecuador

“La partera dice esta pasada de frio; entonces manda a calentar un manojito de marco (altamisa) lo pone en el piso para que lo pise la parturienta y un puñado del mismo lo amarra con bayeta negra en la cadera .También ligeros vapores de romero y laurel bendito.

A medida que el niño desciende se le coge el shungu (corazón) con un pañuelo. Algunas parteras lo dejan así por 4-5 días y otras hasta 12 días después del parto .Esta es una práctica ancestral, porque existe la creencia de que la placenta va en busca del niño, si no se realiza este procedimiento puede morir la madre después del parto.

Una vez que se produce la etapa expulsiva, la partera recibe al niño, lo revisa primeramente el sexo y estado general del niño y comunica a los presentes, y procede con el corte del cordón umbilical, que no necesariamente lo hace la partera, la persona que lo haga es llamada comadrona.

El corte del cordón umbilical

“La distancia varía entre parteras, algunas lo hacen a una cuanta (20cms) y otras a 1 jeme (12cms), hay creencias que tiene relación a lo largo del pene o la ancho de la vagina .El amarrado del cordón lo hacen a ambos lados con hilo chillo y el corte lo hacen con una tijera esterilizada mediante el hervido .Una vez que se haya realizado esta operación al niño lo ponen junto a su madre, pero sin soltar el ombligo para facilitar la expulsión de la placenta.

Generalmente la placenta es expulsada a los 10 minutos si pasa de este tiempo, entonces la partera coge un poquito de timolina lo mezcla con infundia de gallina y procede a masajear en forma circular, pero con la otra mano sosteniendo el cordón y dando unos ligeros haloncitos.

Si la expulsión de la placenta no se produce con los masajes antes descritos, hay que preparar en decocción 1 hoja amarilla de arracacha +canela +1 chorro de aguardiente y además se continúa dando caldo de gallina sin sal.”¹⁷

Problemas más frecuentes durante el parto

¹⁷ CALDERÓN. Fernanda. MSP: Dirección Provincial de Salud de Loja: Proceso de Implementación, Subproceso de Salud Intercultural. Cartilla de Salud Reproductiva de la cultura Saragura. Loja - Ecuador

“Si el niño está en manto, es decir cuando no se rompen las membranas, se debe dar masajes por todo el vientre en forma circular con algún objeto de plata, puede ser un sol peruano, un topo, una cuchara etc.

En caso de placenta previa o adelantada urgente se transfiere aún hospital o un centro de salud más cercano.

Cuando faltan contracciones uterinas

Machacar tres pepas de chirimoya + raíz de perejil, dar de tomar este brebaje unos tres bocados.

Hervir un puñado de bolitas de guano de oveja con chichira y hacer que tome una onza de este brebaje.

En decocción 1 ramita de toronjil + 1 de manzanilla dar de beber calentito un vaso pequeño.”¹⁸

PARTO VERTICAL CULTURALMENTE ADECUADO

INTERCULTURALIDAD

“La Organización Panamericana de la Salud señala: “Interculturalidad” significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad del mundo está manera se facilita la apertura para escuchar y el enriquecimiento mutuo. La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades.

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

¹⁸ CALDERÓN. Fernanda. MSP: Dirección Provincial de Salud de Loja: Proceso de Implementación, Subproceso de Salud Intercultural. Cartilla de Salud Reproductiva de la cultura Saragura. Loja - Ecuador

FUNDAMENTOS CULTURALES

En nuestro país según CONAPO, el año 2005 la población indígena fue 13, 433,160 habitantes, lo cual corresponde a 12.21% de total de la población de la población ecuatoriana, se identifican 62 grupos indígenas, una de las mayores diversidades en América Latina. Estos pueblos cuentan con una cosmovisión y comprensión de la salud-enfermedad muy diferente al de nuestro modelo convencional. Como elementos sustanciales de esta cosmovisión podemos apreciar que la salud y la enfermedad se consideran como situaciones de equilibrio o desequilibrio entre elementos fríos o calientes. Todo lo que sucede en la Tierra y el cosmos se puede clasificar también como frío y caliente, y su interacción con el ser humano, puede favorecer su salud o condicionar la enfermedad. El alterar las reglas de armonía entre los seres humanos, la naturaleza, el cosmos y las divinidades, también puede ocasionar desequilibrios que lo pueden afectar a él, a su familia o a la comunidad. Los servicios de salud cuentan con personal capacitado para atender el parto y en casos necesario complicaciones del parto si se presentaran. Sin embargo, aunque parezca contradictorio, desde la percepción y cosmovisión indígena, la misma clínica u hospital, en muchas ocasiones también se valora como un lugar que posee riesgos importantes a la salud. Específicamente con respecto al parto se señala: “que la sala de expulsión es “fría” y puede producir “frialdad” a la madre e inhibir con ello las contracciones que son “calientes”; y recibe el alta antes de cumplir los primeros tres días después del parto en que todavía se encuentra en estado “caliente” con lo que se puede “desequilibrar” y enfermar, que se le prohíben a la usuaria sus elementos de protección para que no le “roben” el calor a ella y a su hijo, con lo que se pueden enfermar; el maltrato y humillación a la mujer produciendo “derrame de bilis” que la puede enfermar a ella y al bebé a través de la leche, la posición del parto con la mujer acostada, señalan que esto dificulta la “descenso del niño”, las contracciones y el pujar, y aumenta los dolores. Estos elementos son ahora considerados como “barreras culturales” que dificultan (o alejan) a los usuarios indígenas de los servicios, y que pueden estar presentes en la normatividad, en los espacios físicos y en la formación del personal de salud. El disminuir o erradicarlas favorece la “amabilidad cultural”. Entendemos por amabilidad cultural, la adaptación de los servicios a la cultura y necesidades de los usuarios, en la que éstos se sientan cómodos y satisfechos.

Para que un servicio de salud sea “amigable culturalmente”, requiere forzosamente de competencia cultural. Por ella entendemos la habilidad y capacidad de las personas e

instituciones (en este caso de salud) para interactuar y negociar la forma y el tipo de servicios que se ofrecen con y para grupos culturalmente diversos.

Ser “culturalmente competente” se refiere a la capacidad del personal de los servicios de salud para fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios de los servicios, promoviendo para sí mismo y para los usuarios de los servicios actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Las Instituciones culturalmente competentes poseen la capacidad para interactuar y negociar eficazmente con grupos culturalmente diferenciados. La competencia cultural acentúa las ventajas de la diversidad cultural, celebra las contribuciones de cada cultura, anima los resultados positivos de obrar recíprocamente y apoya compartir las responsabilidades y oportunidades.

La competencia cultural en las instituciones de salud, pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud.

La atención del parto en posición vertical, además de poseer ventajas fisiológicas, es ahora un elemento de competencia cultural que puede disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud.”¹⁹

INDICACIONES

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

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL PARTO VERTICAL

VENTAJAS

- Efectos respiratorios: el peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la

¹⁹ Juñe, Patricia .Nuevos Paradigmas en la Antropología Medica, ponencia :IV Congreso Chileno de Antropología, Noviembre 2001, universidad Chilena en :http://www.minkowska.com/artcle.php3?id_article=1222

oxigenación de la madre y el feto. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.

- Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Esta musculatura colaborara en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir el egreso del cuerpo del feto. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir
- “Disminución de los riesgos de compresión aortocava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supino hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto *Poiseiro* (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- Eficiencia de la combinación matriz - presión abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitócica y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
- La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integridad de las membranas disminuye las posibilidades de riesgo para el feto y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición vertical evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aun cuando las membranas estén rotas y con la

presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulaci3n y la posici3n vertical.

