



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Título:

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS ATENDIDAS POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO PERIODO ABRIL-DICIEMBRE DEL 2015.

Tesis previa a la obtención del Título
de Médico General

AUTOR: Edwin Fernando Guamán Angamarca

DIRECTORA: Dra. Enidith Marlene Moreno Ortega, Mg.Sc.

Loja – Ecuador

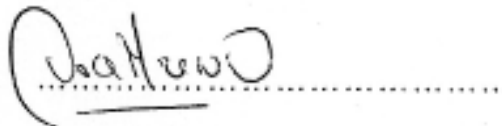
2016

CERTIFICACIÓN**Loja, 18 de Octubre del 2016**

Dra. Enidth Marlene Moreno Ortega, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS**CERTIFICA:**

Haber revisado la Tesis de Grado “**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS ATENDIDAS POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO PERIODO ABRIL-DICIEMBRE DEL 2015**”, presentada por el Egresado Edwin Fernando Guamán Angamarca, la que cumple con todos los requisitos legales. Por tanto, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



Dra. Enidth Marlene Moreno Ortega, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Edwin Fernando Guamán Angamarca, declaro ser el autor de la presente Tesis de Grado 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.

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

Autor: Edwin Fernando Guamán Angamarca

Firma:



Cédula: 1104568900

Fecha: 18 de Octubre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Edwin Fernando Guamán Angamarca, declaro ser el autor de la Tesis titulada “**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS ATENDIDAS POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO PERIODO ABRIL-DICIEMBRE DEL 2015**”, como requisito para optar por el grado de Médico General de la Universidad Nacional de Loja.

Además, 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 en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en 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 copias de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciocho días del mes de Octubre de dos mil diez y seis, firma el autor.

Firma:



Autor: Edwin Fernando Guamán Angamarca

Cédula: 1104568900

Dirección: Loja

Correo electrónico: fercrest@hotmail.es

Teléfono: 072582782

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Enidith Marlene Moreno Ortega, Mg.Sc.

Tribunal de Grado:

PRESIDENTE: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo. Mg.Sc

MIEMBRO: Dr. Jorge Vicente Fernando Reyes Jaramillo. Mg.Sc

MIEMBRO: Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha. Mg.Sc

DEDICATORIA

La concepción de este trabajo de investigación está dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguirlo. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general. También dedico este trabajo a mi novia, compañera inseparable de cada jornada. Ella representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio. A ellos este trabajo, que sin ellos, no hubiese podido ser.

Edwin Fernando Guamán Angamarca

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por haberme guiado y seguirme guiando por el camino de la felicidad; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia. A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

Edwin Fernando Guamán Angamarca

Índice

CERTIFICACIÓN	i
AUTORÍA	ii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
1. Título	- 1 -
2. Resumen	- 2 -
Summary	- 3 -
3. Introducción.....	- 4 -
4. Revisión de literatura	- 7 -
4.1. Parto culturalmente adecuado o parto vertical	- 7 -
4.2. Base legal.....	- 7 -
4.3. Plan del parto	- 8 -
4.3.1. Llegada al hospital	- 8 -
4.3.2. Manejo del dolor	- 8 -
4.3.3. Uso de material de apoyo durante el parto.....	- 8 -
4.3.4. Uso de bañera durante la dilatación	- 9 -
4.3.5. Participación de la partera.....	- 9 -
4.3.6. Ingreso del esposo, familiar o parteras.....	- 10 -
4.3.7. Ropa apropiada para la atención del parto	- 11 -
4.3.8. Alimentación.....	- 11 -
4.3.9. Uso de plantas medicinales	- 11 -
4.3.10. Casa materna	- 12 -
4.3.11. Contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento	- 12 -
4.3.12. Alumbramiento de la placenta	- 13 -
4.4. Protocolo de manejo del parto vertical	- 13 -
4.4.1. Protocolo de manejo de la primera etapa de la labor de parto: dilatación y borramiento	- 13 -
4.4.1.1. Adecuación del área física para atención del parto vertical.....	- 13 -
4.4.1.2. Diagnóstico y medidas iniciales.....	- 14 -
4.4.1.3. Evaluación de la labor de parto.....	- 17 -
4.4.2. Protocolo de manejo de la segunda etapa de la labor de parto: expulsivo.....	- 18 -
4.4.2.1. Preparativos.....	- 19 -

4.4.2.2. Expulsión de la cabeza	- 20 -
4.4.2.3. Finalización del parto, inicio del nacimiento	- 21 -
4.4.3. Protocolo de manejo de la tercera etapa de la labor de parto: alumbramiento .-	- 22 -
4.4.3.1. Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto: administración de uterotónico	- 22 -
4.4.3.2. Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Tracción controlada del cordón umbilical.	- 22 -
4.4.3.3. Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto: masaje uterino.	- 23 -
5. Metodología	- 25 -
5.1. Tipo de estudio	- 25 -
5.2. Área de estudio	- 25 -
5.3. Universo	- 25 -
5.4. Muestra	- 25 -
5.5. Recolección de información	- 25 -
5.6. Análisis de Datos.	- 26 -
5.7. Criterios	- 26 -
5.7.1. Criterios de Inclusión.	- 26 -
5.7.2. Criterios de Exclusión	- 26 -
6. Resultados	- 27 -
6.1. Resultado para el primer objetivo.	- 29 -
6.2. Resultado para el segundo objetivo.	- 30 -
6.3. Resultado para el tercer objetivo.	- 34 -
7. Discusión	- 35 -
8. Conclusiones	- 38 -
9. Recomendaciones	- 40 -
10. Bibliografía	- 41 -
11. Anexos	- 44 -

Índice de tablas

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado.	- 28 -
Tabla 2. Porcentaje de parto en usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado. -	29 -
Tabla 3. Posición que adopto durante el parto culturalmente adecuado.	- 30 -
Tabla 4. Acomodamiento de la sala de parto culturalmente adecuado manifestado por las usuarias atendidas.	- 31 -
Tabla 5. Autorización por parte del personal de salud	- 32 -
Tabla 6. Solicitud de la placenta por las usuarias después del parto culturalmente adecuado.	- 33 -
Tabla 7. Calificación al personal médico por las usuarias durante y después del parto culturalmente adecuado.	- 34 -

1. Título

"NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS ATENDIDAS POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO PERIODO ABRIL-DICIEMBRE DEL 2015".

2. Resumen

La posición materna a la hora del parto ha ido evolucionando a lo largo de nuestra historia desde una etapa en la que primaba la posición vertical de la madre a la cotidiana posición dorsal conocida como posición de litotomía, la más empleada hoy en día. Tal es la razón que se encuentra desapercibida esta variedad de alumbramiento en relación a la posición preferentemente en litotomía dada por la comodidad médica, técnicas y procedimientos para el recibimiento neonatal, y desconocimiento por las usuarias de esta implementación en las unidades de salud, inhibiendo la elección de alumbramiento y disminuyendo la comodidad y satisfacción de las usuarias. Por tanto fue conveniente plantear el tema de investigación **“NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS ATENDIDAS POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO PERIODO ABRIL-DICIEMBRE DEL 2015”**. El presente trabajo está orientado a lograr los siguientes objetivos: determinar el porcentaje de usuarias que optan por el parto culturalmente adecuado; conocer el nivel de satisfacción sobre el parto culturalmente adecuado; identificar el nivel de atención que brinda el equipo médico gineco-obstetra a las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado, en el periodo abril-diciembre del año 2015. Para el cumplimiento de este proyecto investigativo la metodología fue de tipo analítico, transversal; con una población total de 70 personas, aplicándose una encuesta la misma que fue analizada en SPSS versión 24. En los resultados se obtuvo datos de un total de 166 usuarias que dieron alumbramiento, teniendo 70 que optaron por el parto culturalmente adecuado que corresponde a un porcentaje de 42,2 %; el nivel de satisfacción global de las usuarias fue del 81,4%; el nivel de atención que brindó el equipo médico gineco-obstetra a las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado fue bueno en 64,3 %. Se concluye que el nivel de satisfacción de las usuarias que optaron por el parto culturalmente adecuado es bueno en relación a la posición adoptada, adecuación de la sala de parto, apoyo familiar y atención por parte del personal gineco-obstetra.

Palabras claves: parto culturalmente adecuado, nivel de satisfacción, nivel de atención.

