



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL PARTO – PUERPERIO EN LAS PARTERAS EMPÍRICAS Y SU INFLUENCIA EN LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN SALCEDO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Toaquiza Changoluisa, Alexandra Isabel

Tutor: Dr. Mera Ramos, Vinicio Gerardo

Ambato- Ecuador

Abril, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL PARTO – PUERPERIO EN LAS PARTERAS EMPÍRICAS Y SU INFLUENCIA EN LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN SALCEDO”** de Alexandra Isabel Toaquiza Changoluisa estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2015

EL TUTOR

.....

Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL PARTO – PUERPERIO EN LAS PARTERAS EMPÍRICAS Y SU INFLUENCIA EN LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN SALCEDO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015

LA AUTORA

.....
Toaquiza Changoluisa, Alexandra Isabel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial es, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo del 2015

LA AUTORA

.....
Toaquiza Changoluisa, Alexandra Isabel

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL PARTO – PUERPERIO EN LAS PARTERAS EMPÍRICAS Y SU INFLUENCIA EN LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN SALCEDO”**, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril del 2015

PRESIDENTE/A

1ER VOCAL

2DO VOCAL

DEDICATORIA

*A Dios, mi fuente de vida y esperanza
La luz que me alumbra en medio de la penumbra,
A mis padres, quienes han aguantado con amor mis rebeldías,
A mi hija, la luz de mi camino,
A mi esposo, mi amigo y mi amor,
A mis hermanos, quienes me han apoyado incondicionalmente
Y a todos quienes con amor y esperanza han confiado siempre en mí.*

Alexandra Toaquiza

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por haberme dado la fuerza y voluntad de seguir en el camino correcto durante todos estos años. Agradezco infinitamente a mis padres, Arturo y Rocío, quienes son el pilar fundamental de mi vida y quienes me han enseñado a ser una mujer que debe luchar hasta lograr y conseguir sus metas, a pesar de los obstáculos que se presenten, por el apoyo moral ilimitado, el amor incondicional y económico que siempre me brindaron. A mi esposo, Ángel, por ser mi amigo y a mi hija, Paula, quien es el motivo de mi vida.

Agradezco al Dr. Vinicio Mera y Dra. Aida Aguilar quienes supieron guiarme adecuadamente posibilitando la exitosa realización del presente trabajo de investigación. También no puedo dejar de mencionar a mis calificadores designados por sus acertados consejos en este trabajo investigativo. Agradezco al Hospital Yerovi Mackuart y a las parteras (o) de las Comunidad rurales del Cantón Salcedo quienes colaboraron con la información para la elaboración de la presente investigación.

Todos y cada uno de ellos han ayudado a formar a esta profesional, quien mira la medicina, no solo como una fuente de beneficios económicos, sino, y sobre, todo para ayudar alumbrar vidas. *“Dios alumbrado mi vida, mi camino, mis anhelos y mis esperanzas. Agradecida de corazón por haberme dado la vida.”*

Alexandra Toaquiza

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 Contextualización del Problema.....	2
1.2.1.1 Contextualización	2
1.2.2 Análisis Crítico	6
1.2.3 Prognosis.....	8
1.2.4 Formulacion del Problema	8
1.2.5 Preguntas Directrices	8
1.2.6 Delimitacion del Problema	9
1.3 JUSTIFICACIÓN	10
1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4.1 Objetivo General.	10
1.4.2 Objetivos Específicos.....	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	12
2.2 FUDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	14
2.3 FUNDAMENTACION LEGAL.....	14
2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES.....	19
2.5 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	20
2.5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	20
2.5.1.1 Conocimiento, Prácticas, Partera.....	20
2.5.1.2 Atención Parto y Puerperio	22
2.5.1.3 Red Cone (Proyecto Red de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales) ...	47
2.5.2 CONCEPTUALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	52
2.5.2.1COMPLICACIONES OBSTETRICAS.	52
2.5.2.1.1 Complicaciones en la Atención del Parto.....	52
2.5.2.1.2 Complicaciones en la Atención del Puerperio	58
2.5.2.2 Alta Mobi- Mortalidad Materna.	61
2.6 HIPOTESIS	65
2.7 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	65

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO.....	66
3.2 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACION	66
3.3 TIPO DE INVESTIGACION.....	66
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	67
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	67
3.6 CRITERIOS ÉTICOS	67
3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	68
3.8 TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	71
3.9 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	72

3.10 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	72
--	-----------

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	74
4.1. ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA	74
4.2. ANÁLISIS DE ENCUESTAS.....	78
4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	102

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.....	106
5.2. RECOMENDACIONES.....	108

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1. TEMA	109
6.2. DATOS INFORMATIVOS	109
6.3. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	110
6.4. JUSTIFICACIÓN	111
6.5. OBJETIVOS.....	111
6.5.1. Objetivo General.....	111
6.5.2. Objetivo Específico.....	111
6.6. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	112
6.7. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	113
6.8. PLAN OPERATIVO.....	116
6.9. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS	121
6.10. PREVISIÓN DE EVALUACIÓN	121

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA.....	122
LINKOGRAFÍA.....	124
CITAS BIBLIOGRAFICAS DE LA UTA.....	126
ANEXOS.....	128
ANEXO N°1 ENTREVISTA A ACTORES SOCIALES.....	128
ANEXO N°2 PRÁCTICAS TRADICIONALES DE LA PARTERA EN EL PARTO VENTAJAS E IMPLICACIONES.....	132
ANEXO N° 3 ENCUESTAS: PARTERAS-PARTEROS.....	134
ANEXO N°4 ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	140
ANEXO N°5 FOTOS.....	141
ANEXO N° 6 DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA LA ADECUADA ATENCION EN EL PARTO_PUERPERIO PARA LAS PARTERAS DEL CANTÓN SALCEDO.....	143

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1. RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES.....	19
GRÁFICO N°2. SEXO	78
GRÁFICO N°3. INSTRUCCIÓN	79
GRÁFICO N°4. OCUPACIÓN	79
GRÁFICO N°5. PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO	82
GRÁFICO N°6 TECNICAS DE LAVADO DE MANOS	83
GRÁFICO N°7 COSTUMBRES PARA PREPARAR EL PARTO	85
GRÁFICO N°8 SINTOMA-SIGNO DEL INICIO DE LABOR DE PARTO	86
GRÁFICO N°9 AGUA DE REMEDIO PARA TRABAJO DE PARTO	89
GRÁFICO N°10 TÉCNICAS- POSICIÓN PARA EL PARTO	90
GRÁFICO N°11 TIEMPO EN LA ATENCIÓN TRABAJO DE PARTO	93
GRÁFICO N°12 CORDÓN UMBILICAL.....	95
GRÁFICO N°13 COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA	96
GRÁFICO N°14. SANGRADO DURANTE EL PARTO	98
GRÁFICO N°15. CAUSAS DE SANGRADO.....	99
GRÁFICO N°16. REPOSO DESPUÉS DEL PARTO.....	101
GRÁFICO N°17. CHI CUADRADO.....	105
GRÁFICO N° 18. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS.....	121

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: PARROQUIAS DE COTOPAXI QUE PERTENECE AL PROYECTO RED CONE.	51
TABLA N2: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE..	69
TABLA N°3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE ...	70
TABLA N°4. ENTREVISTA.....	76
TABLA N°5. EDAD*SEXO*INSTRUCCIÓN*OCUPACIÓN	78
TABLA N°6. PARTERAS POR COMUNIDAD	80
TABLA N°7. CAPACITACIÓN POR LA RED CONE.....	80
TABLA N°8. PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO.....	81
TABLA N°9. TÉCNICA LAVADO DE MANOS	83
TABLA N°10. COSTUMBRES PARA PREPARAR EL PARTO	84
TABLA N°11. SÍNTOMA-SIGNO DEL INICIO DE LA LABOR DE PARTO	86
TABLA N°12. PARTO	87
TABLA N°13. SEÑALES DE PELIGRO.....	87
TABLA N°14. AGUA DE REMEDIO PARA TRABAJO DE PARTO	88
TABLA N°15. TÉCNICAS – POSICIÓN PARA EL PARTO.....	90
TABLA N°16. VALORACIÓN DE LA PLACENTA	91
TABLA N°17. LA PLACENTA NO BAJA	92
TABLA N°18. TIEMPO EN LA ATENCIÓN TRABAJO DE PARTO	93
TABLA N°19. CORDÓN UMBILICAL.....	94
TABLA N°20. COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA	96
TABLA N°21. SANGRADO DURANTE EL PARTO	97
TABLA N°22 CAUSAS DE SANGRADO.....	99
TABLA N°23. REPOSO DESPUÉS DEL PARTO.....	100
TABLA N°24. MUERTE MATERNA.....	102
TABLA N°25. FRECUENCIAS.....	104
TABLA N°26. PLAN OPERATIVO.....	116
TABLA N°27: ESTRATEGIA 1	117
TABLA N°28. ESTRATEGIA 2.....	119
TABLA N°29. ESTRATEGIA 3.....	120

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL PARTO – PUERPERIO
EN LAS PARTERAS EMPÍRICAS Y SU INFLUENCIA EN LAS
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LAS COMUNIDADES
RURALES DEL CANTÓN SALCEDO”**

Autora: Toaquiza Changoluisa, Alexandra Isabel.

Tutor: Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

Fecha: Marzo del 2015

RESUMEN

Objetivo: Esta investigación tiene como objetivo establecer el grado de conocimientos y prácticas sobre parto – puerperio en las parteras.

Diseño: Es un estudio de tipo descriptivo-transversal.

Método y material: Con un enfoque predominantemente cualitativo basado en un paradigma crítico propositivo, aplicándola investigación de campo a 29 parteras y 3 personas encargadas de las capacitaciones, se aplicó la técnica "encuesta y entrevista".

Resultados: Respecto a los resultados se encontró que las parteras están en una edad de 40 a 69 años , para la preparación de la atención del parto las parteras priorizan el lavado de manos en un 41.40% , reconociendo los síntomas – signos del inicio de trabajo de parto en 62.10%, refieren que las 29 parteras utilizan alguna agua de remedio para acelerar el proceso del parto, utilizan la posición de rodillas en un 86%, y el 62.10% reconocen una complicación obstétrica, 51,70% recomienda reposo por 40 días.

Conclusiones: Las parteras después de la capacitación emitida por la RED CONE poseen conocimientos y destrezas aptas para proporcionar una atención adecuada en el parto-puerperio en las comunidades rurales del Cantón Salcedo.

La partera está en la capacidad de reconocer unas complicaciones obstétricas y en el caso que estas se presenten tienen la obligación de enviar a la paciente a una unidad de salud.

PALABRAS CLAVES:

PARTERAS_TRADICIONALES, PARTO_DOMICILIARIO, MEDICINA_TRADICIONAL, CONOCIMIENTOS_ANCESTRALES, PRÁCTICAS_ANCESTRALES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF MEDICINE

**"KNOWLEDGE AND PRACTICE ON CHILD DELIVERY -
PUERPERIUM ON EMPIRICAL MIDWIVES AND ITS INFLUENCE ON
OBSTETRIC COMPLICATIONS IN RURAL COMMUNITIES OF
CANTON SALCEDO"**

Author: Toaquiza Changoluisa, Alexandra Isabel.

Tutor: Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

Date: March 2015

SUMMARY

Objective: This study aims to establish the degree of knowledge and practice about puerperium - childbirth midwives.

Design: A cross-sectional descriptive study type.

Method and Materials: With a predominant qualitative approach based on a proposal critical paradigm, applied on 29 midwives and 3 people in charge of training, technical "survey and interview" was applied.

Results: Regarding the results it was found that the midwives are at an age of 40-69 years for the preparation of midwifery. The midwives prioritize washing their hands in a 41.40%, recognizing the symptoms - signs at the start of work of child delivery in 62.10%, 29 midwives report that remedy water is used to speed up the delivery process, the use of the kneeling position is by 86%, and 62.10% recognize an obstetric complication, 51.70% recommend rest for 40 days.

CONCLUSIONS: Midwives after the training issued by the RED CONE possess knowledge and abilities suitable to provide adequate care in childbirth-postpartum in rural communities of Canton Salcedo.

The midwife is able to recognize obstetric complications in case they arise they are required to send the patient to a health unit.

KEYWORDS:

TRADITIONAL_MIDWIFES, HOUSE_BIRTH, TRADITIONAL_ MEDICINE, ANCESTRAL_KNOWLEDGE, ANCESTRAL_PRACTICES.

INTRODUCCIÓN

Las parteras son consideradas agentes importantes propias del mundo cultural indígena andino tienen reconocimiento y respeto por todos los miembros de su comunidad. Maneja los tres ámbitos de conocimiento (natural, social y sobrenatural), pero en su práctica no el sobrenatural.

Las parteras del Cantón Salcedo se caracterizan por ser alegres, celosas de su conocimiento, pero abiertas a la incorporación de nuevas prácticas incluso de aquellas que no pertenecen a su propia tradición médica como es el caso de la medicina occidental. Son muy responsables y la mayoría no lucra de su oficio, como ellas dicen: “nos pagan según su voluntad, con dinerito, comidita o cualquier cosita”. La mayoría de las parteras aprendió el oficio de sus madres o abuelas, una madrina o de una vecina; sus prácticas difieren según su comunidad, creencia y experiencias, aunque realmente se puede observar que de una comunidad a otra no son muchas las diferencias para atender el parto y puerperio. También es válido y cierto el aprendizaje basado en su experiencia como madres; además de ser autoridades.

En la actualidad la partera es valorada porque cumple con varios roles como mujer: madre, esposa, hermana, comadre, etc. Su experiencia y su saber le permiten aconsejar a las mujeres que se inicia en el rol de esposas y/o madre, por lo tanto la partera se convierte en autoridad, se la respeta, incluso se busca su apoyo para resolver problemas que no están relacionados con la salud. Algo interesante en las parteras es su sencillez frente a su sabiduría. Ellas suelen considerarse tan solo un instrumento de la sabiduría de la naturaleza para el bien de la mujer embarazada, no embarazada y su familia.

La presente investigación establecerá el grado de conocimientos y prácticas sobre parto – puerperio en las parteras.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA

“Conocimientos y prácticas sobre el parto - puerperio en las parteras empíricas y su influencia en las complicaciones obstétricas en las comunidades rurales del cantón Salcedo”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1.1 CONTEXTUALIZACIÓN

En algunas regiones apartadas del mundo las parteras constituyen un instrumento humano fundamental que garantiza un parto sin complicaciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se registra un número cercano a 287.000 gestantes que mueren por situaciones relacionadas con el embarazo y al momento de dar a luz. Muchos de esos casos ocurren en las zonas rurales, en mujeres con ingresos limitados que podrían prevenirse al brindar una asistencia provisoria durante el alumbramiento. Si se califica a las parteras en lo que respecta a atención obstétrica de emergencia, se prevendrían muchas pérdidas maternas y neonatales.

