



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Enfermería

Título:

Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA:

Sisa Pacari Sarango Quizhpe

DIRECTOR:

Ing. José Eduardo González Estrella, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2019

CERTIFICACIÓN

Ing. José Eduardo González Estrella, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber asesorado, revisado y orientado en todas sus partes, el desarrollo de la tesis de investigación titulada: **“FACTORES ASOCIADOS A LA EFICACIA DEL PARTO VERTICAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO”**, de autoría de la Srta. Sisa Pacari Sarango Quizhpe, misma que ha sido asesorada y monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica como estipula la normativa vigente de la Universidad Nacional de Loja, razón por la cual autorizo su presentación, sustentación y defensa correspondiente.

Loja 01 de Julio del 2019

Atentamente



Ing. José Eduardo González Estrella, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Sisa Pacari Sarango Quizhpe, declaro ser autora del presente Trabajo titulado **FACTORES ASOCIADOS A LA EFICACIA DEL PARTO VERTICAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO** 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 en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autora: Sisa Pacari Sarango Quizhpe

Firma:.....

Cedula: 1105666430

Fecha: 01 de Julio del 2019

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo **Sisa Pacari Sarango Quizhpe**, declaro ser autora de la tesis titulada “**FACTORES ASOCIADOS A LA EFICACIA DEL PARTO VERTICAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL BÁSICO 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. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero. Loja a los un días del mes de Julio del 2019.

Para constancia, firma la autora.

Firma:.....

Autora: Sisa Pacari Sarango Quizhpe

Cedula: 1105666430

Dirección: Saraguro

Correo Electrónico: pakarina.s_15@hotmail.com

Celular: 0962829361

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Ing. José Eduardo González Estrella, Mg. Sc.

Tribunal de tesis

Presidenta: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo

Integrante: Lic. Carmen Piedad Aguilar Chamba

Integrante: Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz

DEDICATORIA

A mis padres, por ser mi apoyo ejemplo de integridad y perseverancia, por darme el empuje necesario para no desfallecer.

A mis hermanos, por ser un apoyo incondicional en mi vida para alcanzar las metas propuestas.

A Xavier por estar a mi lado en los momentos más difíciles brindándome su apoyo incondicional alentándome a seguir adelante y luchar por mis sueños. A mi hijo por ser el motor de mi vida para seguir adelante.

A mi director de tesis Ing. José Eduardo González Estrella, Mg. Sc. por su dedicación, colaboración y tolerancia que Dios le de toda la sabiduría para que siga educando a las futuras generaciones.

A todas las personas que estuvieron de una u otra forma cerca de mí apoyándome y brindándome su colaboración y comprensión.

Sisa Pacari Sarango Quizhpe

La autora

AGRADECIMIENTO

A Dios por amarme y abrirme las puertas, por darme el querer y hacer para esforzarme y luchar por mis sueños.

A la prestigiosa Universidad Nacional de Loja y a los docentes que he tenido en el transcurso de mi vida universitaria por haberme cobijado en sus aulas y brindarme el conocimiento necesario para crecer profesionalmente. De manera especial al Ing. José Eduardo González Estrella, Mg. Sc. quien con sus conocimientos, sus experiencias y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi trabajo con éxito.

A mi familia en especial a mis padres por brindarme su apoyo incondicional; a mi hijo quien ha sido el motor principal para luchar por mis sueños.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Sisa Pacari Sarango Quizhpe

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii
Índice de figuras.....	ix
Índice de tablas	x
a. Titulo	1
b. Resumen	2
c. Introducción	4
d. Revisión de literatura	6
4.1. Marco Legal	6
4.1.2 Ley Orgánica de Salud dentro de la Ley Orgánica de Salud	7
4.1.3. El Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida	7
4.1.4. Derechos del paciente	8
4.2. Reseña histórica de la medicina tradicional.....	8
4.3 Parto	10
4.3.1. Etapas del Parto	10
4.3.2. Primera Etapa.....	10
4.3.3. Segunda etapa	11
4.3.4. Tercera Etapa	12
4.4 Adecuación cultural en la atención del parto.....	12
4.4.1 El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares	14
4.4.5 Información	18
4.4.7 Espacio físico.....	19
4.5 Parto vertical.....	21
4.6 Posiciones del parto	21
4.6.1. Posición de cuclillas (variedad anterior).....	22
4.6.2. Posición de cuclillas (variedad posterior)	23
4.6.3 Posición de rodillas	24

4.6.4	Posición sentada y semi sentada.....	24
4.6.5	Posición sostenida de un lazo o una soga	26
4.6.6	Posición pies y manos	26
4.7	Beneficios y Riesgos de Parto Vertical.....	27
4.7.1	Ventajas de la posición horizontal.....	28
4.7.2	Desventajas de la posición horizontal	28
4.7.3	Ventajas de la posición vertical	30
4.7.4	Desventajas de la posición vertical.....	32
e.	Materiales y métodos.....	34
f.	Resultados.....	38
g.	Discusión.....	43
h.	Conclusiones	45
i.	Recomendaciones.....	46
j.	Bibliografía.....	47
k.	Anexos.....	51

Índice de figuras

Fotografía 1 Posición de cuclillas variedad anterior	22
Fotografía 2 Posición de cuclillas variedad posterior.....	23
Fotografía 3 Posición de rodillas	24
fotografía 4 Posición sentada.....	24
Fotografía 5 Posición Semisentada	25
Fotografía 6 Posición sostenida de un lazo o una soga	26
Fotografía 7 Posición pies y manos.....	26
Fotografía 8 Mapa Saraguro	34

Índice de tablas

Tabla 1 Condiciones sociodemográficas de la población.....	38
Tabla 2 Percepción de las usuarias en la atención del parto vertical.....	39
Tabla 3 Relación parto vertical vs horizontal beneficios y riesgos	41
Tabla 4. Relación entre parto vertical vs horizontal.....	42

a. Título

Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro

b. Resumen

El parto es un proceso fisiológico que anuncia el nacimiento de un bebé, existen diferentes posiciones que se adopta en el momento del parto, entre ellas; la posición horizontal y vertical. Existen diferentes costumbres, rituales y otras prácticas culturales en los distintos grupos étnicos. La presente investigación tiene como propósito determinar los factores asociados a la eficacia del parto vertical en las pacientes atendidas en el Hospital Básico de Saraguro, el estudio es de corte transversal cuantitativo, la técnica fue la entrevista que se complementó con la revisión de historias clínicas, la muestra correspondió a 54 parturientas. Los resultados determinaron que el 94,4% de la población pertenece a la Provincia de Loja, predominando usuarias mayores de edad, con educación secundaria, de etnia indígena, solteras y el 79,6% no trabaja. En relación a la percepción sobre la sala de parto vertical, la mayoría destacaron que el ambiente era adecuado, pues estaba iluminado y cálido, las ventanas estaban protegidas, la cama estaba ubicada en posición de la salida del sol. Sin embargo, la totalidad refirieron que la sala de partos no estaba pintada con los colores que indica la norma, el 75,9% tuvieron acompañamiento familiar, el 81,5% utilizaron vestimenta propia y el 92,6% consumió alimentos y bebidas propias de su comunidad.

Al establecer relación entre el parto vertical vs horizontal, se evidencia que las hemorragias se presentan de forma igualitaria en ambos partos, mientras que del 66,7% que optaron por el parto horizontal, la mayoría presento desgarros, les realizaron episiotomía y se prolongó la duración del periodo expulsivo.

Palabras claves: Parto vertical, parto horizontal, labor de parto, grupos étnicos, parturientas.

Abstract

Childbirth is a physiological process that announces the birth of a baby, there are different positions that are adopted at the time of delivery, among them; the horizontal and vertical position. There are different customs, rituals and other cultural practices in different ethnic groups. The purpose of this research is to determine the factors associated with the efficacy of vertical delivery in patients treated at the Basic Hospital of Saraguro, the study is of a quantitative cross section, the technique was the interview that was complemented with the review of medical records, the sample corresponded to 54 parturients. The results determined that 94.4% of the population belongs to the Province of Loja, predominating female users of legal age, with secondary education, of indigenous ethnicity, single women and 79.6% do not work. In relation to the perception of the vertical delivery room, most stressed that the environment was adequate, because it was bright and warm, the windows were protected, the bed was located in the position of sunrise. However, all reported that the delivery room was not painted with the colors indicated by the norm, 75.9% had family support, 81.5% used their own clothing and 92.6% consumed food and beverages specific to their community.

When establishing a relationship between vertical and horizontal delivery, it is evident that hemorrhages occur equally in both deliveries, while 66.7% opted for horizontal delivery, most presented tears, underwent episiotomy and prolonged the delivery. duration of the expulsive period.

Key words: Vertical delivery, horizontal delivery, labor, ethnic groups, parturients.

c. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1985, ha recomendado que la mujer adopte la posición más cómoda durante el proceso de parto; siendo la postura vertical la más fisiológica y natural para la madre pues permite a la mujer pujar mejor y como no hay compresión de los vasos sanguíneos, hay menos sufrimiento fetal; es más rápido, hay menos complicaciones; y menor necesidad de estimular el nacimiento.

Según el primer artículo de la Constitución del Ecuador, éste es un país plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico que considera a la medicina tradicional como una práctica trascendental lo que obliga a buscar mecanismos de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales de las diferentes comunidades del país (Constituyente, 2015).

El Parto Vertical es considerado el más natural La adecuación cultural de esta práctica es una medida que se ha venido implementándose para atender el parto de la mujer acompañada de sus familiares más cercanos; ya que 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 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

El Ministerio de Salud en agosto del 2005 emitió la Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado (MSP, 2010).

Sin embargo se desconoce qué proporción de mujeres son atendidas en dicha posición y cuáles son los factores que influyen en dicho proceso; Por lo tanto dicha problemática se ha

tomado en cuenta para la elaboración de la presente investigación cuyo propósito principal fue Determinar los factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro, período Noviembre 2018- Enero 2019; con los siguientes objetivos específicos; Caracterizar la población participante e involucrada en el estudio y referente a las variables consideradas, Identificar la percepción de las usuarias con respecto a la atención que reciben durante el parto de acuerdo a los factores que influyen en la atención del parto vertical, Establecer relación entre el parto vertical vs horizontal beneficios y riesgos que contrae.

Este proyecto fue viable y factible ya que se brindaron todas las facilidades para la ejecución del mismo y con ello se dio cumplimiento con los objetivos propuestos por la investigadora.

d. Revisión de literatura

4.1. Marco Legal

El siguiente estudio se encuentra respaldado por los siguientes artículos de la Constitución de la República del Ecuador (Constituyente, 2015).

Art. 1. El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

Art. 14. Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*. Art. 21. Las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir 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.

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 43. El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. La gratuidad de los servicios de salud materna. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 62. La cultura es patrimonio del pueblo y constituye elemento esencial de su identidad. El Estado promoverá y estimulará la cultura, la creación, la formación artística y la investigación científica. Establecerá políticas permanentes para la conservación, restauración,

protección y respeto del patrimonio cultural tangible e intangible, de la riqueza artística, histórica, lingüística y arqueológica de la nación, así como del conjunto de valores y manifestaciones diversas que configuran la identidad nacional, pluricultural y multiétnica. El Estado fomentará la interculturalidad, inspirará sus políticas e integrará sus instituciones según los principios de equidad e igualdad de las culturas.

4.1.2 Ley Orgánica de Salud dentro de la Ley Orgánica de Salud

En la ley orgánica de salud relata sobre los derechos sexuales y reproductivos (AN, 2015).

Se tipifica:

Art. 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Numeral 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.

4.1.3. El Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida

Es un instrumento que está sujeto a políticas, programas y proyectos públicos:

Objetivo 1 Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

1.6 Garantizar el derecho a la salud, educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.

Objetivo 2 Afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad, revalorizando las identidades diversas.

2.2. Garantizar la interculturalidad y la plurinacionalidad en la gestión pública, para facilitar el goce efectivo de los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades.

2.3. Promover el rescate, reconocimiento y protección del patrimonio cultural tangible e intangible, saberes ancestrales, cosmovisiones y dinámicas culturales.

2.7. Promover la valoración e inclusión de los conocimientos ancestrales en relación a la gestión del sistema educativo, servicios de salud, manejo del entorno ambiental, la gestión del hábitat y los sistemas de producción y consumo.