Summary

The maternal position during the childbirth, it has evolved throughout our history from a stage in which prioritized the vertical position of the mother to everyday dorsal lithotomy position known as the most widely used today. This is the unnoticed reason in this variety of delivery in relation to the position preferably in lithotomy given by the medical comfort, techniques and procedures for neonatal hosting, and ignorance by the users of this implementation in health units, inhibiting the choice of delivery and decreasing the comfort and satisfaction of users. Therefore it was appropriate to raise the issue of research **"LEVEL OF SATISFACTION OF USERS FOR CULTURALLY APPROPRIATE CHILDBIRTH CATERED IN THE BASIC SARAGURO HOSPITAL PERIOD APRIL-DECEMBER 2015"**. This work is aimed at achieving the following objectives: to determine the percentage of users who choose culturally appropriate childbirth; know the level of satisfaction on culturally appropriate childbirth; identify the level of care provided by the medical team OB-GYN to users catered by culturally appropriate childbirth in the period April-December 2015. To fulfill this research project was analytical methodology, transversal; with a total population of 70 people, applying a survey the same that was analyzed in SPSS 24 version. In the data results from a total of 166 users who had given birth was obtained, having 70 who opted for culturally appropriate childbirth corresponding to a percentage of 42.2%; the level of overall user satisfaction was 81.4%; the level of care provided medical equipment OB-GYN to users served by culturally appropriate childbirth was good at 64.3%. It concludes that the level of satisfaction of users who opted for culturally appropriate childbirth is good in relation to the position taken, adequacy of the childbirth room, family support and care from OB-GYN staff.

Keywords: culturally appropriate childbirth, level of satisfaction, level of care.

3. Introducción

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón, alrededor del parto, existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento. La atención del parto vertical permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto. Tal es la razón que se encuentra desapercibida esta variedad de alumbramiento en relación a la posición preferentemente en litotomía dada por la comodidad médica, técnicas y procedimientos para el recibimiento neonatal, y desconocimiento por las usuarias de esta implementación en las unidades de salud, inhibiendo la elección de alumbramiento y disminuyendo la comodidad y satisfacción de las usuarias. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR, 2008).

Según el Ministerio de Salud, en el Ecuador, sólo el 30,1% de partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud. Más del 40% de mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi, Esmeraldas y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región amazónica dieron a luz en su casa. El 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios. En la actualidad, la Constitución de la República ampara el parto vertical, por lo que se han implementado en distritos de salud y salas de parto culturalmente adecuado algunas como en: Hospital Básico de Guamote Distrito 06D04, Hospital Civil de Alausí Distrito 06D02, Hospital Público Escobar Colta Distrito 06D04, Hospital Básico de Saraguro Distrito 11D08 entre otros que se han implementado. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR, 2008)

Desde el punto de vista médico el parto vertical ofrece un proceso fisiológico favorable para la usuaria con el 71%, mejor comodidad con un 27%, la intensidad del dolor es menor con el 11%, en el parto horizontal se presenta desgarros en un 32%, hemorragia genital con el 26% en relación al parto vertical que no se presentó ningún caso con el 0%. (BUENO MONTERO E. , 2013).

De acuerdo a los años de experiencia de las parteras y a los número de parto atendidos en las diferentes comunidades, han evidenciado en las mujeres; el descenso del RN al canal del

parto y la expulsión es rápida con el 24%, por efecto de la gravedad realiza menor esfuerzo, favorece un ambiente familiar, mejor atención durante el parto y pos-parto con el 14%, permite un ambiente psicológico con el 9%, toleran mejor el dolor, menor hemorragia, ofrece libertad para desplazarse, cuidados en la alimentación y vestimenta de acuerdo a sus costumbres. La cantidad de sangrado durante el parto vertical va de moderado a escaso con un 20%; para parto horizontal es moderada con un 20%, y otros con un 10%. (CARTUCHE VACACELA, Martha Lucia, 2011)

Respecto al nivel de satisfacción, la posición vertical ofrece: más comodidad de acuerdo a la posición adoptada por la usuaria; favorece la movilidad y reduce el esfuerzo de expulsión; favorece la participación de la parturienta y familiares e ingesta de alimentos líquidos de acuerdo a su comunidad y cultura; siendo la incomodidad y la falta de intervención obstétrica apuntados como negativos. En lo que se refiere a la posición horizontal, los aspectos positivos son: el parto es más rápido, genera seguridad y sensación de ser ayudada y los negativos estuvieron relacionados a la incomodidad y dificultad para hacer fuerza al momento de la expulsión. (CALANDRIA, 2009) (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 2013).

Tras varias investigaciones en el Cantón Saraguro, como el estudio realizado en el año 2011, por Martha Lucia Cartuche Vacacela, que se titula “VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL PARTO VERTICAL VERSUS PARTO HORIZONTAL ATENDIDOS POR PARTERAS Y MÉDICOS EN EL ÁREA DE SALUD N° 10, EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, GUNUDEL, TUNCARTA, TAMBOPAMBA, ÑAMARIN. CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA. PERIODO MARZO A SEPTIEMBRE DEL 2011”, se puede observar que la mayoría de usuarias del cantón Saraguro optan por el parto culturalmente adecuado o parto vertical con el 62% en comparación con el parto horizontal 24%, y de una partera en sus hogares el 14%, diferidos siempre por factores culturales, económicos y geográficos. (CARTUCHE VACACELA, Martha Lucia, 2011).

No obstante en el Cantón Saraguro con una población de 35.000 habitantes, del cual el 70% pertenece a la etnia mestiza y el 30% restante pertenece a la etnia Saraguro, se continua practicando y realizando el parto vertical en domicilio sin medidas de higiene, con pocos conocimientos de las medidas a tomar en las complicaciones que podrían llevar a un alto índice de mortalidad materno infantil; de igual manera el índice de partos horizontales demanda a los partos culturales pese a la lucha de mejorar la atención del parto culturalmente adecuado, que en la actualidad tiene el respaldo de la Constitución del Ecuador. (EL MERCURIO, 2014).

Por lo anteriormente expuesto es conveniente hacer la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de satisfacción de las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro?

Esta investigación plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a fin de que la atención en salud contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, y que permitan satisfacer a un mayor número de usuarias, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas en donde las barreras socioculturales elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.

Se justifica el siguiente trabajo investigativo porque al lograr la identificación del nivel de satisfacción por parto culturalmente adecuado, se obtendrá información que podría servir de base para la implementación de pautas institucionales o protocolos con el objetivo de mejorar la atención de estas pacientes y a la vez lograr que los profesionales de la salud y la familia de cada paciente tenga un enfoque más amplio acerca de los beneficios tanto maternos, sociales y culturales del parto culturalmente adecuado. Razón por la cual resultó fundamental realizar la presente investigación que tuvo como finalidad los siguientes objetivos específicos: determinar el porcentaje de usuarias que optan por el parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro; conocer el nivel de satisfacción sobre el parto culturalmente adecuado por parte de las usuarias atendidas en el Hospital Básico de Saraguro; identificar el nivel de atención que brinda el equipo médico gineco-obstetra a las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro en el periodo abril-diciembre del año 2015.

Como se evidencia es pertinente realizar dicho estudio dada la relevancia social y la aplicación a la práctica clínica que este estudio brindaría a la sociedad y que permita conocer y dar a conocer el nivel de satisfacción por el parto culturalmente adecuado de las usuarias atendidas en dicho cantón; al mismo tiempo de poder disseminar los resultados obtenidos a la comunidad médica de nuestro país una vez finalizado el mismo.

4. Revisión de literatura

4.1. Parto culturalmente adecuado o parto vertical.

El parto vertical es aquel en que la gestante se coloca en posición vertical, puede ser de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, de cuclillas; mientras que el personal de salud que atiende al 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” (CARDENAS ROSERO, 2012)

El parto tradicional se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud. El parto vertical, se asocia con una reducción notable del dolor y de la duración de la fase inicial del parto, favoreciendo la salida del niño. (CARDENAS ROSERO, 2012)

4.2. Base legal

Según la Constitución Política del Ecuador (año 2008) en el art. 1 establece que, “el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico...” De igual manera el art. 56 de la Constitución Política del Ecuador, menciona que. “Las comunidades, pueblos, nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible”. (CARDENAS ROSERO, 2012)

El objetivo tres del Plan Nacional para el Buen Vivir (año 2009 – 2013), “Mejorar la calidad de vida de la población”, política “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”. Literal b, “Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada”. En el literal d. “Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud”. (CARDENAS ROSERO, 2012)

4.3. Plan del parto

El plan de parto es un documento en que una mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento. Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, un buen momento se considera las semanas 28 y 32, preguntando durante este tiempo cualquier duda a la partera o personal médico. (BUENO MONTERO S. , 2013)

En el momento del parto la madre podrá modificar cualquiera de las preferencias descritas, según el desarrollo y estado de los acontecimientos.