Cerca de una tercera parte de los partos no tienen la ayuda de una partera u otro profesional calificado. El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5) aspira a mejorar la salud materna, hay que capacitar a un mayor número de parteras para alcanzar la meta del ODM 5, de aumentar el número de partos atendidos por personal calificado hasta el 95% en 2015. Las parteras también proporcionan atención esencial después del parto. Examinan la salud de la madre y dan consejos sobre planificación familiar. Son escasos los datos fiables sobre el número de parteras en ejercicio. (Slim, C, 2013)

Las parteras necesitan cursos de actualización y apoyo de forma regular, además formación para adquirir y conservar las competencias requeridas a fin de dispensar atención de calidad a las mujeres gestantes. También se deberían ofrecer oportunidades para que las parteras actualicen sus aptitudes. Los gobiernos deben adoptar políticas que permitan a las parteras aplicar todos sus conocimientos teóricos - prácticos en la comunidad, los centros de salud y los hospitales.

En Ecuador ciertos pueblos indígenas aún existen lugares que mantienen esta tradición, la cual creen que forma un vínculo único al momento del parto, porque la madre puede observar a la criatura nacer de su interior siendo así ella la que por su esfuerzo propio y voluntad trae a la vida a un nuevo ser. Dejando el concepto de quien trae a la vida a un nuevo ser debe ser un doctor.

Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) en Ecuador el 65% de las mujeres, que se auto identifican como indígenas, manifiestan que han alumbrado en su domicilio. Esta elección concierne a más del 40% de las mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de la región amazónica. Solo el 30,1% de partos de las indígenas ocurre en hospitales o centros de salud. (Hambi, H, 2011)

Las razones para preferir a una partera están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo, que son poco conocidas por el personal de salud. La concepción y las etapas sobre el embarazo, parto, post parto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública.

El Ministerio de Salud está trabajando en la sensibilización, capacitación e implementación de la normativa existente alrededor de la práctica ancestral del parto culturalmente adecuado en el marco de la política pública de salud intercultural, para superar las siguientes barreras: costumbres 31%, resistencia a usar los servicios 23%, miedo 22%, comunicación oral (idioma) 33%, desconfianza en el servicio 17%, posición ginecológica incomoda 59%, a fin de que las mujeres indígenas accedan a los servicios de salud para lograr la reducción de muertes maternas.

El Ministerio de Salud de Ecuador comprometido con la implementación de políticas interculturales desarrolla también esfuerzos para atender a la población. Este es un ámbito que requiere conocimiento, redefinición de la práctica médica y participación de la población, de los pueblos indígenas, afro ecuatorianos, montubios, mestizos para hacer de la salud un derecho cumplido. Al momento en el país se desarrollan experiencias de este tipo también en los Hospitales de: San Luis de Otavalo, Loreto, Shushufindi, Arajuno, Colta, Guamote y Alausí. Las salas de parto culturalmente adecuadas para brindar a las mujeres la opción de decidir cómo dar a luz, junto con la participación de las parteras en la promoción de los servicios, el acompañamiento de las embarazadas, la identificación temprana de riesgos y la mediación cultura. (salud.gob.ec)

La mortalidad materna y neonatal en la provincia de Cotopaxi continúa siendo preocupante. En el 2010, 7 mujeres perdieron la vida intentando dar vida a su hijo y 52 niños murieron antes de cumplir un mes de vida. La ONG Centro de Servicios Humanos entre 2010 y 2013 trabajó con las parteras tradicionales de la provincia de Cotopaxi (centro-norte del país), con financiamiento de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés). Jorge Hermida, director de CHS, explica que se escogió a Cotopaxi porque el 67% de sus casi 390.000 habitantes vive en el área rural y una tercera parte de esa población es indígena y no cuenta con recursos económicos. Justo el año en que inició la intervención de la ONG, en Cotopaxi se registraron siete mujeres muertas por circunstancias relacionadas con el parto.

La estrategia de trabajar con las parteras permitió a la ONG implementar una red de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (de allí las siglas del programa, CONE), en la que estas mujeres tenían contacto permanente con el personal formal de salud que estaba desplazado en

la provincia. Uno de los miembros de la ONG, Soraya Constante, dijo: “Nos pareció lógico llegar al agente de salud que ya estaba en las comunidades, no había necesidad de crear algo que ya existía ni de forzar algo a lo que las comunidades no están acostumbradas.”

Al final de la intervención y tras la capacitación a 200 parteras en Cotopaxi los partos institucionales se incrementaron en un 25% y la atención posparto de la madre y la del recién nacido subió en un 45%. La clave fue conseguir que las parteras informaran periódicamente sobre las mujeres que atendían en sus comunidades y además se les enseñó a detectar los factores de riesgo, para que los casos complicados sean atendidos en las unidades de salud. Para el reporte contaban con formularios llenos de ilustraciones, para facilitar la comprensión de las parteras que no saben leer ni escribir. Entonces lo único que tenían que hacer era colocar cruces o cualquier señal en los casilleros correspondientes.

Ahora que el programa está en manos del Ministerio de Salud Pública, las reuniones mensuales entre el personal de salud y las parteras se mantienen, pero se han eliminado el aporte económico simbólico que recibían cada vez que iban a las reuniones, que era de 10 dólares. En la última reunión de 2013, la ausencia de las parteras de las comunidades de Pujilí y Salcedo es notoria. El miembro de la ONG, Soraya Constante, supo manifestar que las 18 mujeres que solían llegar al hospital de Pujilí y Salcedo, para dar cuenta de sus embarazadas, hubo un índice elevado de inasistencia de las parteras.

Lo único que los técnicos de CHS trataron de erradicar fue la práctica del manto, que se hace cuando el bebé no está en la cavidad pélvica y consiste en colocar debajo de las caderas de la mujer embarazada una sábana o manta y agitarla de un lado a otro hasta conseguir que la criatura se acomode. Las parteras sin hacer una ecografía ni nada ya saben cómo está el bebé en el vientre y cuando está atravesado hacen el manto, pero esto puede ser peligroso y a los doctores no les gusta oír que las parteras hagan esto. El Ministerio de Salud no quiere desterrar estas prácticas tradicionales y por eso mantiene la figura de los agentes interculturales de salud, que hacen de nexo con las parteras y otros sanadores que conviven con las comunidades indígenas, pero son tan pocos que se pierden entre la institucionalidad de la salud pública. Al final basta con visitar cualquier comunidad para darse cuenta de que las parturientas siguen confiando en los agentes de salud locales.

La mayoría de los partos en las comunidades del cantón Salcedo continúan siendo atendidos en la comunidad y es ahí donde también ocurren muertes maternas. Por lo tanto, se debe impulsar la activa participación de las parteras ancestrales dentro de las Micro Redes CONE a nivel parroquial y la capacitación de este valioso recurso humano con enfoque intercultural que respete y fortalezca sus conocimientos actitudes y prácticas tradicionales que son beneficiosos para la salud de la madre y que también incorpore practicas basadas en evidencias científicas de alto impacto para salvar las vidas de las mujeres. (Freire J, 2012)

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

Se han identificado dos clases de parteras, las parteras que son identificadas por el MSP o RED CONE (Cuidados obstétricos y neonatales esenciales), y la parteras que no son identificadas, hay que tomar en cuenta que los conocimientos que poseen las parteras va a ser diferentes, las parteras que son identificadas por el MSP estas son capaces de atender un parto intercultural, limpio y seguro capaz de reconocer los signos de peligro para la madre y el recién nacido y promover referencias, a través de cupones identifican si hay embarazo de riesgo, también saber que actitud tomar ante un parto con complicaciones obstétricas para que la madre y el recién nacido lleguen a la unidad de salud, pero una partera que no es identificada puede realizar prácticas nocivas que comprometa la vida materna. El proyecto Red CONE se instaló en el 2010 en la provincia de Cotopaxi con el objetivo de contribuir a reducir la muerte de las madres y de los recién nacidos de esta provincia.

La construcción de redes locales CONE es una de sus estrategias principales y por eso es prioridad llevarla a cabo de la mejor manera y con la participación de proveedores institucionales, parteras tradicionales, Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones Sociales. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi y Center for Human Services (CHS), con el apoyo técnico y financiero de USAID, implementan el Proyecto Red CONE Cotopaxi, para contribuir a la disminución de la Mortalidad Materna, en coherencia con las políticas de salud del País y en el marco del Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna.

La estrategia central de este proyecto es la implementación de una Red provincial interinstitucional e intercultural de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE),

que garantice un continuo de atención materna de alto impacto, a nivel domiciliario e institucional, así como la utilización de prácticas y comportamientos saludables en el hogar (basados en evidencia científica). En general, las parteras adquieren inicialmente el conocimiento por un proceso empírico; en una elevada proporción de casos, este conocimiento se amplía con información proveniente de la medicina académica, que obtienen posteriormente a partir de cursos de adiestramiento. Sin embargo, la partera nunca deja de pertenecer a la población, ni de compartir el mismo sistema de códigos culturales, lo que le asegura la confianza de las embarazadas y repercute directamente en el estado emocional de la gestante. La amplia cobertura que ofrecen las parteras tradicionales, el papel central que desempeñan ante la comunidad y la calidad "mixta" de su conocimiento (en el que se integran la medicina tradicional y algunos conceptos adquiridos de la medicina académica), las convierten en personajes clave para mejorar la salud reproductiva de las mujeres.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el parto o después. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios calificados, como ocurre en las comunidades de Papahurco y Cusubamba. Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario. (CONE, 2013)

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el parto y puerperio son:

- La pobreza,

- La distancia,
- La falta de información,
- La inexistencia de servicios adecuados,
- Las prácticas culturales.

1.2.3 PROGNOSIS

Al no realizar esta investigación no se sabría sobre la labor y los conocimientos que tienen la partera en la salud materna, ya que es un factor importante para valorar la morbi-mortalidad materna. Las parteras muestran más seguridad en los casos de partos de bajo riesgo, realizan menos intervenciones innecesarias lo que reduce la muerte de la madre y el neonato. Además, el procedimiento resulta más económico y proporcionan una atención personalizada, por eso es importante realizar esta investigación.

1.2.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Influye los conocimientos - prácticas de las parteras empíricas sobre el parto y el puerperio en las complicaciones obstétricas?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuáles son las técnicas más frecuentes que utilizan las parteras durante el proceso del parto- puerperio?
- ¿Cuáles son los conocimientos adquiridos por las parteras sobre el parto y puerperio durante de la capacitación por la RED CONE?
- ¿Qué hacen las parteras en caso de una complicación obstétrica?
- ¿Qué complicaciones obstétricas se presenta después del parto atendido por una partera capacitada por la RED CONE?

1.2.6 DELIMITACION DEL PROBLEMA

- **Delimitación del contenido**

Campo: Ginecología - Obstetricia

Área: Parto- Puerperio

Aspecto: Conocimiento y prácticas parteras sobre parto - puerperio

- **Delimitación espacial:** esta investigación se realizara en:

País: Ecuador

Provincia: Cotopaxi

Cantón: Salcedo

Parroquias rurales

- Antonio José Holguín (Sta. Lucía)

- Cusubamba

- Mulalillo

- Mulliquindil (Santa Ana)

- Panzaleo

- **Delimitación temporal:** Este problema será estudiado en el período comprendido entre Enero - Agosto 2014.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La investigación es de interés porque permite intercambiar los conocimientos y prácticas de las parteras con el personal de salud, personas de la comunidad y entidades que estén interesada en el tema, puesto que las tradiciones y costumbres que se emplea en la atención del parto y puerperio se han heredado de generación en generación manteniendo la cultura, religión, ideología propia de cada partera.

Esta investigación es factible porque permite mejorar las prácticas en el proceso del parto- puerperio permitiendo conocer la colaboración de las parteras con la sociedad ya que estas mujeres desde la antigüedad han atendido partos ancestrales con costumbres antiguas, pero hoy en día la ciencia avanza y esas mujeres están en capacidad de conocer y practicar un parto fuera de riesgo con normas adecuadas e higiénicas, ya sea tanto para la madre como el niño.

1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer el grado de conocimientos y prácticas sobre parto – puerperio en las parteras.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las técnicas más frecuentes y aplicables que utilizan las parteras durante el proceso del parto- puerperio.
- Evaluar los conocimientos que adquirieron las parteras sobre el parto y puerperio en la capacitación emitida por la RED CONE.
- Evaluar a las parteras en caso de una complicación obstétrica.

- Identificar las complicaciones obstétricas después de la atención del parto por una partera capacitada por la RED CONE.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Según la OMS, en 2010 murieron 287.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, casi todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Las muertes se producen por complicaciones que aparecen antes o durante la gestación; entre las principales complicaciones causantes del 80% de las muertes maternas, están: las hemorragias postparto, infecciones puerperales, preeclampsia y eclampsia, y aborto (OMS 2012). En Ecuador, en el año 2010 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) registró 203 muertes maternas, que equivale a una tasa de 92,6 por mil nacidos vivos, debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio; hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, hemorragia postparto, anomalías en la dinámica del parto, sepsis, entre otras. (OMS, 2012)

“La interculturalidad es un proceso político que busca construir sociedades y Estados respetuosos de las diversidades y de los derechos de las diferentes culturas para que puedan contribuir de forma propositiva a la construcción de Países realmente democráticos, a través de nuevas relaciones de poder entre Culturas y pueblos.” (Rojas A, 2010)

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. Los CONE llegan a las madres y recién nacidos a través de los servicios que ofrece una red de CONE, la misma que tiene una referencia geo-poblacional, que en el caso del Ecuador podría asimilarse al espacio de una provincia de mediano tamaño (aproximadamente 500,000 habitantes).

La estrategia CONE está basada en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su mayoría no pueden ser prevenidas y por lo tanto necesitan cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. Un número de niños nacerá con problemas relacionados con asfixia, bajo peso, prematurez y otros que habiendo nacido sanos, en los primeros 28 días de vida desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos que ponen en riesgo su vida y a los que habrá que brindarles cuidados neonatales esenciales en base a la mejor evidencia científica. (CEPAR, 2009)

Este estudio se llevó a cabo en un centro hospitalario en el que se compararon los resultados perinatales del servicio público atendido por comadronas que asistían a mujeres de escasos recursos, con los de las clientes privadas asistidas por los mismos ginecólogos que supervisaban a las comadronas. Las mujeres con pocos recursos económicos tenían más factores que las predisponían a sufrir complicaciones. A pesar de ello, la tasa total de cesáreas de las 500 mujeres atendidas por las comadronas fue del 13 %, la mitad que la de las 600 mujeres atendidas por ginecólogo, que fue del 26 %. La tasa de primera cesárea (cesárea primaria) de las mujeres atendidas por comadrona fue del 11 %, frente al 19 % de las atendidas por ginecólogo. Los resultados neonatales fueron similares en ambos grupos. (Blanchette H, 2009)

2.2 FUDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Esta investigación se ubica en el paradigma Crítico-propositivo, pues nos conlleva no solo a determinar los conocimientos que tiene las parteras sobre el parto – puerperio y como puede causar complicaciones obstétricas, sino que además pretende proponer de manera adecuada medidas para prevenir esta situación. Se encamina a la investigación de conocimientos y prácticas que nos permitan intervenir a tiempo y evitar la aparición de este problema y su consiguiente progresión.

