



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

“Análisis del parto occidental y el parto ancestral en pacientes atendidas en el Hospital Asistencial Saraguro de la provincia de Loja”

Tesis previa la obtención del título de Médico General

AUTORA:

Amanda Gabriela Benavides Cárdenas

DIRECTORA:

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

LOJA- ECUADOR

2020



Certificación

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

El presente Trabajo de Titulación realizado por la Srta. Amanda Gabriela Benavides Cárdenas, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, con el tema” **“Análisis del parto occidental y el parto ancestral en pacientes atendidas en el Hospital Asistencial Saraguro de la provincia de Loja”**, ha sido revisado, y cumple con todos los requisitos establecidos en la normativa pertinente de la Universidad Nacional de Loja, por lo que apruebo su presentación.

Loja, 24 de julio del 2020



Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, **Amanda Gabriela Benavides Cárdenas**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional- biblioteca virtual.

Autor: Amanda Gabriela Benavides Cárdenas

Firma: _____



Cédula: 1003224951

Fecha: 24 de julio del 2020

Carta de autorización

Yo, **Amanda Gabriela Benavides Cárdenas**, declaro ser autora del trabajo de investigación **“ANÁLISIS DEL PARTO OCCIDENTAL Y EL PARTO ANCESTRAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASISTENCIAL SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA”** como requisito para optar el grado de Médico General autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, A través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización: en la ciudad de Loja a los 24 días del mes de julio del dos mil veinte, firma la autora.

Firma:.....

Autora: Amanda Gabriela Benavides Cárdenas

Cedula: 1003224951

Dirección: Jorge Hugo Rengel y Francisco Montero

Correo Electrónico: amanda.benavides@unl.edu.ec

Teléfono: Celular. 0993142038 / 0959102446

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Tribunal de grado:

Presidente: Dra. María de los Ángeles Sánchez, Esp.

Vocal: Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza, Esp.

Vocal: Dr. Cesar Edison Palacios Soto, Esp.

Dedicatoria

No esperes a que las condiciones sean perfectas para empezar, el empezar hace las condiciones perfectas.

Allan Cohen

El presente trabajo de grado va dedicado a Dios, quien bendijo cada uno de mis pasos y me concedió la sabiduría y fortaleza necesaria para avanzar con mis metas sin desfallecer.

A mi familia, quienes han sido el pilar fundamental en todos estos años y que a pesar de la distancia física estuvieron conmigo en cada momento; a mi papá Homero y mi mamá Marcia, que me han permitido trazar mi camino y avanzar con mis propios pies, por la bendición de cada día, por el apoyo incondicional, su tenacidad fue la responsable de que gire mi vida, otorgándome las herramientas necesarias para emprender un nuevo camino, los consejos, el sacrificio y sobre todo la paciencia durante estos largos años, y lo más importante por ser los mejores padres para mis hijos durante mi ausencia; a mis hermanos por el apoyo moral y su gran amor, Homero que a temprana edad has tomado responsabilidades; a mi mami Emma, abuela de mi corazón, mi luz , mi ángel, siento que estás conmigo en todo momento y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntas, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí. Abuelo Gabriel, que con sus bendiciones y palabras de aliento me animó a seguir adelante, sus lágrimas ahora serán de alegría.

Y la dedicatoria más especial a los dueños de mi vida Analía y Mateo, mis hijos adorados, por ser el motor fundamental en mi vida.

Amanda Gabriela Benavides C.

Agradecimiento

Quiero agradecer a Dios, quien con su bendición y guía permitió culminar con éxito este trabajo y a mi familia por el apoyo incondicional.

Mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por abrirme las puertas y a todos mis docentes por prepararme para un futuro competitivo, gracias por la paciencia, dedicación, entrega y la enseñanza de sus valiosos conocimientos.

De igual manera mis agradecimientos a las autoridades y personal que hacen el Hospital Asistencial Saraguro, por permitirme realizar todo el proceso investigativo en su Institución.

Finalmente, quiero expresar mis sentimientos de gratitud a la Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp. principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo

Índice de contenidos

Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
1. Título	1
2. Resumen	2
3. Introducción.....	4
4. Revisión de la literatura.....	7
4.1. Medicina Occidental	7
4.1.1. Práctica clínica.	7
4.1.2. Ciencias de la salud.....	7
4.1.3. Investigación biomédica.....	7
4.1.4. Medicamentos..	8
4.1.5. Cirugía.....	8
4.1.6. Dispositivos médicos.....	8
4.2. Medicina Tradicional	8
4.3. El parto.....	9
4.3.1. Definición.....	9
4.3.2. Parto occidental.....	10
4.3.2.1.1. Entrega vaginal.	11
4.3.2.2. Beneficios del parto vaginal.	11
4.3.2.3. Cesárea.....	12
4.3.2.3. Complicaciones comunes durante el trabajo de parto y el parto.	13
4.3.3. Parto ancestral o culturalmente adecuado.	13
4.3.4. Beneficios del parto ancestral.....	15
4.3.5. Atención intercultural del parto ancestral.....	17
4.3.6. Técnicas de parto ancestral.....	18

4.3.7. Adecuación del área física para atención de parto ancestral.	21
4.3.8. ESAMyN..	21
4.3.9. Uso de plantas medicinales.....	22
5. Materiales y métodos.....	23
6. Resultados.....	27
7. Discusión	33
8. Conclusiones.....	35
9. Recomendaciones	36
10. Bibliografía.....	37
11. Anexos.....	42

1. Título

**Análisis del parto occidental y el parto ancestral en pacientes atendidas en el Hospital
Asistencial Saraguro de la provincia de Loja**

2. Resumen

El Ecuador intercultural ha consolidado el sistema de salud convencional con las tradiciones indígenas apuntando a condiciones de igualdad, de respetar sus costumbres y prácticas tradicionales y disminuir los índices de mortalidad materna infantil, siendo importante informar de una alternativa real que empodere a la madre y le permita explorar otras posibilidades de alumbrar, de igual forma se implemente de manera correcta el parto culturalmente adecuado en todos los hospitales del país. La presente investigación tiene como objetivo analizar el parto occidental y ancestral en pacientes atendidas en el Hospital Asistencial Saraguro de la provincia de Loja así como determinar su prevalencia, identificar las técnicas utilizadas, la caracterización y complicaciones; estudio de tipo cuantitativo, retrospectivo, transversal, con una muestra de 466 pacientes (290 ancestral y 176 occidental) que cumplieron con los criterios de inclusión, la técnica utilizada es el fichaje y la observación de historias clínicas. Se obtuvo como resultados, en cuanto a la prevalencia: parto ancestral 62.2 % y occidental 37.8%; dentro de las técnicas utilizadas del total de las usuarias que optaron por el parto ancestral se evidencia que el 32.17% eligió la técnica de rodillas, en el parto occidental en cambio se da la litotomía (37.8%); en cuanto a las complicaciones se observa que tanto en el parto ancestral como en el occidental no se presentan complicaciones relevantes con el 42.5% y 28.5% respectivamente, sin embargo en los dos tipos de parto se presenta porcentajes inferiores en desgarro, seguido por sufrimiento fetal y retención placentaria. Concluyendo que la mayoría de las usuarias prefieren el parto ancestral ya que presentan menores complicaciones en relación al parto occidental.

Palabras claves: litotomía, técnicas, complicaciones, parto humanizado, intercultural.

Abstract

Intercultural Ecuador has consolidated the conventional health system with indigenous traditions aiming at conditions of equality, respecting its traditional customs and practices, and reducing infant maternal mortality rates being important to inform about a real alternative that empowers the mother and allows her to explore other possibilities of giving birth, in the same way, that culturally adequate childbirth is correctly implemented in all hospitals in the country. This research aims to analyze western and ancestral childbirth in patients attended at the Saraguro Assistance Hospital in the province of Loja as well as to determine its prevalence, identify the techniques used, characterization and complications. A quantitative, retrospective, cross-sectional study, with a sample of 466 patients (290 ancestral and 176 westerns) who met the inclusion criteria, the technique used is the recording and observation of medical records. The results, in terms of prevalence: ancestral delivery 62.2% and western 37.8%; within the techniques used for total users who chose the ancestral delivery is evidenced that 32.17% chose technique knees, on the other hand, in the western part, lithotomy occurs (37.8%); in respect of complications, it is observed that both ancestral and western births do not present relevant complications with 42.5% and 28.5% respectively. However, in both types of delivery, lower percentages of tearing are present, followed by fetal distress and placental retention. In conclusion, the majority of users prefer ancestral delivery since they present fewer complications concerning western delivery.

Keywords: lithotomy, techniques, complications, humanized childbirth, intercultural.

3. Introducción

Las Regiones de América son un universo heterogéneo en el carácter multicultural, pluriétnico y plurilingüe de la población, determinado por la presencia de los pueblos indígenas que ascienden a 600 pueblos diferentes, lo cual crea la necesidad de una colaboración entre los sistemas de salud indígena y el sistema de salud convencional.

Un gran número de culturas consideran a la maternidad un acontecimiento relevante de nivel social y reproductivo, es así que las innumerables costumbres, rituales y prácticas culturales definen a los grupos humanos, no solo en relación al parto sino también al cuidado durante el embarazo, el parto y el postparto, manteniendo un protocolo cultural sobre todo por las parteras o bien conocidas como comadronas o matronas (Caicedo, 2016). Por otra parte el parto occidental se desarrolla bajo un sistema autónomo y especializado a diferencia de los sistemas tradicionales de salud que están integrados a un conjunto complejo e interrelacionado de símbolos, creencias y ritos que forman una visión étnica diferente de la vida (Mina, 2016).

Mediante la incorporación del enfoque intercultural a la salud, se ha propuesto fortalecer a las culturas no dominantes y sensibilizar a las culturas dominantes al recalcar los aspectos similares entre las culturas y promover un proceso de aprendizaje multidireccional, es en base a ello, que en el año 2017 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expone que el enfoque intercultural de la salud asegure que la diversidad cultural tenga acceso a los cuidados que necesiten, y que integre el conocimiento y las prácticas tradicionales para mejorar la salud de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y étnicas/raciales (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En América Latina se ha venido desarrollando estrategias de atención con enfoque intercultural en diferentes países donde existe población indígena, con el objetivo de respetar sus costumbres y prácticas tradicionales y disminuir los índices de mortalidad materna infantil, que ocurren por una falta de acceso a los servicios de salud por parte de la población, de esta manera se ha tratado sus prácticas y la relación con el sistema de salud de cada país, para sumar en relación con la medicina occidental en lugar de restar en la atención a mujeres embarazadas. Aunque la mortalidad materna infantil ha disminuido en

los últimos años, sigue siendo un problema de salud, que refleja la falta de atención y cuidados pre y post parto. (CEPAL, 2018)

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación, aun siendo prevenibles o tratables. Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y entre unas de las causas se encuentra el aspecto cultural (OMS, 2018).

En Ecuador acorde a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el 2016, estableció que, de los partos presentados en ese año, un total de 8092 partos fueron asistidos en casa por agentes ancestrales por preferencias de las gestantes, en su mayoría tenían que ver por aspectos culturales.