- Se proporcionan beneficios psico-afectivos importantes a la madre, como la reducci3n del dolor sensaci3n de libertad, de control, de participaci3n, y mayor satisfacci3n durante y despu3s del parto.”²⁰

DESVENTAJAS

- Aumenta el riesgo de p3rdida de sangre.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy inc3modas para los m3dicos. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obst3tricos en los que tanto la parturienta como el m3dico, se pueden encontrar c3modos.
- La posici3n en cuclillas, que a menudo se denomina la posici3n m3s natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable per3odo de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres occidentales que ya no se acucillan para defecar. Sin embargo existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar.

FACTORES DE RIESGO

- “Ces3rea anterior.
- Incompatibilidad feto-p3lvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en presentaci3n pod3lica.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentaci3n.

CONTRAINDICACIONES

²⁰ MALDONADO .Jasmin. Direcci3n Provincial de Salud de Loja .Subproceso de salud .3rea de salud N3 10. Reglamento interno de la sala de parto culturalmente a adecuado –hospital B3sico de, Saraguro Agosto 2010.

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

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocias de contracción.
- Macrosomía fetal.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia severa, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado.”²¹

COMPLICACIONES DURANTE PARTO VERTICAL

- Laceraciones a nivel del periné.
- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de miembros superiores.
- Distocia de hombros.

APLICACIONES

“El parto en posición vertical se puede realizar en diferentes posiciones y niveles de tecnificación, de acuerdo a las necesidades culturales y posibilidades técnicas.

²¹ MALDONADO .Jasmin. Dirección Provincial de Salud de Loja .Subproceso de salud .Área de salud N° 10. Reglamento interno de la sala de parto culturalmente a adecuado –hospital Básico de, Saraguro Agosto 2010.

Posición de cuclillas: variedad anterior

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

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
- La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.

Posición de cuclillas: variedad posterior

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecuará para asistir a la madre en el periodo expulsivo.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.²²

²² MALDONADO .Jasmin. Dirección Provincial de Salud de Loja .Subproceso de salud .Área de salud N° 10. Reglamento interno de la sala de parto culturalmente a adecuado –hospital Básico de, Saraguro Agosto 2010.

Posición de rodillas.

- “El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por la región del tórax, permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.
- En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

Posición sentada y semi- sentada.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento.
- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta esté ubicada debajo de la gestante.
- En la posición semi-sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama.”²³

Posición cogida de la sogá

“Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.

²³ MALDONADO. Jasmin. Dirección Provincial de Salud de Loja .Subproceso de salud .Área de salud N° 10. Reglamento interno de la sala de parto culturalmente a adecuado –hospital Básico de, Saraguro Agosto 2010.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del período expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.

Posición pies y manos

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.
- La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer”.²⁴

PLAN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL

“Comprende el conjunto de procesos y acciones que permiten adecuar la oferta de servicios maternos para producir una prestación de salud que cubran las necesidades de atención del parto de las mujeres de las poblaciones andinas y amazónicas.

RECURSOS HUMANOS

El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación empática

²⁴ Norma Técnica Nacional del Parto Vertical, Ecuador Abril, 2008

con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad.

“La disponibilidad de recursos humanos para la atención responderá al nivel de complejidad del establecimiento de salud y recursos existentes. El servicio deberá contar con:

- Médico Gineco-Obstetra o Médico General con competencias para la atención obstétrica.
- Médico Pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal.
- Obstetra.
- Enfermera con competencias para la atención neonatal.
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y Neonatal

INFRAESTRUCTURA

- Acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable aproximadamente 24 grados según la climatología
- centígrados), proporcionando calor con estufas u otro sistema de calefacción.
- Protección de ventanas con cortinas de colores y material adecuados a la realidad local.
- Paredes pintadas con colores no claros.

ACOMPañAMIENTO:

- Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta.

- El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.”²⁵

Alimentación:

- “El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, mates, gelatinas, etc. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto
- El personal debe conocer la acción de algunas hierbas y prevenir el uso de aquellas que acentúen las contracciones uterinas

Se recomienda:

- Té o leche con canela y clavo de olor.
- Una taza de chocolate caliente.
- Un mate de albahaca.
- Tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua.
- Una cucharadita de toronjil.

ATENCIÓN DEL PERÍODO DE DILATACIÓN

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

Procedimientos:

- Control de funciones vitales cada hora.
- Evaluar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 45 minutos (al inicio e inmediatamente después de cada contracción).
- Llevar un registro estricto del partograma, el mismo que permitirá tomar las medidas necesarias en caso de identificarse complicaciones (tomar en cuenta

²⁵ MALDONADO .Jasmin. Dirección Provincial de Salud de Loja .Subproceso de salud .Área de salud N° 10. Reglamento interno de la sala de parto culturalmente a adecuado –hospital Básico de, Saraguro Agosto 2010.

que el registro del partograma (CLAP-OMS), permite monitorizar el parto en posición.”²⁶

Examen vaginal:

“Sólo debe ser realizado por personal de salud capacitado, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación, una vez cada cuatro horas es suficiente. Salvo los siguientes casos:

- Cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece.
- Cuando hay signos de que la mujer quiere pujar.

Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el por qué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento.

Manejo del dolor:

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

ATENCIÓN DEL PERÍODO EXPULSIVO

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

Verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención de la parturienta y recién nacido.

Acondicionar o verificar que la sala de partos cuente con:

- Con calor producido por calefactores de acuerdo a la climatóloga
- Camilla o silla adecuada para el parto vertical
- Soga colgada de una viga.

²⁶ MALDONADO. Jasmin. Dirección Provincial de Salud de Loja .Subproceso de salud .Área de salud N° 10. Reglamento interno de la sala de parto culturalmente a adecuado –hospital Básico de, Saraguro Agosto 2010.

- Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de mayo acondicionada para éste propósito”²⁷

Asepsia e higiene:

- Verificar las condiciones de higiene y limpieza del ambiente.
- Verificar que el instrumental para la atención del parto esté debidamente descontaminado, lavado y esterilizado.
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles.
- Poner gran atención en la higiene personal de la parturienta.
- Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas, al inicio y repetirlo si fuera necesario.
- En caso necesario se colocará a la mujer botas de tela para proteger la limpieza de los campos.

Posiciones en el Periodo Expulsivo

- En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está limitada a la recepción del bebé, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera surgir en estos momentos.
- Debe permitirse que la posición de la mujer cambie buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.”²⁸

MARCO LEGAL

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL COMITÉ DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA SALA DE PARTO

ARTICULO 8.

²⁷ MALDONADO .Jasmin. Dirección Provincial de Salud de Loja .Subproceso de salud .Área de salud N° 10. Reglamento interno de la sala de parto culturalmente a adecuado –hospital Básico de, Saraguro Agosto 2010.

²⁸ MSP. Guía Técnica para la atención del Parto culturalmente Adecuado, dado en el distrito metropolitano de Quito .20 -08-2008.pag.32, 33, 34.