Un plan de parto debe contener al menos las siguientes consideraciones:

4.3.1. Llegada al hospital

Desde la percepción de los pueblos indígenas, los hospitales, los subcentros de salud, son espacios para blanco/mestizos, esta es una razón que explica la no utilización de los servicios del hospital.

Los pasos trascendentales que ha tenido el hospital Básico de Saraguro es el cambio de señalética tanto en castellano como en Kichwa, esta es una forma de apropiación y obtener derechos sobre los servicios en el interior del hospital. (UNICEF, 2011)

4.3.2. Manejo del dolor

Es muy diverso el manejo del dolor durante el parto, así como las posibilidades de tratamiento, durante la estancia se tendrá presente aspectos como: la intimidad, un ambiente tranquilo, sin frío ni luces intensas, favorece la movilidad y tratando de que la mujer no tenga miedo y tensión. (CARTUCHE VACACELA, Martha Lucia, 2011)

4.3.3. Uso de material de apoyo durante el parto

Se podrán usar elementos como: cama, colchoneta, soportes de madera en la pared, soga de soporte, balde de aluminio, lavacara, olla, cafetera, basureros para clasificar basura, y otros necesarios para facilitar el parto durante y después. (AGUAL, Agosto 2008)

4.3.4. Uso de bañera durante la dilatación

Realizar inmersiones en agua caliente durante la dilatación reduce la percepción del dolor y disminuye el uso de medicamentos. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 2013)

4.3.5. Participación de la partera

En Saraguro existe la Asociación de parteras del cantón, sus integrantes han desarrollado cursos de capacitación permanente durante varios años, en un primer momento a través de Rosa Elvira Saca, luego por el Hospital Básico de Saraguro y posteriormente por el Gobierno Municipal de Otavalo. (CARDENAS ROSERO, 2012)

Los temas abordados durante el proceso de capacitación que impartió el Hospital Básico de Saraguro fueron:

- Cuidado durante el parto.
- Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA.
- Riesgos obstétricos durante el embarazo y atención al recién nacido.
- Hemorragias en la segunda mitad del embarazo.
- Complicaciones en el embarazo.
- Riesgo de un aborto.
- Menopausia.
- Manejo de desechos hospitalarios.
- Participación en talleres para la construcción del código de ética.
- Elaboración de pomadas y otros preparados medicinales.
- Intercambio de experiencias de hombres y mujeres de sabiduría.
- Acreditación y definición sobre el rol de las parteras, articulación del trabajo de las parteras en el proceso de atención del parto y su rol en la comunidad.

Esta nutrida capacitación ha dado lugar para garantizar y reforzar la asistencia de las parteras a sus “hermanas mujeres”, entre los roles que cumplen están las siguientes:

- Acompañamiento durante el embarazo, a través de visitas domiciliarias y orientación sobre cuidados e identificación temprana de posibles riesgos.
- Acompañamiento al hospital, para chequeo durante el embarazo en caso necesario.

- Acompañamiento al hospital para el parto. En ese caso, están autorizadas por el hospital para entrar a la sala de labor, siguiendo las normas de asepsia.
- Apoyo con masajes a las parturientas durante el período de labor.
- Apoyo emocional a las parturientas, acompañándolas y brindando confianza. Una vez que ellas mismas han ganado confianza en el hospital y han establecido relaciones con algunos profesionales del hospital.
- Uso de infusiones de plantas medicinales de acuerdo a las necesidades y etapas del parto, y en consulta con el profesional de salud.
- Participación en la atención del parto culturalmente adecuado y el parto cuando las mujeres así lo requieran y siempre que el personal de salud este presente.

La participación de las parteras no únicamente es a nivel hospitalario en el servicio del parto culturalmente adecuado, sino también a nivel comunitario. (CARTUCHE VACACELA, Martha Lucia, 2011)

4.3.6. Ingreso del esposo, familiar o parteras

El hospital abrió la posibilidad de acompañamiento sea para un familiar o por la partera, rompiendo el paradigma de que solo el personal médico podía asistir en el momento del parto. Esta decisión fue trascendental porque los familiares y la partera son soportes y apoyo psicológico para las mujeres. (CALDERÓN J. , y otros, 2008)

El ingreso del esposo tranquiliza a la familia, especialmente al padre porque puede presenciar el nacimiento de su hijo, este cambio es importante tomando en cuenta que ya no puede esperar fuera de la sala de partos o muchas veces fuera del hospital. (CALDERÓN J. , y otros, 2008)

Cuando hay participación familiar durante el parto, pueden cortar el cordón umbilical del recién nacido/a, tomar la decisión con su mujer sobre la entrega de la placenta si así lo deciden como pareja, esto no es obligatorio siempre y cuando respetando las creencias y tradiciones de la familia. (CALDERÓN J. , y otros, 2008)

4.3.7. Ropa apropiada para la atención del parto

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta para que sea una atención de calidad del parto culturalmente adecuado, en lugar de la ropa hospitalaria tradicional que se venía utilizando, como es el camión largo, fino, estrecho, con una gran abertura posterior, desechable, que no abrigaba y despertaba quejas entre las usuarias, se optó por cambiar a un camión de material abrigado preferiblemente elaborado de franela, con colores suaves, que cubre apropiadamente a la paciente y da facilidades para la evaluación clínica por la abertura que tiene a la altura del vientre, y por la amplitud de la bata para la atención del parto. De esta manera el profesional puede examinar las veces que requiera hacerlo sin necesidad de descubrir la totalidad del cuerpo, respetando el sentir de la paciente. (BUENO MONTERO S. , 2013)

4.3.8. Alimentación

La alimentación es otro de los aspectos importantes, antes del parto y posparto inmediato, por ello, de acuerdo a la valoración clínica se permite que la paciente consuma alimentos que culturalmente estén indicadas durante el parto y posparto, de tal manera que no exista la preocupación de la paciente y su familia.

A continuación una recomendación sobre la clase de alimentos que se puede proveer antes y después del parto. (CARDENAS ROSERO, 2012)

4.3.9. Uso de plantas medicinales

En la sala de parto culturalmente adecuado se cuenta con una cocina pequeña, cafetería, tazas para preparar infusiones de hierbas medicinales, estas plantas tienen que ser frescas y cálidas que han sido certificadas por parteras acreditadas y son ellas las encargadas de suministrar estas aguas durante la labor del parto. (MENDEZ GUTIERREZ & CERVERA , 2002)

“Desde la cosmovisión indígena, lo cálido representa a todo lo que es masculino, y lo fresco representa a todo lo que es femenino, de esta cosmovisión lo frío y lo caliente es de gran importancia ya que no son sólo meras reacciones térmico metabólicas, se trata de una respuesta integral del individuo donde lo psíquico, lo socio cultural y la influencia del ambiente tiene que

ver en el estado de salud de una persona, especialmente en aquellas calificadas como Males de Dios. Un desbalance en el equilibrio frío/caliente hacia cualquiera de los dos extremos, lleva a la persona a enfermarse y en el peor de los casos hasta la muerte”. (MENDEZ GUTIERREZ & CERVERA , 2002)

En el Hospital Básico de Saraguro se tiene definido el uso de plantas medicinales tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- En el postparto se atenderá con infusiones de: pepas de cilantro, hoja de guaba , toronjil, ortiga
- Puede usarse para aseo perineal las siguientes infusiones de: hierba mora manzanilla, matico, malva blanca.
- Para el aseo, infusiones de las siguientes plantas: manzanilla matico, culantro de pozo, hoja de higo, pelo de choclo, hierba de perro (AlkuMicuna).

4.3.10. Casa materna

La adopción del parto culturalmente adecuado en el hospital de Saraguro fue una de las mejores estrategias para lograr el acceso de las mujeres Kichwas de Saraguro y de la provincia. Uno de los problemas detectados es que no todas las mujeres tenían beneficio por este servicio de maternidad sobre el parto culturalmente adecuado, especialmente por las mujeres que se encuentran en las comunidades alejadas, con el objetivo de evitar la alta incidencia de partos domiciliarios y de riesgos, así como casos frecuentes y estables de partos sépticos por no ingreso hospitalario de gestantes. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 2010)

La sala se encuentra construida dentro del área del hospital, y se realizó con financiamiento del Ministerio de Salud Pública, cuya atención está dada por parte de las parteras obstétricas y enfermeras de la sala de partos, quienes trabajan de forma coordinada.