4.1.4. Derechos del paciente

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador emitió en el año 2006 la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, la misma que tiene los siguientes artículos:

Art. 2.- Derecho a una atención digna. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

4.2. Reseña histórica de la medicina tradicional

Son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos

conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Esto no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado (Tabla, 2009).

“La Medicina Tradicional en el Ecuador, al igual que en otros Países Andinos, no es antigua. Si bien sus raíces pertenecen a un pasado de más de 10 mil años, su vigencia ha continuado a lo largo de cinco siglos de regímenes coloniales y republicanos. Dicha permanencia ha sido sostenida por los pueblos de más bajos recursos: indios, mestizos, montubios y campesinos, quienes han encontrado en la medicina tradicional una alternativa menos costosa y más coherente con su cosmovisión. En la actualidad es utilizada de forma empírica por la población en general y de manera especial por varios Yachac personas sabios (Pineda, 2008).

En la historia de la medicina, los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical como un fenómeno natural. En la edad media el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento formados por varones y la persecución de muchas parteras experimentadas, acusadas de brujería.

Al expropiarse de la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto como una enfermedad que requería ser atendidos por los médicos y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama y más tarde en el hospital.

Esta inmovilidad y debilitamiento psicofísico estaba sustentado por otras posiciones sexuales, sociales y religiosas de opresión (Historia de las Matronas. Asociación Profesional de Matronas APMEX., 2012).

Referentes sobre el parto

4.3 Parto

Es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

4.3.1. Etapas del Parto

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto. Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello uterino (Lais, 2006).

El parto consta de 3 fases principales: - Fase de dilatación: es muy variable, puede llegar a suponer el 90% de la duración del parto - Fase de expulsivo: empieza cuando el cuello uterino alcanza su máxima dilatación y termina con la salida del feto - Fase de alumbramiento: corresponde al desprendimiento y expulsión de la placenta y las membranas fetales.

4.3.2. Primera Etapa

Desde el inicio hasta la completa dilatación del cuello, (unos 10 cm) tiene 2 fases: latente y activa.

Durante la fase latente, las contracciones irregulares se vuelven progresivamente más coordinadas, las molestias son mínimas y el cuello se borra y se dilata unos 4 cm. El tiempo de la fase latente es difícil de precisar y su duración varía, en promedio, 8 h en las nulíparas y 5 h

en las multíparas; la duración se considera anormal si persiste > 20 h en las nulíparas o > 12 h en las multíparas.

Durante la fase activa, el cuello se dilata completamente y la presentación desciende hacia la pelvis media. En promedio, la fase activa dura 5 a 7 h en las nulíparas y 2 a 4 h en las multíparas. El cuello debe dilatarse 1,2 cm/h en las nulíparas y 1,5 cm/h en las multíparas. Los exámenes pelvianos se realizan cada 2 a 3 h para evaluar la progresión de trabajo de parto.

4.3.3. Segunda etapa

Se define como segunda etapa de labor de parto al periodo comprendido entre la dilatación cervical completa (10 cm) y la expulsión fetal, y tiene una duración promedio de 20 minutos en multíparas y 50 minutos en nulíparas, sin embargo ésta es variable y se ubica dentro de rangos de normalidad amplios. Esta etapa se divide a su vez en una fase activa y una pasiva. La fase pasiva está definida por la dilatación cervical completa, sin contracciones expulsivas involuntarias, mientras que la fase activa se caracteriza por una dilatación cervical completa acompañada de contracciones expulsivas, y por la posibilidad de visualización del producto. Para llegar al objetivo de la expulsión fetal, éste realiza movimientos característicos dentro de la pelvis, que le permiten amoldarse y pasar de manera más fácil a través de ella, procurando que el menor diámetro de la parte fetal se acople con el mayor diámetro del agujero de salida pélvico (anteroposterior). El entendimiento de estos movimientos facilitará la posterior comprensión de la influencia de la posición materna sobre el mecanismo de la segunda etapa de labor de parto, por lo que a continuación se describen:

Encajamiento: Movimiento en el que el diámetro biparietal pasa por el orificio de entrada pélvico.

Descenso: Movimiento del feto hacia abajo por el canal de parto. Se produce por diversas fuerzas como la presión del líquido amniótico, las contracciones uterinas, los pujos maternos y

la extensión del cuerpo fetal. En la posición vertical, la gravedad se suma a las fuerzas nombradas anteriormente.

Flexión: la cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico.

Rotación interna: ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre el músculo elevador del ano y los ileocoxígeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.

Extensión: la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo.

Rotación externa: una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.

Expulsión: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.

Estos movimientos son todos debido a la relación que existe entre la cabeza ósea y hombros del feto y el anillo óseo de la pelvis materna.

4.3.4. Tercera Etapa

Comienza después del parto, cuando el bebé ha salido y se espera el alumbramiento o salida de la placenta (Andina, 2008).

4.4 Adecuación cultural en la atención del parto

En toda cultura la maternidad se manifiesta como uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres, lo que suscita un movimiento

inusual de saberes, costumbres, ritos y diferentes prácticas culturales según sea el grupo humano, forjando métodos de cuidado de la salud específicos considerando la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto.

Nuestro país reconoce su estatus de plurinacional, pluricultural, intercultural y multiétnico, y los grupos étnicos aspiran expectativas diversas en la atención de salud, que soslaya el sistema biomédico occidental por no satisfacer todas sus necesidades. Y es que, el sistema biomédico y los saberes ancestrales tienen profundas diferencias pues el primero define causas y tratamiento de las enfermedades según criterios fisiológicos; el segundo contempla una visión holística que integra cuerpo, alma y espíritu. Esta particular visión de los sabios ancestrales (yachaks, curanderos, hierbateros, parteras/os, fregadores, etc.) los predispone a acompañar el tiempo necesario al paciente y establecen una forma de pago que no necesariamente involucra dinero, lo que estimula las relaciones de afecto, confianza y solidaridad en la comunidad.

Uno de los aspectos más relevantes dentro de la medicina ancestral es la atención del parto. La concepción de una vida nueva tiene profundo y especial significado en estas culturas, y su cuidado requiere de alguien muy especial: Las parteras o parteros.

El modelo de atención Intercultural promueve la atención del parto culturalmente adecuado, eliminando toda barrera que desmotive a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud durante su embarazo y parto. El desarrollo efectivo de éste componente aporta elementos para:

- Reconocer en las diferentes culturas sus características individuales y colectivas en la atención del embarazo y del parto, prestando especial atención a sus tradiciones procurando satisfacer sus necesidades y requerimientos.
- Particularizar las formas de atención obstétrica y neonata, con respeto a sus costumbres y valores culturales, a través de un trato digno y con calidez humana,

motivando en las pacientes su deseo de continuar recibiendo atención en la institución.

- Eliminar prácticas “occidentales” de episiotomía, rasuración del vello púbico y aplicación de enema, que alejan a las usuarias de los servicios de Salud del MSP.
- Facilitar y estimular la presencia de su pareja, familia, partera de confianza, durante el parto y postparto, brindándole apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente.
- Darle a la paciente la opción de escoger la posición más cómoda para el parto.
- Garantizar el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre-hijo así como la lactancia precoz exclusiva salvo el caso de VIH positivo.
- Preguntar a la paciente o su familia el destino de la placenta, guardando respeto a su tradición cultural, pero sin descuidar las normas de bioseguridad del MSP.
- Suscitar la agrupación de usuarias/os en comités o veedurías, que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen acciones que tiendan a mejorarla.
- Alentar la sensibilización del personal de salud de la Institución, de parteras/os, y de la comunidad creando condiciones adecuadas que generen predisposición al cambio. Con estos antecedentes hemos logrado identificar aspectos relevantes sobre los cuales el Modelo Intercultural debe considerar:

4.4.1 El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

El primer punto, y quizás el más importante, es el que se refiere a la forma como el personal de salud se relaciona con la paciente y con sus familiares. Habitualmente, en el sistema biomédico, el trato del personal de salud hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado. No obstante, en contextos multiculturales, la relación de poder se vuelve más compleja en cuanto intervienen criterios

culturales, de género y de clase. Así pues, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio²⁰. Así, por ejemplo, algunas pacientes indígenas de la sierra ecuatoriana usualmente son objeto de crítica por la falta de planificación familiar, y de estigmatización por una supuesta falta de higiene (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

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

El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante, la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano.

4.4.2 Acompañamiento durante el parto.

Durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno debe ser controlado, tanto en la esfera física como emocional. Según la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud, se tiene que incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones respecto a la atención al parto, para que ellas sean y se sientan las protagonistas del mismo. En los hospitales, durante un parto normal, la mujer es atendida por médico, aunque su presencia es intermitente ya que una profesional puede estar atendiendo a más mujeres a la vez. El acompañamiento durante el parto es un pilar muy importante en la estrategia de humanización de este proceso. La necesidad de apoyo por alguien de confianza es totalmente beneficioso para la madre por lo que se debe permitir y alentar a las mujeres a contar con la presencia de personas

de apoyo, elegidas por ellas libremente, durante todo el proceso (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. “Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los “otros” ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación (Roy, 2014).

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

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con sus hijos, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte. Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien en cualquier caso recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero. Las parteras y parteros también demandan que se les permita atender y acompañar a su paciente durante el parto hospitalario, sobre todo si ésta es referida por él/ella (MSP D. N., 2011).

4.4.3 Abrigo / vestimenta

Un elemento importante de la medicina ancestral de las comunidades indígenas de los Andes ecuatorianos, aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio

humoral. Este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto.

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales de las parteras, parteros y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica se refiere a la “práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría. En cambio, ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto.

Además, en relación al tema del pudor de las usuarias, muchas mujeres han mencionado que las batas que se les proporcionan en los servicios de salud son abiertas por detrás y que esto les ocasiona vergüenza. Por ello, su expectativa es que se les permita mantener su propia ropa durante la atención del parto, pues “tienen vergüenza que les desnuden”. No les gustaría tener que sacarse toda la ropa, la bata que se les proporcione podría ser de franela para estar abrigadas. De igual manera las usuarias manifiestan que las salas de labor y parto deberían contar con calefactores que permitan mantener una temperatura abrigada durante todo el proceso del alumbramiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

4.4.4 Alimentación

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de anís, de manzanilla, de paraguay, de higo, etc. (según el sector). Algunas de las infusiones que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Tal es el caso de algunas infusiones

que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior.

Por otra parte, ciertas plantas tienen una eficacia natural y simbólica, como en el caso del agua de linaza, o el agua de melloco, que ingieren algunas parturientas “para que ayude a resbalar el feto y / o la placenta”. Comúnmente, los miembros de las comunidades indígenas y afroecuatorianos conocen el principio humoral así como las propiedades curativas de ciertas plantas, sin embargo, el saber de las propiedades específicas de las plantas y hierbas Medicinales que deberán usarse para encontrar el equilibrio, lo poseen especialmente los sabios del subsistema de salud ancestral indígena.

En éste sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de aguas de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención.

Algunas mujeres también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, ya sea con alimentos dados por la unidad de salud o que se permita a sus familiares llevar a la institución alimentos tradicionales para las puérperas, como por ejemplo: caldo de gallina, o arroz de cebada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

4.4.5 Información

El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, en los niveles I y II, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento. El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias,

cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular (MSP-ECUADOR, 2014).

4.4.6 Entrega de la placenta

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza “al igual que una persona En algunas comunidades aymaras incluso se la envuelve en ropa de varón si es niño, o en ropa de mujer si es niña, además se la acompaña con una serie de ofrendas a los espíritus ancestrales maternos: sebo, ají, sal, azúcar, coca y flores de rosa “para que la wawa sea de buen carácter”. Si no se realizan estos ritos se piensa que hay peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido; “esto se inscribe en la lógica andina de que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado”.

En algunas comunidades existe la creencia que si no se entierra la placenta, ésta puede regresar imbuida de los espíritus “encima de la mujer” y asustarle, hasta sofocarle, o también se cree que cuando el wawa ya es mayor “puede ser loco”, o “se le puede hacer la dentadura amarilla”. Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva y tomando en cuenta las normas de bioseguridad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

4.4.7 Espacio físico

Paredes

Dentro de las características de paredes deben estar pintadas con colores cálidos (amarillo, azul, verde claro celeste claro rosado vivo, rojo o naranja) Llanas, sin azulejo.