- a. “Informar a la parturienta y familiares sobre los servicios de la sala de parto culturalmente adecuado para que ella elija, donde quiere ser atendida.
- b. Respetar a la parturienta en lo que respecta a su dignidad, autonomía, privacidad; respetando sus prácticas culturales y el uso de la lengua materna en atención a las usuarias indígenas, sus prácticas y; así como a sus derechos sexuales y reproductivos.
- c. Evaluar previamente a la parturienta al ingresar, ya sea por consulta externa o por emergencia para proceder con la atención del parto con adecuación intercultural, teniendo en cuenta algunas consideraciones como: la ausencia de complicaciones obstétricas, la presentación cefálica del feto y la complejidad feto pélvico.
- d. Promocionar los servicios que preste la sala de parto culturalmente adecuado en el área de Consulta externa y Emergencia.
- e. Atención prenatal
- f. Brindar atención médica y de enfermería a las mujeres parturientas de acuerdo a su cultura.
- g. Para atender a la mujer parturienta, el personal de salud usar la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuada (MSP ,Ecuador 2008)
- h. El Médico siempre deberá interactuar con la Partera o familiar, para preguntar las costumbres que se realiza durante la labor de parto.
- i. El Médico que atiende el parto deberá diligenciar la historia clínica materna y el recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carnet materno.
- j. Al regresar de la Sala de parto el Médico de Guardia deberá entregar una cita establecida a fin de controlar el puerperio, después de los primeros 7 días.
- k. La partera dará apoyo emocional a la paciente y a su acompañante.
- l. La partera revisará si hay desgarros, si es de Primer grado, lava con aguas medicinales, si el desgarró es más grande, informará al médico quién procederá a suturar.

m. Acondicionar la sala de parto culturalmente adecuada previamente con una fuente de calor, se preparan los implementos para la atención en la sala de parto con adecuación intercultural, en la camilla ginecológica, o silla para parto vertical.”²⁹

MATERIALES Y MÉTODOS

²⁹ MALDONADO .Jasmin. Dirección Provincial de Salud de Loja .Subproceso de salud .Área de salud N° 10. Reglamento interno de la sala de parto culturalmente a adecuado –hospital Básico de, Saraguro Agosto 2010.

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación fue tipo descriptivo e interpretativo, el cual permitió realizar una descripción e interpretar la información obtenida sobre los factores socio-culturales influyentes en la aceptación del parto vertical implementado en Hospital de Saraguro, permitiendo cumplir los objetivos planteados.

AREA DE ESTUDIO: Hospital Cantonal de Saraguro perteneciente al Área N°10 del Ministerio del Salud Pública.

UNIVERSO Y MUESTRA: Lo constituyeron 150 mujeres que reciben atención médica y utilizan el servicio de maternidad del Hospital de Saraguro distribuidas de la siguiente manera: mujeres embarazadas 26 mestizas y 29 indígenas; mujeres en edad fértil 28 mestizas y 19 indígenas; mujeres en labor de parto 15 mestizas y 33 indígenas.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica a utilizada fue la encuesta estructurada y como instrumento se utilizó un cuestionario, construido por preguntas abiertas, cerradas y opción múltiple de acuerdo a la temática.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Luego de la aplicación de la encuesta, se procedió a la tabulación de la información de acuerdo a los objetivos planteados, utilizando el programa de Excel para establecer porcentajes y poder estructurar las tablas y realizar su análisis respectivo.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

POBLACIÓN DE MUJERES MESTIZA E ÍNDIGENA OBJETO DE ESTUDIO

CATEGORIA	MESTIZAS		INDÍGENAS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MUJERES EMBARAZADAS	26	17.3	29	19.3	55	36.6
MUJERES EN EDAD FÉRTIL	28	18.7	19	12.7	47	31.4
MUJERES EN LABOR DE PARTO	15	10.0	33	22.0	48	32.0
TOTAL	69	46.0	81	54.0	150	100

FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que utilizaron el servicio de consulta externa, maternidad del Hospital de Saraguro.

AUTORA: Olga Beatriz Jaya Armijos

ANÁLISIS

El 22% de la población que participó en el estudio, corresponde a las mujeres indígenas en labor de parto, y 10% constituyen las usuarias mestizas embarazadas. “Dentro de la pluriculturalidad que ostenta el Ecuador, en un gran porcentaje están los saraguros, valientes descendientes de la raza de los Mitimaes, que desde épocas españolas y hasta la presente fecha viven asentados con mayor predominio en el Cantón de Saraguro y cimentados en la herencia ancestral. Además desde su entorno familiar, costumbres y tradiciones, la esposa está obligada a procrear los hijos que el esposo disponga.”³⁰

FACTORES SOCIALES

³⁰ Sotomayor. Margarita. Reglamento Interno de la sala de parto culturalmente adecuado –Hospital Básico de Saraguro, pag.1,2 año 2010.

TABLA N° 2
CALIDAD DE ATENCIÓN EN MUJERES INDÍGENAS Y MESTIZAS EN
LABOR DE PARTO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD

CALIDAD DE ATENCIÓN A LA ETNIA INDÍGENA	MESTIZA		INDIGENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Critica por deficientes prácticas de higiene.	2	4.2	10	20.8	12	25.0
Discriminación a la etnia indígena	1	2.1	8	16.7	9	18.8
Falta de amabilidad para comunicarse el idioma nativo.	1	2.1	5	10.4	6	12.5
No brindan confianza para responder adecuadamente a sus inquietudes.	2	4.2	1	2.1	3	6.3
Maltrato verbal y físico excluyente irrespetuoso, despreciativo.	7	14.5	6	12.5	13	27.0
Largas horas de espera.	2	4.1	3	6.3	5	10.4
TOTAL	15	31.2	33	68.8	48	100

FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres indígenas y mestizas en labor de parto, que utilizaron el servicio de maternidad del Hospital de Saraguro AUTORA: Olga Beatriz Jaya Armijos.

ANÁLISIS

El 20.8% de las mujeres indígenas en labor de parto sufren una crítica debido a sus pobres prácticas de higiene, el 2.1% de las mismas ha manifestado que personal de salud discriminan a las madres indígenas, además no les brindan confianza al momento de responder sus inquietudes. “Las mujeres indígenas tienen menor acceso a la atención sanitaria de calidad, supuestamente por su falta de higiene, jugando un papel muy importante el trato interpersonal a las usuarias, que aún en algunos centros de salud, es deficiente por parte de los trabajadores de salud, incluyendo además, malos comportamientos ,de médicos, enfermeras, personal administrativo.”³¹ “Ellos no nos tratan como humanos, nos dicen: estas feas vienen apestando vayan a bañar primero y nos hacen bañar en agua fría en ese sangrado”³²

TABLA N° 3

CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE SALA DE PARTO VERTICAL EN LAS MUJERES EMBARAZADAS Y EN EDAD FÉRTIL TANTO MESTIZAS COMO INDÍGENAS

CONOCIMIENTO	MESTIZAS				INDÍGENAS				TOTAL	
	SI		NO		SI		NO		SI	NO
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MUJERES EMBARAZADAS	19	18,6	7	6.9	6	5.9	23	22.6	55	54.0
MUJERES EN EDAD FÉRTIL	8	7.8	20	19.6	5	4.9	14	13.7	47	46.0
TOTAL									102	100

FUENTE: Encuesta aplicada a las mujeres embarazadas y en edad fértil, tanto mestizas como indígenas que utilizan el servicio de maternidad del Hospital de Saraguro.

AUTORA: Olga Beatriz Jaya Armijos

ANÁLISIS

³¹ Campos, Caroline Guía Técnica para la Atención del parto vertical culturalmente adecuado, Proceso de Normalización de Sistema Nacional de Salud 2008 .pag.14 ,15.