4.3.11. Contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento

El primer contacto piel con piel será inmediatamente de nacido sin ninguna interrupción, es una práctica beneficiosa e imprescindible tanto para el recién nacido como para la madre; se debe colocar el bebé en contacto directo piel con piel con la madre al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que ella desee, en caso extremo que no se pueda

hacer este procedimiento de ser posible se explicará a la madre el motivo. (CALANDRIA, 2009)

4.3.12. Alumbramiento de la placenta

Es recomendable ayudar a la salida de la placenta con masajes e inyección de medicamentos, sin embargo la mujer debe recibir orientaciones sobre las ventajas e inconvenientes. El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.

Algunos profesionales del Hospital Básico de Saraguro están familiarizados con algunas prácticas tradicionales de la cultura indígena sobre la placenta, en los partos domiciliarios la placenta se entierra en un hueco profundo cerca de la casa, para evitar que los animales se la coman, hay la creencia de que no le pase el frío a la mamá y no se enferme el niño, en el momento que se entierra la placenta se realizan rezos y rituales. (CALANDRIA, 2009)

4.4. Protocolo de manejo del parto vertical

4.4.1. Protocolo de manejo de la primera etapa de la labor de parto: dilatación y borramiento

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

4.4.1.1. Adecuación del área física para atención del parto vertical

El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad (estera, silla, colchonetas).

El área física para realizar un Parto Culturalmente Adecuado debe evitar el color blanco o muy claro en sus paredes (en algunas culturas andinas el color blanco representa la muerte, además muchas pacientes se incomodan al pensar que van a ensuciar o manchar los entornos de colores claros), debe permitir el libre movimiento de la embarazada, debe disponer de un área para calentar aguas medicinales, debe disponer de ropa cómoda y caliente para la embarazada (faldón y camión evitar ropas con grandes aberturas en su área anterior o

posterior), debe disponer de ropa cómoda para los familiares, partera o partero y equipo médico que asistirá en la atención, que incluyan botas de tela (debe evitarse el uso de ropa identificada como de uso hospitalario), debe existir colchoneta y paños estériles de diferentes colores para ser usada de requerirse en la fase activa de la dilatación.

4.4.1.2. Diagnóstico y medidas iniciales

- Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explíquela (también a la persona que le apoya, sea ésta su familiar o su partera) de manera clara y con términos no técnicos, lo que va a realizar. Considere y respete las prácticas habituales de la comunidad a la que pertenecen en lo relacionado a la atención del parto, escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender.
- Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo. Adapte el ambiente en lo posible a los requerimientos de la gestante.
- Si la paciente no se realizó controles prenatales previos, explíquela cómo será el proceso del parto para disminuir el temor a lo desconocido sobre todo en pacientes nulíparas. En lo posible, hágale conocer las instalaciones físicas en donde será atendida y al personal que le prestará asistencia.
- Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto.
- Recaude la información de la paciente si no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal, no olvidar que la partera o partero podría aportar información adicional.
- Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.
 - Preguntar a la paciente si ha tenido contracciones (no necesariamente acompañadas de dolor, las primeras contracciones pueden ser indoloras), pérdida de líquido a través de la vagina, eliminación de tapón mucoso o sangrado genital.
 - Averiguar si ha tomado aguas medicinales o naturales para apurar el parto.
- Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal.

Explicar a la paciente en lo que consiste el examen y obtener su consentimiento antes de tomar la muestra sanguínea).

- Identifique factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente (parto pretermino, rotura de membranas de más de 12 horas, fiebre, hemorragias o patologías del alumbramiento en embarazos anteriores, signos de sufrimiento fetal o alteraciones del estado materno).
- Realice una evaluación clínica inicial identificando signos de alarma que determinen el nivel de atención de la paciente, éste examen debe incluir: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura, siempre explicando a la paciente lo que se va a realizar y solicitando apoyo a la familia y partera o partero para el consentimiento de la paciente.
- Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.
- Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.
- Ausculte la frecuencia cardiaca fetal durante un minuto con cualquier método (el de elección es la auscultación intermitente) y durante un minuto completo inmediatamente después de una contracción uterina.
- Control y Registro de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos.
- Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. SÓLO CUANDO SOSPECHE QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR YA EN FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO SOBRE CINCO CENTÍMETROS DE DILATACIÓN PARA GRAFICAR CURVA DE ALERTA DEL PARTOGRAMA O CUANDO SOSPECHE POR CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO EXTERNO UNA POSIBLE DISTOCIA. Anticipe a la paciente y acompañantes el procedimiento y su utilidad, solicite consentimiento.
- La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia a fin de evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando:
 - Dilatación cervical.
 - Borramiento cervical.
 - Consistencia del cuello.

- Posición del cuello.
 - Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee.
 - Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea.
 - Coloración del líquido amniótico.
 - Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.
 - Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal.
 - Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto (Protocolo de manejo del parto distócico y protocolo de manejo de cesárea, en normativa de MSP).
- Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal (TV) cuando sea estrictamente necesario (OMS), intentar espaciarlo, habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma.
 - Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados para limitar los exámenes excesivos, por ejemplo:
 - TV #.1 (20:34 Horas) dilatación 5 cm., borramiento 60%, etc.
 - TV #.2 (24:30 Horas) dilatación 9 cm., borramiento 100%, etc.
 - Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar.
 - Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.
 - Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico y su acompañante (familiar o partera) la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.
 - Permita el uso de ropa adecuada según costumbres de la comunidad, debemos solicitar que la ropa utilizada por la paciente esté limpia o en su efecto podemos ofrecerle ropa adaptada para éste tipo de atención que dispone la unidad.
 - **NO REALICE ENEMA EVACUANTE** porque no es beneficioso, NO previene las infecciones perinatales, es incómodo y puede lesionar el intestino. Sugiera a la paciente que evacúe espontáneamente la vejiga y que elimine la deposición, para evitar que esto suceda durante el parto.

- NO RASURE EL VELLO PÚBLICO solo si la paciente o la partera lo solicita por las características de la práctica comunitaria de atención (NO RASURE RUTINARIAMENTE EL ÁREA GENITAL).
- Recomiende a la paciente que se realice un aseo perineal con agua hervida o de hierbas que utiliza la comunidad, explicándole que es para disminuir el riesgo de infecciones.
- NO MANTENGA EL AYUNO (NPO) DURANTE LA LABOR DE PARTO.
- Permita la ingesta de líquidos azucarados, administrados por los familiares o la partera. Es importante que el personal de salud conozca la acción de ciertas plantas medicinales que son administradas durante el trabajo de parto en las comunidades, especialmente quien atenderá el parto.
- NO COLOQUE VENOCLISIS RUTINARIA, valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto, si es necesario.
- PERMITA LA LIBERTAD DE MOVIMIENTOS. La paciente puede asumir cualquier posición cómoda para ella y cambiar de posición cuantas veces lo desee.
 - PRECAUCIÓN: por prolapso de cordón en presentación móvil y membranas rotas se debe mantener la posición supina.
- Permita que la paciente reciba masajes de su familiar o partera según las prácticas de la comunidad.

4.4.1.3. Evaluación de la labor de parto

- El Partograma debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal hasta el momento del parto.
- En el segmento inferior de la hoja de partograma haga el primer control y registro de:
 - Tensión arterial. Mínimo cada hora durante toda la labor de parto.
 - Actividad uterina. Frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos.
 - Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente. Cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo.
 - En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique:

- La curva de alerta de dilatación cervical: Escoja en el extremo superior izquierdo del partograma los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas (p10) dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas.
 - Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm. de dilatación cervical.
 - La curva real de dilatación cervical: registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el TV los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores.
 - La curva de descenso de la presentación fetal. Confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las Estaciones de DeLee o los Planos de Hodge cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma.
 - Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son:
 - Contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente;
 - Tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta);
 - Cuello uterino mal adosado a la presentación fetal.
 - No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo.
- El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno y fetal.

4.4.2. Protocolo de manejo de la segunda etapa de la labor de parto: expulsivo.

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.

4.4.2.1. Preparativos

- La intervención del personal de salud en la atención del parto en libre posición se basa en recepción del bebé, realizar las maniobras que corresponden en caso de circular de cordón, en detectar y atender cualquier probable complicación. Evitar en lo posible realizar la amniorrexis y episiotomía.
- Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. Las posiciones que puede adoptar la paciente son las siguientes:
 - Posición de cuclillas: variedad anterior.
 - Posición de cuclillas: variedad posterior.
 - Posición de rodillas.
 - Posición sentada.
 - Posición semi sentada.
 - Posición cogida de la sogá.
 - Posición pies y manos (4 puntos de apoyo).
 - Posición de Pie.