En un estudio realizado por Torres, González, Arroyo, Pineda, & Panchano (2019) en el cantón Eloy Alfaro a 250 embarazadas pertenecientes a 5 comunidades, reflejo las tradiciones culturales tienen marcada influencia en las comunidades esmeraldeñas. Es imprescindible acercarse a esas influencias en el parto dentro del proceso salud-enfermedad. Así a pesar de existir los riesgos de mortalidad materno-infantil en el informe de Malisa (2018) existe una valorización del parto intercultural, la carnetización y legalización de las parteras que cumplen un importante papel en el embarazo parto y post parto de la mujer indígena y mestiza, para lo cual se debe eliminar la violencia obstétrica en los centros de salud como aporte significativo de las comunidades y la posterior de la segregación de la cultura

En la provincia de Loja, en el cantón Saraguro específicamente existen pocos estudios relacionados con la temática presente, así se puede citar a Guamán (2016) cuyo informe establece el nivel de satisfacción de las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro considerando una percepción positiva con relación a la sala de parto, apoyo familiar y atención por parte del personal gineco-obstetra, sin embargo es necesario apoyar los datos científicos con la presente investigación al realizar un análisis de partos ancestrales y occidentales, con la finalidad de proporcionar

información y ayudar en la prevención de complicaciones en la etapa de parto, y reducir así el índice de morbilidad materna neonatal.

Para cumplir con la presente investigación se planteó como objetivo general: Analizar el parto occidental y el parto ancestral en pacientes atendidas en el Hospital Asistencial Saraguro de la provincia de Loja.; y en forma específica se debe 1) Determinar la prevalencia de los partos occidentales y ancestrales en el Hospital Asistencial Saraguro, durante el periodo Enero 2016-Diciembre 2017 2) Identificar las técnicas más frecuentes utilizadas en el parto occidental y el parto ancestral. 3) Caracterizar las usuarias del parto ancestral y occidental 4) Determinar las complicaciones frecuentes en partos occidentales y ancestrales de pacientes atendidas en el Hospital Asistencial Saraguro.

4. Revisión de la literatura

4.1. Medicina Occidental

De acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer (2018) define a la medicina occidental como un sistema por el cual los profesionales de la salud asisten los síntomas y enfermedades por medio de medicinas u otros sistemas que permita la sanación del enfermo. La medicina occidental también es llamada como biomedicina, medicina alopática, medicina convencional, medicina corriente y medicina ortodoxa.

Algunas personas pueden llamar a la medicina una profesión de salud regulada centrada en el paciente que se dedica a la salud y el bienestar de los pacientes.

Así Millstine (2018) considera la medicina occidental es la fuerza de la evidencia que respalda las mejores prácticas. La medicina occidental basa sus prácticas solo en la evidencia científica más concluyente.

La medicina occidental presenta muchos campos de la ciencia y la práctica, que incluyen.

4.1.1. Práctica clínica. El médico evalúa al paciente personalmente; el objetivo es diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades utilizando su entrenamiento y juicio clínico.

4.1.2. Ciencias de la salud. Un campo multidisciplinario que se ocupa de la aplicación de la ciencia, la tecnología y la ingeniería (matemáticas) para la prestación de la atención. Un científico de la salud está involucrado con la entrega del diagnóstico, tratamiento, cuidado y apoyo de los pacientes en los sistemas de cuidado de la salud, a diferencia de las personas en la investigación académica. Un científico de la salud combina activamente los aspectos organizacionales, psicosociales, biomédicos y sociales de la salud, la enfermedad y la atención médica (Aréchiga, 2015).

4.1.3. Investigación biomédica. El objetivo fundamental de la investigación en el ámbito de la salud es profundizar en el conocimiento de los mecanismos moleculares,

bioquímicos, celulares, genéticos, fisiopatológicos y epidemiológicos de las enfermedades y problemas de salud, y establecer las estrategias para su prevención y tratamiento. La medicina, la biología, la bioquímica, la biología molecular, la genética y otras ciencias y disciplinas de la salud, trabajan conjuntamente y aprovechan las sinergias resultantes para aumentar el conocimiento sobre el ser humano y su desarrollo y poder dar respuesta y resolver los problemas de salud que le afectan. Para ello, el ámbito de la investigación biomédica incluye, además, las propias disciplinas clínicas, la investigación en nuevos fármacos y desarrollos terapéuticos, la investigación en salud pública y servicios de salud, donde la epidemiología, la sociología y la economía se aplican conjuntamente (Cabo, 2017).

4.1.4. Medicamentos. Los medicamentos son sustancias químicas destinadas para su uso en el diagnóstico médico, tratamiento, curación o prevención de enfermedades.

4.1.5. Cirugía. Una rama de la medicina que se enfoca en diagnosticar y tratar enfermedades, deformidades y lesiones por medios instrumentales y manuales. Esto puede implicar un procedimiento quirúrgico, como uno que implique la eliminación o el reemplazo de tejidos u órganos enfermos. La cirugía generalmente se lleva a cabo en un laboratorio, sala de operaciones (teatro), una clínica dental o una clínica / práctica veterinaria. (Academia Europea de Pacientes, 2020)

4.1.6. Dispositivos médicos. El término “dispositivo medico” hace referencia a cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, implante, reactivo para uso in vitro, software, material u otro artículo similar o relacionado. (Velasquez, 2017)

4.2. Medicina Tradicional

Un informe de la OMS bajo el criterio de Zhang (2016) define:

La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como

para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales.

La medicina tradicional se usa en todo el mundo, en muchas naciones de América Latina y África, representa un gran porcentaje del total de medicamentos y tratamientos para fines de enfermedad y bienestar. Y en los países occidentales y los países altamente industrializados de Asia, el uso de prácticas tradicionales y remedios a base de hierbas ha ido en aumento a medida que los productos farmacéuticos han ido subiendo de precio.

También hay una tendencia hacia un retorno a lo natural, como lo demuestra un estudio realizado por Bussmann et al. en el que encuentran que algunas de las principales razones para usar plantas medicinales son porque son más naturales, más seguras y más puras (OMS, 2016).

La medicina tradicional es uno de los ejes primordiales culturales indígenas y constituye un vasto conocimiento basado en su cosmovivencia, espiritualidad, de plantas medicinales, métodos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades o padecimientos tradicionales como el mal de ojo, refrescamiento u ojeado, mollera caída, empacho, pujo, mocepo. El embarazo no es considerado como padecimiento sino como una situación natural del ciclo reproductivo de la especie humana; En el sistema indígena los ciclos de la luna son una guía para la siembra, la cosecha y la curación. (APRODIN, 2015)

4.3. El parto

4.3.1. Definición. El parto es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales (Chalán & Guamán, 2015).

El parto, a diferencia del embarazo, en que un largo periodo favorece la adaptación gradual de los cambios, se caracteriza como siendo un evento que provoca cambios abruptos e intensos, que marcan algunos niveles de simbolización, como la intensidad del dolor y la imprevisibilidad, causando el sufrimiento, la ansiedad y la inseguridad (Perea, 2016).

El parto es un proceso fisiológico donde el feto, la placenta y sus membranas son expulsados del útero y se acontece como consecuencia de las contracciones repetitivas, que tienen la suficiente frecuencia, intensidad y duración como para provocar la maduración y dilatación del cuello del útero y la expulsión de su contenido (Pellicer, Hidago, & Perales, 2015). Del mismo modo, la Guía de Práctica Clínica: Atención del trabajo parto, parto y postparto inmediato del Ministerio de Salud Pública (MSP) conceptualiza el parto normal/eutócico como aquel comienzo espontáneo que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nacen espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas (Ministerio de Salud Pública, 2015).

4.3.2. Parto occidental. El parto es considerado como la forma o la manera de que una mujer trae al mundo a un bebé. La Academia Americana de Pediatría (2017) menciona que: el parto ocurre en tres etapas. La primera etapa comienza con contracciones. Continúa hasta que el cuello uterino se vuelve más delgado y dilatado (estirado) hasta tener unas cuatro pulgadas (10 centímetros) de ancho. La segunda es la etapa activa, en la que se empieza a empujar hacia abajo. La coronación es cuando la cabeza de su bebé se hace visible. Poco después su bebé nace. En la tercera etapa, usted expulsa la placenta. La placenta es el órgano que suministra alimento y oxígeno a su bebé durante el embarazo.

Las madres y los bebés son monitoreados de cerca durante el parto. La mayoría de las mujeres son capaces de tener un bebé a través de un parto vaginal normal. Si se presentan complicaciones, puede ser necesario dar a luz con una cirugía mediante una cesárea.

La tecnología médica ha hecho que el parto sea una experiencia mucho más segura durante el siglo pasado tanto para la madre como para el bebé. Los hospitales han respondido a las tendencias en el parto, como la necesidad de un ambiente más hogareño en el hospital. Muchos hospitales ahora ofrecen cómodas suites de maternidad que se convierten en salas de parto de vanguardia.

Un parto fácil y un plan de parto perfectamente ejecutado son ideal. Pero sabemos que incluso el nacimiento más cuidadosamente planeado puede dar vueltas y revueltas. En esos casos, es importante estar preparado para métodos de entrega alternativos.

4.3.2.1. Métodos de parto occidental.

4.3.2.1.1. Entrega vaginal. En un parto vaginal, el bebé nace a través del canal de parto. Es difícil saber cuándo comenzará exactamente el trabajo de parto, pero la mayoría de las mujeres dan a luz alrededor de las 38-41 semanas de embarazo. (Ponce, 2014)

La organización más grande de gineco-obstétricas de la nación recomienda que las mujeres embarazadas planifiquen un parto vaginal a menos que haya una razón médica para una cesárea. En las nuevas pautas publicadas en 2013, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos dice que las cesáreas de solicitud materna no se recomiendan especialmente para las mujeres que planean tener varios hijos, ni deben realizarse antes de las 39 semanas completas de embarazo.

4.3.2.2. Beneficios del parto vaginal. Hospitalizaciones más cortas, menores tasas de infección, recuperación más rápida, los bebés nacidos por vía vaginal tienen un riesgo menor de problemas respiratorios (Martínez, 2015).

Por otra parte, de acuerdo Salazar (2016) considera dentro de los beneficios para la madre es la libertad para actuar, siendo protagonistas en el nacimiento de su hijo, existe un menor riesgo perdiendo la mitad de la sangre que un parto por cesárea con menos posibilidades de infección uterina. Además, en el trabajo de parto permite que se oxigene la placenta manteniendo los niveles de glicemia, aunado a estos factores su recuperación se presenta con mayor rapidez.

Para la mamá:

- Mejor presión arterial.
- Mejorar el aporte de oxígeno a la placenta y al bebé mantener estables los niveles de azúcar en la sangre.
- Facilitar la integración de la madre consigo misma.

- El trabajo de parto va adelgazando el segmento abajo del útero, para que si hay necesidad de una cesárea el corte es menos riesgoso (el músculo es menos grueso) y la recuperación es más rápida. (García L. , 2018)

Para el bebé:

- Arroja todo el líquido del pulmón.
- Mejora la oxigenación general y cerebral.
- El bebé está más alerta.
- El apego favorece la producción de leche (García L. , 2018)

Muchas embarazadas desconocen la cantidad de beneficios que el parto normal tiene tanto para el neonato como la madre. Además de librarse de una operación de riesgo que implica puntos de sutura y una recuperación más lenta, tanto ella como su hijo habrán experimentado un momento imborrable.