³² Testimonio de María Arcos, Dirigente de mujeres indígenas de Tungurahua “1° Taller de adecuación Cultural de la atención del parto”,Pillaro, Prov. Tungurahua ,Ecuador, Febrero del 2005.

El 22.6% de las madres indígenas en período de gestación, no tienen conocimiento sobre la implementación de la sala de parto vertical en el Hospital de Saraguro. El 4.9% de las mujeres indígenas en edad fértil conocen este servicio. “Se ha evidenciado según este estudio que una de las limitantes para hacer uso de la sala de parto vertical culturalmente adecuado, es la falta de promoción por parte de del Hospital de Saraguro, ya que en su mayoría las madres embarazadas, no conocen el servicio ofertado por el MSP hace 2 años 8 meses, a esto se suma la falta de confianza de las madres ya que en ocasiones no les brindan libertad para elegir el método de acuerdo a su costumbre para dar a luz.”³³

³³ MALDONADO Ortega. Jazmín Reglamento interno de la sala de parto culturalmente adecuado, Hospital Básico de Saraguro. Saraguro Agosto.pag.,30,31,32,33,34.

FACTORES CULTURALES

TABLA N° 4
PARTO MÁS ACEPTADO POR LAS MADRES MESTIZAS E INDÍGENAS
EN LABOR DE PARTO

CULTURALENTE ADECUADO	MESTIZAS		INDÍGENAS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PARTO VERTICAL, CULTURALMENTE ADECUADO	6	12.5	11	22.9	17	35.4
PARTO OCCIDENTAL	9	18.8	22	45.8	31	64.6
TOTAL	15	32.7	33	67.3	48	100

FUENTE: Encuesta aplicada a madres mestizas e indígenas en labor de parto que utilizaron el servicio de maternidad del Hospital de Saraguro.

AUTORA: Olga Beatriz Jaya Armijos

ANALISIS

El 45.8% de las madres indígenas utilizan el parto occidental, para dar a luz a sus hijos, mientras el parto vertical lo aceptan las madres mestizas en el 12.5%. “Uno de los motivos que provocan resistencia en la madres indígenas a acudir al hospital a dar a luz a sus hijos, es que no les brindan la libertad para dar a luz de acuerdo a sus costumbres y en ocasiones, son obligadas a utilizar la posición ginecológica considerada para ellas según su cultura como antinatural vergonzosa e inhumana, además causa que él niño no descienda, y la madre pierda fuerzas durante el período expulsivo”³⁴.

TABLA N° 5
ROPA PREFERIDA POR LAS MADRES INDÍGENAS Y MESTIZAS EN
LABOR DE PARTO

CATEGORIA	MESTIZAS		INDÍGENAS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PROPIA	12	25.0	28	58.3	39	81.2
BATA DEL HOSPITAL	3	6.3	5	10.4	9	18.8
TOTAL	15	31.3	33	68.7	48	100

FUENTE: Encuesta aplicada a madres indígenas y mestizas en labor de parto que utilizan el servicio de maternidad del Hospital de Saraguro.

AUTORA: Olga Beatriz Jaya Armijos

³⁴ Campos Caroline. Guía Técnica para la Atención del parto vertical culturalmente adecuado, Proceso de Normalización de Sistema Nacional de Salud 2008 .pag.32,33

ANÁLISIS

El 58.3% de las madres indígenas en labor de parto, prefieren utilizar su propia vestimenta, la misma que brinda abrigo y protege su intimidad, además evita que la parturienta se pase de frío. El 6.3% de las madres mestizas optan por utilizar una bata hospitalaria. Según la cosmovisión de la cultura indígena, mantener, el equilibrio o desequilibrio entre los elementos fríos o calientes, es de gran importancia para mantener la salud en una persona, en una parturienta el frío ocasiona inhibición de las contracciones y aumenta los dolores en la mujer³⁵

TABLA N° 6

PERSONAL DE PREFERENCIA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LAS MADRES MESTIZAS E INDÍGENAS QUE DIERON A LUZ VERTICALMENTE

³⁵ Campos Caroline .Guía. Técnica para la Atención del parto vertical culturalmente adecuado, Proceso de Normalización de Sistema Nacional de Salud 2008 .pag.34, 35.

FUENTE: Encuesta aplicada a madres que utilizan el servicio de maternidad del Hospital de Saraguro.

AUTORA: Olga Beatriz Jaya Armijos

CATEGORIA		MESTIZAS	INDÍGENA	TOTAL	
CATEGORIA	MESTIZAS	INDÍGENA	%	TOTAL	%
MÉDICO	0	18.7	2	4.2	22.9
OBSTETRA	2	4.2	3	6.3	10.5
ENFERMERA	1	2.0	1	2.0	4.0
PARTERA	3	6.3	27	56.3	62.6
TOTAL	15	31.2	33	68.8	100

ANÁLISIS

El 56.3% de las mujeres indígenas prefieren que su parto sea atendido por una partera y solo el 2% de las madres mestizas e indígenas prefieren que su parto sea atendido por una enfermera. “La atención del parto culturalmente adecuado pretende respetar en su totalidad las costumbres ancestrales de la etnia indígena, pero durante el transcurrir del tiempo sea ha evidenciado un desacato su normativa, por parte del personal de salud que no aún brinda una atención eficaz y eficiente, desvinculando así a las madres embarazadas y por ello haciéndolas mas vulnerables a sufrir un riesgo obstétrico.”

TABLA N° 7

	F	%	F	%	F	%	ACOMPañANTE PRE
ESPOSO	10	20.8	24	50.0	34	70.8	
OTROS	5	10.4	9	18.8	14	29.2	
TOTAL	15	31.2	33	68.8	48	100	

**ACOMPañANTE PRE
FERIDO POR LAS MUJERES MESTIZAS E INDÍGENA EN LABOR DE PARTO**

FUENTE: Encuesta aplicada a madres que utilizan el servicio de maternidad del Hospital de Saraguro.

AUTORA: Olga Beatriz Jaya Armijos

ANÁLISIS

El 50% de las mujeres indígenas prefieren la compañía de su esposo al momento del nacimiento de sus hijos, mientras el 10.4% corresponde a personas del núcleo familiar o cercanos (suegra, cuñada, comadre). “Según la cultura indígena, la salud debe ser vista desde su perspectiva holística, el de la madre debe integrar el cuidado del cuerpo y la protección del espíritu y se debe resguardar los riesgos emocionales (susto). En los hospitales en ocasiones pasa lo contrario, colocan a las madres indígenas solas frente al médico o la enfermera siendo estos ajenos a su cotidianidad. Frente a esto se propone flexibilizar las políticas de visitas en los hospitales y romper su esquema hermético de los hospitales, el acompañamiento de un familiar durante el trabajo de parto y el post parto inmediato siendo esto un derecho reivindicado

por las mujeres donde la parturienta recibirá apoyo psicológico por parte de su familiar y la partera.”³⁶

RESULTADO OBTENIDO SOBRE LAS PLANTAS MÁS UTILIZADAS SEGÚN LA ECUESTA APLICADA A LAS MADRES EN LABOR DE PARTO

De la encuesta aplicada a las 48 madres en labor de parto, 15 son mestizas y 33 indígenas a las cuales se les realizó las siguiente pregunta: Que tipo de hierbas ingiere durante la labor de parto; se obtuvo las siguientes respuestas: La mayoría de la madres mestizas utilizan la albahaca en infusión en un porcentaje de 27% cuando inicia el trabajo de parto, el 4.2% utilizó la ruda. “Con respecto al madres indígenas el 50% utilizaron la albahaca en infusión y solo el 18.8% utilizó la ruda.