Este paradigma se fundamenta ontológicamente en la concepción de una realidad, en este caso en complicaciones obstétricas por la inadecuados conocimientos y prácticas de las parteras, siempre cambiante, y abierta a nuevas posibilidades de prevención, no es simplemente abstracto, si no que trata de interpretar la realidad y ser parte del relativismo científico que conlleva a la intervención de este problema.

- Epistemológicamente esta investigación está dirigida a crear conocimiento científico que permita transformaciones en los conocimientos que poseen las parteras para no influya en las complicaciones obstétricas.
- Axiológicamente esta investigación se fundamenta en el deber que tenemos con la humanidad de dejar un legado, en donde se refleja el ímpetu de defender la vida y no solo de ello sino también de mejorar los conocimientos de las parteras.

2.3 FUNDAMENTACION LEGAL

La Constitución Política es la principal carta legal del Estado en la que están consagrados los derechos a la vida y a la salud, derechos económicos y socio culturales, para todos los ecuatorianos y ecuatorianas. El Ecuador está comprometido con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y firmemente dispuesto a alcanzar el objetivo 5 de reducir en tres cuartos para el año 2015 las tasas de mortalidad materna del año 1990. Para cumplir con éste objetivo y con los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, el país ha desplegado un marco jurídico legal que crea un entorno habilitante para la reducción de la mortalidad materna.

En este sentido, además de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, (LMGAI) aprobada en 1994, y modificada subsecuentemente, el país cuenta ahora con las siguientes herramientas:

- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010.
- Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (aprobada el 6 de abril de 2005 por Decreto Ejecutivo N° 2717).
- Plan de acción de la Política de Salud y derechos sexuales y Reproductivos.
- Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal a partir del para implementar este plan nacional que constituye el pilar fundamental dentro del Plan Nacional de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Agenda Mínima por los Derechos de la Niñez y Adolescencia Indígena del Ecuador. “Hacer del embarazo y el parto procesos seguros para todas las mujeres es un objetivo incluido tanto en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), como en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)”.
- Derechos de las usuarias a lo largo de las últimas décadas, el Ecuador ha suscrito varios tratados internacionales en materia de salud y sus derechos, que constituyeron la antesala al reconocimiento formal de los derechos sexuales y reproductivos en el país. “La suscripción de varios documentos internacionales, la participación del país en foros internacionales y la influencia que han ejercido los movimientos de la mujer, la niñez y la juventud, han permitido algunas conquistas importantes tanto a nivel legislativo como en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos.”

Otros convenios internacionales, como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y La Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en

Beijing en 1995, también contribuyeron a delinear los derechos reproductivos de las personas, especialmente de las mujeres, así como mecanismos para superar la mortalidad materna. Adicionalmente, el Ecuador suscribió en el año 2000, el acuerdo para cumplir los compromisos planteados en la Cumbre del Milenio, entre los cuales se encuentran mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en la infancia.

Por otra parte, la Constitución de la República del Ecuador de 1998 incorporó por primera vez los derechos sexuales y reproductivos incluyendo el compromiso estatal de promover la salud sexual y reproductiva. De igual manera, se definió por primera vez al Ecuador como un país multiétnico y pluricultural, y se sentó el marco legal que ampara la práctica de la medicina tradicional. La Constitución de la República menciona en su Art. 44 que: “El Estado formulará la Política Nacional de Salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos”.

En la sección primera de la Carta Magna, en su capítulo “De los pueblos indígenas y negros o afro ecuatorianos”, el Art. 84 reconoce y garantiza los derechos colectivos de estos pueblos a:

- Mantener, desarrollar y fortalecer su identidad y tradiciones en lo espiritual, cultural, lingüístico, social, político y económico.
- La propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley.
- Sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella”.

En el Capítulo III, Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, Art. 7, se señala como derecho el acceso universal a la salud y se puntualiza el derecho al respeto a las prácticas culturales de las personas y el uso de la lengua materna en

atención de las usuarias indígenas. Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.”

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), expedida en 1994, operativizó, junto con otros mecanismos, la legislación y los varios compromisos relativos a la salud materna y reproductiva asumidos por el Ecuador. El objetivo de esta ley es reducir la mortalidad materna a través del mejoramiento del acceso de mujeres y niños a una atención de salud de calidad y fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones y control de calidad de los servicios.

De esta forma la Ley de Maternidad Gratuita contribuyó a consolidar la concepción de la salud y la calidad de la atención como un derecho ciudadano. Además de señalar el acceso a la salud reproductiva como un derecho humano y ciudadano. El Estado ha asumido también la obligación de brindar servicios de salud de calidad, con calidez humana, y respetuosos de la diversidad cultural de las usuarias. Así, la “Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” decretada en el 2005, establece entre sus fundamentos y lineamientos estratégicos, la reforma del sector salud para el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva y la humanización de los servicios de salud, que incluye” (MSPE, 2008):

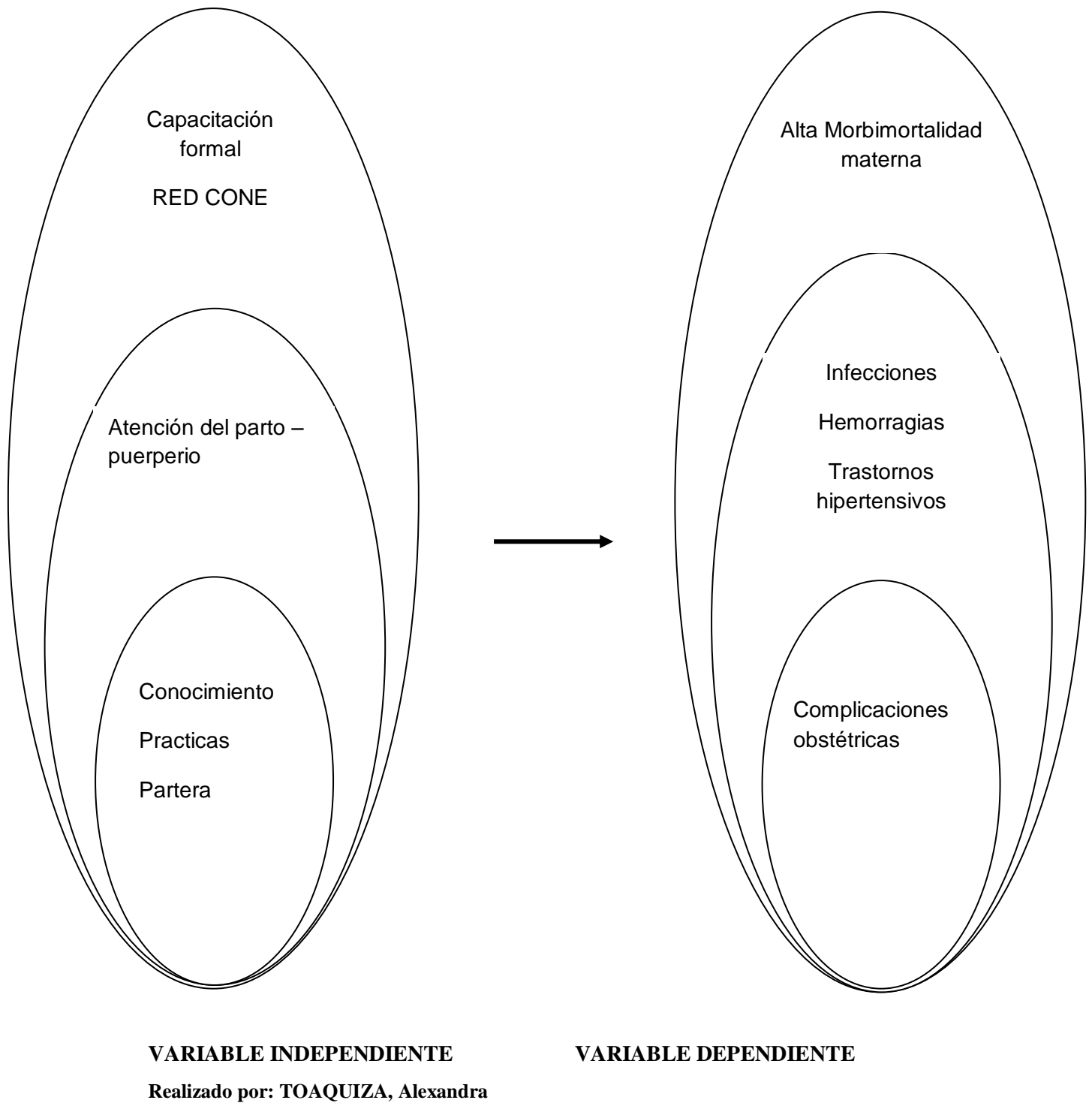
- Inclusión del enfoque de derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en las acciones institucionales y de la sociedad civil.
- Sensibilizar al personal de salud sobre los derechos de las personas para lograr una humanización de los servicios” “[...] entendida como poner en práctica la cultura por el

respeto a los derechos y que contempla las adaptaciones culturales, técnicas, de procedimientos, la transparencia, la participación en la toma de decisiones, la veeduría social, el mejoramiento de la calidad y calidez, el reconocimiento de los saberes y prácticas de las nacionalidades y pueblos que cohabitan en el país”.

- Implementar en todas las acciones de la política pública la no discriminación por: género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo de actividad y otras.
- Potenciar y reconocer la práctica de las parteras dentro de la ley.
- Integrar a la red de servicios a la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades y recursos.
- Reconocimiento e integración y aceptación de los espacios de participación ciudadana en las instituciones públicas.
- Difundir los derechos sexuales y reproductivos y las obligaciones ciudadanas en el derecho y cumplimiento de los mismos. Así como los mecanismos de exigibilidad e instancias de apoyo y denuncia a violaciones de estos derechos.

2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES

Gráfico N°1. Red de inclusiones conceptuales



2.5 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

2.5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

2.5.1.1 CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS, PARTERA

El parto ancestral condición natural del ser humano que acontece generalmente de manera espontánea y en la cual participan de manera activa la mujer embarazada y el feto. El parto es un acontecimiento familiar y social, y también una expresión de sexualidad, un momento vital, sagrado e íntimo que aparece entre la semana 37 a 42 de gestación y termina con el nacimiento del feto, la expulsión de la placenta y las membranas por la vía vaginal. (Rodríguez O, 2010)

La partera especialista de la medicina tradicional, cuya función primordial es la atención del embarazo y del parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio. La actividad de estas especialistas generalmente no se limita a la asistencia materno infantil, sino que se extiende a la atención de algunos padecimientos ginecológicos que se consideran causa de esterilidad, así como otras demandas de atención que afectan a la embarazada y al recién nacido, como susto, mal de ojo y caída de mollera. Por lo general, esta especialidad es practicada por mujeres de edad avanzada, en cuya iniciación parece fundamental el haber experimentado varios embarazos.

En algunas regiones, la iniciación de las parteras está dada por una señal divina, revelada a través de los sueños. En otras comunidades el saber y la función se transmiten oralmente en el seno familiar por generación alterna, directa o a través de un pariente paralelo. La adquisición de los conocimientos técnicos y el adiestramiento tradicional lo obtienen, a través de la observación y la práctica como asistentes de una partera experimentada. Durante las visitas periódicas y domiciliarias que realiza la partera a lo largo del embarazo, recurre a diversas maniobras externas (masajes prenatales) a fin de acomodar o mantener la posición correcta del feto; asimismo, se encarga de dar los consejos pertinentes en relación con las actividades, dietas y medidas preventivas que la embarazada habrá de seguir para evitar complicaciones en la madre y su hijo.

En el momento del parto, la partera es llamada a atender a la mujer en su domicilio, en donde suele ser ayudada por algún familiar de su paciente o por una auxiliar designada por ella misma, conocida como tenedor (a) o sostenedor (a). Durante el trabajo de parto, que comúnmente se efectúa en la posición tradicional (hincada o en cuclillas). La comadrona administra infusiones uteroconstrictoras preparadas con plantas y productos de origen animal, con el propósito de acelerar la salida del producto; con este mismo fin, realiza una serie de maniobras externas a manera de masaje con enjundias o sebos, y en algunos lugares del país recurre al empleo de baños de vapor con hierbas medicinales.

Durante la cuarentena, asiste a la madre y al niño en su domicilio, participando de las labores domésticas, cuidando que la dieta de la púerpera sea la adecuada, estimulando la secreción láctea con masajes y otros remedios tradicionales; faja y procura reposo a la mujer con el fin de evitar complicaciones que puedan causar la esterilidad. Asimismo, se encarga del aseo y purificación ritual de la madre y del niño con baños especiales.

Una función importante de la partera en diversos grupos étnicos del país, la constituye la celebración de rituales relacionados con la fertilidad y el nacimiento. Abundan los ejemplos en donde se hace notar que la función de las parteras tradicionales no se limita a la asistencia técnica. Generalmente, las parteras se encargan de efectuar - o al menos dar las indicaciones sobre cómo debe realizarse- la ceremonia habitual del entierro del cordón umbilical y de la placenta, con el fin de proteger, augurar ventura y salud al recién nacido. Los ejemplos anteriores constituyen sólo una muestra que prueba el hecho, de que a la partera todavía hoy suele dársele una connotación social de características sacras, al mismo tiempo que se le considera portadora de la ideología del grupo.

Por las siguientes razones, los servicios de la partera son requeridos con mayor frecuencia que los de los terapeutas institucionales: por resultar un servicio accesible, puesto que los honorarios de la partera generalmente suelen darse en especie o ajustados a las condiciones económicas de la paciente; por la marginación o lejanía de gran parte de los servicios médicos institucionales; porque en el medio rural el parto es considerado como un evento familiar, con la participación de sus integrantes en el domicilio de la paciente; porque las parteras comparten con la paciente un idioma, conceptos corporales y valores culturales, de aquí que se establezca un parentesco ritual con el recién nacido en algunos lugares del país;

porque la partera es quien se encarga de cumplir con los procedimientos rituales acostumbrados y participa en las labores domésticas durante la cuarentena.

Debido a la deficiente cobertura nacional de la medicina institucional en la atención maternoinfantil, y considerando que las parteras suelen ser el único recurso especializado existente en las zonas marginadas, los servicios públicos de salud se han preocupado por lograr su integración, proporcionándoles adiestramiento para que realicen una mejor atención maternoinfantil y canalicen los partos de alto riesgo. En la actualidad, buen número de parteras combinan sus conocimientos tradicionales con el uso de medicamentos de patente, tales como úteroconstrictores y antisépticos, e incluso recurren al empleo de material quirúrgico.

“La función de estas parteras adiestradas se limita a la atención de partos normales, canalizando a la atención médica los partos distócicos o de alto riesgo. Parte de su adiestramiento incluye la introducción de métodos de planificación familiar, de aquí que reciban la denominación popular de parteras pastilleras. Las parteras boticarias son las que emplean medicamentos de patente. Partera promotora es aquella que promueve o fomenta el cuidado de la salud como labor adicional. Los términos partera adiestrada, partera capacitada y partera empírica diplomada, son calificaciones que aluden a aquellas que han recibido entrenamiento institucional.” (Villaurrutia X, 2011)

2.5.1.2 ATENCIÓN PARTO Y PUERPERIO

PARTO

También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebe del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

➤ ETAPAS DEL PARTO

Primera Etapa: Labor (Dilatación)

La partera explica a la madre que la labor de parto, es el ejercicio que realiza el cuerpo de la madre para procurar que el niño salga del vientre HACIA AFUERA. Las contracciones o dolores, son de la musculatura del útero, de la pelvis, de las caderas, por la comprensión que realiza el niño para salir.