4.3.2.3. Cesárea. Por supuesto, sabemos que no todos los nacimientos ocurren de la manera que planeamos. Cuando surgen complicaciones, hay otros métodos de entrega disponibles.

Intervención quirúrgica mayor mediante el cual se extrae un recién nacido a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía) (Foralda, 2016).

La práctica de ésta se debe limitar a ciertas indicaciones en función del estado clínico de la madre y/o el feto, según las cuales son clasificadas en emergentes, urgentes o programadas (Foralda, 2016). Las indicaciones para su realización son: sufrimiento fetal agudo, placenta previa oclusiva, situación transversal con dilatación completa o presentación en nalgas, eclampsia, desproporción pélvico-fetal o prolapso del cordón umbilical (Librero, Peiró, Belda, & Calabuig, 2017).

La operación cesárea aparece luego, como un medio para lograr que el sentido y finalidad de un proceso natural no sea desvirtuado por una acción extraña y externa, siendo lícita como todo procedimiento médico (Besio, 2017).

4.3.2.3. *Complicaciones comunes durante el trabajo de parto y el parto.* El trabajo de parto y el parto son diferentes para cada mujer. A veces se presentan complicaciones, que incluyen, entre otras:

El trabajo de parto no avanza. A veces, el cuello uterino no se dilata en el momento adecuado como para preparar al cuerpo para el parto. Si el trabajo de parto no avanza, el profesional de la salud podría darle medicamentos a la mujer para acelerar el trabajo de parto, o la mujer podría necesitar un parto por cesárea. (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 2016)

Ritmo cardíaco anormal del bebé. Muchas veces el ritmo cardíaco anormal no significa que haya un problema. El profesional de la salud probablemente le pida a la mujer que cambie de posición para ayudar a que el bebé reciba más flujo sanguíneo. En determinadas circunstancias, o si los resultados de una prueba muestran que hay un problema, el parto podría hacerse de inmediato. Cuando esto sucede, es probable que la mujer necesite un parto por cesárea, o que el profesional de la salud deba realizarle una episiotomía (un corte quirúrgico entre la vagina y el ano) para ensanchar la abertura de la vagina para el parto. (American Academy of Pediatrics, 2016)

Asfixia perinatal. Esta enfermedad ocurre cuando el bebé no recibe suficiente oxígeno en el útero durante el trabajo de parto y el parto, inmediatamente después de nacer (American Academy of Pediatrics, 2016).

Distocia de hombros. En esta situación, la cabeza del bebé ha salido de la vagina, pero uno de los hombros queda atascado (American Academy of Pediatrics, 2016).

Sangrado excesivo. Si el parto provoca un desgarro del útero o si el útero no se contrae para expulsar la placenta, puede producirse un sangrado intenso. En todo el mundo, este sangrado es una de las principales causas de muerte de la madre. (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 2016)

4.3.3. Parto ancestral o culturalmente adecuado. “La Constitución de 2008 reconoce al país como multiétnico y pluricultural, acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la

medicina tradicional (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 ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional” (MSP, Sistema Nacional de Salud, 2015)

Así mismo la nueva Constitución en su capítulo IV y artículos 56 y 57 reconoce la existencia de las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas dentro del Estado ecuatoriano. Con respecto a los sistemas tradicionales de salud se reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; Además el art. 363 añade que el Estado garantizará las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos, medicinas e instrumentos En base con el marco constitucional, el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 establece en el objetivo 3 relacionado con la mejora de la calidad de vida de la población, política 3.2, la importancia de ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas, teniendo como uno de sus componentes importantes el desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural y como metas la reducción de la tasa de mortalidad materna.

El parto ancestral se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud. El parto vertical, se asocia con una reducción notable del dolor y de la duración de la fase inicial del parto, favoreciendo la salida del niño (Guamán, 2016).

El parto ancestral existente en el Ecuador, gracias a la implementación de la Estrategia del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) se ha podido controlar y vigilar todo el proceso del parto ancestral manejado por parteras organizadas, siendo ahí donde se observa qué rituales sigue y cuáles son sus costumbres. (Cárdenas & Cachiguango, 2012)

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 afroecuatorianos a la atención institucional del parto, así como a otras demandas provenientes de diversos movimientos sociales que demandan la atención del parto humanizado. (Quizhpe, 2016)

En las comunidades indígenas del Ecuador toda la familia colabora en el parto, ya sea en las tareas de preparación de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, o en otras tareas. Sin embargo, durante el proceso del parto, generalmente asisten el esposo, la mamá, y/o la suegra de la parturienta: “hay mujeres que les gusta que, entre el marido con guaguas, la mamá y hasta los amigos; hay otras que sólo la mamá o sólo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”. (Guzman, 2015)

En el parto ancestral se respeta la posición que prefiera adoptar la madre durante la labor de parto. La posición fisiológica más adoptada por ser confortable para la madre es la de cuclillas. Sin embargo, hay una serie de variaciones de parto vertical.

Se dice del parto que se desarrolla en el ámbito familiar, un medio en el que la parturienta ha vivido su experiencia personal e intransferible, en compañía de sus familiares más cercanos, madre y amigas, siendo asistida por una profesional, otra mujer, la partera o matrona, conocida y reconocida, tanto social como profesionalmente ante sus ojos y de sus familiares. Las matronas son mujeres apreciadas y valoradas en el campo afectivo y, en lo técnico-científico, capaces de resolver situaciones vitales comprometidas, en algún caso dramáticas, sin más ayuda que su experiencia, pericia y conocimiento. (García J. , 2015)

4.3.4. Beneficios del parto ancestral. Las ventajas del parto ancestral han sido reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes recomiendan ésta particularidad de parto, al enfatizar su aporte a una mejor calidad de vida de las madres gestantes y de sus hijos (Obstetricia Perú, 2017, párr. 1). Cabe señalar aquí otra ventaja de la posición vertical que es la de evitar tracciones del feto o maniobras sobre el abdomen de la madre para su

expulsión, que frecuentemente son realizadas en el parto horizontal, disminuyendo así los traumatismos del recién nacido.

Se han señalado numerosas ventajas fisiológicas para la posición vertical durante el trabajo de parto y el parto, a continuación, se resumirá las más importantes:

- Gracias a las fuerzas de gravedad se facilita el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. (Arnau, y otros, 2018)
- Descomprime grandes vasos, como por ejemplo, la vena cava, la cual con su compresión puede causar disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga. (Grupta, 2018)
- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm en transversal y moldeamiento de la articulación coxofemoral, causando menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del feto por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión de dicha articulación. (Grupta, 2018)
- Las mujeres parturientas en posición vertical tienen las contracciones uterinas más fuertes e intensas en frecuencia, actividad uterina y coordinación; facilitan el pujo por la mejor disposición de la musculatura abdominal para contraerse. (Franco, Ayllon, Vallejo, & Hansen, 2015)
- Reducción de malas posiciones fetales: Cuando la futura mamá está en cuclillas, la cabeza del feto se alinea mejor con el canal de parto. Esto facilita el parto natural, disminuye la utilización de instrumentos médicos y reduce el índice de cesáreas y episiotomías, con todo lo que ello supone (Bastidas, 2016).
- Se liberan más endorfinas: las "hormonas de la felicidad", que ejercen un poderoso efecto calmante en el organismo (Bastidas, 2016).

4.3.5. Atención intercultural del parto ancestral. Aquella que aprovecha de manera respetuosa y sinérgica elementos de diversos modelos médicos y culturas, y que pretende evitar y/o erradicar las barreras culturales, en un marco de seguridad y eficacia. Además de la posición vertical del parto se propone incorporar los siguientes elementos:

- Fomentar la identificación temprana de riesgos en el embarazo, fortaleciendo la articulación con los auxiliares de salud y parteras tradicionales, en la que se les otorgue adecuada recepción y buen trato cuando refieran y acompañen pacientes.
- Incorporar la preparación y atención psico-profiláctica en el embarazo y parto.
- Favorecer la incorporación de técnicas utilizadas por parteras tradicionales para facilitar la pujada eficiente de la madre.
- Permitir la participación del esposo, pareja o familiar durante el parto, para brindar sustento emocional y hacerlo copartícipe de la experiencia de la paternidad, si así lo solicita la parturienta.
- Evitar agresiones físicas innecesarias: tricotomía, enemas, episiotomías y la sobre tecnificación como el caso de cesáreas innecesarias.
- Fomentar el amamantamiento inmediato al nacimiento del bebé, lo cual favorece de manera natural la expulsión de la placenta.
- Promover el alojamiento conjunto madre –hijo (Atención intercultural del parto 2016)

La empatía durante la atención del parto culturalmente adecuado favorece la posibilidad de que las pacientes provoquen sentimientos en las enfermeras que las muevan a actuar a su favor, acciones que son deseables porque reflejan los intereses del profesional de salud y los atributos de la atención que brindan: hacer las cosas de una manera humanizada; es decir, con cariño, con amor y los procedimientos e intervenciones en la usuaria con un trato humano.

4.3.6. Técnicas de parto ancestral.

Parto vertical. La posición vertical es la de elección, en la que la gestante está parada, sentada, de rodillas o de cuclillas durante el proceso del parto, mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para su atención. Esta posición permite que el/la recién nacido/a actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientándose al canal del parto, facilitando el nacimiento y disminuyendo los traumatismos en el/la recién nacido/a. Este tipo de posición durante el parto no comprime grandes vasos como la aorta ni la vena cava, el útero de la gestante no ocasiona alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta (Caldero, 2016).

Uno de los objetivos de la atención del parto vertical es la disminución de la morbimortalidad materna-perinatal; sin embargo sigue en crecimiento. Según estudios realizados por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se calcula que se producirían 410 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; es decir una mujer fallecería cada cuatro horas a consecuencia del embarazo, durante el parto o después de él, debido a que las estrategias para facilitar el acceso a los servicios de atención materna y lograr un alumbramiento con menores riesgos para la salud de la madre y del recién nacido, aún no son efectivas, debido a que los servicios no adecuan la atención a las necesidades y costumbres típica de las usuarias, donde se respete su interculturalidad pese a que existen normas para su implementación; por ello es que aún se considera un problema de trascendencia. Es necesario establecer el cumplimiento de normas que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto involucrando tanto a la gestante como a la familia (Ministerio de Salud, 2016).

El parto está siendo guiado por la partera en compañía de un asistente. Las contraindicaciones y complicaciones para la atención del parto vertical entre las más frecuentes son:

Contraindicaciones	Complicaciones
cesárea anterior, incompatibilidad pélvico fetal, sufrimiento fetal, feto en podálico, embarazo gemelar, distocias, prematuridad, hemorragia del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, preeclampsia severa, antecedente de parto complicado y embarazo pos término	Hemorragia: Pérdida sanguínea mayor a 500 cc Realización de episiotomía Desgarro cervical Desgarro vaginal Atonía uterina Alumbramiento incompleto Presencia de líquido meconial Parto prolongado: Trabajo de parto duración mayor a 12 horas Parto precipitado de duración menor a 3 horas

Fuente: (Castillo, Cahuata, Calle, & Muñoz, 2015)

Parto 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, abrazara 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 comunidad. (Trigozo, 2018)

Silla de parto. Es la misma técnica que utilizaban nuestros ancestros claramente llevada a nuestros tiempos un poco modernos pero el principio es el mismo la mujer permanece en cuclillas, pero postrada en una silla atendida por una doctora que es este caso estaría actuando de partera así mismo la compañía del esposo para crear el vínculo familiar desde el momento mismo que sale la criatura.