Además utilizan otras plantas complementarias como:

Pimpinela y valeriana, para disminuir la ansiedad y nervios en el momento del parto.



Canchalagua y Perejil: ayuda aumentar la temperatura corporal de la parturienta.



Toronjil: para ayudar a la madre a abrir los huesos.”³⁷

³⁶ Campos Caroline .Guía **Técnica para la Atención del parto vertical culturalmente adecuado**, Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud 2008 .pág. 32,34.

NOTA: En ocasiones la infusión de ruda y albahaca se le agrega un chorrito de aguardiente o mayorca, pero esto depende de las costumbres de la partera ya que, es ella quién ofrece las infusiones a la madre.

DISCUSIÓN

³⁷ MALDONADO Ortega. Jazmín Reglamento interno de la sala de parto culturalmente adecuado, Hospital Básico de Saraguro. Saraguro Agosto. pag. 30,31,32,33,34,

Discusión

En el Ecuador el parto vertical, es una técnica de la medicina ancestral indígena usada por las parteras en los sectores rurales.

Según responsables de los Servicios de Salud de Oaxaca, el 86% de las mujeres da a luz en menos de 30 minutos (fase de expulsivo) con la técnica del parto vertical, reduciendo el dolor con mejores resultados para la madre y el recién nacido. En mayor medida se evita la medicación, las cesáreas y complicaciones, la utilización de fórceps y la episiotomía. De acuerdo al estudio denominado: “Partos verticales disminuyen mortalidad perinatal” realizado por el Doctor Fernando Carbone, representante de Medicus Mundi Navarra se identificó que los partos institucionales se incrementaron del 73.5% al 83.8%, del mismo modo 72.8% de los partos Churcampa y Paucarbamba (Huancavelica-Perú) sucedieron de forma vertical, además disminuyó el índice de mortalidad materna perinatal.

En la actualidad y desde siglos atrás se planteó el parto vertical como una nueva alternativa para facilitar el trabajo de parto a las madres por las ventajas y beneficios que brinda para el niño y la madre. Estas estrategias han sido planteadas con la finalidad de realizar partos más seguros, es así que uno de los mayores desafíos de la obstetricia moderna, es garantizar la calidad de atención del parto humanizado, que incluyen medidas de comodidad durante el trabajo de parto para la madre y el niño por nacer; así mismo disminuir los riesgos de someter a largos periodos de dolor a la gestante. Según la investigación realizada en el Hospital Básico de Saraguro sobre los factores socio-culturales influyentes para la aceptación del parto vertical implementado en el hospital de Saraguro realizado con mujeres en edad fértil, embarazadas y en labor de parto, se determinó que 20.8% de las mujeres indígenas en labor

de parto sufren crítica, debido a sus pobres prácticas de higiene y 2.1% de las mismas ha manifestado que personal de salud discriminan a las madres indígenas, además no les brindan confianza al momento de responder sus inquietudes, a esto se suma que el 22.6% de las madres indígenas en período de gestación, no tienen conocimiento sobre la implementación de la sala de parto vertical en el Hospital de Saraguro y solo 4.9% de las mujeres indígenas en edad fértil conocen sobre de este servicio implementado en esta casa de salud.

Con lo referente al método más aceptado por las madres mestizas e indígenas tenemos que, el 45.8% de las madres indígenas utilizan el parto occidental, para dar a luz a sus hijos, mientras el parto vertical lo aceptan las madres mestizas en un 12.5%.

Uno de los motivos que provocan resistencia en las madres indígenas a acudir al hospital a dar a luz a sus hijos, es que no les brindan la libertad para dar a luz de acuerdo a sus costumbres y en ocasiones, son obligadas a utilizar la posición ginecológica considerada para ellas según su cultura como antinatural vergonzosa e inhumana, además causa que el niño no descienda, y la madre pierda fuerzas durante el período expulsivo, un elemento importante en la cultura indígenas, es el abrigo/vestimenta es así según este estudio el 58.3% de las madres indígenas en labor de parto, prefieren utilizar su propia vestimenta, la misma que brinda abrigo y protege su intimidad, además evita que la parturienta se pase de frío, el mantener equilibrio o desequilibrio entre los elementos fríos o calientes, es de gran importancia para mantener la salud en una persona, en una parturienta el frío ocasiona inhibición de las contracciones y aumenta los dolores en la mujer, el 6.3% de las madres mestizas optan por utilizar una bata hospitalaria. El 56.3% de las mujeres indígenas prefieren que su parto sea atendido por una partera y solo el 2% de las madres mestizas e indígenas prefieren que su parto sea atendido por una enfermera. La atención del parto culturalmente adecuado pretende respetar en su totalidad las costumbres ancestrales de la etnia indígena, pero durante el transcurrir del tiempo se ha evidenciado un desacato su normativa, por parte del personal de salud que no aún brinda una atención eficaz y eficiente,

desvinculando así a las madres embarazadas y por ello haciéndolas más vulnerables a sufrir un riesgo obstétrico.

Según la cultura indígena, la salud debe ser vista desde su perspectiva holística, el de la madre debe integrar el cuidado del cuerpo y la protección del espíritu y se debe reguardar los riesgo emocionales (susto) donde el acompañamiento juega una papel muy importante así que un 50% las mujeres indígenas prefieren la compañía de su esposo al momento del nacimiento de sus hijos, mientras el 10.4% corresponde a personas del núcleo familiar o cercanos (suegra, cuñada, comadre).

Dentro de la medicina ancestral utilizada durante el parto por la partera en la sala de parto vertical, se identificó la albahaca en infusión en un porcentaje de 27% que la ingirieren la mayoría de las madres mestizas cuando se inicia el trabajo de parto, el 4.2% de las madres bebió la infusión de ruda.

Con respecto al madres indígenas el 50% utilizaron la albahaca en infusión y solo el 18.8% utilizó la ruda; como complemento se utilizan las parteras la infusión de pimpinela y macerado de valeriana, para disminuir la ansiedad y nervios en el momento del parto. Canchalagua, Perejil que contribuyen aumentar la temperatura corporal de la parturienta, toronjil, para ayudar a la madre a abrir los huesos.

Según la encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil en el 2004 demostró que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en establecimientos de salud, sin embargo según un análisis minucioso de datos demuestra como el alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascara diferencias regionales y étnicas significativas

Los datos desagregados muestran que más de 40% de la mujeres en la provincia de Bolívar Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región Amazónica, dieron a luz en su casa. Adicionalmente, del 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas, el 37% dio a luz en casa por costumbre.

Según los datos proporcionados por esta encuesta ENDEMAIN, el 28% los factores económicos influyeron para que las madres no asista a una casa de salud para su parto ya muchas de las veces reciben maltrato por no comprar

todo lo necesario para él bebe, el 26% manifiesta tener barreras para llegar a una casa de salud, como falta de transporte, áreas rurales con difícil acceso ,el 25% no acude por que tienen un mal concepto de la casa de salud y desconfianza, él 20% menciona la falta de respeto a sus costumbres como ,procedimiento médicos ,tales como el baño en agua fría, rasura del pubis, aplicación de enemas ,tactos vaginales o de episiotomías y solo el 11% ha manifestado sentirse seguras y confiadas con la atención del personal de salud.