La partera debe aconsejar que ese ejercicio, le consume energía y que la madre debe descansar cuando las contradicciones cesan, cuando no tienen dolor, es el momento de relajarse al máximo y respirar profundo.

Síntomas y signos:

Salida del Tapón Mucoso: es una sustancia densa, a veces deja una mancha sanguinolenta en la ropa interior de la mujer, la cantidad de moco no es abundante, pero es una señal de que el parto está comenzando. Dolor de contracción y tiempo que se demora el parto: en las mujeres que ya han tenido hijos, se demoran hasta 6 horas desde que empiezan los dolores de parto. En las mujeres que van a dar por primera vez, el parto puede durar de 8 a 14 horas desde que comenzaron los dolores de parto.

Salida del líquido amniótico: tradicionalmente, se conoce como “agua d fuente”, la madre se siente mojada como si se le ha escapado una gran cantidad se orina sin sentir. Es el rompimiento de la bolsa donde está el niño, o de las membranas, que el niño al presionar su salida se rompe, esto es el comienzo de parto. El líquido es un poco turbio, fluido como el agua.

Segunda Etapa: Parto (Expulsivo)

- La partera acompaña, anima y prepara a la madre para el momento culminante, el pujo que permitirá la salida del recién nacido.
- La partera pide a la madre que le comunique todo lo que va sintiendo.
- La mujer tiene dolores intensos que duran de 30 a 45 segundos.

- La partera coloca a la mujer en la posición convenida, coloca una sábana limpia para recoger al recién nacido.
- La mujer manifiesta que tiene ganas de pujar y la partera arrodillada, espera al niño y lo recibe.
- Anima a la madre para que ponga fuerza en el pujo, controla sosteniendo al niño que saca primero la cabeza y luego su cuerpo se desliza.
- Espera que el niño lllore inmediatamente.

Tercera Etapa: El alumbramiento o la salida de la paciente.

- La partera espera que con una contracción uterina salga la placenta y la recoge delicadamente a fin de que la placenta se separe completa y se deslice.
- No se debe hacer ninguna maniobra para sacar la placenta, no amarrar el cordón a la pierna de la parturienta.
- La partera extiende la placenta en una superficie y la examina, observa que la placenta este completa, es decir no deben faltar pedacitos en ella, no debe quedar ninguna membrana adentro, porque esto provocaría hemorragia.
- Una vez salida la placenta, la partera masajea suave pero firmemente el útero tratando de sacar hacia fuera coágulos, es el momento para evaluar si la madre tiene hemorragia, si el útero no se contrae, si está atónico, si sufrió un desgarre y sangra. El masaje uterino se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las primeras dos horas, poniendo la mano y tratando de localizar el fondo del útero que debe contraerse y ponerse duro como una pelota.

➤ PREPARACIÓN PARA ATENCIÓN DEL PARTO.

La partera debe aconsejar a la madre como prepararse para el parto y nacimiento.

- La casa y el cuarto deben estar limpios
- Ropa de cama limpia
- Ropa limpia que vestirá la mujer el día de su parto
- Paños limpios para recibir y para sacar al recién nacido
- Ropa limpia para vestir al recién nacido : (ajuar del bebe)

Equipo para el parto

La partera capacitada prepara y cuenta con un equipo de atención de parto:

- Una tijera afilada, limpia y hervida por 30 minutos en agua jabonosa.
- Recipiente por hervir tijera
- Reata o cordón limpio
- Un paquete de gases para limpiar la nariz del recién nacido
- Un pañal limpio para secar al recién nacido
- Un tazón o lavacara para la placenta

Es necesario tener listo otros materiales que le van a servir:

- Agua hervida tibia
- Una linterna de luz intensa
- Gasas estériles o trapos limpios
- Frasco de alcohol de manos
- Cortaúñas
- Jabón
- Toalla de manos
- Campos de plástico uno para poner en el piso y otro para visualizar la placenta
- Delantal de plástico

➤ **ATENCIÓN DEL PARTO LIMPIO: LOS SEIS LIMPIOS.**

Una de las reglas o normas que ha permitido disminuir complicaciones de infecciones en la mujer y en el recién nacido es el PARTO LIMPIO.

Esto ha sido aplicado en algunos países y se ha comprobado que si se siguen los 6 limpios, se disminuyen los riesgos de infección.

1.- La habitación en donde se realiza el parto debe estar LIMPIA.

- En días previos al parto, la partera debe aconsejar a la familia de la mujer embarazada que la habitación debe estar bien aseada.

- Se debe retirar todo tipo de basura y objetos inservibles, limpiar el polvo con un trapo limpio y remojado en agua jabonosa.
- Aconseje limpiar todas las superficies. Paredes, focos, ventanas, puertas y piso mojado.
- Enjaguar cada vez el trapo.
- Equipo: escoba, basurero, trapos limpios.

2.- Los instrumentos, hilos o cordones, deben estar desinfectados o LIMPIOS.

- Lavar con un cepillo y jabón los instrumentos para la atención del parto.
- En un recipiente con agua coloque la tijera, pinza y somételes a hervir de 15 a 30 minutos. Deje que se enfríen, no los tope con las manos, escurra el agua muy bien.
- Una vez fría, prepare una envoltura de tela, puede ser un pañal de tela muy limpio y puede ser un pañal de tela muy limpio y planchado, sin topar con sus manos, poner la tijera, pinza y la perilla de la tela, 7 gasa estériles, los cordones o reatas.
- Envuelva todo, haciendo un paquete.
- Equipo. Jabón y cepillo, tijeras gasas estériles, pañal limpio y planchado, cordones y reatas.

3.- La partera debe asearse y usar ropa LIMPIA: un mandil o delantal limpio, el pelo recogido, si es posible con un gorro.

- La partera se cambia y se pone ropa limpia.
- Se pone un mandil o delantal limpio.
- Se recoge el pelo y se pone un gorro.
- Equipo: delantal y gorro.

4.- Las manos de la partera y acompañante deben estar LIMPIAS.

- La partera y la persona que le ayude o acompaña se cortan las uñas.
- Remojar las manos y brazos hasta el codo.
- Enjabonar bien directamente con el jabón hasta los codos.

- Enjuagar con agua de grifo o hacer chorrear de una jarra, alzando un poco las manos, desde los dedos hacia los codos, de manera que el agua no regrese a los dedos otra vez.
- Hacer esto dos veces.
- Secar las manos con una toalla o pañal de tela desde los dedos hacia los codos.
- Colocarse un poco de alcohol, haciendo chorrear desde los dedos hacia los codos.
- Equipo: jabón en jabonera, agua de grifo o agua hervida fría en una jarra, cepillo de manos alcohol, toallita pequeña o pañal de tela.

TÉCNICAS PARA EL CORRECTO LAVADO DE MANOS

1. Córtese las unas
2. Lave la corta uñas y guárdelo
3. Moje sus manos con agua previamente hervida
4. En jabónese las manos
5. Haga bastante espuma
6. Cepíllese las uñas
7. Frótese las palmas de las manos
8. Frótese los pulgares
9. Frótese la punta de los dedos con la palma
10. Frótese entre los dedos
11. Frótese los dedos entrelazados
12. Frótese la punta de los dedos con la palma
13. Séquese las manos con una toalla

5.- El periné de la mujer en trabajo de parto debe estar LIMPIO.

- Se debe aconsejar a la mujer que se bañe antes de que se presenten los dolores.
- Hacer orinar a la mujer y si desea hacer la deposición, para que esa molestia no se presente durante el parto.
- La mujer debe lavarse sus genitales con agua y jabón para que estén muy limpios.
- Durante el parto observe la limpieza y si es necesario y jabón para que estén muy limpios.

- Durante el parto observe la limpieza y si es necesario, lave nuevamente el periné de la mujer con agua y jabón cuando durante el pujo, existió salida de heces, lave nuevamente con agua y jabón.
- Hágalo rápidamente, no siga atendiendo si hay suciedad en el parto.
- La partera se lavará las manos o se cambia de guantes, las veces que sea necesario.
- Equipo: jabón, agua tibia limpia, lavacara.

6.- La superficie sobre la que nace el bebé debes estar LIMPIA.

- La mesa o lugar donde tiene los instrumentos y equipo para atender al niño debe estar completamente limpia colocando una sábana limpia.
- Debe conservarse todo esto perfectamente limpio hasta el nacimiento del niño.
- No coloque nada ni la use, solo será para el niño.
- Equipo: Mesa auxiliar o lugar limpio, sábana limpia, equipo de partes, pañal para coger al niño, ropa abrigada para el niño.

➤ EL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PARTO

La salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales. Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad y las practicas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca salas a las mujeres salas frente al médico o la enfermera, son las “otros” ajenos a su cotianidad, quienes dominan la situación. Un cambio que demandan las pacientes que son atendidas en los centros de salud pública es precisamente, que en el momento del parto se permita la presencia de familiares (esposo, madre, hermana) y la presencia de los demás familiares en las horas de visitas.

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las agua, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso de alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer

embarazada. Es decir el ambiente de familiaridad o intimidad es respetado como derecho de la mujer, quien en cualquier caso recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o partero. La presencia de un acompañante de un familiar o no, es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias por ella deberá ser permitido el acompañamiento de una persona a la paciente hasta la sala de partos, para que la acompañe durante el trabajo de parto, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario. (Gonzales D, 2010)

➤ **ATENCIÓN DEL PARTO**

Cuando llega la hora del parto, la mujer se acomoda de rodillas o de pie sobre una estera o colchón de la casa. La partera procede entonces a examinar su vientre dándole masajes con manteca de gallina o aceite comestible. Si la postura del niño no está correcta invoca a algún santo para que le ayude a "acomodar" su cabeza con las manos. A fin de estimular el alumbramiento le da de beber caldo de paico con huevo, jugo de allpa malla con lutu yuyu o agua de ruda con albahaca. Si "el guagua no sale pronto" la partera sacude levemente la cintura de la paciente teniendo cuidado que sus piernas estén siempre abiertas. Una vez que la criatura nace corta su cordón umbilical; este proceso se efectúa midiendo el cordón "en dedos" de acuerdo al sexo del bebé: dos o cuatro dedos más largo para un varón que para una mujer. Ello permitirá, según la lógica popular, que el varón "tenga el pene más largo" y que la mujer "no sea coqueta".

Posteriormente la partera friega el pubis de la mujer hacia abajo hasta que la placenta sea expulsada y procede a enterrarla en un hoyo elaborado previamente en el centro de la casa; si no se efectúa este procedimiento o por alguna razón la placenta es expuesta al sol, la madre puede sufrir de dolores luego del alumbramiento o "secarse". No ves que el sol quema, por eso hay que enterrar eso para que no se seque la mujer". Días después del parto la mujer debe efectuarse un baño con hierbas medicinales como arrayán, guarango, rumi mishma, matico, malva y hierba mora. La partera procederá entonces a "encaderar" a la paciente acomodando los huesos de la rabadilla que quedaron flojos y fajándola desde la rodilla hasta la cintura con una cahuiña de lana.

Posición del parto.- Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es anti-natural al parto, causando que “el guagua se regrese”, y la madre pierda la fuerza. Por ello, se piensa que la atención del parto en la posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud pública. *Un testimonio indígena asegura*”. *Por mi parte, mi hija mismo dijo que, unas amigas habían dicho: ‘no irá a hospital, porque en hospital como a una vaca, amarrando los pies así de lado y lado, hacen dar a luz’, y eso también, no me ha avisado a mí, y por no bajar a Ambato había ya estado pasando los dolores (sobreparto)*”.

La demanda de cambio fortalece el respeto a la cultura de la paciente para que escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto. Siendo la posición fisiológica más adoptada por ser confortable la de cuclillas. *“La parturienta se coloca en cuclillas, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras el 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, le da tratamiento pertinente (manteo, saumada, limpieza de energía negativa) y atiende el parto desde esa posición” (1er Taller Parto, 2010)*

Sin embargo, existe un sinnúmero de variaciones del parto vertical: de rodillas, elevada de los hombros por el esposo, sujetándose de una soga colgada de una viga del techo, apoyándose en una silla o baúl, en posición de gatear, etc. Varias investigaciones, incluyendo estudios recientes de la OMS (WHO, 1996), sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical para la parturienta y el bebé, como son:

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece 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.
- La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre. Como se sabe, la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando 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.

- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 en transversal y moldeamiento de la articulación coxo femoral.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.
- Un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante, como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal.
- Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- 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 coxofemoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.
- Proporciona beneficios psicoafectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente.
- Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente. Se ha demostrado, a través del análisis y mediciones, que la fuerza que ejerce la mujer en la fase expulsiva del parto es mucho más intensa en posición vertical. Además, la vagina se encuentra más relajada y, por tanto, se abre con mayor facilidad, lo que supone menor sufrimiento para la madre y más beneficios para el recién nacido.

Tradicionalmente se ha considerado a la postura vertical para el parto como característica de culturas menos “civilizadas”, sin embargo, la evidencia científica respalda de forma concluyente su idoneidad.

Posición cuclillas.- Puede facilitar la bajada del bebé y hacer que éste nazca más rápido, ya que la mujer cuenta con la ayuda adicional de la fuerza de gravedad. Este tipo de parto se puede apoyar con sillas especiales que se encuentran en algunos centros de maternidad. Entre las ventajas de esta postura se encuentra:

- Puede requerir menos puje.
- Se cuenta con la fuerza de gravedad a favor.
- La pelvis se abre más que en otras posiciones.
- Favorece una rotación del bebé si es que así se necesitara.
- Facilita la salida del bebé. Pero es muy importante tener en cuenta una complicación que podría surgir, y es que al ejercer la cabeza del bebé presión sobre la pelvis, puede producir desgarros en la zona del periné, y como consecuencia, una recuperación lenta y dolorosa para la mamá.

Posición de rodillas.- En esta posición la gestante adopta una postura cada vez más reclinada conforme avanza el parto. Para facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad

Posición semisentada.- La paciente se apoyara sobre almohadas o sobre su compañero. 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. Esta posición presenta las siguientes ventajas:

- Aprovecha algo la gravedad.
- La inclinación pélvica permite una mayor apertura de la salida pélvica.
- Buena posición para descansar.
- Puede ser utilizada con el monitoreo fetal.
- Permite realizar exámenes vaginales.