Debido que los colores tienen una incidencia en la percepción de los sentidos. Los colores cálidos afectan el sistema nervioso, facilitando que la parturienta active el sistema

parasimpático, imprescindible para la secreción adecuada de hormonas del parto (oxitocina, endorfinas). Si se dejan las paredes llanas, sin azulejo, permite que cada Unidad Operativa, de acuerdo a su realidad local, pueda hacer adecuación de las mismas (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Iluminación

Las características de la sala de parto, debe estar iluminada con luz cálida y no luz blanca ni fluorescente. Para de esta manera ofrecer un ambiente cálido, la iluminación debe ser indirecta (luz de aplique en las paredes).

No es un requisito tener interruptores regulables, es posible conseguir este ambiente con focos de baja/media intensidad. Así mismo, si existe una ventana, debe haber la posibilidad de cubrirla con una cortina o persiana (foto anterior). Características de las persianas/cortinas, de acuerdo a la realidad local.

Esta iluminación sirve para la segregación de las hormonas que permiten que el parto evolucione, es necesario evitar la activación del neocortex mediante el uso del lenguaje, la razón y las luces fuertes. Las parturientas, habitualmente se ponen de parto por la noche, porque las condiciones de silencio, intimidad y oscuridad son favorables.

Climatización

La sala de parto tiene como característica contar un sistema de climatización automatizado que permita ajustar la temperatura en 25°C De acuerdo a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (2010) se deberá mantener la temperatura del paritorio en 25°C, tanto para que la madre pueda activar el sistema parasimpático (el frío activa adrenalina), como para recibir al bebé en un ambiente cálido y evitar hipotermias (MSP-ECUADOR, 2014).

4.5 Parto vertical

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 el personal de salud que 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 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

El parto vertical, es sinónimo de “recuperar la capacidad y la confianza en la propia naturaleza, tampoco quiere decir renunciar a la tecnología, sino adjudicarle el lugar que le corresponde y esto no quiere decir volver al pasado (J.L, 2013).

Se asocia a una reducción en la duración de la fase II del parto, es decir una reducción en el número de episiotomías y la disminución del dolor. En la actualidad con ayuda de la física moderna y los conocimientos fisiológicos se han demostrado que la posición vertical materna, al permitir la acción de la fuerza de la gravedad sobre el feto dentro del útero, condiciona y permite que el nacimiento sea más rápido y menos traumático.

El parto humanizado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir (Buitrón, 2002).

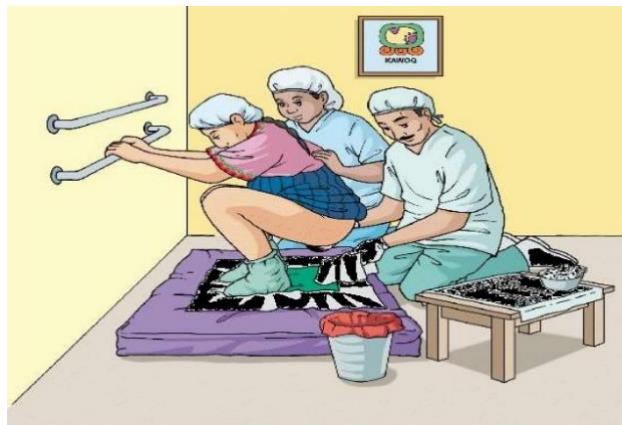
4.6 Posiciones del parto

Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal

es anti-natural al parto, causando que el bebé se regrese, y la madre pierda la fuerza (Bernardo, 2004).

La demanda de cambio fortalece el respeto a la cultura de la paciente para que escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto. Siendo la posición fisiológica más adoptada por ser confortable la de cuclillas; Sin embargo, existe un sin número de variaciones del parto vertical: de rodillas, elevada de los hombros por el esposo, sujetándose de una soga colgada de una viga del techo, apoyándose en una silla o baúl, en posición de gatear, etc. (Gupta, 2009).

4.6.1. Posición de cuclillas (variedad anterior)



Fotografía 1 Posición de cuclillas variedad anterior
(<https://es.slideshare.net/kLaUdiTaPaOLeX/parto-vertical-33805335>)

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.

4.6.2. Posición de cuclillas (variedad posterior)



Fotografía 2 Posición de cuclillas variedad posterior
(<https://es.slideshare.net/kLaUdiTaPaOLeX/parto-vertical-33805335>)

- 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 realizar el alumbramiento dirigido.

- 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.

4.6.3 Posición de rodillas



Fotografía 3 Posición de rodillas
(<https://es.slideshare.net/kLaUdiTaPaOLeX/parto-vertical-33805335>)

- 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 (Lugones Botell, 2012).

4.6.4 Posición sentada y semi sentada



fotografía 4 Posición sentada
(<https://es.slideshare.net/kLaUdiTaPaOLeX/parto-vertical-33805335>)



Fotografía 5 Posición Semisentada
 (<https://es.slideshare.net/kLaUdiTaPaOLeX/parto-vertical-33805335>)

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

- 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 (Lugones Botell, 2012).

4.6.5 Posición sostenida de un lazo o una soga



Fotografía 6 Posición sostenida de un lazo o una soga
(<https://es.slideshare.net/kLaUdiTaPaOLeX/parto-vertical-33805335>)

- Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.
- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo 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.

4.6.6 Posición pies y manos



Fotografía 7 Posición pies y manos
(<https://es.slideshare.net/kLaUdiTaPaOLeX/parto-vertical-33805335>)

- 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 (Cols., 1974).

4.7 Beneficios y Riesgos de Parto Vertical

Principales ventajas de las diferentes posturas.

Decúbito supino

- Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias posparto.
- Más cómoda para el obstetra.

De pie

- Mayor eficacia de las contracciones uterinas.
- Mejor oxigenación fetal.
- Menor necesidad de analgesia y oxitocina.
- Menor tasa de episiotomías.

Decúbito lateral

- Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.

Cuadrupedia

- Menos trauma perineal ya que la gravedad aleja la presión de periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal.
- La elasticidad perineal es mayor en esta postura.

Cuclillas

- Diámetros pélvicos aumentados, menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales.
- Disminuyen las laceraciones perineales.

Sedestación

- Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas.
- Alivia el dolor de la parte baja de la espalda (Lugones Botell, 2012).

4.7.1 Ventajas de la posición horizontal

Dentro de las ventajas de la posición horizontal se pueden mencionar las siguientes:

- Favorece la comodidad del médico en la atención del parto.
- Favorece la revisión médica.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

4.7.2 Desventajas de la posición horizontal

A continuación, se detallan las desventajas que presenta la posición horizontal.

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

Efecto Poseiro: Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs), útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente puede

presentar palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia. Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la paciente. Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen un sinnúmero de efectos muy peligrosos que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdica (Salud., 2010).

Efectos mecánicos: La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, causan que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden reducir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto como sucedería si se tratase de comer o defecar estando en posición horizontal, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como “peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.

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

Efectos psicológicos: Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño. Se puede mencionar que una desventaja de esta posición es "el aumento en el índice de cesáreas y de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas y aumento del temor y no colaboración de la madre".

4.7.3 Ventajas de la posición vertical

Efectos respiratorios: El peso del útero, bebé, 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 bebé. 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 mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece una mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis. Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas

acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. Él bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso no puede retroceder. La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

Efectos musculares: Insertos en la articulación pubiana se encuentran los músculos abductores; mismos que tienen la labor de colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir el egreso del cuerpo del bebe. 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).

Cuando la mujer se coloca en una posición vertical durante el parto, a la fuerza de empuje que genera la madre con sus músculos abdominales, se suma la gravedad, con lo que la expulsión fetal se facilita. Además, con la ayuda de un soporte la mujer puede variar la inclinación de su cuerpo y corregirla para favorecer el descenso del feto y aliviar el dolor al cambiar el eje del cuerpo. Se ha demostrado una mayor intensidad de las contracciones en las posiciones verticales y laterales, que es aún mayor al alternar de posición durante la labor, sobre todo en la primera etapa (Getty, 2003).

- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.
 - Un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatación como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal.
 - Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia, pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
 - Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxofemoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.
 - Proporciona beneficios psicoafectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente.
 - Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
 - La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
 - Menor necesidad de uso de fórceps.
 - Recuperación más rápida.
 - Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo
- (Lugones Botell, 2012).

4.7.4 Desventajas de la posición vertical

Las desventajas de esta posición son las siguientes:

- 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.
- Riesgo de hemorragia.
- Entorpecen la monitorización.
- Se dificultan al usar anestesia.
- Caída del neonato al piso (González, 2009).

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 (Buitrón, 2002).

Se ha descrito la capacidad de la pelvis de moldearse durante el parto, bajo el efecto de la relaxina, sobre todo en una posición de cuclillas, pues en esta posición, la mujer abduce sus piernas, provocando una compresión de la parte superior de la sínfisis del pubis, con una separación mínima de la porción inferior. Los huesos iliacos y las articulaciones sacro iliacas se mueven hacia afuera, además de que el sacro es forzado a moverse hacia atrás junto con el cóccix, teniendo como resultado un aumento promedio de 1 cm en el diámetro transversal y 2 cm en el diámetro anteroposterior del agujero de salida pélvico, demostrado de forma radiológica, lo que aumenta en un 28 % el espacio disponible para el pasaje de la cabeza fetal (Villacís Núñez, 2013).

e. Materiales y métodos

Diseño de investigación

El presente trabajo investigativo es de corte transversal cuantitativo de tipo descriptivo. El mismo que se observaron los fenómenos en un momento puntual tal como se dan en su contexto natural, y posteriormente se los analizó. Transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un grupo muy específico que son; parturientas del Hospital Basico de Saraguro y se ejecutó en el período Noviembre del 2018 a Enero del 2019. Cuantitativo, ya que el instrumento de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista estructurada con preguntas cerradas de opción múltiple el mismo que permitió el análisis de la información por medios estadísticos y por ende evidenciar los resultados de forma numérica.

Área de estudio



Fotografía 8 Mapa Saraguro

Fuente: Saraguro turístico

El estudio se realizará en la Zona de Planificación 7, la cual se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico. Según la división política administrativa de la zona, esta comprende tres provincias: El Oro, con 14 cantones y

49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y, Zamora Chinchipe, con nueve cantones y 28 parroquias. De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe); niveles administrativos de planificación que se establecen para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y 29 calidez para la ciudadanía; los cuales serán implementados en el territorio nacional por los diferentes ministerios y secretarías.

Saraguro, Su nombre se deriva de varias hipótesis como son de palabras quichuas: “SARA” = maíz, “GURO” = jora; lo que significa maíz germinado, Sara=Maíz y Guru=Olla, que se interpretaría como la Olla del Maíz; Sara=Maíz y Kuru=Gusano, que significa Gusano de Maíz o también puede ser SARA"KURI" que significa Maíz de Oro. Cantón de la Provincia de Loja, limita al norte con el cantón Oña de la Provincia del Azuay, al Sur con el Cantón Loja, al este con la Provincia de Zamora Chinchipe y al Oeste con la Provincia de El Oro. Está ubicado a poco más de 60 kilómetros al norte de la ciudad de Loja. La presente investigación se desarrolla en el Hospital Básico de Saraguro, que cuenta con un Centro de Atención del Parto Culturalmente Adecuado Constituye uno de los centros más interesantes de América, donde se conserva aún la autenticidad de las comunidades incaicas con sus importantes costumbres y tradiciones, el 30% de su población es mestiza que corresponde a la etnia Saraguro y el 70 % restante de la población es indígena (Fundación Jatari, 2008).

Periodo

El periodo investigativo se llevó a cabo desde Noviembre del 2018 a Enero del 2019.

Universo

Pacientes parturientas atendidas en el Hospital Básico de Saraguro.

Muestra

Se trabajó con el 100% de las pacientes que acudieron a la sala de parto vertical para ello se utilizara el (método censal) desde el 1 de Noviembre del 2018 al 31 de Enero del 2019.

Criterios de inclusión

Mujeres que dan a luz en la Sala de Parto vertical del Hospital Básico de Saraguro.