Sentada y semisentada. El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la mujer con trabajo de parto por la región del tórax, permitiendo que se apoye en los muslos, en esta posición la mujer en trabajo de parto, 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 del banco, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de ella. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el

cordón umbilical cuando deje de pulsar o 1 a 3 minutos después del nacimiento. En la posición semi sentada la mujer en trabajo de parto se apoyará 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. (Trigozo, 2018)

Cogida de la sogá. Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento. La gestante se sujeta de una sogá que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad avanza por el canal del parto suave y calmadamente. (Trigozo, 2018)

De manos y pies. Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. El personal de salud se colocará detrás de la mujer en trabajo de parto cuidando el periné para evitar rasgaduras. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Algunas prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer. El personal de salud o comadrona que atiende el parto natural/vertical, deberá instruir a la mujer en trabajo de parto, para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen. Esta posición brinda una buena exposición y acceso a Asegúrese de sacar primero el hombro anterior (por debajo de la sínfisis del pubis, más cerca del suelo) El pasar al recién nacido (a) para que la madre lo tome en sus brazos al inicio puede ser complicado, pero con la práctica se aprende fácilmente (Trigozo, 2018).

Parto en cuclillas variedad anterior. La parturienta se coloca en cuclillas, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras él permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. La partera se coloca de rodillas por detrás de la parturienta y atiende el parto desde esa posición (Guzman, 2015)

La labor de parto procede de manera natural y con sus antiguas tradiciones, en este caso se coloca de cuclillas para así colocar él bebe en el momento de su salida para rápidamente proceder al corte del cordón y así concluir con un parto satisfactorio.

Parto en Cuclillas variedad posterior. El acompañante debe estar parado y abrazará a la mujer en trabajo de parto por debajo de la región axilar, permitiendo que la mujer en trabajo de parto se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante. El personal de salud se colocará por detrás de la paciente y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento. (Trigozo, 2018)

4.3.7. Adecuación del área física para atención de parto ancestral. El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad (estera, silla, colchonetas). El área física para realizar un Parto Culturalmente Adecuado debe evitar el color blanco o muy claro en sus paredes (en algunas culturas andinas el color blanco representa la muerte, además muchas pacientes se incomodan al pensar que van a ensuciar o manchar los entornos de colores claros), debe permitir el libre movimiento de la embarazada, debe disponer de un área para calentar aguas medicinales, debe disponer de ropa cómoda y caliente para la embarazada (faldón y camisón evitar ropas con grandes aberturas en su área anterior o posterior), debe disponer de ropa cómoda para los familiares, partera o partero y equipo médico que asistirá en la atención, que incluyan botas de tela (debe evitarse el uso de ropa identificada como de uso hospitalario), debe existir colchoneta y paños estériles de diferentes colores para ser usada de requerirse en la fase activa de la dilatación. (MSP, CONASA, 2008)

4.3.8. ESAMyN. La Normativa sanitaria ESAMyN, que se implementa con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado, el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna. Si bien, el cumplimiento de los parámetros establecidos en esta normativa, son conducentes a la Certificación de las unidades como “Amigas de la Madre y del Niño”, la misma que establece las pautas que aseguren un buen inicio a la vida, dotando de calidad,

calidez, continuidad, pertinencia e integralidad, y garantizando el cumplimiento de los mandatos constitucionales.

De manera puntual, esta normativa se implementa en Ecuador como una adaptación de la iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y UNICEF que procura la protección, apoyo y fomento de la lactancia materna tomando en cuenta la atención amigable a la madre. Hasta el año 2015 se mantuvo esta iniciativa, sin embargo; en el mismo año se vio la necesidad de incluir en los criterios a la atención amigable y humanizada a la madre durante la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio.

Los objetivos específicos de la normativa son: mejorar la calidad e integralidad de la atención pre-natal; promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido; mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales; prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis; fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna.

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

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

- En el postparto se atenderá con infusiones de: pepas de cilantro, hoja de guaba, toronjil, ortiga
- Puede usarse para aseo perineal las siguientes infusiones de: hierba mora manzanilla, matico, malva blanca.
- Para el aseo, infusiones de las siguientes plantas: manzanilla matico, culantro de pozo, hoja de higo, pelo de choclo, hierba de perro. (Guamán, 2016)

5. Materiales y métodos

La presente investigación se desarrolló en el Hospital Asistencial de Saraguro en el periodo 2016-2017, que se encuentra ubicado a 64 kilómetros al norte del cantón Loja, en la provincia de Loja, sur del Ecuador. Constituye uno de los centros médicos, donde se conserva aún la autenticidad de las comunidades indígenas con sus costumbres y tradiciones; el 30% de la población de este Cantón es mestiza que corresponde a la etnia Saraguro y el 70 % restante de la población es indígena.

Enfoque, el tipo corresponde a un estudio cuantitativo

Tipo de diseño utilizado, descriptivo, retrospectivo, transversal ya que para el análisis se utilizó información recopilada anteriormente y en un período de tiempo determinado, en este caso, Enero 2016-Diciembre del año 2017.

Unidad de estudio, Pacientes obstétricas que han sido atendidas en la Sala de Parto Vertical o Culturalmente Adecuada del Hospital Asistencial Saraguro mediante técnicas de parto occidental y parto ancestral

Universo, se ha considerado las pacientes obstétricas que han sido atendidas en el Centro obstétrico del Hospital Asistencial Saraguro, mediante técnica de parto occidental y parto ancestral en el periodo enero 2016- diciembre 2017. Que fueron en un total de 520.

Muestra, estuvo constituida por 466 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión, todas las Pacientes que fueron atendidas, con diagnóstico de embarazo a término 37 a 41.6 semanas en el Hospital Asistencial Saraguro en el periodo enero 2016-diciembre 2017, mediante técnicas de partos ancestrales y occidentales.

Criterios de exclusión

- Pacientes en las cuales el parto no se resolvió dentro de la institución y fueron referidas a otro centro de mayor complejidad
- Pacientes con labor de parto con edad gestacional menor a las 37 semanas.
- Pacientes cuyos datos en las historias clínicas estén incompletos

Técnicas, la principal a utilizar será el fichaje y la observación de Historias clínicas para mediante registro seleccionar y clasificar los casos según los criterios de inclusión y exclusión.

Instrumentos, ficha de recolección de datos realizada por la autora en el que consta, aspectos sociodemográficos, antecedentes gineco obstétricos, tipo de parto, técnicas de parto occidental y ancestral, complicaciones (anexo 2)

Procedimiento, se elaboró los instrumentos que se aplicaron para el registro de la información, según las necesidades de cubrir los objetivos planteados en la investigación, una vez elaborados, se pusieron en consideración de la directora de tesis, luego de su aprobación se procedió a solicitar a la Coordinadora de Carrera que mediante su intervención se solicite la autorización que se entregó a la directora del Hospital Asistencial Saraguro

Para realizar la presente investigación se solicitó la respectiva autorización a la Dra. Ana Vásquez Directora del Hospital (anexo 1), para llevar a cabo el trabajo investigativo, mediante la revisión de registros estadísticos que reposan en la casa de salud.

Se realizó la observación y revisión de datos estadísticos de la atención de pacientes en labor de parto, para obtener información sobre datos sociodemográficos como la edad de la paciente, etnia, nivel de instrucción, estado civil, ocupación; así como los antecedentes gineco obstétricos y datos de parto como número de gestas, número partos, periodo intergenésico, abortos, parto vaginal, parto por cesárea, edad gestacional del parto en el periodo de estudio, presentación, situación, número de controles prenatales, tipo de parto del periodo en estudio, técnica del parto occidental, técnica del parto ancestral, complicaciones en el parto del periodo en estudio, peso RN del periodo en estudio.

La información recopilada se la ordenó, tabuló y analizó hasta presentarla en cuadros y a la vez sirvió de fundamento para desarrollar los resultados de la investigación.

Equipo y materiales, el equipo que se utilizó fue una computadora para la elaboración de la investigación, se utilizó una ficha para la recolección de información

Fue necesario utilizar tecnología computarizada como Word para la redacción del texto, Excel y SPSS STATISTICS versión 20.00 para la tabulación y presentar cuadros de resultados y PowerPoint para las actividades educativas de exposición de resultados.

Las fuentes de información que se utilizaron para la obtención de los datos, de la presente investigación son fuentes secundarias relacionadas con libros, información por parte del Ministerio de Salud y biblioteca virtual.

Análisis estadístico, se utilizó la estadística descriptiva para el cálculo de frecuencias, así como tablas y figuras construyendo una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS STATISTICS versión 20.00 complementando también con el informe estadístico del programa Excel para el procesamiento de los datos. Se analizó los resultados en base a las complicaciones que se ha tenido en los partos.

Para determinar la prevalencia de los partos occidentales y ancestrales en el Hospital Asistencial Saraguro, durante el periodo Enero 2016-Diciembre 2017, se utilizó la fórmula:

$$P = \frac{\text{número de partos ancestrales}}{\text{Número de partos en 2016 y 2017}} \times 100$$

$$P = \frac{\text{número de partos occidentales}}{\text{Número de partos en 2016 y 2017}} \times 100$$

Para identificar las técnicas más frecuentes utilizadas en el parto occidental y el parto ancestral, se utilizó la ficha de recolección de información donde consta el tipo de parto y la técnica utilizada (anexo 2)

Para caracterizar las usuarias del parto ancestral y occidental, se realizó mediante datos sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos, mismos que se registró en la ficha de recolección de información (anexo 2)

Para determinar las complicaciones frecuentes en partos occidentales y ancestrales de pacientes atendidas en el Hospital Asistencial Saraguro, se realizó mediante el registro en fichas de recolección de información (anexo 2)

Todos los datos registrados en la ficha de recolección de información, se los efectuó mediante la revisión en registros e historias clínicas contenidos en el área de estadística del Hospital Asistencial Saraguro. Finalmente se expone discusión, conclusiones y recomendaciones.

6. Resultados

Tabla 1

Prevalencia de los partos occidentales y ancestrales en el Hospital Asistencial Saraguro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ancestral	290	62,2	62,2	62,2
	Occidental	176	37,8	37,8	100,0
	Total	466	100,0	100,0	

Fuente: Archivo de historias clínicas del Hospital Asistencial Saraguro

Elaborado por: Amanda Benavides Cárdenas

Análisis: En el Hospital Asistencial Saraguro se registra una prevalencia de parto ancestral en un 62%.