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

- Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto.
- Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) que es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
- Explique e interactúe con la partera o partero capacitada/o de la zona, el acompañante o los familiares acompañantes. Permita el uso de la ropa según la costumbre de la comunidad (insistiendo en que debe estar limpia) y asegúrese que la atención se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada.
- Brinde apoyo emocional continuo y tranquilice a la paciente, el personal de salud coordinará la atención del parto, pero se adaptará a la posición elegida por la paciente.
- Realice un lavado perineal con agua tibia o si fuese costumbre de la comunidad con agua de hierbas medicinales y repetirlo si fuese necesario.

- Asegúrese de que los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención del parto y del recién nacido estén completos y esterilizados.
- Acondicione o verifique que el área donde se atenderá el parto cuente con:
 - Calor producido por calefactores, estufas o chimeneas (tomando en cuenta las regiones del país y condiciones de la unidad operativa).
 - Camilla o silla adecuada para el parto vertical.
 - Soporte (soga o cuerda) debidamente asegurada (viga o argolla).
 - Una colchoneta o estera en el piso, cubierta con campos sobre los cuáles nacerá el bebé.
 - Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesa acondicionada.
- Verifique las condiciones de limpieza e higiene del lugar, lávese las manos con agua limpia y jabón desinfectante antes de colocarse los guantes, si es necesario por la posición elegida se pueden colocar botas de tela o medias, a fin de evitar que contamine con los pies el campo que cubrirá la colchoneta en donde se atenderá el parto.

4.4.2.2. Expulsión de la cabeza

- Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé, permita que la partera o partero tradicional dé las orientaciones sobre cómo realizar el jadeo si ella lo acepta.
- Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada.
- Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo, mejor con un paño estéril de ser posible, a medida que la cabeza del bebé se expulsa.
- Valore la necesidad de realizar EPISIOTOMÍA SELECTIVA.

NO REALICE EPISIOTOMÍA RUTINARIA a todas las mujeres.

- No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria.
- La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.
- aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.
- Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.
- Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
- Sólo si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.

4.4.2.3. Finalización del parto, inicio del nacimiento

- Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.
- Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.
- Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.
- Si la posición adoptada por la embarazada es vertical, la cabeza se desprenderá sola recibéndole con una mano y con la otra recibir el cuerpo del niño, de lo contrario o si es otra posición mueva suavemente hacia la región anal la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.
- Lleve la cabeza del bebé hacia la región anterior para extraer el hombro posterior.
- Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.
- Coloque al bebé SIEMPRE sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar (si la condición y posición de la madre lo permite), mientras, seque al bebé por completo y evalúe las condiciones del recién nacido (puede requerir atención urgente).
 - La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.
- Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, permita cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad.
 - NO EXISTE APURO.

- NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL.
- El tamaño al que se realice el corte del cordón será consultado al acompañante según las costumbres locales.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

- Si las condiciones de la madre y del RN lo permiten inicie la lactancia materna.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

4.4.3. Protocolo de manejo de la tercera etapa de la labor de parto: alumbramiento

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

- Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.

4.4.3.1. Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto: administración de uterotónico

- Administre oxitocina 10 unidades IM.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

- No administre oxitocina IV ni en bolo ni por la vía intravenosa; se requiere mayor volumen de líquido y el tiempo de acción es tardío en relación a la vía IM.
- Si no dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

4.4.3.2. Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. Tracción controlada del cordón umbilical.

- La paciente generalmente en éste momento se encuentra ya recostada, si es así: acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.

- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.
- Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).
- Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra-tracción sobre el útero.
- Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.
- Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.
- Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción para evitar la inversión uterina.
- De ser necesario utilizar técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres de la comunidad.
- Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen.
- Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente, conjuntamente con la partera o partero tradicional.
- Entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma (se lo hará en funda sellada respetando las normas de bioseguridad).
- Una vez que ha sido expulsada la placenta realizar el aseo vulvo perineal con agua medicinal tibia respetando las costumbres de la zona.

4.4.3.3. Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto: masaje uterino.

- Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.
- Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.
- Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.
- Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros.

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP– HCU. Form. # 051

- En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anesestiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR, 2008)

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

El presente es un estudio de tipo analítico y transversal; a través del cual se realizó un análisis acerca del nivel de satisfacción del parto culturalmente adecuado de las usuarias atendidas en el Hospital Básico de Saraguro.

5.2. Área de estudio

El trabajo de campo de la presente investigación se llevó a cabo durante el periodo Abril-Diciembre de 2015 en el Hospital Básico Saraguro, ubicado en la Av. Calasanz y José María Vivar de la provincia de Loja; en el servicio de Gineco-Obstetricia que dispone de 5 camas de puerperio destinadas 2 para parto culturalmente adecuado y 3 para parto horizontal.

5.3. Universo

Está conformada por 166 usuarias que dieron alumbramiento en el Hospital Básico de Saraguro periodo Abril-Diciembre del 2015.

5.4. Muestra

Está conformada por un total de 70 usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro.

5.5. Recolección de información

- Se realizó previo consentimiento informado al Director del Hospital Básico de Saraguro de la provincia de Loja a fin de obtener la autorización para la ejecución del presente estudio.
- Se realizó las coordinaciones con el personal del Hospital Básico de Saraguro, para darles a conocer los fines del estudio a realizar en el tiempo determinado.

- Se realizó la validación del instrumento de recolección (encuesta) mediante una prueba piloto la cual fue aplicada a 10 usuarias de fácil entendimiento por parte de las mismas.
- Se recolectó la información de las encuestas realizadas a las usuarias en coordinación con el Dr. Ginecólogo del Hospital Básico de Saraguro, las mismas que fueron receptadas en la sala de puerperio inmediato previa autorización mediante el consentimiento informado.
- Se analizó la información obtenida de las encuestas realizadas a las usuarias.

5.6. Análisis de Datos.

Posterior a la recolección de datos, los resultados se analizaron mediante tablas donde se graficaron la frecuencia y porcentaje sobre: nivel de satisfacción en las usuarias atendidas por parto vertical. Con resultados obtenidos se hizo la interpretación y análisis utilizando herramientas tecnológicas como: SPSS versión 24, posteriormente, se procedió a la formulación de conclusiones y recomendaciones.

5.7. Criterios

5.7.1. Criterios de Inclusión.

Todas las usuarias que dieron alumbramiento y las que desearon participar por parto culturalmente adecuado en el estudio realizado en el Hospital Básico de Saraguro periodo Abril-Diciembre del 2015.

5.7.2. Criterios de Exclusión

Usuarias que dieron alumbramiento por parto horizontal y las que no decidieron participar en el estudio realizado en el Hospital Básico de Saraguro.

6. Resultados

Basándonos en los aspectos sociodemográficos como primer dato de referencia de las usuarias encuestadas durante el periodo abril-diciembre del año 2015, se establece que la edad de paridad notable se encuentra en un rango de 15 a 24 años correspondiendo al 54,3%, seguido de un 31,4% entre los 25 a 34 años, existiendo el porcentaje más bajo en la edad mayor de 35 años considerado un 14,3%; respecto a la etnia revelamos que un 60% corresponden a la indígena, seguido de la mestiza con un 40%, lo que en la actualidad sería un avance significativo a la elección de parto vertical por la etnia mestiza; en base al estado civil se encuentra una cifra significativa con respecto a madres solteras ya que poseen un porcentaje de 25,7% considerándolo negativo tanto para el estado gestacional como el alumbramiento ya que pueden o no contar con el apoyo directo de su pareja, en unión libre se ubica un 41,4%, y casadas en 32,9%; la religión predominante es la católica con un valor de 92,9% con respecto a las demás vinculaciones religiosas; el nivel de instrucción de las usuarias en su mayoría poseen instrucción primaria con un 64,3%, seguida de secundaria 27,1%, mientras que el nivel superior se halla en un porcentaje mínimo con 2,9%, existiendo un 5,7% de analfabetismo, información plasmada en la Tabla 1.

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado.

Aspectos sociodemográficos		
	F	%
EDAD		
15-24 años	38	54,3
25-34 años	22	31,4
35-40 años	10	14,3
Total	70	100
ETNIA		
Mestiza	28	40
Indígena	42	60
Total	70	100
ESTADO CIVIL		
Soltera	18	25,7
Casada	23	32,9
Unión libre	29	41,4
Total	70	100
RELIGIÓN		
Católica	65	92,9
Evangélica	4	5,7
Testigos de Jehová	1	1,4
Total	70	100
INSTRUCCIÓN		
Primaria	45	64,3
Secundaria	19	27,1
Superior	2	2,9
Ninguna	4	5,7
Total	70	100

Fuente: Registro de resultados- base de datos SPSS 24.