Criterios de exclusión

Mujeres que dan a luz en la Sala de Centro Obstétrico del Hospital Básico de Saraguro, mujeres que no desean participar en el estudio.

Técnicas

El consentimiento informado: (Anexo 1.), es el procedimiento en donde se garantiza que la paciente quiso voluntariamente ser parte de la investigación, dejando en claro que pudieran retirarse de la misma en cualquier momento que lo vieron conveniente, de igual forma se recalcó que los datos aportados por ellos tienen la más absoluta confidencialidad.

Entrevista: (Anexo 2), es el procedimiento mediante el cual se realizó una serie de preguntas estructuradas de tipo cuestionario mediante el cual se mantuvo una conversación el que constó de 17 preguntas que está compuesto por 2 secciones así mismo la primera sección subdivida por dos parámetros el primero que consta de datos personales y la otra parte abarca los datos del parto actual la segunda sección consta la revisión de historias clínicas las cuales fueron realizadas en el área de estadística del Hospital Básico de Saraguro.

Fuente de información

Fue primaria y secundaria ya que se realizó una entrevista a las usuarias, las mismas que brindaron información oportuna necesaria para la investigación y secundaria ya que se recabó información de las historias clínicas de las pacientes del Hospital Básico de Saraguro.

Plan de análisis

La información se procesó a través del programa Static Package for Social Sciences (SPSS V22), que es un software estadístico que incluye estadísticas descriptivas como la tabulación y frecuencias de cruce, estadísticas de dos variables, además pruebas T, ANOVA y de correlación. Con este programa es posible realizar recopilación de datos, crear estadísticas, análisis de decisiones de gestión y mucho más.

En este software se digitó todas las preguntas contenidas en la entrevista y se ingresaron cada una de las respuestas dadas por las usuarias.

Los resultados fueron agrupados y presentados en tablas en función de los objetivos específicos y expresados en números y porcentajes.

Consideraciones éticas

Para llevar a cabo este estudio primero se trabajó en la aprobación del proyecto de investigación, una vez obtenido este, se pidió la respectiva autorización al director del Hospital Básico de Saraguro para la aplicación del instrumento de recolección de datos. Logrado este objetivo se aplicó la entrevista a las Parturientas que desearon participar en la investigación y que firmaron el consentimiento informado. Cabe recalcar que los resultados obtenidos son confidenciales, solamente la investigadora, docente de titulación y director del proyecto tuvieron acceso a los mismos, y además no se expondrán los nombres de las participantes.

f. Resultados

Tabla 1. Condiciones sociodemográficas de la población

VARIABLES	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Provincia de residencia		
Azuay	3	5,6
Loja	51	94,4
Etnia		
Indígena	32	59,3
Blanca	3	5,6
Mestiza	18	33,3
Otra	1	1,9
Edad		
Menor de edad	7	13,0
Mayor de edad	47	87,0
Escolaridad		
Primaria	25	46,3
Secundaria	28	51,9
Superior	1	1,9
Estado civil		
Casada	12	22,2
Soltera	21	38,9
Unión libre	20	37,0
Divorciada	1	1,9
Ocupación		
Trabaja	11	20,4
N trabaja	43	79,6

Fuente: Entrevista realizada a Parturientas que acuden al Hospital Básico de Saraguro 2018-2019

Elaboración: La investigadora

Análisis e interpretación:

La mayoría de las pacientes que participaron en la investigación residían en la provincia de Loja, existiendo predominio de mujeres de etnia indígena, mayores de edad, con un nivel educativo de secundaria y solteras. Respecto a la ocupación laboral se determinó que la mayor proporción de las entrevistadas no trabajan.

Tabla 2. Percepción de las usuarias en la atención del parto vertical

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
El ambiente donde fue atendido su parto ¿Cómo le pareció?		
Adecuado	54	100,0
Inadecuado	0	0
El espacio en la sala es suficiente para moverse dentro de la misma y para que hayan acompañantes		
Si	51	94,4
No	3	5,6
La temperatura de la sala de atención del parto es cálida, y está iluminada		
Si	54	100,0
No	0	0
La sala de parto está pintada con colores que indican las normas (amarillo, azul, verde claro, celeste claro, rosado vivo).		
Si	0	0
No	54	100,0
Si existen ventanas, las mismas están protegidas para evitar la visualización desde fuera y la entrada de corrientes de aire		
Si	54	100,0
No	0	0
La cama está ubicada en posición de la salida del sol		
Si	35	64,8
No	19	35,2
Tuvo acompañamiento de un familiar durante el parto		
Si	41	75,9
No	13	24,1
Le permitieron usar la vestimenta que usted deseaba ocupar al momento del parto		
Si	44	81,5
No	10	18,5
Le permitieron ingerir alimentos y bebidas hechos por sus acompañantes de acuerdo a la dieta de su comunidad durante y después del parto		
Si	50	92,6
No	4	7,4
Ayudo a disminuir el dolor el tipo de posición que utilizó		
Si	34	63,0
No	20	37,0

Fuente: Entrevista realizada a parturientas que acuden al Hospital Básico de Saraguro 2018-2019

Elaboración: La investigadora

Análisis e interpretación:

Referente a la percepción que tuvieron las usuarias sobre la atención del parto vertical, la totalidad de las participantes afirmaron que el ambiente en donde fueron atendidas era adecuado; pues estaba iluminado y cálido. Además, aseguraron que el espacio de la sala era suficiente para moverse dentro de la misma y para que haya acompañantes, con respecto a las ventanas, estas estaban protegidas para evitar la visualización desde fuera y la entrada de corrientes de aire. Por otra parte, más del 50% de las entrevistadas indicaron que la cama se encontraba ubicada en posición de la salida del sol. Sin embargo, todas las mujeres refirieron que la sala de partos no estaba pintada con los colores (amarillo, azul, verde claro, celeste claro, rosado vivo) como indica la Guía de especificaciones técnicas para la atención del parto culturalmente adecuado del Ministerio de Salud Pública.

Las tres cuartas partes de la población investigada señalaron que tuvieron acompañamiento familiar durante el parto, y la mayoría mencionó que les permitieron utilizar la vestimenta que ellas desearon, por su parte un porcentaje superior al 90% consumió alimentos y bebidas hechas por sus acompañantes de acuerdo a la dieta de su comunidad durante y después del parto. Y además, un porcentaje significativo considera que la posición que utilizó durante el parto ayudó a disminuir el dolor.

Tabla 3. Tipo de parto realizado en las pacientes atendidas en el Hospital Básico de Saraguro

Tipo de parto	Posición	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Horizontal	Semisentada	19	35,2
	Acostada	17	31,5
Vertical	Cuclillas	1	1,9
	Arrodillada	10	18,5
	De pie	5	9,3
	Cogida de la sogá	2	3,7
	Total	54	100,0

Fuente: Entrevista realizada a Parturientas que acuden al Hospital Básico de Saraguro 2018-2019

Elaboración: La investigadora

Análisis e interpretación:

De las usuarias que dieron a luz en el Hospital Básico de Saraguro, a más del 50% se les practicó el parto horizontal; y de este la mayoría lo hizo en posición semisentada presentando predominio sobre la posición acostada. Mientras que el parto vertical fue practicado a una tercera parte de las mujeres, de las cuales el mayor porcentaje optó por la posición arrodillada.

Tabla 4. Relación entre parto vertical vs horizontal

VARIABLES			
Hemorragia	Tipo de parto		Total
	Vertical	Horizontal	
Si	33,30	66,70	100,0
No	33,30	66,70	100,0
Desgarro	Tipo de parto		
	Vertical	Horizontal	
Si	40,70	59,30	100,0
No	25,90	74,10	100,0
Episiotomía	Tipo de parto		
	Vertical	Horizontal	
Si	18,2	81,8	100,0
No	37,2	62,8	100,0
Duración periodo expulsivo	Tipo de parto		
	Vertical	Horizontal	
Rápido	76,3	23,7	100,0
Prolongado	37,2	62,8	100,0

Fuente: Revisión de Historias Clínicas de Parturientas que acudieron al Hospital Básico de Saraguro 2018-2019

Elaboración: La investigadora

Análisis e interpretación:

Al establecer relación entre el parto vertical vs horizontal y, tomando en cuenta que todas las categorías tienen iguales proporciones de análisis, se evidencia que las hemorragias se presentan de forma igualitaria en ambos tipos de parto, es decir que la posición que adopte la mujer en el momento de dar a luz no es un factor que predisponga la presentación de hemorragias.

Por otra parte, se identificó que la mayoría de mujeres que optaron por el parto horizontal presentaron con mayor frecuencia; desgarros, además se les realizó episiotomía y la duración del periodo expulsivo fue mucho más prolongado, en comparación con aquellas usuarias que se decidieron por el parto vertical, por lo tanto este último tipo de parto presenta menos complicaciones y por ende permite la recuperación temprana de la mujer.

g. Discusión

De acuerdo a Chaves & Barrientos (2014), el parto vertical no es una práctica nueva, es la posición natural ya utilizada desde los albores de la humanidad, hecho que se ha demostrado en los grabados y esculturas encontrados en las diferentes culturas en el mundo; en este sentido, en el estudio que se llevó a cabo en el cantón Saraguro en el Hospital Básico de la localidad, se evidenció que el 66,7% de las participantes optaron por realizarse el parto horizontal en relación al 33,3% que prefirieron el parto vertical. Por otra parte, una investigación realizada por Salazar Carrera (2019) en el Hospital San Luis de Otavalo, reveló que la mayor proporción de mujeres eligieron el parto vertical en relación con el horizontal.

En el presente estudio analizamos diferentes factores, entre ellos el lugar de procedencia, constatando que existe un porcentaje mínimo de parturientas que no son de la zona (5,6%), lo que representa un dato pequeño en relación a la población existente y comparando con el 59,3% de población indígena y población mestiza con un 33,3%; esto reafirma los resultados encontrados por Buitrón (2013), resaltando que el parto vertical es una opción con alta aceptación y/o preferencia en mujeres que proceden de la zona.

En cuanto a las características sociodemográficas, un alto porcentaje de las participantes fueron mayores de edad, con un nivel de instrucción secundaria, de estado civil solteras, predominando las mujeres que no trabajan, estos resultados corroboran a los obtenidos por Lozano Estrada (2019), mostrando variación únicamente en el estado civil ya que en el estudio realizado Lozano la mayoría de las mujeres eran convivientes.

En lo que respecta a la posición utilizada en el momento de dar a luz, esta investigación determinó que un gran porcentaje de usuarias utilizaron la posición arrodillada en el parto vertical (18,17%), mientras que en el parto horizontal; la posición con mayor predominio fue la semisentada (35,2%), estableciendo correspondencia con la investigación de Carrera (2018).

El 63,0% de la población investigada manifestó que el tipo de posición que utilizó ayudó a disminuir el dolor, esto corrobora a lo aseverado con la teoría de Carrera (2018), que manifiesta que en el parto vertical la mujer tiene mayor control de su cuerpo, esta posición le permite que controle la fuerza en cada contracción para el pujo y el dolor.

De acuerdo a las entrevistadas, el acompañamiento de los familiares durante el parto fue muy importante por el sentimiento de seguridad y confianza que representó para ellas, lo cual fue comprobado en estudios desarrollados en comunidades con características similares; Chávez Barrientos (2014) por ejemplo, indican que la percepción de la mayoría de las mujeres de Aucaloma en Perú, están a favor de la presencia de la madre y del esposo, por el soporte emocional, el cual favorece los procesos de parto, otorgando mayor seguridad en el cuidado y protección del recién nacido.

Referente a los beneficios y riesgos que tiene el parto horizontal y vertical; se identificó que en ambos existe riesgo de hemorragia, contrario a lo determinado en la investigación de Coyago Ortega (2018), el cual manifiesta que se presenta hemorragia posparto en una relación de 0,8% horizontal y 0,3% vertical.