Tabla 2*Técnicas más frecuentes utilizadas en el parto occidental y el parto ancestral.*

		Ancestral		Occidental	
		f	%	f	%
Válido	Litotomía	0	0	176	37,8
	Cuclillas	58	12,40		
	De pie	78	16,73		
	Rodilla	150	32,17		
	Sentada	4	0,9		
Total		290	62,2	176	37.8

*Fuente: Archivo de historias clínicas del Hospital Asistencial Saraguro**Elaborado por: Amanda Benavides Cárdenas*

Análisis: Se registra una prevalencia de parto occidental en posición de litotomía que es la técnica tradicional de atención médica occidental 176 usuarias que corresponden al 37.8% y 290 usuarias el 62.2% prefirieron el parto ancestral en las siguientes posiciones: rodillas el 32,17%, de pie el 16,73%, cuclillas el 12,40%, y sentadas el 0.9%

Tabla 3***Caracterización de las usuarias del Hospital Asistencial Saraguro en parto ancestral y occidental.***

		Ancestral		Occidental	
Edad		f	%	f	%
Válido	<19 años	75	16,09	51	10,94
	20-29 años	149	31,97	91	19,53
	30-39 años	54	11,59	33	7,08
	>40 años	12	2,58	1	0,21
Nivel de instrucción					
Válido	Primaria	116	24,89	79	16,95
	Secundaria	143	30,69	82	17,60
	Superior	26	5,58	11	2,36
	Ninguno	5	1,07	4	0,86
Ocupación		F	%	F	%
Válido	Actividad agrícola	5	1,07	1	0,21
	Artesana	2	0,43	1	0,21
	Comerciante	1	0,21	2	0,43
	Empleado privado	6	1,29	2	0,43
	Empleada privada	3	0,64	2	0,43
	Estudiante	34	7,30	26	5,58
	Doméstica	239	51,29	140	30,04
Etnia					
Válido	Blanca	1	0,21	2	0,43
	Indígena	156	33,48	50	10,73
	Mestiza	133	28,54	123	26,39
	Otro		0,00	1	0,21

Fuente: Archivo de historias clínicas del Hospital Asistencial Saraguro

Elaborado por: Amanda Benavides Cárdenas

Análisis: En el parto ancestral el **grupo etario** de mayor porcentaje es de 20 a 29 años con el 31.97%, las adolescentes <19 años con el 16.09%, seguido de 30 a 39 años con el 11.59%, y finalmente >40 años con el 2.58%. Por otra parte, en el parto occidental se observan valores similares siendo la más alta con el 19.537% en mujeres de 20 a 29 años, las adolescentes <19 años con el 10.94%, seguido de 30 a 39 años con el 7.08%, y finalmente >40 años con el 0.21%.

Nivel de escolaridad, de las usuarias de parto ancestral 30.69% y parto occidental 17.60% predomina la educación secundaria, seguido del 24.89% p. ancestral, y 16.95% p. occidental en nivel primario lo que deja ver que el nivel de escolaridad es medio.

Ocupación, se observó en la población de parto ancestral predomina el desempleo para las mujeres, dedicándose así a las labores domésticas en un porcentaje elevado de 51.29%, mientras que en las usuarias de parto occidental es similar la situación de desempleo para las mujeres, dedicándose así a las labores domésticas en un porcentaje elevado de 30.94%.

Etnia, las pacientes que acuden al Hospital Asistencial Saraguro se constató en los casos de parto ancestral que existe una fuerte correlación entre pacientes indígenas y de etnia mestiza que prefieren el parto ancestral, las mujeres indígenas son las que más demandan la atención mediante parto ancestral o culturalmente adecuado con el 33.48% y el número de mestizas con el 28.54%. Por otra parte, en el parto occidental, existe una mayor concurrencia de usuarias de etnia mestiza con un porcentaje de 26.39%.

Tabla 4
Gestas previas

		Parto Ancestral		Parto Occidental	
		f	%	f	%
Válido	Primigesta	69	14,81	43	9,23
	Multigesta	210	45,06	115	24,68
	Sin datos	11	2,36	18	3,86

Fuente: Archivo de historias clínicas del Hospital Asistencial Saraguro
Elaborado por: Amanda Benavides Cárdenas

Análisis: De las 466 gestantes atendidas, con un total de 112 son primigestas divididas en el 14.81% parto ancestral y 9.23% parto occidental, 325 usuarias siendo que el 45.06% son multigesta en parto ancestral y el 24.68% en parto occidental son multigestas

Tabla 5

Tipo de complicación en el parto ancestral y parto occidental

		Parto ancestral		Parto occidental	
		f	%	f	%
Válido	Desgarro	67	14,4	18	3,86
	Hemorragia	1	0,2	0	0,0
	Rotura	4	0,9	0	0,0
	Sufrimiento fetal	10	2,1	14	3,0
	Atonía uterina	3	0,6	2	0,43
	Desprendimiento	1	0,2	0	0,0
	Retención placentaria	2	0,4	5	1,07
	Dificultad respiratoria	1	0,2	0	0,0
	Parto obstruido	1	0,2	4	0,86
	Trabajo de parto prolongado	1	0,2	0	0,0
	Ninguno	198	42,5	133	28,54
	Sin datos	1	0,2	0	0,0
	Total		290	62,2	176

Fuente: Archivo de historias clínicas del Hospital Asistencial Saraguro

Elaborado por: Amanda Benavides Cárdenas

Análisis: En cuanto al tipo de complicaciones, se tomará en cuenta los valores de mayor relevancia de acuerdo a la tabla estadística dividido en parto ancestral y occidental: Parto ancestral: el 14,4% desgarro y el 2,1% sufrimiento fetal. Parto occidental: el 3,86% desgarro, 3,0% sufrimiento fetal, 1,07% retención placentaria y finalmente 0,86% parto obstruido.

7. Discusión

En el Hospital Asistencial Saraguro se aplica la atención de parto culturalmente adecuado permitiendo la elección de la paciente sobre la técnica de parto según su deseo, lo que se evidencia en estos resultados dejando claro que la posibilidad de dar a luz tomando en cuenta las creencias y costumbres es amplia en este Cantón lo que logra un acceso adecuado al sistema de salud del País garantizando la equidad y respeto a las practicas interculturales lo cual ayuda a llevar un control adecuado de esta etapa para disminuir la morbimortalidad materna neonatal.

En el cumplimiento de los objetivos los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo indican que, de un total de 466 partos atendidos en el Hospital Asistencial Saraguro en el año 2017, 290 son mediante parto ancestral y 176 mediante parto occidental por lo que se está frente a una población que prefiere ser atendida con métodos afines a su cultura y tradiciones. Así también lo demuestra Guamán (2016) en su estudio sobre los niveles de satisfacción en atención al parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de Saraguro, área del presente estudio, en donde finalmente determinó que de 166 usuarias que dieron alumbramiento 70 de ellas optaron por el parto ancestral.

Al determinar la prevalencia de los partos ancestrales de 466 usuarios el 62,2% optaron por el parto ancestral y el 37,8% por parto occidental. Otro estudio referencial es el realizado por Bastidas (2016) denominado “Ventajas del parto vertical manifestado por embarazadas que se atienden en la sala de partos del Hospital Básico de Sucúa, aplicado a 50 usuarias que eligieron el parto ancestral por sus múltiples beneficios y raíces culturales. Así también en el estudio de Anchudia (2016) sobre creencias y prácticas ancestrales Chachis aplicadas durante el embarazo, parto y puerperio en la comunidad San José del Cayapas de la provincia de Esmeraldas, aplicado a 9 embarazadas quienes adujeron con el 80% su preferencia por el parto ancestral a pesar de haber seguido los controles con miras al parto occidental

En relación a las técnicas más frecuentes utilizadas en el parto occidental y el parto ancestral. Se registra una prevalencia de parto mediante la técnica litotomía en un el 37.8% con 176 usuarias de parto occidental y con un total de 150 usuarias de parto ancestral con

el 32,17% parto en posición de rodillas, seguido de 78 usuarias representando el 16,73% que optaron por la posición de pie y el 12,40% en cuclillas. Estos datos son corroborados con otro estudio de (Cabrera & Arotingo, 2016) de tipo cualitativo en la comunidad del pueblo de Kayambis que en sus resultados describe con mayor incidencia la posición arrodillada como altamente representativa.

Al caracterizar a las usuarias se encontró que la mitad del grupo se encuentran en edades de 20-29 años con el 51.5%, con escolaridad secundaria el 48.29%, la mayoría realiza actividades domésticas por lo tanto son desempleadas con un 81.33%, en cuanto al grupo étnico a las mujeres con parto ancestral prima un 33.48% como indígenas, mientras que en el parto occidental el 26.39% señalaron ser mestizas. De manera consecutiva en el estudio de (Caicedo, 2016) en referencia a la edad se obtiene que 75 mujeres que corresponden al 25,9% son menores de 19 años; 149 mujeres de 20 – 29 años representan al 51,4%; el 18,6% corresponde a 54 mujeres de 30-39 años, se encontró 12 mujeres mayores de 40 que es el 4,1%. En otra investigación de contexto similar aplicado por (Guamán, 2016) a 70 usuarias del Hospital Básico de Saraguro, dando como resultados el 54.3% en edades de 15 a 24 años, el 60% indígena, de instrucción primaria con el 64.3%.

Se puede evidenciar que un gran porcentaje de pacientes no presenta complicaciones con el 42,49% en el parto ancestral y 28.5% parto occidental, y en menor porcentaje presentan complicaciones ,siendo que 14,4% presentaron algún tipo de desgarro durante el trabajo de parto; 2,14% parto ancestral y 3,00% parto occidental presentaron sufrimiento fetal; tiene relación con la investigación denominada ventajas del parto vertical manifestado por embarazadas que se atienden en la sala de partos del hospital Básico de Sucúa. año 2015 realizada por (Bastidas, 2016) en donde se encontró en la investigación presentaron desgarro de grado 1 predominando sobre ningún desgarro en el 36% de las pacientes, se encontró también que el 84% de las pacientes el volumen de sangrado fue menor a o igual a 250 cc.

8. Conclusiones

- Se determinó una mayor prevalencia en los partos ancestrales con relación al parto occidental.
- Se concluyó que en el parto ancestral la posición más utilizada es de rodillas, seguida de la posición de pie y en cuclillas, mientras que la técnica utilizada en el parto occidental es la posición litotomía.
- En cuanto a las características sociodemográficas de las usuarias existen resultados similares tanto en el parto ancestral como occidental así se encuentran en edades 20-29 años, con escolaridad secundaria, la mayoría realiza actividades domésticas; así se diferencia en cuanto a la etnicidad en el parto ancestral se encontró la etnia indígena mientras que en el parto occidental fue la etnia mestiza.
- En cuanto a las complicaciones tanto en el parto ancestral como en el occidental se concluyó que un gran porcentaje de pacientes no presentaron complicaciones relevantes. Así mismo se evidenció en un menor porcentaje complicaciones como desgarro y sufrimiento fetal. Teniendo en cuenta que los resultados son similares pero con valores porcentuales diferentes.

9. Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud Pública en cumplimiento a los derechos de las nacionalidades sobre la salud ancestral para que adecue lugares o espacios, y se brinde la atención segura del parto con estrategias de enfoque intercultural y de acuerdo a los principios de la atención primaria, con una posible disminución de la mortalidad materno-neonatal. Capacitar continuamente a los profesionales de Salud para que puedan tener la facilidad de difundir las ventajas del Parto Humanizado, de esta manera se disminuiría los riesgos, y así daría confianza a las mujeres al momento de escoger la posición de su preferencia al momento del parto.
- Difundir y promocionar las diferentes técnicas de parto, así como la sala de parto culturalmente adecuada, que garantiza el Ministerio de Salud Pública, en otros centros de Salud y Hospitales del País, para que toda la sociedad conozca el servicio y tenga la opción de decidir la forma más apropiada para recibir sus hijos, y para asegurar una disminución de complicaciones así como la morbimortalidad materna neonatal.
- Fomentar espacios que brinden información sobre la implementación del parto humanizado en los diferentes hospitales, a través del Ministerio de Salud Pública y de esta manera dar una opción de parto diferente a la tradicional.