Según otro estudio realizado por la CEPAR y UNFPA, el 82 % del personal de salud cree que existen barreras culturales para que las mujeres indígenas acceden a la atención en el Hospital San Luis de Otavalo, así mismo el 59% de las mujeres indígenas manifestaron que la posición ginecológica es incomoda y que conocían otra posición para dar a luz de las cuales sobresale la posición de rodillas con el 75%, el 55% manifestó que les gustaría dar a luz el Hospital pero con presencia de una partera.

Según la investigación realizada por la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL EN EL HOSPITAL DR.VICENTE PINO MORAN DEL CANTON DAULE los resultados encontrados fueron que el 73% de las pacientes atendidas no tuvieron ningún tipo de información sobre el parto vertical, y el 27% restante informaron mediante charlas hospitalarias, consultas prenatales y páginas de internet. El 62% de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Vicente Pino Moran tuvieron parto horizontal y el 38% correspondieron a parto vertical. El 88% de las pacientes no presentaron desgarros durante la atención del parto vertical, el 12% restante presentaron desgarros a nivel cervical, labial y perineal. En resultados obtenidos y publicados en una investigación realizada por universidad Técnica del norte en el Hospital san Luis de Otavalo, se aprecia que apenas el 34% de las familias que intervinieron en la investigación tienen pleno conocimiento de la atención de parto vertical que se brinda en el H.S.L.O por lo que la concurrencia a esta área es reducida, la difusión ha sido muy pobre por parte de esta casa de salud, considerando las luchas constantes por la reivindicación cultural que ha tenido que pasar el pueblo indígena y el triunfo

en la articulación de las dos medicinas para mejorar la calidad de vida de las comunidades indígenas.

En plan nacional de desarrollo de gobierno de la revolución ciudadana asumió el compromiso de reducir la muerte materna en un 30% y la neonatal en un 35%,es deber del sector salud fortalecer la vigilancia, control de su cumplimiento en las instituciones que se conforman, pero sobre todo crear en compromiso y la satisfacción en los profesionales y trabajadores de la salud para basar nuestras intervenciones en las mejores practicas científicas y humanas que garanticen partos y nacimientos seguros para todos y todas

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

EN LO SOCIAL

Que los factores sociales como: El 20.8% de las mujeres indígenas en labor de parto sufren una crítica debido a sus pobres prácticas de higiene, influyendo directamente en la aceptación en atención del parto vertical del Hospital de Saraguro.

El 22.6% de las madres indígenas embarazadas, tienen conocimiento sobre la implementación de la sala de parto vertical culturalmente adecuada y el solo 4.9% de las mujeres indígenas en edad fértil conocen sobre de este servicio.

EN LO CULTURAL

El 58.3% de las madres indígenas en labor de parto, prefieren utilizar su propia vestimenta.

El 56.3% de las mujeres indígenas prefieren que su parto sea atendido por una partera.

El 50% de las mujeres indígenas prefieren la compañía de su esposo al momento del nacimiento de sus hijos.

El 27% de las madres mestizas utilizan la albahaca en infusión cuando inicia el trabajo de parto, el 4.2% utilizó la infusión de la ruda.

El método más aceptado en Hospital de Saraguro, es el occidental con el 45.8% en las madres indígenas.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones

Que el Hospital de Saraguro fomente la promoción de sala de parto vertical, conjuntamente con los nuevos profesionales del año rural, mediante los departamentos de interculturalidad y obstetricia en las comunidades con difícil acceso y así lograr una mejor la cobertura de parto vertical culturalmente adecuado.

Fomentar el trato humanizado en la atención del parto vertical para todas las usuarias respetando su identidad cultural.

Coordinar con los puestos de salud anexos al Área N° 10 para que participen directamente con su comunidad en la promoción de la sala de parto vertical y sean los encargados de remitir las embarazadas al hospital para que tenga la libertad de elegir el método para el parto.

.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

AMAILA Bernardo. **Recuperando el parto vertical**. México N°69. Lunes 4 de mayo de 2004.

CALDERON J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. **Parto vertical, retornando a las costumbre ancestral**, Rev Per .Ginecol Obstet 2008 pag.54, 49,57.

CARVAJAL A. **Comparación entre la posición dela mujer, vertical frente a la horizontal, a través de los resultados maternos y fetales**. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. Informe 13 /2006.

CAMPOS. Caroline **.Guía Técnica para la Atención del parto vertical culturalmente adecuado**, Proceso de Normalización de Sistema Nacional de Salud 2008 .pág. 36 46, 46,47.48, 49,50.

DAIZ AG, Scwarcz R, Caldeyro-Barcia R. **La posición vertical de la embarazada durante el trabajo de parto y sus efectos sobre el progreso del parto y el neonato**. Investigación colaborativa entre maternidades de América Latina. Primer informe. Publicación Científica 703, CLAP, 1977.

DONOSO E, Becker J, Villarroel L. **Evolución de la natalidad y del riesgo reproductivo en mujeres de 40 o más años en la década de los 90.** Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(2):139-42.

DONOSO E. **Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas:** resultados de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(1):13-6. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Hallado en: www.epi.minsal.cl.

D.S.P. **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.** Resolución A/RES/55/2. New York: 2000 República del. Hallado en **www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html**. Perú,2005 19:12

GONZÁLEZ. Miguel Hospital Comunitario de Aquismón. SSA SLP. México Hallado:**<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/788/1/Parto-Vertical-Cambiar-la-forma-de-nacer-cambiara-la-forma-de-vivir>**,15:04

Galarza C, Aguilar M, Flores F. **Participación de agentes comunitarios de salud para incrementar el control prenatal y la atención del parto institucional en la UTES Huanta.** En: Perú, Ministerio de Salud, Proyecto 2000. Investigaciones operativas en salud materno infantil. Lima: MINSA; 1999. Pp. 13-23.

MALDONADO Ortega. Jazmín **Reglamento interno de la sala de parto culturalmente adecuado, Hospital Básico de Saraguro.** Saraguro Agosto.pag.1,2,7,18,19,30,31,32,33,34,37,38,39,40,41,,42,48.

MARTINA. Marco A.; Víctor Fernández, Luis Escate, Antonio Sánchez y Hugo Villa:**Parto en posición sentada en la Oroya (3780 m).** Acta Andina. Asociación de Estudios de Biopatología Andina. ISSN. 1994. 3(2): 151-154.

OPS, OMS. **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.** 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª sesión del comité regional. Washington, D.C., EUA, 23-27 septiembre de 2002.

O.P.S. **Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2005.** Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS).

Washington, 2005, Hallado en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IBfolleto-2005.pdf>

O.P.S. **Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009** .
Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS)..
Washington DC, 2009.Hallado en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IBfolleto-2005.pdf>.

SANHUEZA. Israel E, P, Lucero P, Ulloa C. **Muerte materna debida a intoxicación por sobredosis de misoprostol intravaginal.** Rev Chil Obstet Ginecol 1998;63 (2):12 :58.

U.N.F.P.A. **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHOM, UNICEF and UFPA. Department of Reproductive Health and Resear**
chord Health Organization, Geneva 2004.Hallado en: [www. Who, int/ reproductive health/publications/maternal_ mortality.2000](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality.2000).