En la presente investigación se observa que el parto vertical tiene más beneficios ya que se evidenció un porcentaje menor de pacientes a las que se les realizó episiotomía, presentaron menor frecuencia de desgarros y disminuyó la duración del periodo expulsivo. Estos resultados confirman a los obtenidos por Chavez & Barrientos (2014), en donde el 67.0% de mujeres que optaron por la posición vertical para el trabajo de parto no presentaron desgarro perineal, por el contrario Coyago manifiesta que en el parto vertical se presentan más desgarros con un porcentaje del 48,6%.

h. Conclusiones

- De las parturientas que participaron en la investigación el mayor porcentaje pertenecen a la Provincia de Loja, existiendo predominio de mujeres indígenas, mayores de edad, de estado civil solteras, con nivel educativo de secundaria. Referente a la ocupación laboral, un número considerable no trabaja.
- En cuanto a la percepción que tienen las usuarias del Hospital Básico de Saraguro con respecto a la atención del parto vertical, se determinó que todas las pacientes consideran que el ambiente en donde fueron atendidas era adecuado. La mayor proporción indicó que el espacio fue suficiente para moverse dentro de la misma, las ventanas estaban protegidas, la cama se encontraba ubicada en posición de la salida del sol. Sin embargo, el 100% de la población investigada refirieron que la sala de partos no estaba pintada con los colores (amarillo, azul, verde claro, celeste claro, rosado vivo) como indica la Guía de especificaciones técnicas para la atención del parto culturalmente adecuado del Ministerio de Salud Pública. La mayoría de mujeres tuvieron acompañamiento familiar, les permitieron utilizar vestimenta propia y consumir alimentos y bebidas de su comunidad.
- Como resultado del establecimiento de la relación entre parto vertical y horizontal se obtuvo que la posición no influye en el padecimiento de hemorragia durante este proceso. Por su parte, el parto vertical tuvo menor prevalencia de desgarros, la práctica de episiotomía fue menos frecuente y disminuyó la duración del periodo expulsivo en comparación con el parto horizontal.

i. Recomendaciones

- Se recomienda a las autoridades y profesionales del Hospital Básico de Saraguro, buscar estrategias de difusión sobre los beneficios del parto vertical para de esta forma fortalecer la cultura de nuestro país. Además, dar cumplimiento a la normativa establecida en la Guía de especificaciones técnicas para la atención del parto culturalmente adecuado del Ministerio de Salud Pública con el propósito de mejorar la atención hacia las mujeres en labor de parto.
- A la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, implementar en el pensum de estudios la medicina ancestral y en forma general la cultura de nuestros pueblos, ya que esto permite acercarnos a la población, valorar sus conocimientos y prácticas.

j. Bibliografía

AN, C. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Quito, Ecuador.

Ana María Buitrón Vera, M. J. (2013). *Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre septiembre a noviembre del año 2012*. Quito.

Andina, D. E. (2008). Trabajo de parto y parto normal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 21 (2), 63-74.

Bernardo, A. (04 de 05 de 2004). Parir como diosas: *recuperando el parto vertical*.

Recuperado el 10 de 03 de 2013

Buitrón, M. D. (2002). La sabiduría y arte de las Parteras. 1 ed., pp. 23–74.

Carrera, K. L. (2018). *Estudio comparativo del parto vertical versus horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018*. Ibarra.

Chalán, G. y. (2014). Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas. Cuenca, Ecuador.

Chavez Barrientos, H. H. (2014). *El parto en posición vertical y horizontal, sus beneficios en la madre y el recién nacido, centro de salud Vinchos- Ayacucho, setiembre-noviembre, 2013*. Ayacucho, Perú.

Chávez Barrientos, M. &. (2014). El parto en posición vertical y horizontal, sus beneficios en la madre y el recién nacido, Centro de Salud Vinchos-Ayacucho, setiembre-noviembre, 2013.

Cols., A. J. (1974). La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Clin. Invest.

Constitución. (2008.). Quito.

Constituyente, A. n. (2015). *Constitucion Política del Ecuador*. Quito: Ediciones legales.

Obtenido de Ediciones Legales.

CR, N. (2009). Incorporación del enfoque intercultural. *Rev Panam Salud Publica*, 6(4):368–76.

Fundación Jatari. (2008). *Fundación Jatari, Plan de Desarrollo Turístico del pueblo Kichwa de Sarguro, Diagnóstico Participativo*.

Getty, A. (2003). *Parir como las diosas recuperando el parto vertical*. Debate.

Gonzáles, F. P. (2009). *Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin*. Colombia.

Gupta, J. K. (2009). Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto.

Biblioteca Cochrane Plus, 2.

Historia de las Matronas. Asociación Profesional de Matronas APMEX. (15 de Marzo de 2012). Recuperado el 17 de 02 de 2018, de Disponible en:

<http://www.matronasextremadura.org/historia-de-las-matronas/>

J.L, R. P. (2013). *Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multiparas ingresadas en el hospital Dr. Vicente Pino Morán del Cantón Daule (Bachelor's thesis, Universidad de Guayquil*. Obtenido de

https://www.google.com/search?q=Castillo%2C+I.+%282006%29.+Parto+Natural.+Recuperado+1+de+octubre+de+2015%2C+a+partir+de+http%3A%2F%2Fwww.holistika.net%2Fparto_natural%2Fparto_fisiologico%2Fque_es_parto_natural.a+sp&oq=Castillo%2C+I.+%282006%29.+Parto+Natural.+Re

Jenny Lucia Coyago Ortega, J. A. (2018). *Comparación de las complicaciones maternas y neonatales entre el parto en posición vertical y en posición litotómica en el Centro de Salud Carlos Elizalde en el periodo 2014-2016*. Cuenca- Ecuador.

Lais, J. &. (2006). *Caminos hacia una maternidad diferenteun estudio sobre el parto vertical*. Corp..

- Lozano Estrada, S. (20 de abril de 2019). *CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES DE LOS PARTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA-JUNÍN, ENERO A NOVIEMBRE 2018*. Obtenido de https://scholar.google.com/scholar?rlz=1C1CHBD_esEC823EC824&um=1&ie=UTF-8&lr&cites=7457194318179983801
- Lugones Botell, M. &. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 134-145. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es&tlng=es.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Agosto de 2008). *Guía Técnica Para La Atención Del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, S. N. (2008). *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado* [internet]. Recuperado el 20 de 08 de 2018, de [http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/4%20GuiaTecnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.pdf](http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/4%20GuiaTecnica%20para%20la%20Atencion%20del%20Parto%20Culturalmente%20Adecuado.pdf)
- MSP. (2010). *Por un parto Culturalmente Adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos*. Recuperado el 15 de 03 de 2018, de <http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>
- MSP, D. N. (2011). *Módulo de capacitación en atención materna culturalmente adecuada para el personal de Salud*. Quito: Génesis publicidad Impresa.
- MSP-ECUADOR. (2014). *GUÍA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA UTPRS INTERCULTURALES*.
- Pineda, L. (2008). *Primer Congreso Nacional de Medicina Tradicional y Medicina Alternativas en*.

- Roy, M. E. (2014). Las posturas de la mujer en el parto en fase de expulsivo. *Medicina naturista*, 8(1), 25-32.
- Salazar Carrera, K. L. (20 de abril de 2019). Estudio comparativo del parto vertical versus parto horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018. Ecuador.
- Tabla, N. (2009). Procedimiento de la aplicación de los resultados de la investigación. 64.
- Villacís Núñez, D. S. (2013). *Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal experiencia en el hospital Raúl Maldonado Mejía en el periodo 2009-2013*. Quito.

k. Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA.**

Proyecto: Factores asociados a la eficacia del Parto Vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para participación en proceso de Investigación.

Nº:

Loja,..... del 201...

Yo _____ convengo participar de manera Individual y anónima en el protocolo de investigación titulado: **Factores asociados a la eficacia del Parto Vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro.**

El objetivo del estudio es: Determinar los factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro, período Noviembre 2018-Enero 2019.

Su participación consistirá en: Responder una serie de preguntas contenidas en una entrevista relacionadas con el tema de estudio.

El Investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre esta actividad, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de este procedimiento, los riesgos, inconvenientes, molestias, beneficios derivados de la participación en el estudio o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma del investigador responsable.

.....
.....

.....
.....

Anexo 2 Cuestionario de preguntas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERIA



TEMA: Factores asociados a la eficacia del Parto Vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro.

INSTRUCCIÓN: A continuación encontrará una serie de preguntas destinadas a conocer la problemática de salud relacionado a los riesgos y posibles complicaciones en la sala de parto vertical, recordándoles que la presente encuesta es anónima y los datos que provea serán confidenciales de uso exclusivo de los investigadores

Sírvase contestar cada sección de forma sincera y acorde a su realidad.

a) SECCIÓN

DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento:

Provincia: _____

Cantón: _____

Parroquia: _____

Barrio: _____

Localidad: _____

Residencia Actual

Provincia: _____

Cantón: _____

Parroquia: _____

Barrio: _____

Localidad: _____

Año Escolar: primaria () secundaria () superior () ninguna ()

Etnia: Indígena () Blanca () Mestiza () Otra _____

Estado Civil:

Casada

Soltera

Viuda

Unión Libre

Otra: _____

Ocupación:

Trabaja ()

No trabaja ()

DATOS DEL PARTO ACTUAL

Edad Gestacional: _____

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 soga ()

2) Ayudo a disminuir el dolor el tipo de posición que utilizó.

Si ()

No ()

3) El ambiente donde fue atendido su parto ¿Cómo le pareció?

Adecuado ()

Inadecuado ()

Regular ()

4) Tuvo acompañamiento de un familiar durante el parto.

No ()

Si ()

5) Le permitieron ingerir alimentos y bebidas, hechos por sus acompañantes de acuerdo a la dieta de su comunidad durante y después del parto.

No ()

Si ()

7) Le permitieron usar la vestimenta que usted deseaba ocupar al momento del parto.

SI ()

No ()

8) La temperatura de la sala de atención del parto es cálida, y está iluminada.

SI ()

No ()

9) La sala de parto está pintada con colores que indican las normas (amarillo, azul, verde claro, celeste claro, rosado vivo).

SI ()

No ()

10) Si existen ventanas, las mismas están protegidas para evitar la visualización desde fuera y la entrada de corrientes de aire.

SI ()

No ()

11) El servicio está identificado con los idiomas que se habla en la comunidad.

SI ()

No ()

12) La cama está ubicada en posición de la salida del sol.

SI ()

No ()

13) El espacio en la sala es suficiente para moverse dentro de la misma y para que haya acompañantes.

SI ()

No ()

14) ¿Duración del periodo expulsivo?

Rápido ()

Prolongado ()

15) Se le práctico Episiotomía (Corte Vaginal).

Si ()

No ()

16) Tuvo Desgarros.

No ()

Si ()

17) Hemorragia posparto:

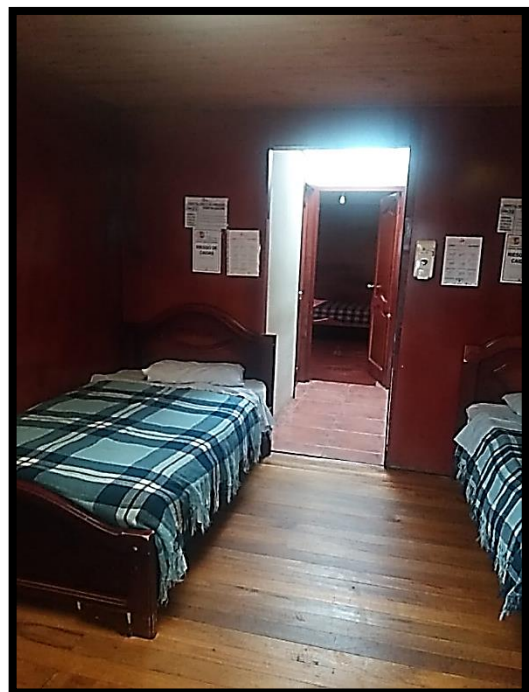
No ()

Si ()

Gracias

Anexo 3

Evidencias fotográficas



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Dirección Distrital 11D08 Saraguro – Salud

Memorando Nro. MSP-CZ7-DD-11D08-S-S-2019-0266-M

Loja, 17 de enero de 2019

PARA: Srta. Med. Ana Cristina Vasquez Guerrero
Directora del Hospital Basico Saraguro

ASUNTO: Comunicación Carrera de Enfermería

De mi consideración:

Mediante la presente adjunto comunicación suscrita por la Mg. Sc. Denny Ayora Apolo Gestora Académica de la Carrera de Enfermería, sírvase dar las facilidades necesarias para que la Srta. Sisa Sarango pueda realizar la recolección de datos de la Unidad, de acuerdo a lo solicitado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Od. Ernesto Aurelio Martillo Guevara
DIRECTOR DISTRITAL 11D08 SARAGURO-SALUD