Posición Sentada.- Parir en posición sentada puede facilitar el descenso del bebé por el canal de parto, según algunas mujeres que adoptan esta posición. El cambio de posición es aconsejable cuando se trata de disminuir malestares y mejorar la comodidad de la madre. En algunos casos, ayudan a acelerar las contracciones al principio del trabajo de parto, y así amenizar las tensiones. Para algunas mujeres permanecer en posición sentada facilitan la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta el diámetro total de la pelvis. Sin embargo, eso no elimina la posibilidad de que se tenga que realizar una episiotomía o un parto instrumental. Esta posición presenta las siguientes ventajas:

- Aprovecha algo la gravedad.
- Buena posición de descanso.
- Puede ser usada con el monitoreo fetal.
- Puede inclinarse para adelante para ayudar a aliviar los dolores de espalda; buena posición para dar masaje en la espalda

Posición Cogida de la Soga.- “La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, que ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal de parto suave y calmadamente.” (MSPE, 2008)

En el post parto se darán las condiciones necesarias para el seguimiento de acuerdo a las culturas (encaderamiento, baño interno y externo con hierbas naturales, calientes y dulces) En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de anís, de manzanilla, de paraguay, de higo, etc.

Algunas de las infusiones que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior. Por otra parte, ciertas plantas tienen una eficacia natural y simbólica, como en el caso del agua de linaza, o el agua

de melloco, que ingieren algunas parturientas “para que ayude a resbalar el feto y / o la placenta”.

Comúnmente, los miembros de las comunidades indígenas y afroecuatorianos conocen el principio humoral así como las propiedades curativas de ciertas plantas, sin embargo, el saber de las propiedades específicas de las plantas y hierbas medicinales que deberán usarse para encontrar el equilibrio, lo poseen especialmente los sabios del subsistema de salud ancestral indígena, afroecuatorianos y otras culturas. En éste sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de aguas.

Según Lévi-Strauss, la “eficacia simbólica” implica la creencia de que el símbolo (en este caso, el agua de melloco) representa un hecho palpable (la propiedad de hacer resbalar el feto); esta creencia tiene mayor significado en cuanto también es compartida por los demás miembros de su sociedad. Algunas mujeres también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, ya sea con alimentos dados por la unidad de salud o que se permita a sus familiares llevar a la institución alimentos tradicionales para las púérperas, como por ejemplo: caldo de gallina, o arroz de cebada.

➤ **COMO RECIBIR AL NIÑO CUANDO NACE:**

- Cuando ha salido la cabeza del niño, pide a la mujer que deje de pujar. La partera recibe al niño con las dos manos en una tela o sábana limpia.
- Mira y siente con los dedos alrededor del cuello del niño si se encuentran el cordón umbilical. Si este está alrededor del cuello, lo desliza por encima de la cabeza del niño.
- La partera limpia la cara, la boca y la nariz del niño, con una tela limpia o con gasa estéril para que no se asfixie con las secreciones, el niño debe respirar inmediatamente.

- La partera coloca a la madre, echada de espalda y apega al niño piel a piel en el vientre de la madre, se cobijan a los dos. La partera motiva al niño a que agarre el pezón de la madre para que empiece la lactancia inmediata y exclusiva.
- La partera abriga al recién nacido con una bayeta o pañal limpios y calientes. Explica a la familia y a la madre que se debe conservar al niño bien abrigado. El recién nacido viene de un lugar caliente el enfriamiento es un peligro en el niño.
- La partera espera 2 a 3 minutos para cortar el cordón umbilical, cuando ya ha dejado de latir.
- La partera realiza el primer amarre a unos 5 centímetros del ombligo del niño y luego realiza el segundo amarre a 4 cm o según sus costumbres.
- Corta el cordón umbilical en la mitad de los dos amarres, con la tijera limpia y hervida, todo lo realiza sin apuro y con seguridad.
- Limpia el ombligo con una gasa húmeda en alcohol, seca, tapa, con una gasa o tela limpia.
- La partera estimula la circulación del recién nacido, masajeando o sobando la espalda y piernas, frotando suavemente, no pegarle ni sacudir al niño.

Prácticas reconocimiento por la OPS en la atención a la madre y el niño en el postparto inmediato. Un parámetro reciente de la niñez indica que el 1/3 de todas las muertes de los niños menores de cinco años ocurren en el periodo del postparto. Conociendo esta problemática se resalta y recomienda el uso de varias prácticas simples, que están basadas en evidencia científica de la atención del parto pueden mejorar la sobrevivencia de los recién nacidos, durante el periodo postparto inmediato, estas prácticas son:

1.- Retraso en el pinzamiento del Cordón Umbilical.

El esperar hasta que deje de latir el cordón umbilical, antes de hacer el amarre y corte, aumenta el volumen sanguíneo del recién nacido, aumentando las reservas de hierro, previniendo la anemia a corto y mediano plazo.

2.- Contacto piel a piel y abrigo

Ayude al niño a adaptarse a la vida fuera del útero y promueve la lactancia inmediata al aprovechar el comportamiento innato del niño para pegarse al pecho de la madre, durante la primera hora de vida, controla la temperatura y favorece el vínculo entre la madre y el niño.

3.- Inicio de la lactancia materna inmediata y exclusiva

El apego y agarre del pezón en la primera hora de nacido garantiza la lactancia del recién nacido.

➤ ENTREGA DE LA PLACENTA

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza “al igual que una persona”. En algunas comunidades Aymaras incluso se la envuelve en ropa de varón, si es niños e inscribe en la lógica andina de que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado. En algunas comunidades existe la creencia que si no se entierra la placenta, ésta puede regresar imbuida de los espíritus “encima de la mujer” y asustarle, hasta sofocarle, o también se cree que cuando la guagua ya es mayor “puede ser loco”, o “se le puede hacer la dentadura amarilla”. Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva y tomando en cuenta las normas de bioseguridad.

➤ SEÑALES DE PELIGRO EN LA MADRE DURANTE EL PARTO

La partera examina a la madre y al recién nacido para detectar señales de peligro; sabe que en estos casos debe actuar con urgencia y aconseja a la madre y su familia actuar inmediatamente, motiva a que deciden inmediatamente el traslado de la madre y el recién nacido a un centro de salud u hospital y que ponga en funcionamiento el plan de emergencia. Las principales señales de peligro en la madre son:

1.- Hemorragias

Una de las principales señales de peligro y causa de muerte de las madres durante el parto son las hemorragias. Es el sangrado de más de 500 ml. Como dos lazos de sangre, de color rojo rutilante, se coagulan. Tiene diferentes causas:

- No se contrae el útero.
- Rompimiento o desgarro del cuello del útero, de la vagina o del periné.
- Retención de la placenta.
- Retención de restos de la placentera.
- Inversión uterina o salida del útero.
- Ruptura del útero.

2.- Mala presentación:

- El niño está atravesado.
- Está naciendo de valgas, de pie a nacer de mano y esto complica el parto.

3.- Parto demorado:

- Cuando hay cadera estrecha.
- Cuando el guagua está cruzado o atravesado.
- Cuando no se dilata o no se abre el cuello de útero.
- Cuando no hay dolores o contracciones de parto.
- Cuando el cordón está envuelto en el cuello del guagua.
- Cuando ya ha salido el agua de fuente y no tiene buenas contracciones, no se produce el parto.

4.- Retención de placenta.

La retención de placenta por más de 30 minutos son o sin sangrado requiere de una intervención en el hospital o centro de salud, es peligros, no espere mucho tiempo, si la placenta no se expulsa, refiera a una unidad de salud.

PUERPERIO

Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

➤ ATENCIÓN PUERPERIO

Luego del alumbramiento la partera prescribe una serie de indicaciones a la paciente. Una de ellas es la "cuarentena" que consiste en la prohibición de trabajos pesados durante al menos cuarenta días. En este tiempo las mujeres no pueden realizar actividades domésticas; no pueden salir de la casa, no pueden lavar ropa, no pueden acercarse demasiado al calor. El no respetar estas normas es exponerse a una "recaída" que complicaría gravemente su salud. Probablemente esta es la recomendación, pero dadas las circunstancias actuales, las mujeres están reincorporadas al trabajo mucho antes que esos cuarenta días. La pérdida de sangre durante la labor del parto puede provocar que la mujer contraiga anemia, por lo que la partera recomienda, para evitarla, una alimentación nutritiva en base de gallina, carne de borrego, carne de res, conejos, leche y huevos. Si sufre de cólicos le frota en el vientre cebolla paiteña soasada, o coloca sobre éste hojas de chamaco calentadas en el fogón.

Y si la producción de leche es escasa, le da de comer arroz de cebada con bastante col o una sopa concentrada de zanahoria blanca. Debido a que el bebé está expuesto a determinadas dolencias como la "infección de ombligo" o cólicos estomacales, la partera recomienda, para el primer caso, bañarlo con agua de marco machacado y, para el segundo, preparar un biberón con agua de hierba buena. Cabe resaltar, finalmente, que debido al cuidado al que debe sujetarse la mujer durante este período, existen algunas parteras que la reemplazan en las tareas del hogar. Este hecho es muy importante ya que demuestra el papel fundamental que ellas cumplen, no sólo en el restablecimiento de la salud, sino en el mantenimiento de la organización socio productivo tradicional. (Rodríguez O, 2010)

➤ **COSTUMBRES SOBRE EL PUERPERIO**

El puerperio fue considerado un período de fragilidad para la salud de la madre, la que debe mantenerse en cuarentena. Esto significa que durante cuarenta días la madre debe evitar cambios bruscos de temperatura, exponerse largamente al sol y evitar trabajos pesados. Las mujeres mencionaron que antiguamente se bañaban en un estero de agua corriente inmediatamente después del parto, pero que esta práctica se ha perdido por temor al sobreparto, por lo tanto la indicación actual es: “lavarse todos los días los interiores con agua de matico tibia y evitar los baños de agua fría”. El sobreparto es una enfermedad que produce mucha aprensión entre las mujeres; se manifiesta con dolores de cabeza, espalda, sangramientos o dolores menstruales, los que pueden aparecer hasta años después de producido el parto. Asimismo, se mencionó que durante la cuarentena la mujer debe evitar las relaciones sexuales, al menos hasta que su cuerpo se encuentre fortalecido, algunas mencionaron un mes de abstinencia sexual y otros 40 días.

Muchas mujeres señalaron que amamantar es una forma de prevenir los embarazos, aunque algunas indicaron que posterior a la cuarentena comienzan a utilizar métodos anticonceptivos basados en hierbas medicinales. Respecto al amamantamiento, todas las mujeres dijeron que el calostro es la leche más nutritiva de la madre “es la que tiene más alimento, y hace que el niño sea más sanito”, la limpieza del pezón se realiza con una infusión de matico. En el contexto de la cosmovisión de enfermedad las mujeres no plantearon cuidados específicos para la madre. A partir del nacimiento, la mujer comienza a mantener las reglas de la cultura como cualquier otro miembro de la sociedad. (Alarcón A, 2008)

➤ **CUIDADOS EN EL PUERPERIO**

Partimos de la concepción de que el parto es un fenómeno frío, razón por la cual el puerperio se relaciona con el equilibrio térmico del organismo. La dieta se considera un periodo caliente que casi siempre dura 40 días, tiempo en el cual la madre permanece resguardada dentro de su hogar, preferiblemente en su cuarto y recibiendo los cuidados de una figura femenina, por lo general su madre, suegra o hermana, evitando exponerse a situaciones que resulten perjudiciales para su salud. El reposo que deben tener las madres

luego del parto en algunas mujeres es absoluto y en otros es relativo. Las actividades físicas durante este tiempo son limitadas, como, por ejemplo, caminar, bañarse y tener relaciones sexuales.

En relación con el concepto de dieta, las participantes la definieron como un periodo de cuidado tanto para la madre como para el recién nacido, con énfasis en una alimentación adecuada, cuidados especiales para evitar perjuicios en la salud materna y un tiempo de reposo prudente en el que se espera que los órganos que participaron en la gestación retornen a su estado previo. Al respecto expresan: “Es que cuando uno está embarazada la matriz se estira mucho y después de que uno tiene al bebé ella tiene que regresar a como estaba antes” El periodo de dieta es un tiempo regido por diferentes costumbres y creencias, transmitidas de generación en generación con el fin de preservar la salud materna y la del recién nacido. En la información aportada por las madres se conocieron las creencias con respecto a los cuidados del cuerpo y las explicaciones sobre por qué se deben realizar estas prácticas durante el puerperio.

Hay que tener precauciones con la cabeza, los ojos y oídos, bañarse con agua tibia, no exponerse a corrientes fuertes de aire, evitar el frío, el sereno y el sol, porque el contacto con la naturaleza produce efectos físicos como escasez de la leche materna, dolor de cabeza, escalofríos, psmo, fiebre, dolor en los huesos, cólicos menstruales de por vida, enfriamiento de la matriz en el menor de los casos y efectos mentales como la locura en casos extremos. Las formas de protección incluyen cubrirse la cabeza con un gorro, usar tapones de algodón en los conductos auditivos externos y ropa holgada y abrigada como las sudaderas y sacos, para evitar que entre el frío al cuerpo por diferentes vías. Las madres manifestaron que después del parto quedan los “poros abiertos”, por donde entra el frío, causante de muchas enfermedades que se adquieren durante este periodo, y que aun cuando no sean inmediatas no tendrán curación ni a corto ni a largo plazo.

El frío puede penetrar no sólo por el contacto directo de la mujer, sino a través de objetos expuestos a los efectos de la naturaleza. En estas creencias, relatadas por las madres, se identifica la existencia del pensamiento mágico, en el que hay una causa que produce un daño en el organismo, de forma que la mujer se ve en la necesidad de cuidarse con dedicación, para protegerse. Por tanto, durante la dieta es indispensable mantener un balance entre el frío

y el calor del cuerpo así como con el ambiente, y, dependiendo de estos cuidados, el cuerpo obtendrá un ajuste completo. (Lora M Narvaez A, 2010)

➤ **LA ROPA DE LA PUÉRPERA**

Como se mencionó, durante la dieta uno de los mecanismos de protección contra el frío es mantener la temperatura corporal mediante el uso de ropa abrigada, usando prendas como el gorro o pañoleta, tapones de algodón en los oídos, ya que el frío entra principalmente por la parte superior del cuerpo, sacos, chaquetas, sudaderas y medias. Cuando es muy necesario salir de la casa, como para asistir o llevar al recién nacido a los controles médicos, la puérpera debe extremar las medidas de protección que impidan la alteración del equilibrio térmico de su cuerpo. Al respecto expresan: “Siempre uso blusas y me abrigo y me pongo medias y ropa larga que me cubra... yo me abrigo, me pongo saco, gorro porque la mañana siempre es muy fría.

➤ **LA ALIMENTACIÓN**

Para la puérpera la alimentación es un pilar fundamental, cuyo objetivo será lograr la recuperación óptima en su estado de transición. En el análisis de las creencias y prácticas con respecto a la alimentación indicada durante la dieta se observaron los siguientes elementos: la aplicación del concepto de alimentos fríos y calientes, que se relaciona con la armonía que deben guardar las personas con la naturaleza; y la clasificación de los alimentos en dos grupos: los requeridos y los impedidos. Según sus características, se deben evitar alimentos considerados como irritantes, ácidos y pesados, por sus Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio efectos nocivos en esta etapa. Estos alimentos son: ensaladas, enlatados, café, fritos, granos, comidas recalentadas, alimentos condimentados y ricos en sal que producen cólico al recién nacido, y comidas que puedan entorpecer la buena cicatrización del muñón umbilical, como la yuca y la papa amarilla.