Elaboración: Edwin Fernando Guamán Angamarca.

6.1. Resultado para el primer objetivo.

Determinar el porcentaje de usuarias que optan por el parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro.

Tabla 2. Porcentaje de parto en usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado.

Tipos de parto		
	F	%
PARTO HORIZONTAL	96	57,8
PARTO VERTICAL	70	42,2
Total	166	100

Fuente: Registro de resultados- base de datos SPSS 24.

Elaboración: Edwin Fernando Guamán Angamarca.

Usuarias atendidas por parto vertical

$$P: \frac{\text{Usuarias atendidas por parto vertical}}{\text{Total de usuarias por alumbramiento en hospital de Saraguro}} \times 100 = 42.2 \%$$

Total de usuarias por alumbramiento en hospital de Saraguro

Interpretación de resultados. De los dos tipos de parto optados por las usuarias los valores poseen índices similares, ubicándose en primer lugar el parto horizontal con un 57,8% y por parto culturalmente adecuado o parto vertical en un 42,2% cuya cifra evidencia actualmente la aceptación, de este tipo de parto en la población Saraguro.

6.2. Resultado para el segundo objetivo.

Conocer el nivel de satisfacción sobre el parto culturalmente adecuado de las usuarias atendidas en el Hospital Básico de Saraguro.

Tabla 3. Posición que adopto durante el parto culturalmente adecuado.

Posición durante el parto culturalmente adecuado		
	F	%
Sentada	24	34,3
Arrodillada	30	42,9
Posición de pie	11	15,7
Cuclillas	5	7,1
Total	70	100

Fuente: Registro de resultados- base de datos SPSS 24.

Elaboración: Edwin Fernando Guamán Angamarca.

Interpretación de resultados. Referente a las posiciones adoptadas durante el parto culturalmente adecuado encontramos que las usuarias optaron en mayor frecuencia por la posición arrodillada en 42,9%, seguido de sentada en 34,3%, de pie en 15,7% y tan solo en 7,1% en cuclillas.

Tabla 4. Acomodamiento de la sala de parto culturalmente adecuado manifestado por las usuarias atendidas.

Sala de parto culturalmente adecuado		
	F	%
AMBIENTE		
Adecuado	64	91,4
Regular	4	5,7
Inadecuado	2	2,9
Total	70	100
CAMAS E IMPLEMENTOS		
Adecuado	67	95,7
Regular	2	2,9
Inadecuado	1	1,4
Total	70	100
SITIO PARA HERVIR AGUAS MEDICINALES		
Si	69	98,6
No	1	1,4
Total	70	100

Fuente: Registro de resultados- base de datos SPSS 24.

Elaboración: Edwin Fernando Guamán Angamarca.

Interpretación de resultados. Concerniente a la adecuación de la sala de parto culturalmente adecuado, tenemos que el ambiente manifestado por las usuarias les pareció adecuado en 91,4%, en concordancia con las camas e implementos en 95,7%, tenían un sitio para hervir aguas medicinales en 98,6%; presentándose porcentajes no significativos de insatisfacción respecto al acomodamiento de la sala de parto.

Tabla 5. Autorización por parte del personal de salud

Autorización médica		
	F	%
VESTIMENTA PROPIA		
Si	23	33
No	47	67
Total	70	100
INGRESO DE FAMILIAR Y OTROS		
Si	68	97
No	2	2,9
Total	70	100
CONSUMO DE ALIMENTOS		
Si	69	99
No	1	1,4
Total	70	100
APEGO PRECOZ		
Si	66	94,3
No	4	5,7
Total	70	100

Fuente: Registro de resultados- base de datos SPSS 24.

Elaboración: Edwin Fernando Guamán Angamarca.

Interpretación de resultados. Del total de las usuarias encuestadas en observancia a la autorización por parte del personal de salud durante y después del parto encontramos, que no se les permitió utilizar la ropa que llevaba la usuaria en 67,1 % y les permitieron en 32,9 %; se autorizó el ingreso de un familiar, acompañante o partera a la sala de parto en 97,1%; se consintió consumir alimentos antes y después del proceso de parto en 98,6 %; y se permitió apego precoz en 94,3%, y tan solo el 5,7%; datos que cobran mucha importancia debido a que se favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo.

Tabla 6. Solicitud de la placenta por las usuarias después del parto culturalmente adecuado.

Pedido de la placenta por la usuaria		
	F	%
SI	16	22,8
NO	54	77,1
Total	70	100

Fuente: Registro de resultados- base de datos SPSS 24.

Elaboración: Edwin Fernando Guamán Angamarca.

Interpretación de resultados. Referente a la solicitud de la placenta por la usuaria después del parto evidenciamos que no hicieron pedido de la misma en 77,1%, y tan solo en 22,8% si la solicitaron, en concordancia con su cultura y costumbres.

6.3. Resultado para el tercer objetivo.

Identificar el nivel de atención que brinda el equipo médico gineco-obstetra a las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro.

Tabla 7. Calificación al personal médico por las usuarias durante y después del parto culturalmente adecuado.

Atención médica a las usuarias		
	F	%
INFORMACIÓN		
Excelente	30	42,9
Buena	39	55,7
Mala	1	1,4
Total	70	100
ENTREGA DE ROPA LIMPIA		
Si	69	98,6
No	1	1,4
Total	70	100
LIMPIEZA GENITAL		
Excelente	4	5,7
Buena	65	92,9
Mala	1	1,4
Total	70	100
ATENCIÓN BRINDADA		
Excelente	22	31,4
Buena	45	64,3
Regular	1	1,4
Mala	2	2,9
Total	70	100

Fuente: Registro de resultados- base de datos SPSS 24.

Elaboración: Edwin Fernando Guamán Angamarca.

Interpretación de resultados. Del cien por ciento de las usuarias encuestadas respecto a la calificación a la atención médica por el personal de salud tenemos que la información brindada acerca del procedimiento durante y después del parto fue calificada como buena en 55,7 %, seguido de excelente en 42,9 %; se hizo entrega de ropa limpia antes y después del parto en 98,6 %; la limpieza genital antes y después del alumbramiento por el personal de salud fue buena en 92,9%, y en menor frecuencia excelente en 5,7 %; y finalmente el grado de atención otorgada al personal médico por las usuarias fue asignada como buena en 64,3 %, excelente en 31,4 % y malo en 2,9 %.

7. Discusión

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por ésta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. La atención del parto vertical permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2008).

Se incluyeron en el estudio datos de un total de 166 usuarias que dieron alumbramiento en el Hospital Básico Saraguro, llevándose a cabo 70 partos culturales que corresponde a un porcentaje de 42,2%, que optaron por el parto vertical cuya cifra evidencia actualmente la aceptación de este tipo de parto en la población Saraguro; siendo la edad de paridad en rango de 15 a 24 años correspondiendo al 54,3%, seguido de un 31,4% entre los 25 a 34 años, existiendo el porcentaje más bajo en la edad mayor de 35 años considerado en 14,3%; respecto a la etnia revelamos que un 60% corresponden a la indígena, seguido de la mestiza con un 40%, lo que en la actualidad sería un avance significativo a la elección de parto vertical por la etnia mestiza; en base al estado civil se encuentra una cifra significativa con respecto a madres solteras ya que poseen un porcentaje de 25,7% considerándolo negativo tanto para el estado gestacional como el alumbramiento ya que pueden o no contar con el apoyo directo de su pareja, en unión libre se ubica un 41,4%, y casadas en 32,9%; la religión predominante es la católica con un valor de 92,9% con respecto a las demás vinculaciones religiosas; el nivel de instrucción de las usuarias en su mayoría poseen instrucción primaria con un 64,3%, seguida de secundaria en 27,1%, mientras que el nivel superior se halla en un porcentaje mínimo con 2,9%, existiendo un 5,7% de analfabetismo, datos que no se correlacionan con el estudio de (Cartuche Vacacela, 2011), realizado en Saraguro, donde las cuales optaron por el parto vertical en un 62% y el horizontal en 24% entre la edad de 25-29 años a más. Como también con los datos del estudio realizado por (Calderón y otros, 2006-2007) en el Hospital Nacional Edgardo, en Lima-Perú, con respecto a la edad de paridad, donde en el parto vertical hubo 21,3% y en el parto horizontal 28,7% madres de 35 años o más.