Anexos:
- enfermería_0020867001547731268.pdf



Firmado electrónicamente por:
**ERNESTO AURELIO
MARTILLO GUEVARA**

Av. Calasanz y Juan Antonio Castro
Saraguro – Ecuador • Código Postal: 110801 • Teléfono: 593 (02) 200113 • www.salud.gob.ec

Lic. Darío Jiménez
LICENCIADO EN CIENCIAS, MENCIÓN IDIOMA INGLES

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma Inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado "Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro", de la estudiante Sisa Pacari Sarango Quizhpe, egresada de la carrera Enfermería de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autoriza al interesado hacer uso del mismo en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 22 de mayo del 2019



Lic. Darío Jiménez
Date: 22 / mayo / 2019

Lic. Darío Jiménez
LICENCIADO EN CIENCIAS, MENCIÓN IDIOMA INGLES

Anexo 4**Proyecto de tesis****a. TEMA**

Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro

b. PROBLEMÁTICA

El Parto Vertical es considerado el más natural permite a la mujer pujar mejor y como no hay compresión de los vasos sanguíneos, hay menos sufrimiento fetal; es más rápido, hay menos complicaciones; y menor necesidad de estimular el nacimiento. La adecuación cultural de esta práctica es una medida que se ha venido implementándose para atender el parto de la mujer acompañada de sus familiares más cercanos; ya que 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 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

En América Latina y el Caribe es la Región del Mundo con mayores diferencias en porcentaje de partos atendidos por personal calificado. En Ecuador, según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) sólo el 30% de mujeres indígenas tiene acceso a atención calificada del parto a pesar de los logros alcanzados en los últimos años en el Ecuador en relación al descenso de la mortalidad materna e infantil, éste sigue siendo un problema en nuestra Región, que se relaciona no sólo con la situación de salud de nuestros pueblos, sino que está íntimamente ligado a la pobreza, la exclusión y la discriminación por género y etnia, y a la falta de ejercicio de derechos. (CR, 2009)

Esta situación desafía el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y demanda esfuerzos y voluntad política para implementar estrategias efectivas para reducirla, las inequidades en salud materna se expresan con mayor gravedad en mujeres indígenas, pobres, las que viven en zonas rurales, las jóvenes y las mujeres menos educadas (Chalán, 2014).

El Ministerio de Salud en agosto del 2005 emitió la Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado (MSP, 2010).

En la Provincia de Loja, en el Cantón Saraguro está basada en la actuación al marco de la interculturalidad, implementándose la SALA DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADO en vista que existe mayor predominio de población indígena, cuyo impacto es muy positivo permitiendo incrementar el 50% de los ingresos hospitalarios. Sin embargo se desconoce qué proporción de mujeres son atendidas en dicha posición, y qué consecuencias maternas y fetales ha traído la aplicación de este procedimiento en esta población. En Ecuador no se registran publicaciones pertinentes a este tema, lo cual justifica la realización de este estudio, dirigido a revisar factores asociados a la eficacia del parto vertical posterior a la atención de un parto en posición vertical versus posición horizontal, con el fin de identificar el método que genere los mejores resultados para las madres y los neonatos de esta comunidad. Los resultados obtenidos en este trabajo contribuirán a promover un mayor acceso de las madres a una medicina de calidad en la comunidad estudiada, y a un esclarecimiento acerca del tema mencionado. Aún más, las conclusiones obtenidas podrían extenderse a otros centros a nivel nacional e internacional.

¿Cuáles son los factores que intervienen en la eficacia del parto vertical?

c. JUSTIFICACIÓN

Con el presente proyecto de investigación se pretende evidenciar factores que intervienen en el parto vertical porque en muchas comunidades del pueblo Saraguro se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad, además que podrá servir de guía para futuras generaciones

En el Ecuador, el Ministerio Salud Pública (MSP) en el año 2010, se ha propuesto enfrentar este aislamiento de las parteras a través de la promoción de procesos interculturales de salud. Un ejemplo de esta iniciativa, es la adaptación de los servicios Gineco- Obstétricos a las necesidades culturales de la población en zonas rurales, y la implementación de la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo nivel de atención.

La atención del parto culturalmente adecuado involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar en su práctica, no sólo las características clásicas de atención en libre posición sino también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos a la atención institucional del parto

El presente proyecto de investigación, es de interés del área de la salud humana cuenta con docentes preparados para asesorar el desarrollo del trabajo de investigación constituye un aporte al conocimiento; tiene transcendencia y relevancia puesto que el mandato del Sistema Nacional de Salud se guía por principios de inclusión social y equidad, considerando los enfoques de género, interculturalidad y generacional. El Ministerio de Salud Pública, en concordancia con el mandato establecido en el Plan Nacional Toda una Vida, Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población”, política 3.5. “Reconocer, respetar y promover las 71 prácticas de medicina ancestral y alternativa, el mismo que será de base para futuras investigaciones, además la constitución de la república del Ecuador menciona en su Art.1,44, 84 garantiza también el desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa para

la atención de la salud de la población, por esta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos , e institucional. También responde al Plan Nacional del Buen Vivir, menciona reducción de la muerte materna y neonatal y al lineamiento de investigación de la carrera de la FSH ámbito 2 que menciona Recuperación de las prácticas culturales ancestrales en el embarazo, parto, puerperio (participación de la familia en el parto, parto domiciliario).

d. HIPÓTESIS

Los factores asociados al parto vertical comparado con el parto horizontal tiene menor número de desgarros perineales, menor tiempo de expulsivo, menos dolor y menos complicaciones; independientemente de la paridad, número de controles, la etnia o el nivel de instrucción materno en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro, aun 95% de probabilidad con la prueba estadística de Chi cuadrado.

e. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro, período Noviembre 2018- Enero 2019

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población participante e involucrada en el estudio y referente a las variables consideradas.
- Identificar la percepción de las usuarias con respecto a la atención que reciben durante el parto, de acuerdo a los factores que influyen en la atención del parto vertical.
- Establecer relación entre el parto vertical vs horizontal, beneficios y riesgos que conlleva.

f. MARCO TEÒRICO

Base legal

Plurinacionalidad e Interculturalidad en la Constitución del Ecuatoriana.

“Desde algunas décadas los pueblos y nacionalidades del Ecuador han sostenido una dura lucha para que la sociedad y el estado ecuatoriano reconozcan formalmente la existencia de sus sistemas culturales ancestrales. La Constitución del 2008 cristaliza en gran parte las demandas defendidas por este sector y establece los fundamentos de las nuevas relaciones de convivencia entre los y las ecuatorianas. Los alcances de la Plurinacionalidad (Art.57) se reconocen y garantiza, entre otros, el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido dependencia, tradiciones ancestrales y forma de organización en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posición ancestral. Con respecto a los Sistemas Tradicionales de Salud se reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencia tecnologías y saberes ancestrales, sus medicinas y prácticas tradicionales. Además el artículo 363 garantiza las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos. (Constitución, 2008.).

4.1. Marco Legal

El siguiente estudio se encuentra respaldado por los siguientes artículos de la Constitución de la República del Ecuador (Constituyente, 2015).

Art. 1. El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

Art. 14. Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*. Art.

21. Las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir

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.

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 43. El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. La gratuidad de los servicios de salud materna. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 62. La cultura es patrimonio del pueblo y constituye elemento esencial de su identidad. El Estado promoverá y estimulará la cultura, la creación, la formación artística y la investigación científica. Establecerá políticas permanentes para la conservación, restauración, protección y respeto del patrimonio cultural tangible e intangible, de la riqueza artística, histórica, lingüística y arqueológica de la nación, así como del conjunto de valores y manifestaciones diversas que configuran la identidad nacional, pluricultural y multiétnica. El Estado fomentará la interculturalidad, inspirará sus políticas e integrará sus instituciones según los principios de equidad e igualdad de las culturas.

4.1.2 Ley Orgánica de Salud dentro de la Ley Orgánica de Salud

En la ley orgánica de salud relata sobre los derechos sexuales y reproductivos (AN C. , 2015), se tipifica:

Art. 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Numeral 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.

4.1.3. El Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida

Es un instrumento que está sujeto a políticas, programas y proyectos públicos:

Objetivo 1 Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.

Objetivo 2 Afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad, revalorizando las identidades diversas.

2.2. Garantizar la interculturalidad y la plurinacionalidad en la gestión pública, para facilitar el goce efectivo de los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades.

2.3. Promover el rescate, reconocimiento y protección del patrimonio cultural tangible e intangible, saberes ancestrales, cosmovisiones y dinámicas culturales.

2.7. Promover la valoración e inclusión de los conocimientos ancestrales en relación a la gestión del sistema educativo, servicios de salud, manejo del entorno ambiental, la gestión del hábitat y los sistemas de producción y consumo.

4.1.4. Derechos del paciente

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador emitió en el año 2006 la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, la misma que tiene los siguientes artículos:

Art. 2.- Derecho a una atención digna. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información:.-Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

4.2. Reseña histórica de la medicina tradicional

Son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Esto no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado (Tabla, 2009).

“La Medicina Tradicional en el Ecuador, al igual que en otros Países Andinos, no es antigua. Si bien sus raíces pertenecen a un pasado de más de 10 mil años, su vigencia ha continuado a lo largo de cinco siglos de regímenes coloniales y republicanos. Dicha permanencia ha sido

sostenida por los pueblos de más bajos recursos: indios, mestizos, montubios y campesinos, quienes han encontrado en la medicina tradicional una alternativa menos costosa y más coherente con su cosmovisión. En la actualidad es utilizada de forma empírica por la población en general y de manera especial por varios Yachac (personas sabios) (Pineda, 2008).

En la historia de la medicina, los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical como un fenómeno natural. En la edad media el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento formados por varones y la persecución de muchas parteras experimentadas, acusadas de brujería.

Al expropiarse de la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto como una enfermedad que requería ser atendidos por los médicos y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama y más tarde en el hospital.

Esta inmovilidad y debilitamiento psicofísico estaba sustentado por otras posiciones sexuales, sociales y religiosas de opresión (Historia de las Matronas. Asociación Profesional de Matronas APMEX., 2012).

Referentes sobre el parto

4.3. Parto

Es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

4.3.1. Etapas del Parto

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el

tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto. Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello uterino (Lais, 2006).

El parto consta de 3 fases principales: - Fase de dilatación: es muy variable, puede llegar a suponer el 90% de la duración del parto - Fase de expulsivo: empieza cuando el cuello uterino alcanza su máxima dilatación y termina con la salida del feto - Fase de alumbramiento: corresponde al desprendimiento y expulsión de la placenta y las membranas fetales.

4.3.2. Primera Etapa

Desde el inicio hasta la completa dilatación del cuello, (unos 10 cm) tiene 2 fases: latente y activa.

Durante la fase latente, las contracciones irregulares se vuelven progresivamente más coordinadas, las molestias son mínimas y el cuello se borra y se dilata unos 4 cm. El tiempo de la fase latente es difícil de precisar y su duración varía, en promedio, 8 h en las nulíparas y 5 h en las multíparas; la duración se considera anormal si persiste > 20 h en las nulíparas o > 12 h en las multíparas.

Durante la fase activa, el cuello se dilata completamente y la presentación desciende hacia la pelvis media. En promedio, la fase activa dura 5 a 7 h en las nulíparas y 2 a 4 h en las multíparas. El cuello debe dilatarse 1,2 cm/h en las nulíparas y 1,5 cm/h en las multíparas. Los exámenes pelvianos se realizan cada 2 a 3 h para evaluar la progresión de trabajo de parto.