Como el parto se concibe como un acto frío, los alimentos más recomendados para el consumo durante la dieta son el chocolate o agua de panela calientes, que se toman para sudar y sacar todo el frío recogido durante el parto y el nacimiento del recién nacido, y luego de este como estimulantes de la secreción láctea; estos alimentos hacen parte de la alimentación

diaria, durante los cuarenta días que, en promedio, dura el puerperio. Otro alimento muy apreciado por las madres para su cuidado en la dieta es el caldo de gallina, porque según dicen les permite recuperar las fuerzas perdidas durante el embarazo y el parto, y hace que la leche sea de mejor calidad.

El uso de plantas medicinales Con frecuencia se encontró también el uso de hierbas medicinales, recurso importante en la vida del hombre como medio de subsistencia y en la prevención y curación de la enfermedad. El uso de estas hierbas está bajo el concepto de “hierbas calientes”, que ayudan a sacar el frío recibido durante el parto y el puerperio, que como se mencionó se debe evitar durante este tiempo. Su finalidad es el consumo y la limpieza corporal, en ambas situaciones con el objetivo de sacar el frío del cuerpo. Como parte del consumo se encuentran el hinojo y anís, con el objetivo de estimular la eyección láctea; el tallo de arracacha, como aliviador de dolores entuertos causados por la contracción uterina. Las plantas se utilizan también para el cuidado del cuerpo de la madre y del recién nacido. El baño del cuerpo lo hacen con agua de hierbas como romero, albahaca, manzanilla, hojas de naranjo agrio, perejil, eucalipto y ruda en agua hervida, con el fin de evitar el dolor de cabeza, pasmo y frío en la matriz.

Otra práctica es la de realizar los baños de asiento, colocando un recipiente en el suelo con agua hervida a la que se le incorporan hierbas para que la región genital absorba los vapores desprendidos por las plantas, utilizados para sacar los coágulos y el frío de la matriz. Al respecto expresan: “Pues por lo general son casi como desinflamatorios al tercer día, se le echan maticas: que naranjo agrio, que ruda, albaca. Por ahí con unas siete hierbas aromáticas y con eso se le hace el baño a los tres días” Para los genitales o partes íntimas creen que es necesario tener otros cuidados especiales para evitar infecciones, disminuir el sangrado o la irritación. Para esto hay prácticas caseras como el agua tibia.

➤ **EL ÚLTIMO DÍA DE LA DIETA**

El último día de la dieta tiene un significado muy especial, pues se reserva para dedicarlo con más intensidad al cuidado de la mujer, lo que le permite conservar un estado de salud adecuado y regresar a las actividades de la vida cotidiana, debido a que el puerperio se considera más que un hecho fisiológico un proceso social que implica diversos rituales. Entre

estos se destacan los del último día de la dieta, en el que se toman baños con hierbas especiales y sahumerios; practicados por la mayoría de las participantes, son indicados para sacar el frío que ha recogido la mujer durante el parto y la dieta, además de cerrar los poros que han quedado abiertos después del parto, sacar el pasmo y la mala influencia.

Para esto la puérpera debe permanecer en su habitación con las ventanas y puertas cerradas, mientras la persona encargada de su cuidado le provee el agua que utilizará para el baño y, posteriormente, le realiza el sahumerio esparciendo el humo por toda la habitación; no podrá salir hasta el día siguiente. En este orden de ideas expresan el último día se debe uno hacer unos baños con plantas como el eucalipto, la manzanilla y el pino, y también se debe hacer un sahumerio para terminar de sacar el frío que uno tiene en el cuerpo Este ritual es de vital importancia para la culminación de este periodo, ya que garantiza la expulsión del frío y el reingreso de la madre a las actividades de su vida cotidiana, con la certeza de haber cumplido con los requerimientos que evitarán la aparición de complicaciones futuras. (Lora M Narvaez A, 2010)

➤ **LA VISITA DOMICILIARIA**

Los 7 primeros días de vida son decisivos para la sobrevivencia del recién nacido. La mayoría de las defunciones neonatales se producen ese periodo: entre 25% y 45% ocurre en las primeras 24 horas y más del 50, ocurren durante las primeras 48 horas.

La mayoría de las muertes neonatales que se producen a partir de las 48 horas podría prevenirse, si se prestara atención adecuada al recién nacido desde el momento en que nace.

La partera durante la visita domiciliaria, da consejería a la madre sobre el tipo de cuidados que tener con su hijo recién nacido. Los recién nacidos durante los primeros siete días están muy delicados son los días que necesitan tener más cuidados, porque pueden morir.

La estrategia durante las visitas domiciliarias en el postparto temprano, orienta y aconseja a la madre y a su familia, para que visiten la Unidad de Salud para recibir atención postparto lo antes posible, con mayor razón si el parto fue domiciliario y atendido por personal no capacitado.

La estrategia de Visita domiciliaria en el postparto temprano impulsada por la OMS y UNICEF, recomienda que se realicen al menos dos visitas domiciliarias para todos los partes domiciliarios:

- 1.- la primera en las primeras 24 horas o segundo día después del nacimiento.
- 2.- La segunda visita en el 3er día o 48 horas de nacido.
- 3.- Si fuera posible, deberá realizarse una tercera visita a la 72 horas o antes de que finalice la primera semana de vida (séptimo día).
- 4.- En el caso de los lactantes nacidos en establecimientos sanitarios, la primera visita domiciliaria debe hacerse lo antes posible, una vez que la madre y el recién nacido regresen a casa.

➤ **EXAMEN A LA MADRE EN EL POSTPARTO**

La detección temprana de señales de peligro en la mujer puede salvarle la vida. La partera se lava las manos y pide permiso para examinar a la madre.

Aconseja a la madre sobre cómo reconocer si tiene ella presenta señales de peligro:

- Pregunta a la madre si está sangrando y observa el sangrado vaginal para detectar si hay hemorragia.
- Observar si hay infección, pregunta a la madre si tiene calentura, toca a la madre la barriga o la frente pregunta si las secreciones, los loquios huelen mal.
- La partera pregunta y observa si los senos están hinchados, rojos, lastimados.
- Pregunta si tiene dolor de barriga. Palpa y siente si está dura y dolorosa cuando le tocan.
- Aconseja a la puérpera y su familia sobre la importancia del reposo de la madre, debe evitar hacer fuerza o labores físicas cotidianas. Para que la madre se recupere pronto luego del parto, es necesario el descanso. Para ello, la partera aconseja e involucra al padre en el cuidado de la madre y el niño.

➤ **PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR**

“Una madre prevenida vale por dos”, por eso las parteras y parteros ancestrales deben aconsejar a la madre y a su pareja que deben contar con el plan de emergencia familiar para actuar en caso de presentarse señales de peligro en el parto y en el recién nacido. Los principales elementos del plan de emergencia familiar son:

- Tener disponible un carro, y si no se dispone de alguien con carro, tener arregla cualquier otra forma de transporte (mula, caballo, careta, camilla, etc.)
- Conocer quién es la persona de la comunidad encargada del Plan de Emergencia Comunitaria; saber su nombre, número de teléfono o dirección, para pedir ayuda.
- Tener anotados números de teléfonos de los bomberos, policía, hospital, medico de centro de salud, enfermera.
- Tener ahorrado dinero para la emergencia.
- Contar con una persona que se pueda responsabilizar del cuidado de los guaguas y de los animales.
- Cosas que debe llevar la madre al hospital para allá o para el niño: ropa, pañales, cobertor y gorro, para la madre: toalla, implementos de aseo personal, etc.

➤ **ROL DE LA PARTERA EN CASO DE REFERENCIA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR:**

La partera aconseja a la madre que en caso de que se presenten señales de peligro en el recién nacido o en la madre, acudan inmediatamente al hospital o al centro de salud y pongan en funcionamiento el plan de emergencia familiar.

La partera indica el cupón de referencia y el plan de emergencia. Es importante el contar con un plan de emergencia familiar para saber qué hacer en caso de que caso de que se presente

señales de peligro. El rol de la partera dentro de su comunidad es fundamental, ella aconseja a la mujer embarazada y su familia sobre como estar lista para actuar en casos de peligro en funcionamiento el plan de emergencia familiar:

- Debe saber con quién se va a contactar para pedir ayuda, tenga a mano sus números de teléfono e infórmeles con anticipación lo que puedan hacer para ayudarlo. Compromételes.
- Debe tener los números de teléfono o algún medio para comunicarse con las personas que le van a ayudar: hospital, médico o enfermera del centro de salud, partera, presidente de la comunidad, persona que tenga vínculo con la comunidad, ECU911, policía, bomberos, cruz roja, otros.
- Debe sacar con anticipación quién se va a encargar de cuidar a sus hijos, los animales y la casa.
- Debe tener un poco de dinero ahorro para cualquier gasto urgente. Para pagar el transporte, la alimentación, el hospedaje de algún familiar que le acompañe en el hospital.
- Debe tener una persona comprometida que tenga carro, para que en caso de tener señales de peligro, le lleven al hospital o al centro de salud.
- Debe tener listo un maletín con todo lo necesario para quedarse en el hospital si fuera necesario, también ropa para el recién nacido.
- La partera llena el cupón de referencia y entrega a la madre o a su familia, indicándole que debe entregar en el hospital, antes de ser atendida.
- Acompaña si es posible a la madre y al niño durante su traslado a la Unidad de Salud.

➤ **CUIDADOS DURANTE DE TRASLADO DE UNA EMERGENCIA**

Con la madre:

- La madre con complicaciones debe estar siempre acompañada durante su traslado por la partera capacitada y por un familiar.
- La madre debe estar abrigada.
- Debe estar en una posición cómoda, sin mucho movimiento.

2.5.1.3 RED CONE (Proyecto Red de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales)

Una Microred CONE Comunitaria, es un conjunto coordinado de servicios de salud materno- neonatales de ámbito parroquial, conformado por instituciones públicas y privadas y agentes tradicionales de salud (parteras parteros ancestrales), que prestan servicios de salud materno y neonatal en una misma parroquia, que han decidido comprometerse a compartir la responsabilidad del cuidado de la mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos de esa parroquia, dando como resultado una atención continuada y coordinada según las competencias capacidad resolutive y distribución geográfica de cada grupo o institución integrante de la Microred para garantizar la prevención de complicaciones obstétricas y en especial para evitar la muerte materna. Es un modelo local de atención coordinado entre las instituciones o grupos de proveedores de servicios de salud Materna y neonatal que garantiza atención CONE continuada de calidad a la mayor cantidad de usuarios. (Freire J, 2012)

Objetivo de la RED CONE es disminuir los índices de muerte materna y neo natal en Cotopaxi es el objetivo principal del Proyecto Red de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) Cotopaxi. El trabajo se desarrolla desde noviembre de 2009 y es financiado por la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional USAID. El Centro para los Servicios Humanos (Center for Human Services), CHS, es la entidad ejecutora, cuya actividad se coordina con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

➤ LAS FUNCIONES DE LA MICRORED CONE COMUNITARIA ES:

1.- Planificar, coordinar, y ejecutar actividades mensuales entre el personal de salud institucional y las parteras y parteros ancestrales para trabajar por la salud y la vida de las madres y RN de la parroquia.

2.- Mejorar el acceso de las mujeres de la parroquia a una atención CONE continua, oportuna, con calidad y calidez, y con calidad y con enfoque intercultural durante el embarazo, parto, posparto y atención al recién nacido.

3.- Mejorar la calidad de atención CONE comunitaria a través de capacitación a personal de salud y parteras y parteros ancestrales, y a través del monitoreo de

estándares y mejora la calidad de los servicios ofrecidos en las unidades de la Microred.

4.- Unificar los criterios de atención materna – neonatal entre los proveedores institucionales según practicas basadas en la evidencia científica y de acuerdo a las normas y protocolo del MSP.

5.- Capacitar y dar apoyo a las parteras y parteros comunitarios para mejorar sus prácticas ancestrales con conocimiento de prácticas basadas en la evidencia científica.

6.- Implementar el sistema de referencia y contra referencia en el ámbito comunitario y hacia unidades de mayor capacidad.

7.- Conformar comités de emergencia comunitarios y elaborar planes de emergencia para el transporte de mujeres y recién nacido con señales de peligro a un establecimiento de salud.

8.- Supervisión y apoyo a agentes comunitarios de salud (Capacitación continuada monitoreo de cumplimiento de acciones, evaluación y reportes.)

9.- Planificación y coordinación con integrantes de la Microred para analizar los principales obstáculos y establecer propuestas de solución

10.- Rendición de cuentas y solicitud de apoyo a las organizaciones sociales de la comunidad, GAD parroquial, consejo parroquial o consejo cantonal de salud etc.

Integran la Microred CONE las personas, grupos o instituciones que proveen servicios y atención materna y neonatal en la parroquia. (Lic. Freire, 2012)

- Parteras tradicionales avaladas por su comunidad capacitadas y acreditadas por el MSP.
- Técnicos de Atención Primaria de Salud.
- Personal de salud de los puestos centros y subcentros de salud del MSP.

- Personal de salud de los dispensarios del seguro social campesino.
- Hospitales, clínicas privadas o dispensarios de organizaciones no gubernamentales.
- Otros prestadores de salud (Policlínico, Fuerzas Armadas, Patronato Municipal etc.)

En Cotopaxi las razones de muerte materna y tasas de muerte neonatal son “muy altas”. Precisa que las muertes maternas pueden darse durante el embarazo, parto y en los 41 días siguientes al alumbramiento. Asimismo, se considera muerte neonatal aquellas en las que los niños mueren en el transcurso de los primeros 28 días de vida. La tasa de mortalidad de niños menores de 28 días se ubicó en 8.8 por mil nacidos vivos en 2009, lo que significó 52 muertes y representó la muerte de un neonato por semana. En 2010 la cifra se redujo a 45 niños muertos cada mil nacidos vivos. En torno a la muerte materna, en 2010 se registraron 7 y en lo que va del 2011, 4 casos. No obstante, aclara que en los referidos datos no se incluye información de lo que se denomina “sub registro”, el que abarcaría las muertes de neonatos, cuyo nacimiento ni defunción no se registran. El porcentaje de este “sub registro” bordearía, entre el 35 y 40 por ciento. “No hay buenos sistemas de registro de las muertes neonatales”, dice y añade que “cerca del 35 por ciento de familias, a nivel nacional, no registran ni el nacimiento ni la defunción del niño.

Estos datos que muestran reducción en los índices de muerte materna y neonatal, para el coordinador de Red CONE Cotopaxi, se perciben como un impacto “positivo” en lo referente a mejorar el conocimiento de las familias sobre la importancia de la salud materna y neonatal. La capacitación se orienta a parteras y parteros tradicionales y líderes comunitarios. La fase demostrativa se da en el cantón Pujilí y entre el 30 de noviembre y el 1 de diciembre de 2011 se capacitó a 100 parteras comunitarias en parroquia Belisario Quevedo del cantón Latacunga. En la provincia de Cotopaxi se intervendrá en 21 parroquias de seis de los siete cantones: Pangua, Salcedo, Latacunga, Sigchos, Saquisilí y Pujilí. Los sectores donde se entregará información y capacitación a las parteras se eligieron en base a índices de pobreza, presencia indígena y datos de muerte materna y neo natal, quien aclara que no se incluyó la totalidad de parroquias cotopaxenses porque el proyecto dispone de recursos y tiempo limitado, pues se ejecutará hasta el 2013.