10. Bibliografía

- Academia Americana de Pediatría. (14 de 11 de 2017). *Parto*. Recuperado el 27 de 01 de 2018, de medlineplus.gov: <https://medlineplus.gov/spanish/childbirth.html>
- Academia Europea de Pacientes. (9 de Enero de 2020). *Academia Europea de Pacientes*. Obtenido de <https://www.eupati.eu/es/glosario/>
- American Academy of Pediatrics. (2016). Ritmo cardíaco irregular (Arritmia). *Healthy Children*.
- Anchudia, B. (2016). *Creencias y prácticas ancestrales Chachis aplicadas durante el embarazo, parto y puerperio en la comunidad San Jose del Cayapas de la provincia de Esmeraldas*. Esmeraldas: Universidad Católica del Ecuador.
- APRODIN. (2015). *Saberes ancestrales: para preservar el bienestar y la armonía en las comunidades indígenas : diagnóstico de la medicina tradicional, base de identidad de los pueblos indígenas del Pacífico, Centro y Norte de Nicaragua*. Managua: 1ed APRODIN.
- Aréchiga, H. (2015). *Ciencia y humanismo en medicina*. México: Siglo XXI.
- Arnau, J., Martínez, E., Nicolás, M., Bas, E., Morales, P., & Alvarez, L. (2018). Los conceptos de parto normal, natural y humanizado el caso del área de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2).
- Bastidas, Z. (2016). *Ventajas del parto vertical manifiesto por embarazadas que se atienden en la sal de partos del Hospital Basico de Sucúa*. Puyo: Universidad Nacional de Loja.
- Besio, M. (2017). Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva etica. *Revista médica de Chile*, 127(9), 23-31.
- Cabo, J. (2017). *Conceptos basicos de investigacion biomedica*. Obtenido de <https://www.gestion-sanitaria.com/1.%20Conceptos%20b%C3%A1sicos%20de%20investigaci%C3%B3n%20biom%C3%A9dica>
- Cabrera, V., & Arotingo, J. (2016). *Conocimiento, actitudes y prácticas culturales asociadas al parto de las madres y partes Kayambis, pertenecientes a la comunidad de Angla de la provincia de Imbabura*. Otavalo: Universidad Católica del Ecuador.

- Caicedo, V. (2016). *Creencias y tradiciones sobre el embarazo parto y puerperio en la parroquia Anchayacu del canton Eloy Alfaro*. Esmeraldas: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Caldero, R. (2016). Physiological and psychological bases for the modern and humanized management of normal labor. *Unicamp*, 20, 57-90.
- Cárdenas, C. M., & Cachiguango, S. E. (2012). *Impacto y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo de profesionales de salud del Hospital San Luis De Otavalo en el año 2011 – 2012*. Ibarra: Universidad Técnica de Norte.
- Castillo, M., Cahuata, A., Calle, A., & Muñoz, R. (2015). Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima,. *Horizonte Médico*, 14(1), 31-37.
- CEPAL. (2018). *Los pueblos indígenas en América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.
- Chalán, L., & Guamán, M. (2015). *Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Chillogallo, K., López, R., & Ordóñez, C. (2014). *Sabres ancestrales y tradiciones de las parteras de la Parroquia Jadán*. Cuenca : Universidad de Cuenca .
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecologos. (2016). *Complicaciones en el parto*. Obtenido de <http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq154.pdf?dmc=1&ts=20120806T1152493842>
- ESANUT. (11 de 12 de 2012). *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*. Recuperado el 15 de 01 de 2018, de [ensanut.insp.mx: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf)
- Foralda, C. (2016). Reflexiones sobre la cesarea. *Matronas Prof*, 7(1), 5-13.
- Franco, N., Ayllon, S., Vallejo, M., & Hansen, K. (2015). Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. *Revista Médica Cochabamba*, 58.
- García, J. (2015). Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. En M. García Martínez, *Cultura de los cuidados* (págs. 40-41). Sevilla.
- García, L. (2018). *Parto Natural*. Obtenido de <http://www.dalinde.com/beneficios-del-parto-natural/educacion/beneficios-del-parto-natural.html>

- Grupta, J. (2018). Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1(1), 24.
- Guamán, E. (2016). *Nivel de satisfacción de las usuarias atendidas por parto culturalmente adecuado en el Hospital Básicode Saragur o periodo abril-diciembre del 2015*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Guzmán, D. G. (2014). *La partería ancestral en el Ecuador: apuntes etnográficos, interculturalidad y patrimonio*.
- Guzman, D. G. (Marzo de 2015). *MSP, Direccion Provincial de Salud de Tungurahua*. Obtenido de HAPAC, Manual para la humanizacion y adecuacion cultural de la atencion del parto: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadk045.pdf
- Instituto Nacional del Cáncer. (2018). *Definiciones*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/medicina-occidental>
- Librero, J., Peiró, S., Belda, A., & Calabuig, J. (2017). Porcentaje de cesárea en mujeres de bajo riesgo. Un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. *Rev Esp Salud Pública*, 5(5), 315-326.
- Maldonado, J. (2010). *Reglamento Interno de la sala de parto culturalmente adecuado Hospital Básico de Sarguro*. Loja: Dirección Provincial de Salud de Loja.
- Malisa, B. (2018). *El parto humanizado y la medicina tradicional ancestral de las comunidades rurales del cantón Salcedo*. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato.
- Martínez, M. (2015). *El parto en la evolución humana*. España: Universitat de Valencia.
- Millstine, D. (2018). *Generalidades sobre la medicina alternativa y complementaria*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/temas-especiales/medicina-integradora-alternativa-y-complementaria/generalidades-sobre-la-medicina-alternativa-y-complementaria>
- Mina, J. (2016). *Saberes y conocimientos sobre el parto : historia de vida de una partera afroecuatoriana*. Quito: FLACSO.
- Ministerio de Salud. (2016). *Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural*. Obtenido de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_518.pdf
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. Ecuador: UNFPA.

- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía de Práctica Clínica: Atención del trabajo parto, parto y postparto inmediato*. Quito: 1era Edición, Dirección Nacional de Normatización MSP.
- MINSAL. (2016). Obtenido de https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion_21102016/PARTO-HUMANIZADO.pdf
- MSP. (Agosto de 2008). *CONASA*. Obtenido de Guia tecnica para la atencion del parto culturalmente adecuado: <https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guiadepartoec.pdf>
- MSP. (2015). *Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Plan de Accion. Politica de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: <http://clae.codigosur.net/downloads/NormasAE/PoliticodeSSlyDRysuPlandeAccionEcuador.pdf>
- OMS. (06 de 12 de 2012). *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*. Recuperado el 10 de 01 de 2018, de apps.who.int: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- OMS. (2015). *Definiciones*. Obtenido de https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- OMS. (20 de 11 de 2016). *Medicina tradicional: definiciones*. Recuperado el 27 de 01 de 2018, de [www.who.int: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (15 de 08 de 2016). *Partería*. Obtenido de [www.who.int: www.who.int/topics/midwifery/es/](http://www.who.int/topics/midwifery/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *OPS/OMS promueve enfoque intercultural en los servicios de salud para garantizar acceso de poblaciones indígenas y afrodescendientes*. Washington: OPS.
- Pellicer, A., Hidago, J., & Perales, D. (2015). Obstetricia y ginecología. Guía de actuación. *Circulo de medicos, 15*, 41-68.
- Perea, M. (2016). *Aplicación de los cuidadores de enfermería en complicaciones presentadas en el parto de adolescentes atendidas en el Hospital Divina Providencia*. Esmeraldas: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Ponce, N. (2014). *Evaluación de la efectividad de la aplicación de calor y posiciones biomecánicas para aliviar el dolor y facilitar la labor de parto en la Maternidad*

- Clínica La Primavera durante el período diciembre del 2013 a enero del 2014.*
Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Quizhpe, E. (2016). *Parto culturalmente adecuado aceptación en el equipo de salud e impacto en las usuarias del Hospital de Saraguro - Loja.* Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Rosas, M., Yampufé, M., López, M., Carlos, G., & Pacheco, A. S. (11 de octubre de 2015). *Scielo.* Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n3/a05v72n3.pdf>
- Torres, M. (2012). *La medicina tradicional cuestionada: antecedentes, perspectivas y prospectivas, en México y Latinoamérica.* México: Extra Excell Internacional.
- Torres, M., González, J., Arroyo, L., Pineda, A., & Panchano, M. (2019). Comportamiento y Saberes Ancestrales Durante el Parto en Afrodescendientes de la Ribera del Río Santiago del Cantón Eloy Alfaro. *Revista Científica Hallazgos*21, 4(3), 283-292.
- Trigozo, L. (2018). *Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: Conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de Obstetricia de la provincia de San Martín, periodo enero-julio 2017.* Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín Tarapoto.
- Velasquez, A. (2017). *Dispositivos médicos.* Obtenido de OMS: https://www.who.int/medical_devices/es/
- Zhang, X. (2016). *Medicina tradicional, medicamentos esenciales y política farmacéutica (EDM).* Obtenido de https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

11. Anexos

Anexo1



Saraguro, 23 de febrero del 2019

HOSPITAL BÁSICO SARAGURO

CERTIFICA:

Que la Srta. Amanda Gabriela Benavides Cárdenas, con CI: 1003224951, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, es autorizada a partir de la fecha por parte de la dirección de esta casa de salud, al acceso y revisión de historias clínicas para recolección de datos estadísticos a fin de desarrollar el tema de investigación: **ANÁLISIS DEL PARTO OCCIDENTAL Y EL PARTO ANCESTRAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASISTENCIAL SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA.**

A petición del interesado, se expide el presente certificado.