4.3.3. Segunda etapa

Se define como segunda etapa de labor de parto al periodo comprendido entre la dilatación cervical completa (10 cm) y la expulsión fetal, y tiene una duración promedio de 20 minutos en multíparas y 50 minutos en nulíparas, sin embargo ésta es variable y se ubica dentro de

rangos de normalidad amplios. Esta etapa se divide a su vez en una fase activa y una pasiva. La fase pasiva está definida por la dilatación cervical completa, sin contracciones expulsivas involuntarias, mientras que la fase activa se caracteriza por una dilatación cervical completa acompañada de contracciones expulsivas, y por la posibilidad de visualización del producto. Para llegar al objetivo de la expulsión fetal, éste realiza movimientos característicos dentro de la pelvis, que le permiten amoldarse y pasar de manera más fácil a través de ella, procurando que el menor diámetro de la parte fetal se acople con el mayor diámetro del agujero de salida pélvico (anteroposterior). El entendimiento de estos movimientos facilitará la posterior comprensión de la influencia de la posición materna sobre el mecanismo de la segunda etapa de labor de parto, por lo que a continuación se describen:

Encajamiento: Movimiento en el que el diámetro biparietal pasa por el orificio de entrada pélvico.

Descenso: Movimiento del feto hacia abajo por el canal de parto. Se produce por diversas fuerzas como la presión del líquido amniótico, las contracciones uterinas, los pujos maternos y la extensión del cuerpo fetal. En la posición vertical, la gravedad se suma a las fuerzas nombradas anteriormente.

Flexión: la cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico.

Rotación interna: ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre el músculo elevador del ano y los ileocoxígeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.

Extensión: la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo.

Rotación externa: una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.

Expulsión: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.

Estos movimientos son todos debido a la relación que existe entre la cabeza ósea y hombros del feto y el anillo óseo de la pelvis materna.

4.3.4. Tercera Etapa

Comienza después del parto, cuando el bebé ha salido y se espera el alumbramiento o salida de la placenta (Andina, 2008).

4.4. Posiciones del parto

Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es anti-natural al parto, causando que el bebé se regrese, y la madre pierda la fuerza. Por ello, se piensa que la atención del parto en la posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud pública (Bernardo, 2004).

La demanda de cambio fortalece el respeto a la cultura de la paciente para que escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto. Siendo la posición fisiológica más adoptada por ser comfortable la de cuclillas; Sin embargo, existe un sin número de variaciones del parto vertical: de rodillas, elevada de los hombros por el esposo, sujetándose de una soga

colgada de una viga del techo, apoyándose en una silla o baúl, en posición de gatear, etc. (Gupta, 2009).

4.4.1. 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.

4.4.2. 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 realizar el alumbramiento dirigido.

- 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.

4.4.3. *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 (Lugones Botell, 2012).

4.4.4. **Posición sentada y semi sentada**

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- 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 (Lugones Botell, 2012).

4.4.5. Posición sostenida de un lazo o una soga

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

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo 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.

4.4.6. 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 (Cols., 1974).

4.5. Acompañamiento durante el parto.

Durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno debe ser controlado, tanto en la esfera física como emocional. Según la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud, se tiene que incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones respecto a la atención al parto, para que ellas sean y se sientan las protagonistas del mismo. En los hospitales, durante un parto normal, la mujer es atendida por médico, aunque su presencia es intermitente ya que una profesional puede estar atendiendo a más mujeres a la vez. El acompañamiento durante el parto es un pilar muy importante en la estrategia de humanización de este proceso. La necesidad de apoyo por alguien de confianza es totalmente beneficioso para la madre por lo que se debe permitir y alentar a las mujeres a contar con la presencia de personas

de apoyo, elegidas por ellas libremente, durante todo el proceso (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. “Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los “otros” ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación (Roy, 2014).

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

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con sus hijos, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte. Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien en cualquier caso recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero. Las parteras y parteros también demandan que se les permita atender y acompañar a su paciente durante el parto hospitalario, sobre todo si ésta es referida por él/ella (MSP D. N., 2011).

4.6. Beneficios y Riesgos de Parto Vertical

Principales ventajas de las diferentes posturas.

Decúbito supino

- Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias posparto.
- Más cómoda para el obstetra.

De pie

- Mayor eficacia de las contracciones uterinas.
- Mejor oxigenación fetal.
- Menor necesidad de analgesia y oxitocina.
- Menor tasa de episiotomías.

Decúbito lateral

- Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.

Cuadrupedia

- Menos trauma perineal ya que la gravedad aleja la presión de periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal.
- La elasticidad perineal es mayor en esta postura.

Cuclillas

- Diámetros pélvicos aumentados, menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales.
- Disminuyen las laceraciones perineales.

Sedestación

- Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas.
- Alivia el dolor de la parte baja de la espalda (Lugones Botell, 2012).

4.6.1. Ventajas de la posición horizontal

Dentro de las ventajas de la posición horizontal se pueden mencionar las siguientes:

- Favorece la comodidad del médico en la atención del parto.
- Favorece la revisión médica.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

4.6.2. Desventajas de la posición horizontal

A continuación, se detallan las desventajas que presenta la posición horizontal.

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

Efecto Poseiro. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs), útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente puede presentar palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia. Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la paciente. Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen un sinnúmero de efectos muy peligrosos que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático,

disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdico (Salud., 2010).

Efectos mecánicos. La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, causan que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden reducir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto como sucedería si se tratase de comer o defecar estando en posición horizontal, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como “peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.

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

Efectos psicológicos. Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer

la depresión posparto y el rechazo madre/niño. Se puede mencionar que una desventaja de esta posición es “el aumento en el índice de cesáreas y de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas y aumento del temor y no colaboración de la madre”.

4.6.3. Ventajas de la posición vertical

Efectos respiratorios: El peso del útero, bebé, 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 bebé. 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 mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece una mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis. Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. Él bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso no puede retroceder. La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana se encuentran los músculos abductores; mismos que tienen la labor de colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir el egreso del cuerpo del bebe. 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).

Cuando la mujer se coloca en una posición vertical durante el parto, a la fuerza de empuje que genera la madre con sus músculos abdominales, se suma la gravedad, con lo que la expulsión fetal se facilita. Además, con la ayuda de un soporte la mujer puede variar la inclinación de su cuerpo y corregirla para favorecer el descenso del feto y aliviar el dolor al cambiar el eje del cuerpo. Se ha demostrado una mayor intensidad de las contracciones en las posiciones verticales y laterales, que es aún mayor al alternar de posición durante la labor, sobre todo en la primera etapa (Getty, 2003).

- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.
- Un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatación como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal.
- Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de

flexión coxofemoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.

- Proporciona beneficios psicoafectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente.
- Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- Menor necesidad de uso de fórceps.
- Recuperación más rápida.
- Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo (Lugones Botell, 2012).

4.6.4. Desventajas de la posición vertical

Las desventajas de esta posición son las siguientes:

- 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.
- Riesgo de hemorragia.
- Entorpecen la monitorización.
- Se dificultan al usar anestesia.
- Caída del neonato al piso (González, 2009).

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 acucillan para defecar (Buitrón, 2002).

Se ha descrito la capacidad de la pelvis de moldearse durante el parto, bajo el efecto de la relaxina, sobre todo en una posición de cuclillas, pues en esta posición, la mujer abduce sus piernas, provocando una compresión de la parte superior de la sínfisis del pubis, con una separación mínima de la porción inferior. Los huesos iliacos y las articulaciones sacro iliacas se mueven hacia afuera, además de que el sacro es forzado a moverse hacia atrás junto con el cóccix, teniendo como resultado un aumento promedio de 1 cm en el diámetro transversal y 2 cm en el diámetro anteroposterior del agujero de salida pélvico, demostrado de forma radiológica, lo que aumenta en un 28 % el espacio disponible para el pasaje de la cabeza fetal (Villacís Núñez, 2013).

g. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo es de corte transversal cuantitativo de tipo descriptivo

7.2 Población objetivo

Se trabajará con el 100% de las pacientes que acudirán a la sala de parto vertical para ello se utilizará el (método censal) desde el 1 de Noviembre del 2018 al 31 de Enero del 2019.

7.2.1 Criterios de inclusión

Mujeres que dan a luz en la Sala de Parto Vertical del Hospital Básico de Saraguro

7.2.2 Criterios de exclusión

Mujeres que dan a luz en la Sala de Centro Obstétrico del Hospital Básico de Saraguro

Mujeres que no desea participar en el estudio

7.2.3 Uso de resultados

Los resultados se socializaran con la planta profesional de médicos y enfermeras del Hospital Básico de Saraguro con el propósito de mejorar los procesos que resultaran negativos

7.2.4 Consideraciones éticas

Se mantendrá la confidencialidad de los resultados y procesos negativos que se presenten en el desarrollo del estudio

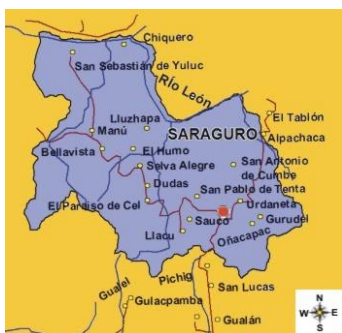
7.3 Técnicas e instrumentos de investigación

La técnica a utilizar será la Encuesta el cual estará constituido por preguntas estructuradas. Se utilizará la Historias clínicas de las pacientes atendidas En la sala de Parto Vertical También Se utilizará matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 22, las mismas que permitirán dar validez y confiabilidad a los instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

7.4 Operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Variable Independiente	Son todos aquellos elementos que pueden condicionar una situación volviéndose los causantes de las transformaciones o evolución de algo.	Factores asociados	Vestimenta Ambiente físico Alimentación Acompañamiento	Encuesta
Variable Dependiente	El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical, mientras que el personal de salud que atiende el parto, se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto.	Parto vertical	Tipos de Posición Sentada Semisentada Cuncillas Parada Rodillas Colgada de una soga De Gateo	Encuesta

7.5 Descripción del entorno



El estudio se realizará en la Zona de Planificación 7, la cual se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico. Según la división política administrativa de la zona, esta comprende tres provincias: El Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y, Zamora Chinchipe, con nueve cantones y 28 parroquias. De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe); niveles administrativos de planificación que se establecen para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y 29 calidez para la ciudadanía; los cuales serán implementados en el territorio nacional por los diferentes ministerios y secretarías.

Saraguro, Su nombre se deriva de varias hipótesis como son de palabras quichuas: “SARA” = maíz, “GURO” = jora; lo que significa maíz germinado, Sara=Maíz y Guru=Olla, que se interpretaría como la Olla del Maíz; Sara=Maíz y Kuru=Gusano, que significa Gusano de Maíz o también puede ser SARA"KURI" que significa Maíz de Oro. Cantón de la Provincia de Loja, limita al norte con el cantón Oña de la Provincia del Azuay, al Sur con el Cantón Loja, al este con la Provincia de Zamora Chinchipe y al Oeste con la Provincia de El Oro. Está ubicado a poco más de 60 kilómetros al norte de la ciudad de Loja. La presente investigación se desarrolla

en el Hospital Básico de Saraguro, que cuenta con un Centro de Atención del Parto Culturalmente Adecuado Constituye uno de los centros más interesantes de América, donde se conserva aún la autenticidad de las comunidades incaicas con sus importantes costumbres y tradiciones, el 30% de su población es mestiza que corresponde a la etnia Saraguro y el 70 % restante de la población es indígena. (Fundación Jatari, 2008).

7.5.1 Reseña histórica:

Los servicios de salud en el cantón Saraguro, se allá por el año de 1956 cuando se inauguró el primer Subcentro de salud denominado Luis Montesinos Vivar, cuyo primer médico fue el Dr. Rosendo Rojas y como auxiliar de enfermería el señor Ángel Jaramillo. En el año de 1963, con la creación de Ministerio de Salud pública MSP, esta unidad pasa a formar parte del ministerio y a depender de él, lo que trascendió favorablemente con la presencia de médicos, odontólogos, y enfermeras dispuestos a cumplir con el año de medicina rural estipulado en sus respectivas carreras universitarias. Paulatinamente, a partir de los años 70 se fue incrementando el personal así como las unidades de atención. Para entonces ya existían subcentros de salud en Tuncarta, Oñacapac, Cumbe, Tablón, Lagunas, Gera, que en primera instancia pertenecían a la Misión Andina del Ecuador, luego pasaron a pertenecer al Ministerio de Agricultura y Ganadería, y finalmente, desde 1978 son parte del MSP. Es en este año cuando se inició la construcción del Hospital de Saraguro, en terrenos donados por la Municipalidad de Saraguro, concluyéndose la obra en 1979 siendo Ministro de Salud el Dr. Gil Bermeo, y Director Provincial de Salud de Loja, el Dr. Hugo Guillermo González. El 17 de mayo de 1980 el Hospital abre sus puertas para servir al pueblo de Saraguro. El 1 de julio de 1986 sus funciones se descentralizan administrativa y financiera mente. En 1990, el gobierno del Dr. Rodrigo Borja implementa el programa SALUD FAMILIAR INTEGRAL, lo que trajo como beneficios el incremento tanto de personal de Salud, como de unidades operativas para el cantón Saraguro. Entonces, Saraguro contaba con el Hospital Cantonal, 8 subcentros de salud y 14 puestos de

salud. El 29 de abril de 1992 se establece un nuevo orden organizacional de la Salud, con miras a mejorar la calidad de los servicios, y a través del decreto ejecutivo N° 3292, publicado en el registro oficial N° 932 del 11 de mayo de 1992, se conforman las Áreas de Salud como nivel básico de organización y operación regionalizada.