La posición optada durante el proceso de parto la mayoría fue; arrodillada en un 42,9%, seguido de acostada en un 34,3 %, de pie en un 15,7 % y tan solo un 7,1% en posición de cuclillas; datos similares en el estudio por (Cartuche Vacacela, 2011), donde la posición durante la fase expulsiva optada por las mujeres indígenas fue arrodillada con un 32%, seguida por la posición horizontal con el 28%, mencionando otras posiciones como parada y sentada entre otros con menor porcentaje. Así como también con el estudio realizado; por (Franco y otros, 2010), de la Revista Médica de Bolivia, donde optaron por la posición sentada con un 40%, de cuclillas un 20%, horizontal en un 17%, en menor porcentaje arrodillas y paradas.

En el trabajo investigativo se evidenció que el nivel de satisfacción calificado por las usuarias respecto al ambiente donde les atendieron el proceso de parto les pareció adecuado en un 91,4%; así como las camas e implementos de la sala de parto en 95,7%; contando en la sala un sitio para hervir aguas medicinales en 98,6%; se les permitió utilizar la ropa que llevaban las usuarias en 67,1%; se permitió el ingreso de un familiar, acompañante o partera a la sala de parto en 97,1%; se autorizó consumir alimentos antes y después del proceso de parto en 98,6%; no solicitaron la placenta el 77,1% y el 22,8% si la solicito en concordancia con su cultura y costumbres. En el cual la satisfacción global de las pacientes fue del 81,4%. Comparando con el estudio de (Ayala Gutiérrez, 2015) en Perú; referente al ambiente e implementos de la sala de parto, sitio de aguas medicinales e ingesta de alimentos, ingreso de familiar, partera o acompañante, uso de vestimenta propia de la usuaria, y solicitud de placenta; en el cual la satisfacción global de las pacientes fue del 93,3%. Así mismo el estudio de la revista médica de Bolivia donde se revela que la mayoría de usuarias estuvieron en 77% acompañadas durante el período expulsivo, 44% por su pareja, 23% por familiar cercano y un 10% con pareja y familiar.

En el nivel de atención que brinda el equipo médico gineco-obstetra otorgado por las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro tenemos que: la información brindada por el personal médico a las usuarias fue calificada como buena en 55,7%, seguido de excelente en un 42,9%; se entregó ropa limpia antes y después del parto en 98,6%; la limpieza genital antes y después del alumbramiento por el personal médico fue buena en 92,9%; se les permitió apego precoz en 94,3%; y la calificación de las usuarias referente a la atención brindada por el personal médico durante el parto se estimó buena en 64,3% y excelente en un 31,4%, teniendo, finalmente, un nivel de atención bueno hacia las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Saraguro.

Comparando con el estudio de (Ayala Gutiérrez, 2015), en Perú donde, se encuentra al evaluar de manera global la atención del parto, se observa que el 93,3% del total de encuestadas lo califica como “satisfacción” y solo el 6,7% lo califica como “insatisfacción leve” en relación a la información brindada, entrega de ropa limpia, limpieza genital, apego precoz, y atención por el personal médico gineco-obstetra. Así también en el estudio realizado por (Rendon, Jilly Lilibeth, 2012-2013), donde, el 73% de las pacientes atendidas no tuvieron ningún tipo de información sobre el parto vertical, el 12% se informaron en las consultas prenatales, el 11% se informaron mediante charlas hospitalarias y el 4% de las pacientes se informaron mediante páginas en internet, resultados que no concuerdan con este trabajo investigativo en su totalidad.

8. Conclusiones

Luego de realizar el trabajo investigativo se concluye:

- Las usuarias que optaron por parto culturalmente adecuado se encuentran en un porcentaje equivalente al parto horizontal.
- Respecto a los aspectos sociodemográficos se determina que la edad de paridad se encuentra en un rango de 15 a 24 años, predominando la etnia indígena, correlacionándose con los datos de la etnia mestiza lo que demuestra la aceptación y elección del parto vertical por esta etnia; son de estado civil unión libre pero se encuentra una cifra significativa con respecto a madres solteras; pertenecen a la religión católica y el nivel de instrucción de las usuarias en su mayoría fue primaria, existiendo un porcentaje relativamente bajo de analfabetismo en esta comunidad.
- Las posiciones que más optaron las usuarias durante el parto culturalmente adecuado fueron: arrodillada y sentada respectivamente por la comodidad que les ofrecía la misma.
- La adecuación de la sala de parto, camas e implementos y sitio para hervir aguas medicinales fue calificada como adecuado.
- Se autorizó el ingreso de un familiar, acompañante o partera, así como también se permitió consumir alimentos y aguas medicinales antes y después del parto propio de cada usuaria; teniendo como negativo el no permitir el empleo de ropa que llevaron.
- Se consintió el apego precoz, casi en su totalidad a las usuarias atendidas por esta variedad de parto, conforme a la norma del Ministerio de Salud Pública.
- No se realizó la solicitud de la placenta en 61,9%, de usuarias indígenas y del 100%, de etnia mestiza, evidenciando con ello pérdida de su cultura, costumbres y tradiciones.

- El nivel de satisfacción de las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado es calificado como bueno por la posición adoptada, ambiente adecuado, acomodamiento de la sala de parto y autorizaciones por parte del equipo médico.
- La información impartida a las usuarias durante y después del proceso de parto fue calificado por las mismas como bueno en su mayor porcentaje.
- Se realizó la entrega de ropa limpia antes y después del parto a todas las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado, que es indicación de calidad.
- La limpieza genital realizada por el personal de salud fue calificada como buena por las usuarias en mayor porcentaje.
- La calificación de las usuarias con respecto a la atención brindada en el Hospital Básico de Saraguro se concluye que es buena más no excelente.

9. Recomendaciones

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública, Seguro Social Campesino, Hospital Básico de Saraguro y distintas casas de salud promover mediante campañas informativas y dar a conocer a la población más acerca del parto culturalmente adecuado forjando su tradición, hábitos y cultura propia de la comunidad que se ha ido deteriorado en años anteriores ya que al momento se encuentra impulsada por el actual gobierno y en estadía vigente. Así mismo, se recomienda a las entidades académicas como (UNL, y otras instituciones académicas) dar a conocer los resultados de usuarias que optaron por el parto culturalmente adecuado del presente trabajo investigativo que se realizó en el cantón Saraguro provincia de Loja.
- Se recomienda al equipo médico gineco-obstetra del Hospital Básico Saraguro mejorar la calidez hacia la usuaria considerando el mantener un ambiente de sala de parto mayormente aceptado por la comunidad el cual sería mantener un sitio no muy claro en sabanas, camas, colchonetas entre otros instrumentos ya que sienten timidez al creer que pueden manchar o dañar dicho material, al mismo tiempo se debe considerar en dejar el uso de su propia ropa que decidan utilizar ya que el no dejar su uso disminuiríamos el porcentaje y la satisfacción de esta variedad de parto.
- Se recomienda al personal médico del Hospital Básico Saraguro brindar información apropiada a cerca del procedimiento que se realiza en el parto culturalmente adecuado durante la llegada, estancia y salida de la misma, así como también tener un trato propicio con respeto y responder toda inquietud o necesidad percibida por la usuaria contemplando a cabalidad el protocolo estandarizado por el Ministerio de Salud Pública ya que el mismo señala como es el manejo de este tipo de parto. Y así forjar, esta variedad de parto propia de la cultura indígena Saraguro, ya que es un método ancestral que actualmente se está perdiendo por la comodidad del personal médico dejando a un lado las ventajas que este tipo de alumbramiento propicia a la usuaria.

10. Bibliografía

- AGUAL, R. y. (Agosto 2008). GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. 34.
- AYALA GUTIERREZ, G. L. (2015). CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO SEGÚN PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. *INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.*, 38.
- BUENO MONTERO, E. (2013). LA VERTICALIDAD DURANTE EL PARTO. *PARANINFO DIGITAL*, 1.
- BUENO MONTERO, S. (2013). LA VERTICALIDAD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: UNA REVISIÓN DE EVIDENCIAS. *FUNDACION INDEX*, 5.
- BURGO, C. (2004). PARIR CON PASIÓN ESCENARIO, ESCENAS Y PROTAGONISTAS DEL PARTO Y NACIMIENTO. 22.
- CALANDRIA, A. K. (2009). *CERRANDO BRECHAS, APROXIMANDO CULTURAS*. Peru: Ebra E.I.R.L.
- CALDERÓN, J., BRAVO, J., ALBINAGORTA, R., RAFAEL, P., LAURA, A., & FLORES, C. (16 DE MARZO DE 2008). PARTO VERTICAL: RETORNANDO A UNA COSTUMBRE ANCESTRAL. *DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.*, 57.
- CALDERÓN, J., BRAVO, J., ALBINAGORTA, R., RAFAEL, P., LAURA, A., & FLORES, C. (2008). PARTO VERTICAL, RETORNANDO A UNA COSTUMBRE ANCESTRAL. *REVISTA PERINATAL GINECOLÓGICO OBSTÉTRICO*, 80.
- CALDEYRO, BARCIA R., (1979). BASES FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS PARA EL MANEJO HUMANIZADO DEL PARTO NORMAL. *PUBLICACIÓN CIENTÍFICA NO 858 DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO*, 7.
- CALVO AGUILAR, Omar; FLORES ROMERO, Ana Luisa; MORALES GARCIA, Victor Edilberto;. (2013). COMPARACIÓN DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES DEL PARTO EN POSTURA VERTICAL VERSUS SUPINA. *GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA DE MÉXICO*, 10.
- CARDENAS R., C. M., & CACHIGUANGO Q., S. E. (2012). IMPACTO Y ACOGIDA DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO POR EL EQUIPO DE PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL AÑO 2011-2012. *IMPACTO Y ACOGIDA DEL PARTO CULTURALMENTE*

ADECUADO POR EL EQUIPO DE PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL AÑO 2011 – 2012. UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, Ibarra, Ecuador.