Anota que se pretende demostrar un modelo de trabajo en esos lugares y construir una red comunitaria, cantonal y provincial de servicios públicos que abarque la atención a mujeres embarazadas desde el nivel comunitario –con la intervención de las parteras- hasta los centros médicos especializados, conformando e implementando así el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna y Neonatal. Precisa la importancia de conocer que la mujer embarazada está en riesgo de morbilidad y mortalidad. Según estadísticas mundiales, el 15% de los embarazos se complican. Con la implementación del sistema de vigilancia, la partera está instruida y facultada para dar seguimiento a las mujeres embarazadas en su comunidad, registrar el proceso y, de existir complicaciones, dar aviso al centro de salud para que este responda con una visita con personal de salud, identifique el peligro y haga una referencia inmediata a un hospital. (Cotopaxi Noticias, 2011)

➤ **SE ESPERA DE LA MICRORED CONE:**

Acceso mejorado de mujeres embarazadas, parturientas puérperas y recién nacidos a una atención culturalmente pertinente y de calidad con prácticas basadas en evidencia científica y de gran impacto. Aumento de embarazadas y recién nacidos en riesgo o con complicaciones que son visitadas en su domicilio por persona calificado institucional o comunitario. Proveedores de salud institucional y comunitarios capacitados con habilidades y destrezas de atención materna y neonatal de calidad. Mejoramiento del nivel de coordinación entre proveedores institucionales y parteras tradicionales. Referencia oportuna para atenciones de complicaciones obstétricas y neonatales a hospitales cantonales o provinciales. Proveedores de servicios de salud coordinando acciones con organizaciones de la sociedad civil. (Freire J, 2012)

Parroquias de Cotopaxi en las que el Proyecto Red de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) intervendrá:

Tabla N°1. Parroquias de Cotopaxi que pertenece al proyecto RED CONE.

Cantón	Parroquias
Latacunga	Belisario Quevedo
	Poaló
	Toacaso
Pangua	El Corazón
	Pinllopata
	Ramón Campaña
Pujilí	Pujilí
	Angamarca
	Guangaje
	La Victoria
	Pilaló
	Zumbahua
Salcedo	San Miguel
	Cusubamba
	Mulalillo
Saquisilí	Saquisilí
	Canchagua
	Cochapamba
Sigchos	Sigchos
	Chugchilán
	Isinliví

Realizado por: RED CONE

2.5.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE

2.5.2.1 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

2.5.2.1.1 COMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias para llevar el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo. La presión arterial se mide en números y los valores se expresan en milímetros de mercurio (mm Hg). La medición de la presión arterial incluye el registro de dos valores: la presión arterial máxima o sistólica y la presión arterial mínima o diastólica.

Se dice que existe hipertensión arterial cuando estas cifras suben a 140 mm Hg o 90 mm Hg. Las embarazadas constituyen un grupo especial de riesgo ya que la hipertensión, en esta etapa, pone en riesgo la vida de la mamá y la del bebé.

Existen algunas condiciones que las parteras deben saber sobre la hipertensión:

- Hipertensión gestacional: definida como una Presión arterial superior a 140/90.
- Preeclampsia: definida cuando la (Presión arterial es igual o aumenta a 140/90), preeclampsia severa implica el aumento de Presión Arterial superior a 160/110.
- Eclampsia: convulsiones con Presión arterial igual o mayor a 140/90.

La partera de saber que la paciente tiene alto riesgo de padecer esta enfermedad si:

- Es tu primer embarazo.
- Obesa. (Gordita)
- Tiene más de 30 años.
- Si es de raza afroamericana (raza negra)
- Tiene un antecedente familiar de hipertensión gestacional o preeclampsia.
- Tiene insuficiencia renal crónica o diabetes mellitus. (enfermedad en los riñones y azúcar en la sangre)
- Embarazada con dos o más bebés

➤ CUADRO CLINICO

Si la hipertensión es leve, muchas veces puede presentarse asintomática por lo que podría pasar desapercibida si no se realizan los controles específicos.

En casos más severos, la hipertensión puede ir acompañada de:

- Cefaleas (dolores de cabeza agudos)
- Problemas en la vista (sensibilidad a la luz y vista borrosa)
- Aumento repentino de peso (más de 3 kilos a la semana)
- Retención de líquidos en las piernas
- Hinchazón de la cara, piernas.

➤ TRATAMIENTO

Debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Acueste a la mujer sobre el lado izquierdo.
3. No dar de tomar líquidos.
4. Explique a la mujer y su familia la situación.

HEMORRAGIAS

Una de las principales señales de peligro y causa de muerte de las madres durante el parto son las hemorragias. Es el sangrado de más de 500 ml. Como dos tazas de sangre, de color rojo rutilante, se coagulan.

➤ CAUSAS

Tiene diferentes causas:

- No se contrae el útero.
- Rompimiento o desgarro del cuello del útero, de la vagina o del periné.
- Retención de la placenta.
- Retención de restos de la placentera.

- Inversión uterina o salida del útero.
- Ruptura del útero.

➤ **CUADRO CLÍNICO**

La mujer puede ponerse sudorosa, con la piel pálida y fría, puede ponerse débil, mareada y perder la conciencia y finalmente morir.

➤ **TRATAMIENTO**

Ante cualquier presencia de un sangrado de medio litro o más durante el parto la mujer debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

QUE SE DEBE HACER CON URGENCIA CUANDO UNA MUJER TIENE SANGRADO:

- Calcular el volumen de sangre perdida.
- Colocar la mujer con los pies más altos que la cabeza.
- Referirla y trasladarla.
- Darle líquidos abundantes

MALA PRESENTACIÓN

Es cuando el feto se ubica mal para atravesar la vía del parto durante el nacimiento. La presentación se define por la actitud fetal, la parte que se presenta y las señales maternas y fetales.

➤ **CAUSAS**

Un parto en mala presentación se debe a que el niño este mal colocado puede estar de nalgas u otras presentaciones (brazo, pie, cara, hombros)

➤ **PROBLEMAS EN LAS MUJER**

La mujer sufre más, y mayor peligro de infección y puede quedar con problemas o morir, el recién nacido puede nacer morado, el recién nacido puede morir en el vientre de la mujer.

➤ **TRATAMIENTO**

Debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Pedirle a la mujer que deje de pujar.
2. Acueste a la mujer sobre el lado izquierdo.
3. Explique a la mujer y su familia la situación.
4. Inicie el sistema de transporte.

PARTO DEMORADO

Es un parto que tarda más de 12 horas.

➤ **CAUSAS**

- Cuando hay cadera estrecha.
- Cuando el guagua está cruzado o atravesado.
- Cuando no se dilata o no se abre el cuello de útero.
- Cuando no hay dolores o contracciones de parto.
- Cuando el condón está envuelto en el cuello del guagua.
- Cuando ya ha salido el agua de fuente y no tiene buenas contracciones, no se produce el parto.
- Embarazo de gemelos

➤ **PROBLEMAS EN LA MUJER**

La mujer sufre más, y mayor peligro de infección y puede quedar con problemas o morir. El recién nacido puede nacer morado, el recién nacido puede morir en el vientre de la mujer.

➤ **TRATAMIENTO**

Ante cualquier parto que tarda más de 12 horas la mujer debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Pedirle a la mujer que deje de pujar.
2. Acueste a la mujer sobre el lado izquierdo.
3. Explique a la mujer y su familia la situación.
4. Inicie el sistema de transporte.

RETENCIÓN DE PLACENTA

Es cuando la placenta tarda en salir más de 30 minutos o media hora después de que el niño nace, con o sin sangrado.

➤ **CAUSAS**

Puede ser que la matriz no tenga fuerza para expulsar la placenta. Esto se ve más en las mujeres mayores de 35 años, y con muchos hijos.

➤ **PROBLEMAS EN LA MUJER**

La mujer puede sangrar abundantemente, ponerse sudorosa, con la piel pálida y fría, puede ponerse débil, mareada y perder la conciencia y finalmente morir.

➤ **TRATAMIENTO**

Ante la presencia de cualquier sangrado fuerte, de más de medio litro después del parto la mujer debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Acueste a la mujer.
2. Ponga al recién nacido a mamar.
3. Explique la situación a la mujer y su familia.
4. Inicie el sistema de transporte.

➤ **PROCEDIMIENTOS O MANERAS ESPECIALES PARA ATENDER HEMORRAGIAS EN LA MUJER.**

- Calculo de volumen de sangre perdida
- Compresión bimanual externa

➤ **CÁLCULO DE VOLUMEN DE SANGRE PÉRDIDA**

Calcule y determine las cantidades de sangre que la mujer ha perdido por la vagina:

- **SANGRADO ABUNDANTE:** Cuando se empapan de sangre dos trapos como dos camisas o dos faldas de tela (Medio litro 500 CC o más)
- **SANGRADO MEDIANO:** Cuando sólo se manchan de sangre dos trapos pequeños como camisetas de niño (no se empapan) (250 CC)
- **ANGRADO POQUITO:** Cuando sólo se mancha de sangre un trapo (50 CC)

➤ **OBSERVE EN LA MUJER Y DECIDA QUÉ HACER DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE SANGRE PÉRDIDA:**

- **Sangrado Abundante:**
¡Haga compresión bimanual externa y lleve a la mujer rápidamente a la Unidad de Salud u Hospital más cercano!
- **Sangrado Mediano:** Matriz dura, no hay desgarro, no presenta signos de choque pero si está débil, mareada preocuparse y **referir al Hospital o unidad de Salud más cercana**
- **Sangrado Poquito:** Es Normal con útero contraído sin desgarro, placenta completa y sin signos de choque. Si este sangrado es con signos de choque preocuparse y referir.

➤ **MÉTODO DE COMPRESIÓN BIMANUAL EXTERNA**

Compresión bimanual externa en una mujer que presenta sangrado después del parto

- Explicarle a la parturienta lo de su estado y decirle que le van a hacer un masaje que le va a doler pero que es necesario.
- Acostarla.
- Revisar si ha orinado, si no lo ha hecho ponerla a orinar.
- Palpar la matriz.
- Hacer compresión de la matriz apretándola con una mano la parte de arriba haciendo presión hacia adentro y abajo y con la otra mano la parte de abajo haciendo presión hacia adentro y arriba, a modo que la matriz queda comprimida entre las dos manos.
- Esta compresión se sostiene por 20 minutos.
- Al término de 20 minutos se evalúa el sangrado y en caso necesario se sigue repitiendo hasta que la mujer llegue al hospital o unidad de salud.
- **SI DESPUÉS DEL PARTO EL SANGRADO HA SIDO BASTANTE LA MATRIZ ESTÁ CONTRAÍDA Y DISMINUYE EL SANGRADO SIEMPRE REFERIRLA.**
- **SI DESPUÉS DE LA COMPRESIÓN SIGUE SANGRANDO ABRIGARLA DARLE LIQUIDOS Y ENVIARLA CON LOS PIES MÁS ALTOS QUE LA CABEZA SIEMPRE DEBE REFERIRLA.**
- **SI LA PARTERA ES LLAMADA DESPUÉS DEL PARTO, DEBE LAVARSE LAS MANOS PARA REVISAR A LA MADRE Y EL NIÑO.**

2.5.2.1.2 COMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

INFECCIONES

Las infecciones posparto suelen afectar al aparato genital, y aparecen sobre todo en el útero y la vagina, aunque también pueden producirse infecciones vesicales y renales, mastitis, etc.

➤ **LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE INDICAN COMPLICACIONES PUERPERALES SON:**

- Sangrado uterino abundante, que sobre pasa del sangrado normal. Puede ser secundario a una hipotonía uterina, por retención total o parcial de la placenta o las membranas, rotura uterina, desgarre cervical, vaginal y otros.
- Fiebre con o sin fetidez de los loquios. Son signos de infección puerperal, generalmente secundarios a la atención no limpia del parto, puede prevenirse con la atención del parto limpio.
- Dolor abdominal y lumbar con o sin fetidez de loquios.

HEMORRAGIA

Perdida excesiva de sangre dentro las primeras 24 horas (temprana), o dentro de las seis semanas tras el parto (tardía).

➤ **CAUSAS**

- **Atonía uterina:** los músculos uterinos no se contraen tras la expulsión de la placenta, lo que impide que puedan cerrarse los vasos sanguíneos situados en la zona.
- **Desgarros del canal del parto:** en partos difíciles se pueden producir traumatismos y laceraciones, por lo que es importante revisar el canal del parto.
- **Retención de restos placentarios:** residuos de la placenta pueden quedar adheridos a la pared del útero, y se produce hemorragia porque éste no se contrae para evitarla.

➤ **PROBLEMAS EN LA MUJER**

Tiene fiebre, dolor constante en el vientre, olor fétido (sangre de mal olor), coágulos grandes.

➤ **TRATAMIENTO**

A los primeros síntomas se debe explicar a la familia y referir a la paciente **inmediatamente al hospital o unidad de Salud.**

2.5.2.1.2.1.2 INFECCIÓN

La calentura o fiebre después del parto es una contaminación del útero o matriz de la mujer por falta de aseo durante el parto que puede provocarle la muerte a la puérpera.

➤ CAUSAS

Las infecciones se producen por los microbios que se pueden transmitir por el polvo, las manos sucias, los instrumentos y ropa sucia, falta de aseo en la madre o la partera. Los microbios pueden entrar por las personas o por lo que usamos (colocar cartel de las tijeras). Las infecciones se producen en los primeros siete días del parto.

➤ PROBLEMAS EN LA MUJER

Tiene fiebre, dolor constante en el vientre, mal olor en las secreciones de la parte (Loquios) útero blando a la Reforzar que la mujer puede llegar a tener lo que se conoce como “Choque Séptico”, los síntomas son: fiebre, aumento en los latidos del corazón, confusión y / o ansiedad, se le baja la presión arterial, está en una condición muy grave y las pacientes pueden morir.

➤ TRATAMIENTO

A los primeros síntomas se debe explicar a la familia y referir a la paciente **inmediatamente al hospital o unidad de Salud.**

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Darle baño de esponja sí está muy caliente.
2. Darle una tableta de acetaminofén de 500 Mg.
3. Darle a tomar líquidos.
4. Explique a la mujer y su familia la situación.
5. Inicie el sistema de transporte.

➤ **MASTITIS**

Es una infección mamaria que aparece hacia 3^o-41 día del puerperio por fisura en el pezón e infección por una bacteria (estafilococo aureus) procedente del neonato.

➤ **CAUSAS**

Fiebre alta, mamas tensas, rojas, dolorosas al tocarles, sensación de masas en el cuello (adenopatías). Suele ser unilaterales, más frecuente en primerizas y casi exclusivamente madres que dan de lactar.

➤ **TRATAMIENTO**

- 1.-Aplicar calor local
- 2.- Prohibir la bebida de líquidos.
- 3.- Enviar a una casa de salud para su valoración.