ANEXOS

**FOTOS DE LA SALA DE PARTO VERTICAL CULTURALMENTE ADECUADO
IMPLEMENTADA EN HOSPITAL DE SARAGURO
ESTRUCTURA FÍSICA**



ENTRADA A LA SALA DE PARTO VERTICAL



**CAMAS ADECUADAS
CULTURALMENTE**



**SOGA PARA EL PARTO VERTICAL EN
POSICIÓN DE PIE**



**SILLA ADECUADA PARA EL
PARTO VERTICAL EN POSICIÓN
SENTADA**



OXÍGENO PARA EMERGENCIAS



COCINA PARA PREPARAR ALIMENTOS E INFUSIONES

TALLER DE PROMOCIÓN DE MIEMBROS DE LAS COM

A DE PARTO VERTICAL CON LOS ES OÑACAPAC- TAMBOPAMBA





ENCUESTA

Por estar realizando un trabajo in[completo] sobre los aspectos sociales y culturales que influyentes para la aceptación del parto vertical implementado en el Hospital de Saraguro, me dirijo a usted, muy respetuosamente para solicitarle su valioso aporte para desarrollo de esta encuesta, ruego que su respuestas sean claras y sinceras.

Datos informativos

Etnia
.....
Edad
.....

• LABOR DE PARTO	<input type="checkbox"/>
• MUJER EN EDAD FÉRTIL	<input type="checkbox"/>
• EMBARAZADA	<input type="checkbox"/>

FACTORES SOCIALES

¿Conoce usted sobre la implementación de la sala de parto vertical?

Si () No ()

¿Cree usted que la implementación de la sala de parto vertical es beneficiosa la para comunidad saragurence?

Si () No ()

Porque.....
.....

¿Cuando usted ha acudido al hospital para el parto. Los comportamientos y actitudes con respecto al trato interpersonal del personal de salud frente a

usted, es igual tanto con la mujer indígena como la hispana o anotado diferencia?

Si ()

No ()

Cual.....

.....

SUBRAYÉ

¿Quien prefiere que le acompañe al hospital al momento que inician los dolores de parto?

- Esposo
- Cuñada
- Suegra
- Comadre
- Otro

¿Marque los siguientes ítems, si usted piensa que alguno constituye una barrera cultural para optar por el parto vertical según su cultura?

- Falta de habilidades para comunicarse con el idioma nativo ()
- Falta de privacidad()
- No le brinda confianza el personal de salud ()
- Maltrato verbal ()
- Maltrato físico()
- Trato excluyente, desprecio, discriminatorio()

FACTORES CULTURALES

¿Como le gustaría parir?

- a. Con el enfoque culturalmente implementado()
- b. Sala de parto con enfoque occidentalista ()

¿En que posición prefiere dar a luz?

- Cuclillas()
- Sentado()
- Rodillas ()

- Parada cogida de una sogá ()

¿Quién prefiere que atienda su parto?

- Médico()
- Obstetras ()
- Enfermera()
- Auxiliar de enfermería()
- Partera()
- Familiar ()

Porque.....

¿Qué ropa quisiera usar durante la del parto?

- Propia
- Bata del Hospital
- Cualquiera

Porque.....

¿Que tipo de hierbas medicinales ingiere, durante el parto?

Paraqué.....

¿El personal de esta casa de salud, le explica los, métodos existentes y brinda libertad para elegir la manera de dar a luz?

Si () No ()

Cual.....

¿Durante el parto, las personas que asisten el parto respetan sus costumbres?

Si () No ()

Porque.....

Oñacapac 25 de Enero del 2014

Mayra Gonzales Quezada

TÉCNICA DEL MIES DE LA GUARDERIA DE TAMBOPAMBA

CERTIFICO

Que la Señorita: Olga Beatriz Jaya Armijos con N°1900645050 ejecutó, el **PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALA DE PARTO VERTICAL CULTURALMENTE ADECUADO** en el **CVB de la comunidad de OÑACAPAC – TAMBOPAMBA**, el mismo que se desarrolló con las madres de familia, previo planificación .

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad

Atentamente
Mayra González
1103574867



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ENFERMERÍA

TEMA

**PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA
SALA DE PARTO VERTICAL CULTURALMENTE
ADECUADO**

RESPONSABLE

SRTA. BEATRIZ JAYA

DOCENTE

LIC. María del Cisne Agurto

1859

Loja - Ecuador

INTRODUCCIÓN

La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo. En Ecuador el parto vertical es una técnica de la medicina ancestral indígena usada por las parteras en los sectores rurales. Cada vez son más las clínicas y centros especializados que proporcionan a las mujeres la posibilidad de dar a luz de forma tradicional mediante el parto vertical semi-sentado o en cucullas, ya que es considerado por expertos como la forma más natural de traer un hijo al mundo.

El Hospital Básico de Saraguro, se implementó este método tradicional de atención para las madres saragurences siendo este un cantón con una alta concentración étnica en especial la cultura saragura, luego de algunos años de implementación de la sala de parto vertical y luego de realizar un estudio investigativo se ha determinado que el 22.6% de las madres indígenas embarazadas no tienen conocimiento sobre la implementación de la sala de parto cultural se propone realizar la promoción de este servicio en la comunidad con mayor población indígena.

Las comunidades con mayor población indígena asentadas en Saraguro tenemos las siguientes Las lagunas Oñacpac Saraguro Cañicapac, Ñamarin, Cañaro, determinada la problemática y las comunidades con mayor población indígena se escoge a la comunidad de Oñacpac por la accesibilidad, factibilidad, la misma situada a 30 min de Saraguro y cuenta con 1350 habitantes.

OBJETIVO GENERAL

Promocionar el parto vertical como opción acertada en las usuarias de la comunidad de Oñacapac- Tambopamba del Cantón Saraguro.

Objetivos específicos

- Dar a conocer a las madres que Oñacapac- Tambopamba la existencia de la sala de parto vertical y sus beneficios para que opten por el parto vertical
- Incentivar a las pacientes de las comunidades de Oñacapac- Tambopamba para que accedan al parto vertical del Hospital de Saraguro, explicándole sus derechos constitucionales de acuerdo a su cultura.

Beneficiarios.- Todas las madres de familia que conforman las guarderías de la comunidad de Oñacapac - Tambopamba y miembros de la comunidad que asistieron a taller.

Impacto Social.- Se procura un positivo impacto social, a través de la promoción del parto vertical, que cambiara la actitud de la madres y comunidad en general y de esta forma lograr una mayor acogida de la sala de parto vertical de Hospital de Saraguro.

CONTENIDOS ABORDADOS



El **parto vertical** es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que la partera atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del

parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

BENEFICIOS

- ✓ Dar a luz en posición vertical es lo más adecuado fisiológicamente, porque resulta más cómoda para la embarazada y agiliza el parto.
- ✓ El periodo expulsivo es más corto y la madre sufre menos desgarros.
- ✓ La parturienta tiene más fuerza cuando está sentada, de rodillas o en cuclillas, al coordinar mejor la respiración con las contracciones.
- ✓ En posición vertical el peso del bebé recae directamente sobre el cuello de la matriz, de forma que acelera la dilatación, al provocar contracciones más eficaces.

VENTAJAS

- Efectos respiratorios: el peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el feto. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Esta musculatura colabora en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir el egreso del cuerpo del feto. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir
- Disminución de los riesgos de compresión aortocava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada:

síndrome supino hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto *Poseiro* (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).

- Eficiencia de la combinación matriz - presión abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitócica y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
- La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integridad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el feto y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición vertical evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical.
- Se proporcionan beneficios psico-afectivos importantes a la madre, como la reducción del dolor sensación de libertad, de control, de participación, y mayor satisfacción durante y después del parto.