Dra. Ana C. Vasquez Guerrero
DIRECTORA DEL HOSPITAL
BÁSICO DE SARAGURO
REG. 11471110

Directora del Hospital Básico de Saraguro

Anexo 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

“ANÁLISIS DEL PARTO OCCIDENTAL Y EL PARTO ANCESTRAL EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASISTENCIAL SARAGURO DE LA
PROVINCIA DE LOJA”

N° Ficha: _____

N° H.C: _____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA PACIENTE

EDAD: -----

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		ESTADO CIVIL		OCUPACION		ETNIA	
ninguna:0	<input type="radio"/>	Unión de hecho:1	<input type="radio"/>	labores domésticas:0	<input type="radio"/>	Indígena:0	<input type="radio"/>
primaria: 1	<input type="radio"/>	Soltera :2	<input type="radio"/>	empleada publica:1	<input type="radio"/>	Afroecuatoriana:1	<input type="radio"/>
secundaria:2	<input type="radio"/>	Casada:3	<input type="radio"/>	empleada privada:2	<input type="radio"/>	Negra :2	<input type="radio"/>
superior:3	<input type="radio"/>	Divorciada:4 Viuda:5	<input type="radio"/>	actividades agricolas:3	<input type="radio"/>	Mulata :3	<input type="radio"/>
posgrado: 4	<input type="radio"/>	Se ignora:0	<input type="radio"/>	estudiante:4	<input type="radio"/>	Montubia:4	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	otra:5	<input type="radio"/>	Mestiza:5	<input type="radio"/>
					<input type="radio"/>	Blanca:6	<input type="radio"/>
						Otra :7	<input type="radio"/>
							<input type="radio"/>
							<input type="radio"/>

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

N° GESTAS	N°PARTOS	P. INTERGENESICO	VAGINALES	CESAREA	ABORTOS

PARTO

EDAD GESTACIONAL	PRESENTACION,SITUACION	N° CONTROLES PRENATALES
	Cafálica:0 <input type="radio"/>	Ninguno:0 <input type="radio"/>
	Podálica:1 <input type="radio"/>	<5:1 <input type="radio"/>
	Transversa:2 <input type="radio"/>	>5:2 <input type="radio"/>

TIPO DE PARTO		TECNICA DE PARTO	
Occidental:0	<input type="radio"/>	Eutócico :0 Distócico:1	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ancestral:1	<input type="radio"/>	sentada y semisentada:2 cogida de la soga:3 silla de parto:4 de rodillas:5 de pie:6 cuclillas variedad anterior:7 cuclillas variedad posterior:8 acostada de lado:9 litotomia:10	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
COMPLICACIONES		PESO RN DEL PERIODO DE ESTUDIO	
No:0 <input type="radio"/>	Tipo de complicación		
Si:1 <input type="radio"/>	

MORBILIDAD

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	INFECCIONES	TRASTORNOS METABOLICOS	HEMORRAGIAS	OTROS TRASTORNOS
No:0 <input type="radio"/>	o:0 <input type="radio"/>	No:0 <input type="radio"/>	No:0 <input type="radio"/>	No:0 <input type="radio"/>
Si:1 <input type="radio"/>	Si:1 <input type="radio"/>	Si:1 <input type="radio"/>	Si:1 <input type="radio"/>	Si:1 <input type="radio"/>

Anexo 3



unl

Universidad
Nacional
de LojaFacultad
de la Salud
Humana

Dra. Karina Calva Jirón
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE MEDICINA DE LA FACULTAD
DE LA SALUD HUMANA**

INFORMO:

Que he revisado y dirigido el presente trabajo de investigación titulado **"ANÁLISIS DEL PARTO OCCIDENTAL Y EL PARTO ANCESTRAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASISTENCIAL SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA"**, de autoría de la señorita **AMANDA GABRIELA BENAVIDES CÁRDENAS**, el cual está concluido, a la vez autorizo la presentación del mismo, para fines de sustentación y defensa pública

Es todo cuanto puedo informar, autorizando al interesado hacer uso del presente documento para fines académicos.

Loja, 14 de junio del 2020

LO INFORMO

COMPROBACIÓN DE FIRMAS
Firmado Digitalmente por: KARINA YESENIA CALVA JIRON
Hora oficial Ecuador: 14/06/2020 22:20

Dra. Karina Calva Jirón
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE MEDICINA DE LA FACULTAD
DE LA SALUD HUMANA**

Anexo 4. Certificado de traducción del Resumen**CERTIFICACIÓN**

Licenciada.

Yanina Elizabeth Guamán Camacho.

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INGLÉS

CERTIFICA:

HABER REALIZADO LA TRADUCCIÓN DEL RESUMEN DE LA TESIS DENOMINADA: “ANÁLISIS DEL PARTO OCCIDENTAL Y EL PARTO ANCESTRAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASISTENCIAL SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA”, DE LA AUTORÍA DE AMANDA GABRIELA BENAVIDES CÁRDENAS, DE NACIONALIDAD ECUATORIANA, CON CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1003224951.

ES TODO CUANTO PUEDO CERTIFICAR EN HONOR A LA VERDAD, FACULTANDO A LA INTERESADA HACER USO DEL MISMO EN LO QUE ESTIME CONVENIENTE.

LOJA, 24 DE JULIO 2020.

Lic. Yanina Guamán
English Teacher
SENESCYT: 1031-2018-1948697



LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

MENCIÓN INGLÉS

CI: 1900489434

Correo: yanelizabeth@hotmail.com

Cel.: 0991615933

Registro Senescyt: [1031-2018-1948697](https://www.senescyt.gob.ec/registro)

Anexo 5.**Proyecto de tesis****1. TEMA**

“ANALISIS DEL PARTO OCCIDENTAL Y EL PARTO ANCESTRAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASISTENCIAL SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA”

2. PROBLEMATIZACIÓN

El parto occidental se basa en un sistema occidental de salud constituido como un campo autónomo y especializado de la vida social, “que privilegia los aspectos biológicos y técnicos, donde la salud es un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural” (Rodríguez, 2008) a diferencia de los sistemas ancestrales de salud están integrados a un conjunto complejo e interrelacionado de símbolos, creencias y ritos que forman una cosmovisión particular de la vida.

A partir de lo anterior, existe el riesgo de que el sistema occidental absorba desde una visión etnocéntrica, y/o debilite, los sistemas tradicionales, en la aplicación de modelos interculturales de salud, empuja a que algunos actores, especialmente del sistema biomédico occidental, adopten un enfoque multiculturalista. El multiculturalismo es una opción teórica que defiende el respeto y la tolerancia de las diversas culturas, pero se opone a que puedan interactuar por temor a su desaparición (Quintana, 2009).

En América Latina se ha venido desarrollando estrategias de atención con enfoque intercultural en diferentes países donde existe población indígena, con el objetivo de respetar sus costumbres y prácticas tradicionales y disminuir los índices de mortalidad materna infantil, que ocurren por una falta de acceso a los servicios de salud por parte de la población, de esta manera se ha tratado sus prácticas y la relación con el sistema de salud de cada país, para sumar en relación con la medicina occidental en lugar de restar en la atención a mujeres embarazadas. Aunque la mortalidad materna infantil ha disminuido en los últimos años, sigue siendo un problema de salud, que refleja la falta de atención y cuidados pre y post parto, en Bolivia el índice de mortalidad materna debido a complicaciones era de 420 por cada 100000 nacimientos en la actualidad ha bajado a 190.

En Ecuador se ha convertido en un tema gubernamental, que ha permitido que este tipo de prácticas sean compartidas sin ningún tipo de inconveniente. En la práctica esta manera de plantear el problema no cuestiona la hegemonía del sistema occidental de salud y la inequidad con respecto a los sistemas tradicionales en las políticas, normas e instituciones del Estado.

El reconocimiento de la diversidad cultural implica un diálogo intercultural, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que por una parte el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y / o en su defecto se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad. (MSP, MSP, 2012)

En este contexto se identifica una problemática de la violencia gineco-obstétrica en el Ecuador que ha tenido consecuencias graves como muerte de la mujer y del niño/a. Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurren en adolescentes. Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento. La mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas o afro ecuatorianos, pobres o provenientes de áreas rurales. Siete provincias y once cantones acumulan la mayor parte de los casos. (MSP, CONASA, 2008). Por otra parte, una cesárea implica un riesgo de mortalidad y morbilidad materna 6 veces mayor al de un parto vaginal. Nada justifica nuestra tasa de cesárea del 41,2% (ESANUT, 2012), casi cuatro veces mayor a la recomendada por la OMS (OMS, 2012). Por lo que se hace necesario un parto adecuado con las garantías de infraestructura, salud, personal capacitado, entre otros factores para prevenir dichos riesgos.

Por lo tanto, se pretenden analizar, comparar y dar los mejores aportes entre el parto occidental y el parto ancestral, lo que permitirá resultados favorables para identificar las ventajas y desventajas de dichos partos. Para lo cual se pretende realizar un “ANÁLISIS DEL PARTO OCCIDENTAL Y EL PARTO ANCESTRAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASISTENCIAL SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA”

3. JUSTIFICACIÓN

La morbilidad y mortalidad materno-infantil es un problema muy serio en nuestro país, particularmente en las comunidades indígenas, afectadas por la pobreza, exclusión, poco acceso a los servicios de salud, y el desconocimiento de la población al acceso a servicios enmarcados en la recuperación de prácticas y conocimientos culturales, para tratar y prevenir la morbi - mortalidad materna infantil, que actualmente brinda el Ministerio de Salud Pública.

Se puede evidenciar un gran avance en la ciencia y en el desarrollo de la tecnología del mundo moderno, en varias áreas y medicina no ha sido la excepción, y se la ha combinado con tradiciones ancestrales para el beneficio de las comunidades indígenas, ya que la labor de parto ancestral se la tiene en algunos hospitales del país, sobre todo en las provincias donde existe mayor población indígena, respetando las tradiciones y ayudados con la experiencia de los médicos en este tema.

El parto culturalmente adecuado, es una estrategia que nos permite cumplir con los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV), cuyas metas son: disminuir en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, y aumentar al 70% la cobertura de parto institucional (Ministerio de Salud del Ecuador, 2011).

Es así como el tema elegido para este proyecto de investigación está relacionado con el parto occidental y el parto ancestral realizando un análisis de sus implicaciones, ventajas y consecuencias de cada uno de los partos mencionados.

El presente trabajo de investigación trata de explicar y conocer las principales complicaciones que se pueden presentar tanto en el parto occidental como en el parto ancestral, que son atendidos en el Hospital Saraguro de la Provincia de Loja, los riesgos que se presentan a la mujer gestante tienen que ver con sus antecedentes ya sean hereditarios, biológicos y situación social, económica, y cultura de las embarazadas en donde dependiendo de una adecuada actuación por parte del personal que atiende el parto se podría evitar dichas complicaciones.

Este proyecto impactará socialmente porque permitirá que las madres se informen sobre la forma más adecuada para parir , permitiendo que las experiencias y vivencias que se asisten en la institución de salud constituyan la mejor experiencia de bienestar tanto para la madre como para el bebé. El proyecto es relevante porque el análisis del parto occidental y el parto ancestral no ha sido relacionado en anteriores investigaciones en los hospitales y clínicas del Ecuador, aunque a nivel mundial está siendo cada vez un tema más explorado.

La utilidad práctica de este tema radica en que mediante el análisis sobre el parto occidental y ancestral, tanto el personal de salud como las madres podrán informarse sobre los aspectos más relevantes de cada caso, para hacer cumplir los derechos tanto del niño como de la madre, sean respetados y cumplidos. Se pretende, por tanto, informar de una alternativa real que empodere a la madre y le permita explorar otras posibilidades sobre la toma de decisiones para alumbrar, y se implemente de manera correcta, el parto culturalmente adecuado en todos los hospitales del país.

Este trabajo está enfocado en la líneas de investigación planteadas por la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, misma que es mencionada en la línea 1: salud enfermedad materno infantil, cuyo objetivo es “Indagar la problemática del proceso salud enfermedad materno infantil, desde una perspectiva integradora (científica, cultural y social), de tal manera que permita la identificación de los factores fisiológicos, patológicos y las distintas formas de tratamiento y prevención que se vienen realizando en este campo en la Zona Siete, con la finalidad de contribuir al mejoramiento del bienestar de este grupo vulnerable y a la formación de profesionales de la salud acorde con la realidad regional.”

4. OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar el parto occidental y el parto ancestral en pacientes atendidas en el Hospital Asistencial Saraguro de la provincia de Loja.

Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de los partos occidentales y ancestrales en el Hospital Asistencial Saraguro, durante el periodo Enero 2016-Diciembre 2017
- Identificar las técnicas más frecuentes utilizadas en el parto occidental y el parto ancestral.
- Caracterizar las usuarias del parto ancestral y occidental.
- Determinar las complicaciones frecuentes en partos occidentales y ancestrales de pacientes atendidas en el hospital Asistencial Saraguro

5. ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

Medicina Occidental

Medicina tradicional

Parto occidental

Tipos de métodos de parto

Entrega vaginal

Beneficios del parto vaginal

Cesárea

Eventos que pueden requerir una cesárea:

Complicaciones comunes durante el trabajo de parto y el parto

El trabajo de parto no avanza:

Ritmo cardíaco anormal del bebé:

Asfixia perinatal:

Distocia de hombros:

Sangrado excesivo:

Parto ancestral o culturalmente adecuado

Base legal

Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial

Acciones comunitarias para el aumento de la demanda y el acceso al SICOE

Parto tradicional

Beneficios del parto ancestral

Atención del parto tradicional

Técnicas de parto

Técnica: parto vertical

Técnica: de rodillas

Técnica: silla de parto

Sentada y semisentada

Cogida de la soga

De manos y pies

Técnica: parto en cuclillas variedad anterior

Técnica: parto en Cuclillas variedad posterior

Adecuación del área física para atención de parto

6. METODOLOGÍA

Tipo de investigación y diseño general del estudio

El tipo corresponde a un estudio cuantitativo, retrospectivo; ya que para el análisis se utilizara información recopilada anteriormente y en un período de tiempo determinado, en este caso, Enero 2016-Diciembre del año 2017.

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.

Para el Universo de estudio se ha considerado las pacientes obstétricas que han sido atendidas en el Centro obstétrico del Hospital Asistencial Saraguro, mediante técnica de parto occidental y parto ancestral en el periodo Enero 2016- diciembre 2017.

La muestra quedará constituida por las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Todas las Pacientes que fueron atendidas, con diagnóstico de labor de parto en el Hospital Asistencial Saraguro en el periodo Enero 2016-Diciembre 2017, mediante técnicas de partos ancestrales y occidentales, independientemente de la edad gestacional.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en las cuales el parto no se resolvió dentro de la institución y fueron referidas a otro centro de mayor complejidad
- Historias clínicas de pacientes con datos incompletos

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

Las fuentes de información que se utilizaran para la obtención de los datos, de la presente investigación son fuentes secundarias relacionadas con libros, información por parte del Ministerio de Salud y biblioteca virtual.

Se obtendrá información de las historias clínicas del sistema que maneje el hospital, de cada paciente atendida en labor de parto. Los mismos serán tabulados correctamente con ayuda del programa Excel.

Instrumento: ficha de recolección de datos..en el que constara, aspectos sociodemográficos, antecedentes ginecoobstetricos, tipo de parto,técnicas parto occidental y ancestral, complicaciones (anexo 1)

Para determinar la prevalencia de los partos occidentales y ancestrales en el Hospital Asistencial Saraguro, durante el periodo Enero 2016-Diciembre 2017, se utilizara la formula:

Se utilizará la estadística descriptiva para el cálculo de frecuencias, así como tablas y figuras construyendo una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS STATISTICS versión 20.00 complementando también con el informe estadístico del programa Excel para el procesamiento de los datos.

Se analizará los resultados analizando las complicaciones que se ha tenido en los partos.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos (manifiesta la confidencialidad de la información. Consentimiento Informado casos necesarios)

El análisis se realizará en base a las historias clínicas, por lo que no tendrá ningún tipo de prueba ni efecto experimental sobre las pacientes.

Sin embargo dado que se analizará información personal, se mantendrán los principios éticos de confidencialidad de la información obtenida, la misma que solo se utilizará con los fines de la investigación y se empleará para su descripción, solo el número de historia

clínica y los resultados generales de la investigación que permitan el análisis comparativo entre el parto occidental y parto ancestral.

Plan de análisis de los resultados

Los resultados se presentaran en base a datos estadísticos previamente analizados por el programa informático de Excel

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Definición operacional de las variables

Variable	Tipo de Variable	Dimensiones	Definición	Indicador	Unidad de Medida y/o categorización
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS					
Edad	Continua	De 15 a 55 años	Cantidad de tiempo de vida expresado en años.	Edad en años.	< 19 20 – 29 30 – 39 > 40
Etnia	cualitativa	social	Nacionalidades con sus costumbres y tradiciones diversas y su propia cosmovision	Etnias del Ecuador según el INEC	Indígena Afroecuatoriana Negra Mulata Montubia Mestiza Blanca Otra
Nivel de instrucción	Cualitativa Ordinal	social	Es el nivel de educación que tiene una persona.	Primaria Secundaria Superior Posgrado	ninguna:0 primaria: 1 secundaria:2 superior:3 posgrado: 4
Estado civil	Cualitativa nominal	social	Situación jurídica de una persona	Cedula de identidad /registro civil	unión de hecho Soltera Casada Divorciada Viuda Se ignora

Ocupación	Cualitativa nominal	social	Es el oficio o profesión de una persona	Ocupación	Labores domésticas Empleada publica empleada privada actividades agrícolas Estudiante Otro
VARIABLES: ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS					
Número de gestas					
Número Partos	Cualitativa Nominal	Historia clínica	Cantidad de partos	Primípara Multípara	1=1 2=2 3=3 4=4.....etc.
Periodo intergenesico					ninguno <1 año >1 año
ABORTOS					
Parto vaginal					
Parto por cesarea					
Edad gestacional del parto en el periodo de estudio	continua	Historia clínica	Nivel de crecimiento y desarrollo del feto o recién nacido, adecuado a su edad	Edad gestacional en semanas	<36 semanas 37-40 semanas >41 semanas

Presentación, situación	cualitativa	Historia clinica			Cefálica Podálica transversa
Número de Controles prenatales	Cuantitativa nominal	Historia clínica	Procesos y evaluaciones que se realizan de manera sistémica, antes del nacimiento	Si No	1=1 2=2 3=3 4=4.....etc.
Tipo de parto del periodo en estudio	Cualitativa Nominal	Historia clínica	Tipología	Occidental Ancestral	1= Occidental 2= Ancestral
Técnica del parto occidental	Cualitativa nominal	Historia clinica	tecnica en el periodo de expulsion	Eutócico distocico	1= Parto vaginal eutócico 2=Parto vaginal distócico 3=Cesarea
Técnica del parto ancestral	Cualitativa nominal	Historia clinica	Posicion que adopta la gestante en el periodo de expulsion	tecnicas	1=Técnica: Sentada y semisentada 2=Técnica: Cogida de la soga 3=Técnica: silla de parto 4=Técnica: de rodillas 5=Técnica: parto vertical 6=Técnica: parto en cuclillas variedad anterior 7=Técnica: parto en Cuclillas variedad posterior
Complicaciones en el parto del periodo en estudio	Cualitativa Nominal	Historia clínica	Es la condición en la que se tuvo el parto	Si No	1 = Sí 2 = No
Peso RN del periodo en estudio	continua	Historia clínica	Peso en gramos de acuerdo a la edad	Peso en gramos	<2500 gr 2500-3500gr

					>3500 gr
Trastornos hipertensivos en embarazo					
Infecciones en embarazo					
Trastornos metabolicos					
Hemorragias					

8. CRONOGRAMA

Mes	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6							
Actividad	Semana				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
Desarrollo del plan de anteproyecto y correcciones	X	X	X	X																								
Aprobación del plan				X																								
Revisión bibliográfica					X	X	X	X																				
Visita al hospital (investigación de campo)							X	X																				
Elaboración de los capítulos									X	X	X	X																
Correcciones de capítulos													X	X	X													
Análisis de resultados de la investigación																X	X	X										
Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones																			X	X								
Detalles finales y documentación																							X	X				
Defensa final																									X	X		

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

ACTIVIDAD	VALOR
COMPUTADORA	\$650
IMPRESORA	\$350
INTERNET	\$80
ANILLADO Y EMPASTADO	\$60
PROCESAMIENTO DE DATOS	\$350
REPRODUCCIÓN DE BORRADORES	\$ 100
COPIAS	\$20
TRANSPORTE	\$200
ADICIONALES	\$200
TOTAL	\$2010

10. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

“ANALISIS DEL PARTO OCCIDENTAL Y EL PARTO ANCESTRAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASISTENCIAL SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA”

N° Ficha: _____

N° H.C: _____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA PACIENTE

EDAD: -----

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		ESTADO CIVIL		OCUPACION		ETNIA	
ninguna:0	<input type="radio"/>	Unión de hecho:1	<input type="radio"/>	labores domesticas:0	<input type="radio"/>	Indígena:0	<input type="radio"/>
primaria: 1	<input type="radio"/>	Soltera :2	<input type="radio"/>	empleada publica:1	<input type="radio"/>	Afroecuatoriana:1	<input type="radio"/>
secundaria:2	<input type="radio"/>	Casada:3	<input type="radio"/>	empleada privada:2	<input type="radio"/>	Negra :2	<input type="radio"/>
superior:3	<input type="radio"/>	Divorciada:4	<input type="radio"/>	actividades agricolas:3	<input type="radio"/>	Mulata :3	<input type="radio"/>
posgrado: 4	<input type="radio"/>	Viuda:5	<input type="radio"/>	estudiante:4	<input type="radio"/>	Montubia:4	<input type="radio"/>
		Se ignora:0	<input type="radio"/>	otra:5	<input type="radio"/>	Mestiza:5	<input type="radio"/>
						Blanca:6	<input type="radio"/>
						Otra :7	<input type="radio"/>

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

N° GESTAS	N°PARTOS	P. INTERGENESICO	VAGINALES	CESAREA	ABORTOS

PARTO

EDAD GESTACIONAL	PRESENTACION,SITUACION		N° CONTROLES PRENATALES	
	Cafalica:0	<input type="radio"/>	Ninguno:0	<input type="radio"/>
	Podálica:1	<input type="radio"/>	<5:1	<input type="radio"/>
	Transversa:2	<input type="radio"/>	>5:2	<input type="radio"/>

TIPO DE PARTO		TECNICA DE PARTO	
Occidental:0	<input type="radio"/>	Eutócico :0 Distócico:1	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ancestral:1	<input type="radio"/>	sentada y semisentada:2 cogida de la sogá:3 silla de parto:4 de rodillas:5 de pie:6 cuclillas variedad anterior:7 cuclillas variedad posterior:8 acostada de lado:9 litotomía:10	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
COMPLICACIONES		PESO RN DEL PERIODO DE ESTUDIO	
No:0 <input type="radio"/>	Tipo de complicación		
Si:1 <input type="radio"/>		

MORBILIDAD

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	INFECCIONES	TRASTORNOS METABOLICOS	HEMORRAGIAS	OTROS TRASTORNOS
No:0 <input type="radio"/>	No:0 <input type="radio"/>	No:0 <input type="radio"/>	No:0 <input type="radio"/>	No:0 <input type="radio"/>
Si:1 <input type="radio"/>	Si:1 <input type="radio"/>	Si:1 <input type="radio"/>	Si:1 <input type="radio"/>	Si:1 <input type="radio"/>