En mayo del 2008 se inaugura la sala de parto Culturalmente adecuado, Atendiendo su primer parto en Agosto del mismo año (SARAGURO, 2008)

7.6 Aspectos administrativos

Talento Humano

Postulante: Sisa Sarango

7.7 Recursos materiales

- Materiales de oficina
- Encuadernación
- Fotocopias
- Materiales de impresión
- Calculadora
- Computador personal
- Impresora
- Cámara fotográfica
- Software's aplicados
- Discos compactos

7.8 Recursos financieros

- Asesoría docente interna.
- Asesoría docente externa.
- Movilización.
- Hospedaje.

- Alimentación.
- Reproducción de documentos de tesis.
- Empastado de tesis.
- Alquiler de equipos.
- Derechos de graduación.
- Derechos de titulación.

El desarrollo del proyecto de investigación (Tesis de Grado de licenciada en Enfermería) tendrá un costo aproximado de USD 1400.80

i. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)	FUENTES DE AUTOGESTION	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
COSTOS DIRECTOS						
Elaboración de proyecto	1,00	Global	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
Presentación y aprobación de proyecto	1,00	Usd	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
Recopilación de información secundaria ex situ	1,00	Global	20,00	20,00	Tesista	Recursos propios
Recopilación de información secundaria in situ	1,00	Global	50,00	50,00	Tesista involucrados en el proceso	Recursos propios
Recopilación de información primaria	1,00	Global	100,00	100,00	Tesista involucrados en el proceso	Recursos propios
Sistematización, tabulación, análisis e interpretación de resultados	1,00	Global	30,00	30,00	Tesista, asesores académicos	Recursos propios
Elaboración de documento tesis	1,00	Global	200,00	200,00	Tesista	Recursos propios
Presentación, revisión y aprobación de tesis	1,00	Documentos	40,00	40,00	Tesista	Recursos propios
Defensa privada y pública de tesis	1,00	Global	60,00	60,00	Tesista	Recursos propios

Materiales de oficina	1,00	Resmas de papel, esferos, lapices, borradores, etc	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
Material para aplicar encuestas	1,00	Copias, tablas para encuestar, esferos, lapices, borradores	100,00	100,00	Tesista	Recursos propios
Asesor principal de tesis	1,00	Usd	100,00	100,00	Facultad de la salud humana carrera de enfermería	Carrera de enfermería
Asesor externo	1,00	Usd	200,00	200,00	Facultad de la salud humana carrera de enfermería	Recursos propios
Total costos directos				1050,00		
Costos indirectos						
Movilización	5,00	Viajes	10,00	50,00	Tesista	Recursos propios
Alimentacion y hospedaje	10,00	Viajes	10,00	100,00	Tesista e involucrados en la investigación	Recursos propios
Internet	3,00	Mensual	20,00	60,00	Tesista e involucrados en la investigación	Recursos propios
Impresión documentos finales	1,00	Global	100,00	100,00	Tesista	Recursos propios
Total costos directos				310,00		
Total costos directos e indirectos				1360,00		
Imprevistos (3%)				40,80		
Total				1400,80		

j. ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA.**

Proyecto: Factores asociados a la eficacia del Parto Vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para participación en proceso de Investigación.

N°:

Loja..... de del 201...

Yo _____ convengo participar de manera Individual y anónima en el protocolo de investigación titulado: **Factores asociados a la eficacia del Parto Vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro.**

El objetivo del estudio es: Determinar los factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro, período Noviembre 2018-Enero 2019.

Su participación consistirá en: Responder una serie de preguntas contenidas en una entrevista relacionadas con el tema de estudio.

El Investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre esta actividad, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de este procedimiento, los riesgos, inconvenientes, molestias, beneficios derivados de la participación en el estudio o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma del investigador responsable.

.....
.....

.....
.....

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**



TEMA: Factores asociados a la eficacia del Parto Vertical en pacientes atendidos en el Hospital Básico de Saraguro.

INSTRUCCIÓN: A continuación encontrará una serie de preguntas destinadas a conocer la problemática de salud relacionado a los riesgos y posibles complicaciones en la sala de parto vertical, recordándoles que la presente encuesta es anónima y los datos que provea serán confidenciales de uso exclusivo de los investigadores

Sírvase contestar cada sección de forma sincera y acorde a su realidad.

b) SECCIÓN

DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento:

Provincia: _____

Cantón: _____

Parroquia: _____

Barrio: _____

Localidad: _____

Residencia Actual

Provincia: _____

Cantón: _____

Parroquia: _____

Barrio: _____

Localidad: _____

Año Escolar: primaria () secundaria () superior () ninguna ()

Etnia: Indígena () Blanca () Mestiza () Otra _____

Estado Civil:

Casada

Soltera

Viuda

Unión Libre

Otra: _____

Ocupación:

Trabaja ()

No trabaja ()

DATOS DEL PARTO ACTUAL

Edad Gestacional: _____

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

Posición en cuclillas ()

Posición arrodillada ()

Posición sentada ()

Posición semisentada ()

Posición de gateo ()

Posición de pie ()

Posición cogida de la soga ()

2) Ayudo a disminuir el dolor el tipo de posición que utilizó

Si ()

No ()

3) El ambiente donde fue atendido su parto ¿Cómo le pareció?

Adecuado ()

Inadecuado ()

4) Tuvo acompañamiento de un familiar durante el parto

No ()

Si ()

5) Le permitieron ingerir alimentos y bebidas, ¿hechos por sus acompañantes de acuerdo a la dieta de su comunidad durante y después del parto?

No ()

Si ()

7) Le permitieron usar la vestimenta que usted deseaba ocupar al momento del parto

SI ()

No ()

8) La temperatura de la sala de atención del parto es cálida, y está iluminada

SI ()

No ()

9) La sala de parto está pintada con colores que indican las normas. (amarillo, azul, verde claro, celeste claro, rosado vivo)

SI ()

No ()

10) Si existen ventanas, las mismas están protegidas para evitar la visualización desde fuera y la entrada de corrientes de aire

SI ()

No ()

11) El servicio está identificado con los idiomas que se habla en la comunidad

SI ()

No ()

12) La cama está ubicada en posición de la salida del sol

SI ()

No ()

**13) El espacio en la sala es suficiente para moverse dentro de la misma y para que
hayan acompañantes**

SI ()

No ()

14) ¿Duración del periodo expulsivo?

Rápido ()

Prolongado ()

15) Se le practicó Episiotomía (Corte Vaginal)

Si ()

No ()

16) Tuvo Desgarros?

No ()

Si ()

17) Hemorragia posparto:

No ()

Si ()

k. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- AN, C. (2015). *Constitucion Política del Ecuador*. Quito: Ediciones legales. Obtenido de Ediciones Legales.
- AN, C. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Quito, Ecuador.
- Ana María Buitrón Vera, M. J. (2013). *Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociacion con desgarros perineales en pacientes atendidas en el hospital raúl maldonado mejía de cayambe-ecuador entre septiembre a noviembre del año 2012*. Quito.
- Andina, D. E. (2008). Trabajo de parto y parto normal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 21 (2), 63-74.
- Bernardo, A. (04 de 05 de 2004). Parir como diosas.: *recuperando el parto vertical*. Recuperado el 10 de 03 de 2013
- Buitrón, M. D. (2002). La sabiduría y arte de las Parteras. 1 ed., pp. 23–74.
- Carrera, K. L. (2018). *Estudio comparativo del parto vertical versus horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018*. Ibarra.
- Chalán, G. y. (2014). Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas. Cuenca, Ecuador.
- Chavez Barrientos, H. H. (2014). *El parto en posición vertical y horizontal , sus beneficios en la madre y el recién nacido, centro de salud vinchos- ayacucho , setiembre-noviembre, 2013*. Ayacucho, Perú.
- Chávez Barrientos, M. &. (2014). El parto en posición vertical y horizontal, sus beneficios en la madre y el recién nacido, Centro de Salud Vinchos-Ayacucho, setiembre-noviembre, 2013.
- CHIRIBOGA, D. (2009). Salud, interculturalidad y derecho. Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador. Recuperado el 13 de Marzo de 2018
- Cols., A. J. (1974). La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Clin. Invest.
- Constitución. (2008.). Quito.
- Constituyente, A. n. (2015). *Constitucion Política del Ecuador*. Quito: Ediciones legales. Obtenido de Ediciones Legales.
- CR, N. (2009). Incorporación del enfoque intercultural. *Rev Panam Salud Publica*, 6(4):368–76.
- Fundación colectivo Luna Creciente, M. N. (2011). Cuerpos y Memorias. En *Sabidurias Ancestrales en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres del Ecuador* (págs. 12-14). Quito- Ecuador: Komunicarte.
- Fundación Jatari. (2008). *Fundación Jatari, Plan de Desarrollo Turístico del pueblo Kichwa de Sarguro, Diagnóstico Participativo*.
- Getty, A. (2003). *Parir como las diosas recuperando el parto vertical*. Debate.
- González, F. P. (2009). *Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin*. Colombia.
- Gupta, J. K. (2009). Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. Biblioteca Cochrane Plus, 2.

Historia de las Matronas. Asociación Profesional de Matronas APMEX. (15 de Marzo de 2012). Recuperado el 17 de 02 de 2018, de Disponible en: <http://www.matronasextremadura.org/historia-de-las-matronas/>

Jenny Lucia Coyago Ortega, J. A. (2018). *Comparación de las complicaciones maternas y neonatales entre el parto en posición vertical y en posición litotómica en el Centro de Salud Carlos Elizalde en el periodo 2014-2016*. Cuenca- Ecuador.

Lais, J. &. (2006). *Caminos hacia una maternidad diferente un estudio sobre el parto vertical*. Corp..

Lozano Estrada, S. (20 de abril de 2019). *CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES DE LOS PARTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA-JUNÍN, ENERO A NOVIEMBRE 2018*. Obtenido de https://scholar.google.com/scholar?rlz=1C1CHBD_esEC823EC824&um=1&ie=UTF-8&lr&cites=7457194318179983801

Lugones Botell, M. &. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 134-145. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Agosto de 2008). *Guía Técnica Para La Atención Del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública, S. N. (2008). *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado* [internet]. Recuperado el 20 de 08 de 2018, de <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/4%20GuiaTecnicaParalaAtenciondelPartoCulturalmenteAdecuado.pdf>

MSP. (2010). *Por un parto Culturalmente Adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos*. Recuperado el 15 de 03 de 2018, de <http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>

MSP, D. N. (2011). *Módulo de capacitación en atención materna culturalmente adecuada para el personal de Salud*. Quito: Génesis publicidad Impresa.

OMS, U. U. (2008). *Mortalidad materna en 2005*. Recuperado el 16 de Febrero de 2018, de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596213/es/>

Pineda, L. (2008). *Primer Congreso Nacional de Medicina Tradicional y Medicina Alternativas en*.

Roy, M. E. (2014). Las posturas de la mujer en el parto en fase de expulsivo. *Medicina naturista*, 8(1), 25-32.

Salazar Carrera, K. L. (20 de abril de 2019). *Estudio comparativo del parto vertical versus parto horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018*. Ecuador.

SARAGURO, M. A. (2008). Recuperado el 1 de Marzo de 2018

Tabla, N. (2009). *Procedimiento de la aplicación de los resultados de la investigación*. 64.

Villacís Núñez, D. S. (2013). *Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal experiencia en el hospital Raúl Maldonado Mejía en el periodo 2009-2013*. Quito.