DESVENTAJAS

- Aumenta el riesgo de pérdida de sangre.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para los médicos. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico, se pueden encontrar cómodos.
- La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres occidentales que ya no se acuclillan para defecar. Sin embargo existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar.

FACTORES DE RIESGO

- Cesárea anterior.
- Incompatibilidad feto-pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en presentación podálica.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.

COMPLICACIONES

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

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.

- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocias de contracción.
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia severa, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado.

COMPLICACIONES DURANTE PARTO VERTICAL

- Laceraciones a nivel del periné.
- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de miembros superiores.
- Distocia de hombros.

APLICACIONES

El parto en posición vertical se puede realizar en diferentes posiciones y niveles de tecnificación, de acuerdo a las necesidades culturales y posibilidades técnicas.

Posición de cuclillas



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

- La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta, la sujeta abrasándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

Posición de rodillas.



- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por la región del tórax, permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.
- En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

Posición sentada y semi- sentada.



- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante.
- En la posición semi-sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

Posición cogida de la soga



- La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.

RECURSOS HUMANOS

El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación empática con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad.

La disponibilidad de recursos humanos para la atención responderá al nivel de complejidad del establecimiento de salud y recursos existentes. El servicio deberá contar con:

- Médico Gineco-Obstetra o Médico General con competencias para la atención obstétrica.
- Médico Pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal.
- Obstetra.
- Enfermera con competencias para la atención neonatal.
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y Neonatal
- Familiar a elección

INFRAESTRUCTURA

- Acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable (aproximadamente 24 grados
- centígrados), proporcionando calor con estufas u otro sistema de calefacción.
- Protección de ventanas con cortinas de colores y material adecuados a la realidad local.

ACOMPañAMIENTO:

- Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta.

- El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.

VESTIMENTA

Permitir a la parturienta utilizar la ropa adecuada de acuerdo a sus costumbres

Alimentación:

- El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, mates, gelatinas, etc. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto
- El personal debe conocer la acción de algunas hierbas y prevenir el uso de aquellas que acentúen las contracciones uterinas

Se recomienda:

- Té o leche con canela y clavo de olor.
- Una taza de chocolate caliente.
- Un mate de albahaca.
- Tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua.
- Una cucharadita de toronjil.

MARCO LEGAL

ARTICULO 21. IDENTIDAD CULTURAL.- La personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decir sobre su pertenencia a una o varias comunidades culturales y a expresar dichas elecciones; a la libertad estética; a conocer la memoria histórica de sus culturas y a acceder a su patrimonio cultural; a difundir sus propias expresiones culturales y tener acceso a expresiones culturales diversas.

ARTICULO 25. PROGRESO CIENTÍFICO Y SABERES ANCESTRALES

Las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales.

**REGLAMENTO INTERNO DE LA SALA DE PARTO CULTURALMENTE
ADECUADO – HOSPITAL BASICO DE SARAGURO**

CAPITULO I

ARTICULO 2. La sala de parto culturalmente adecuado es la encargada de atender a la mujer embarazada de acuerdo a su cultura, adoptando la posición del parto que la parturienta elija, siguiendo la GuíaTécnica, para la Atención de Parto Culturalmente Adecuado, la cartilla de salud reproductiva de la Cultura Saraguro y otras culturas, y los Apuntes sobre Medicina Ancestral del Pueblo de Saraguro.

ARTICULO 3. La sala de Parto tiene que cumplir los siguientes requisitos:

- a. Tener una estructura física con adecuada intercultural y además que permita la prestación de servicios técnicos y organizativos, que posibiliten el desarrollo de las actividades de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la paciente.
- b. Contar con servicio de atención :permanente ,oportuno y eficiente a las 24 horas

ARTICULO 4. La finalidad de la sala de parto es la reducción acelerada de muerte tanto materna como neonatal .Contribuir al mejoramiento continuo del estado de salud de la mujer embarazada.

**FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL COMITÉ DE SEGUIMIENTO, MONITOREO
Y EVALUACIÓN DE LA SALA DE PARTO**

ARTICULO 8.

- n. Informar a la parturienta y familiares sobre los servicio de la sala de parto culturalmente adecuado para que ella elija, donde quiere ser atendida.

- o. Respetar a la parturienta en lo que respecta a su dignidad, autonomía, privacidad; respetando sus prácticas culturales y el uso de la lengua materna en atención a las usuarias indígenas, sus prácticas y; así como a sus derechos sexuales y reproductivos.
- p. Evaluar previamente a la parturienta al ingresar, ya sea por consulta externa o por emergencia para proceder con la atención del parto con adecuación intercultural, teniendo en cuenta algunas consideraciones como: la ausencia de complicaciones obstétricas, la presentación cefálica del feto y la complejidad feto pélvico.
- q. Promocionar los servicios que preste la sala de parto culturalmente adecuado en el área de Consulta externa y Emergencia.
- r. Atención prenatal
- s. Brindar atención médica y de enfermería a las mujeres parturientas de acuerdo a su cultura.
- t. Para atender a la mujer parturienta, el personal de salud usar la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuada (MSP ,Ecuador 2008)
- u. El Médico siempre deberá interactuar con la Partera o familiar, para preguntar las costumbres que se realiza durante la labor de parto.
- v. El Médico que atiende el parto deberá diligenciar la historia clínica materna y el recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carnet materno.
- w. Al regresar de la Sala de parto el Médico de Guardia deberá entregar una cita establecida a fin de controlar el puerperio, después de los primeros 7 días.
- x. La partera dará apoyo emocional a la paciente y a su acompañante.
- y. La partera revisara si hay desgarros, si es de Primer grado, lava con aguas medicinales, si el desgarro es más grande, informara al médico quién procederá a suturar.
- z. Acondicionar la sala de parto culturalmente adecuada previamente con una fuente de calor, se preparan los implementos para la atención en la sala de parto con adecuación intercultural, en la camilla ginecológica, o silla para parto vertical.

CAPÍTULO V
USO DE MEDICAMENTOS –SUMINISTROS MÉDICOS (LENCERÍA Y
OTROS) QUE SE UTILIZAN EN LA SALA DE PARTO

Uso de medicamentos:

ARTICULO 24. La sala de parto está obligada a utilizar los medicamentos indicados en el cuadro básico, siguiendo las directrices que determina el protocolo de tratamiento en la Ley de Maternidad Gratuita y la Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente adecuado.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	TEMATICA	LUGAR/PARTICIPANTES	HORA
04-11-2013	PARTO VERTICAL: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Importancia • Tipo de posiciones <ul style="list-style-type: none"> ○ parada cogida de una sogá ○ acostado ○ cuclillas ○ sentada • Derecho constitucional 	MADRES DE LA GUADERIAS DE OÑACAPAC	15:00- 15:45
11-11-2013	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios para la madre 	MADRES DE LA GUADERIA DE TAMBOPAMBA	14:00- 14:45
25-11-2013	SALA DE PARTO VERTICAL: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Disponibilidad • Vestimenta y abrigo • Alimentación • Higiene • Acompañamiento : <ul style="list-style-type: none"> ○ partera ○ familiar de preferencia • Visitas 	MADRES DE LA GUARDERIA DE OÑACAPAC	16:00- 16:45
RESPONSABLE: Srta. Beatriz Jaya			

INDICE

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
TITULO.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	4
INTRODUCCION.....	6
REVISION LITERATURA.....	14
MATERIALES Y METODOS.....	36
RESULTADOS.....	38
DISCUSION.....	49
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS.....	63