- CARDENAS ROSERO, C. C. (2012). *IMPACTO Y ACOGIDA DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO POR EL EQUIPO DE PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL AÑO 2011 – 2012.* Ibarra : ESCUELA DE ENFERMERIA .
- CARTUCHE VACACELA, Martha Lucia. (2011). *VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL PARTO VERTICAL VERSUS PARTO HORIZONTAL ATENDIDOS POR PARTERAS Y MÉDICOS EN EL ÁREA DE SALUD N° 10, EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE LAS LAGUNAS, GUNUDEL, TUNCARTA, TAMBOPAMBA, ÑAMARIN. CANTÓN SARAGURO PROVINCIA DE LOJA.* Loja: CARRERA DE MEDICINA HUMANA.
- CAVIA, S. (2002). DANDO A LUZ VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL. *GACETILLA DE PRENSA.*, 7.
- CONASA-MSP. (2008). GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. *CONASA-MSP.*, 64.
- EL MERCURIO. (05 de Enero de 2014). LOJA: SARAGURO, UN PUEBLO LLENO DE COSTUMBRES Y CULTURA. *EL MERCURIO*, pág. 18.
- FRANCO, N., AYLLÓN, S., VALLEJO, M., & HANSEN, k. (2010). BENEFICIOS DE LA POSICIÓN VERTICAL PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO. *Revista médica de Bolivia.*
- GUPTA, J. K., & HOFMEYR, G. J. (2008). *POSICIÓN DE LA MUJER DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO.* OXFORD: BIBLIOTECA COCHRANE PLUS.
- LUGONES BOTELL, M., & RAMIREZ BERMUDEZ, M. (2012). EL PARTO EN DIFERENTES POSICIONES A TRAVÉS DE LA CIENCIA, LA HISTORIA Y LA CULTURA. *REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.*, 8.
- MENDEZ GUTIERREZ, R. M., & CERVERA , M. D. (2002). COMPARACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL EN LOS SISTEMAS HOSPITALARIO Y TRADICIONAL. *SALUD PÚBLICA DE MÉXICO VOL. 44.*
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2010). ACCIONES REALIZADAS PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA EN ECUADOR. *MSP, SEGO, UNFPA, FCI, OPS, CEPAM.*, 22.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2013). GUÍA PARA LA GESTIÓN Y ATENCIÓN INTERCULTURAL DE SALUD. *GUÍA PARA LA GESTIÓN Y ATENCIÓN INTERCULTURAL DE SALUD*, 3.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (Agosto, 2008). GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. *MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA*, 64.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE PERÚ. (2005). *NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACION DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL*. Lima, Perú: EBRA E.I.R.L.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR. (2008). GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. *SISTEMA NACIONAL DE SALUD*, 14.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. *SISTEMA NACIONAL DE SALUD*, 14.
- RENDON PÁEZ, J. (2012-2013). BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PARTO VERTICAL SEMISENTADO EN MUJERES GRAN MULTIPARAS INGRESADAS EN EL HOSPITAL DR. VICENTE PINO MORAN DEL CANTON DAULE. 53.
- SUBSECRETARIA NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IGUALDAD. (2014). ANÁLISIS DE DATOS: PARTO EN LIBRE POSICIÓN. *INTERCULTURAL SALUD*, 93.
- UNICEF. (2011). PARTO VERTICAL: EL DERECHO DE DAR A LUZ DE PIE. *UNICEF*, 4.

11. Anexos

Anexo 1. Encuesta



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMAN

MEDICINA HUMANA

Título de investigación:

“NIVEL DE SATISFACION DE LAS USUARIAS ATENDIDAS POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO PERIODO ABRIL-DICVIEMBRE DEL 2015”.

Estimada usuaria de la manera más respetuosa le solicito por favor lea detenidamente las siguientes preguntas y responda con la mayor sinceridad posible eligiendo una sola opción, asegurándole que su información será confidencial.

Edad: años.

Fecha:

Etnia:

Religión:

Estado civil:

Instrucción:

1. ¿Cuál fue la posición que Ud. adopto durante el proceso de parto?

- Posición en cuclillas ()
- Posición arrodillada ()
- Posición sentada ()
- Posición semisentada ()
- Posición de gateo ()
- Posición de pie ()
- Posición cogida de la sogá ()

2. El ambiente donde fue atendido su parto ¿Cómo le pareció?

- Adecuado ()

- Inadecuado ()
- Regular ()
- Ninguno ()

3. Las camas e implementos de la sala de parto ¿Cómo le parecieron?

- Adecuado ()
- Inadecuado ()
- Regular ()
- Ninguno ()

4. El recibimiento por parte del personal de salud ¿Cómo fue?

- Excelente ()
- Bueno ()
- Malo ()
- Regular ()
- Ninguno ()

5. ¿La información que le brindaron sobre el procedimiento a seguirse durante el parto fue?

- Excelente ()
- Bueno ()
- Malo ()
- Regular ()
- Ninguno ()

6. ¿Le permitieron usar la vestimenta que llevaba puesta al ingreso de la sala de parto?

- SI ()
- No ()

7. ¿Le fue dada ropa limpia por parte del personal de salud?

- Si ()
- No ()

8. ¿la sala de parto tenía un sitio adecuado para hervir aguas medicinales?

- Si ()
- No ()

9. ¿Le permitieron ingerir alimentos hechos por sus acompañantes de acuerdo a la dieta de su comunidad durante y después del parto?

- Si ()
- No ()

10. ¿La limpieza general hecha por Ud. Antes de llegar a la sala de parto fue?

- Excelente ()
- Buena ()
- Mala ()
- Regular ()
- Ninguna ()

11. ¿Cómo fue el lavado genital por parte del personal médico?

- Excelente ()
- Bueno ()
- Malo ()
- Regular ()
- Ninguna ()

12. ¿Permitieron el ingreso de familiar, acompañante o partera a la sala de parto?

- Si ()
- No ()

13. ¿Luego del nacimiento se permitió tomar en sus brazos a su hijo (a)?

- Si ()
- No ()

14. ¿Ud. hizo el pedido de su placenta?

- Si ()
- No ()

15. Califique la atención clínica por parte del equipo médico gineco-obstetra en la sala de parto

- Excelente ()
- Bueno ()
- Malo ()
- Regular ()
- Ninguno ()

Anexo 2. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Usted ha sido seleccionado para participar en el estudio titulado: **“NIVEL DE SATISFACCION DE LAS USUARIAS ATENDIDAS POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BASICO DE SARAGURO PERIODO ABRIL-DICIEMBRE DEL 2015”**

Su participación en el estudio es voluntario y usted está en la libertad de rehusar o contestar las preguntas del cuestionario y de retirarse del estudio en cualquier momento. La información que usted provea es totalmente confidencial, se utilizara únicamente con fines científicos.

El firmar este consentimiento indica que usted comprende que se espera su colaboración y desea ser participante en este estudio.

Me han leído y explicado detenidamente el contenido de la hoja de información para el paciente y la de consentimiento informado, por lo que acepto formar parte de este estudio.

FIRMA: _____

NÚMERO DE CEDULA: _____

Anexo 3. Variedad de Posiciones.

Arrodillada



Sentada



Sala de Saraguro



Apoyo para el parto vertical en posición arrodillada





Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS ATENDIDAS POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO PERIODO ABRIL-DICIEMBRE DEL 2015" autoría de: Edwin Fernando Guamán Angamarca, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 18 de Octubre de 2016

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