2.5.2.2 ALTA MOBI- MORTALIDAD MATERNA.

La mortalidad materna es una de las principales tragedias humanas innecesarias ya que no hay razón para que las mujeres tengan que morir en el parto y constituye la principal violencia contra la mujer. Estudios recientes han calculado que el 80% de esas muertes se pueden evitar con acceso a servicios esenciales de maternidad y de atención básica de salud. En efecto, las cinco complicaciones que causan más del 70% de las muertes maternas, son hemorragias (25%), infecciones (15%), abortos peligrosos (13%), eclampsia (12%), y parto obstruido (8%), todas controlables con una adecuada atención médica. Estas defunciones dejan a un millón de niños/as huérfanos anualmente, los que tienen 10 veces más probabilidades de morir durante los dos años siguientes a la muerte de sus madres que los demás menores.

Además, la mortalidad materna es un indicador elocuente de la brecha en el derecho a la salud, puesto que, de todos los indicadores es el que muestra más diferencias entre países industrializados y países no industrializados: en estos últimos el riesgo de morir por

complicaciones del embarazo, parto y puerperio es 300 veces más alto que en los primeros. América Latina y el Caribe se encuentran en una posición mejor; no obstante, durante el 2006 se produjeron alrededor de 15.000 muertes principalmente debido a hipertensión y hemorragias (Khan, 2006; UNICEF, 2009).

La inmensa mayoría de las muertes maternas se evitarían si las mujeres tuvieran acceso a servicios de planificación familiar de calidad, atención competente durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento, o servicios de atención post aborto y, donde esté permitido, servicios de aborto seguros. La OMS se ha comprometido a lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para lo cual se requiere focalizar los esfuerzos en grupos y territorios específicos donde se concentran el riesgo.

La mayoría de mujeres que se mueren durante el embarazo o parto viven en países pobres, y la mayoría de ellas viven en regiones geográficas de difícil acceso en sus respectivos países, donde el acceso a una clínica u hospital es limitado. Estas mujeres en su gran mayoría tienen sus hijos en el hogar y por lo general bajo el cuidado de una partera tradicional. La partera tradicional capacitada es trascendental en comunidades de difícil acceso por su desempeño desde la captación de la embarazada, orientación a la mujer, familia y comunidad durante el embarazo, parto, después del parto y los cuidados del recién nacido. Además la partera es la persona a quien acude la embarazada y la familia para que le brinde atención durante el embarazo parto y posparto en condiciones normales y de riesgo. Mientras todo sea normal en un embarazo, la partera tradicional capacitada puede realizar cuidados durante el embarazo atender el parto, atender al recién nacido, igualmente reconocer las señales indicativas de buscar ayuda médica y atender diversas urgencias si llegan a presentarse.

Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un

problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto provocado y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. El índice de muerte materna vinculado al aborto clandestino es 2,95 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto. Se ha reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá que los 42 días del puerperio, por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año post-parto. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, siendo que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna. (OMS, 2013)

➤ **CAUSAS PRINCIPALES**

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano.

Sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África

Oriental y el 93% en Sudamérica. Más allá de las causas o entidades patológicas que desencadenan el fallecimiento, existen 2 factores que condicionan de manera trascendente la muerte de una mujer durante el embarazo, parto y puerperio y estas son: Inoportunidad o retraso en el diagnóstico y/o instalación de tratamiento. Esto es inadecuados y/o ineficaz, en cuanto a la oportunidad se reconocen 3 momentos de retardo en la atención efectiva de las complicaciones.

- 1.- Al decidir solicitar atención.
- 2.- Al trasladar a la mujer a la unidad de salud.
- 3.- En recibir atención específica efectiva.

En 2003, la OMS, la UNICEF y la UNFPA reportaron por estadísticas obtenidas del año 2000 que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100.000 nacidos vivos, en países desarrollados es de 20 x 100.000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo de 440 x 100.000 nacidos vivos. La mayor proporción de muertes maternas no ocurren durante el parto, sino durante los días subsiguientes a este.

➤ **FACTORES DE RIESGO**

Los mayores índices de mortalidad materna tienden a ocurrir en países que también tienen altos índices de mortalidad infantil, un reflejo de pobre cuidado médico y de baja nutrición. Los nacimientos de bajo peso aumentan el riesgo de muerte materna por enfermedad cardíaca. El restarle medio kilo al peso del recién nacido, por lo general duplica el riesgo de una defunción materna. El aborto provocado por aspiración incrementa el riesgo de pérdida del hijo en el siguiente embarazo. La probabilidad de tener partos prematuros aumenta tras haberse sometido a un aborto, así como la edad avanzada de la gestante. Por lo tanto, mientras se prevengan partos de bajo peso, menor será el riesgo de una defunción materna.

Otro factor predisponente a una defunción materna asociada al embarazo son los abortos de alto riesgo, como los abortos a partir del segundo trimestre de gestación y los causados por personas no especializadas o en lugares que ceden de los requisitos mínimos para realizar el

procedimiento. En Sudamérica ocurren 34 abortos peligrosos por cada 1000 mujeres, mayor aún que los reportados en África oriental (31 por 1000 mujeres), constituyendo la principal razón de muertes maternas, un total mayor a 68.000 por año. (Suárez G, 2010)

2.6 HIPOTESIS

“Los conocimientos y prácticas de las parteras empíricas influyen en las complicaciones obstétricas (Parto- Puerperio).”

2.7 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN LAS PARTERAS EMPIRICAS

VARIABLE DEPENDIENTE:

COMPLICACIONES OBSTETRICAS

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO

El estudio se ha planteado realizar un análisis cualitativo, ya que permite establecer cómo los conocimientos y prácticas sobre el parto – puerperio en las parteras empíricas influyen en las complicaciones obstétricas que presentan sus pacientes. El carácter cuantitativo se manifiesta en el análisis estadístico de las encuestas aplicadas para medir el nivel de conocimientos y prácticas sobre el parto – puerperio en las parteras empíricas y su influencia en las complicaciones obstétricas. Por lo tanto el presente estudio tiene un carácter cuantitativo-cualitativo.

3.2 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación fue de campo, por cuanto se obtuvo la información en la comunidad, en los domicilios de las parteras. En esta modalidad se utilizaran entrevistas, encuestas, y observaciones para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto y cuantificarlos.

3.3 TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación fue de tipo descriptivo, transversal y de período por cuanto se centró el estudio de los conocimientos y prácticas sobre parto- puerperio en las parteras y su

influencia en las complicaciones obstétricas recolectando los datos entre Enero - Agosto 2014.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

3.4.1. Tipo de muestreo: probabilístico al azar

Universo: Parteras y parteros de las comunidades rurales del cantón Salcedo Mujeres 28 y hombres 1 (Datos RED CONE).

Muestra: No se calcula pues se investiga a todas las parteras que acepten participar en el proceso.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión:

- Parteras en ejercicio con o sin capacitación por la RED CONE
- Acepten y firmen el consentimiento informado

Exclusión:

- Personas que proporcionen información incompleta.
- Personas que no se las localice luego de tres intentos.
- Parteras de parroquias urbanas

3.6 CRITERIOS ÉTICOS

- Confidencialidad
- Anonimato
- Acceso restringido a la información de las parteras a personas extrañas a la investigación.

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Matriz de operacionalización de variables.

3.7.1 **VARIABLE INDEPENDIENTE: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN LAS PARTERAS EMPIRICAS**

Tabla N°2: Operacionalización de la variable independiente

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<p>El conocimiento se conceptúa como: Los saberes sobre el parto – puerperio su control y cuidados.</p>	1.-Parto	<p>a.- Primera etapa: Labor (Dilatación)</p> <p>b.- Segunda etapa: Parto (Expulsivo)</p> <p>c.- Tercera etapa: Alumbramiento o salida de la placenta.</p>	1.- ¿En la primera etapa con que síntoma signo reconoce usted que a empezó trabajo de parto?	<p>Encuesta</p> <p>Entrevista</p>	Cuestionario estructurado
	2.-Puerperio	<p>a) Puerperio Inmediato</p> <p>b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho</p> <p>c) Puerperio Alejado</p> <p>d) Puerperio Tardío</p>	2.- ¿Cuántos días de reposo recomienda usted a su paciente?	<p>Encuesta</p> <p>Entrevista</p>	Cuestionario estructurado

Elaborado: TOAQUIZA, Alexandra

3.7.2 VARIABLE DEPENDIENTE: COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Tabla N°3. Operacionalización de la variable dependiente

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
COMPLICACIONES OBSTETRICAS	Parto.	COMPLICACIONES EN LA ATENCION DEL PARTO. a.-Trastornos hipertensivos b.- Hemorragias c.- Mala presentación d.- Parto demorado e.-Retención de placenta	¿Indique si del siguiente listado usted conoce alguna complicación obstétrica durante la atención del parto? a.-Trastornos hipertensivos b.- Hemorragias c.- Mala presentación d.- Parto demorado e.-Retención de placenta	Encuesta Entrevista	Cuestionario estructurado Preguntas dirigidas a actores sociales
	Puerperio.	COMPLICACIONES EN LA ATENCION DEL PUERPERIO. a.- Hemorragias b.- Infección posparto c.- Infección puerperal	¿Usted cree que las hemorragias pueden causar muerte materna? a.-Si b.-No	Encuesta Entrevista	Cuestionario Estructurado Preguntas dirigidas a actores sociales

Elaborado: TOAQUIZA, Alexandra

3.8 TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Para el presente trabajo las técnicas que se utilizaron son:

a) Encuesta asistida para parteras y parteros: (Ver: Anexo. Encuesta)

La encuesta consta de 19 preguntas elaboradas a partir del análisis del marco teórico, que permite describir los conocimientos y prácticas sobre el parto – puerperio en las parteras empíricas. La encuesta consta de las siguientes partes, instrucciones, datos generales y el cuestionario estructurado. Esta técnica se aplicó a 28 parteras y 1 partero.

b) Entrevista semi-estructurada (Anexo)

Para la recopilación de información se realizará una entrevista semi-estructurada dirigida a actores sociales:

- Directivo encargado de las parteras en el cantón Salcedo en el Hospital Yerovi Mackuart.
- Encargado de realizar la capacitación a las parteras en el Hospital Yerovi Mackuart de salcedo.
- Encargado de las capacitaciones de las parteras en el Centro de salud de la parroquia donde exista el mayor número de parteras.

La entrevista tiene como objetivo establecer el grado de conocimientos y practicas sobre parto – puerperio a las parteras.

Las entrevistas giran en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los objetivos y funciones como directivos encargados de las parteras del cantón Salcedo?

- ¿Cómo encargados de las capacitaciones a un futuro cuales son los resultados esperados?
- ¿Cuántas parteras fueron capacitadas y no capacitadas en el cantón Salcedo?
- ¿A la unidad de salud a cual pertenece a llegado alguna complicación durante el parto o puerperio atendido por una partera capacitada o no capacitada?
- ¿Conoce algunas técnicas ancestrales que practican las parteras capacitadas que sea perjudicial para la paciente?
- ¿Cómo califica usted a los conocimientos impartidos a las parteras después de las capacitaciones por la Red CONE?

3.9 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Encuesta 1:** se aplicó la encuesta a parteras y partero de las comunidades del cantón Salcedo previa consentimiento se aplicó la encuesta, cada uno recibió las instrucciones y completo el cuestionario.
- Entrevista semiestructurada:** previa autorización se fijó fecha y hora para la entrevista con cada uno de los actores sociales. Los datos recolectados son almacenados en material audiovisual y luego transcritos en este documento.

3.10 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- Procesamiento y análisis de las encuestas**

Para el procesamiento de la información se procedió de la siguiente manera:

- Se creó una base de datos en SPSS 20 Windows con la información obtenida.

- Se corrigió errores de la base de datos.
- Se realizaron pruebas de significación apropiadas al tipo de variable.
- Se crearon gráficos y tablas en SPSS 20 Windows y EXCEL para cada una de las variables incluidas en la investigación obteniendo: cuadros estadísticos, descriptivos para las variables cualitativas y cuantitativas.
- Con todo esto se pudo realizar la exposición, análisis y discusión de la información obtenida.

b) Procesamiento y análisis de la entrevista

Para el análisis cualitativo se elabora una tabla resumen con las respuestas textuales de cada actor social encuadradas en relación a las preguntas de la entrevista.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

4.1. ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

Se aplicó una entrevista semiestructurada dirigida a tres actores sociales:

(Ver: Anexo):

- a) **Dr. Charles Robles, Director del Hospital Yerovi Mackuart**
- b) **Lic, Marlene Quisphe, Encargada de las capacitaciones de las parteras en el cantón Salcedo**
- c) **Dra. Lisett Hyppolyte, Médico rural de una comunidad rural (Lic. Mónica Valencia, Auxiliar Sra. Ernestina Sevilla).**

La entrevista gira en torno a las siguientes preguntas:

- **¿Cuáles son los objetivos y funciones como directivos encargados de las parteras del cantón Salcedo?**

- ¿Cómo encargados de las capacitaciones a un futuro cuales son los resultados esperados?
- ¿Cuántas parteras fueron capacitadas y no capacitadas en el cantón Salcedo?
- ¿A la unidad de salud a cual pertenece a llegado alguna complicación durante el parto o puerperio atendido por una partera capacitada o no capacitada?
- ¿Conoce algunas técnicas ancestrales que practican las parteras capacitadas que sea perjudicial para la paciente?
- ¿Cómo califica usted a los conocimientos impartidos a las parteras después de las capacitaciones por la Red CONE?

Los resultados se resumen en la siguiente tabla:

Tabla N°4. Entrevista

Pregunta	Dr. Charles Robles, Director del Hospital Yerovi Mackuart	Lic, Marlene Quisphe, Encargada de las capacitaciones de las parteras en el cantón Salcedo	Dra. Lisett Hyppolyte, Lic. Mónica Valencia, Auxiliar Sra. Ernestina Sevilla, Médico rural de una comunidad rural
<ul style="list-style-type: none"> Objetivos y funciones como directivos encargados 	Planificar, coordinar y ejecutar actividades trimestrales entre el personal encargado y las parteras	Mejorar la calidad de atención a través de más capacitaciones Planifica las capacitaciones	Capacitar y dar apoyo a las parteras y parteros comunitarios para mejorar sus prácticas en la comunidad Planifica capacitaciones en la comunidad Recoge las hojas de informe cada mes
<ul style="list-style-type: none"> Resultados esperados a un futuro 	Ninguna muerte materna No complicaciones obstétricas	Parteras con conocimientos académicos No complicaciones obstétricas	Asistencia total de las parteras a las capacitaciones
<ul style="list-style-type: none"> Parteras capacitadas y no capacitadas 	30	30	17
<ul style="list-style-type: none"> A la unidad de salud a cual pertenece a llegado alguna complicación durante el parto o puerperio atendido por una partera capacitada o no capacitada 	Hace 3 años, 1 muerte materna por complicaciones obstétricas durante la atención de un parto	No hay informes de muertes, ni complicaciones obstétricas	Hace 10 años
<ul style="list-style-type: none"> Técnicas ancestrales que practican las parteras capacitadas que sea perjudicial para la paciente 	Las costumbres están olvidadas por las parteras	Las costumbres están olvidadas por las parteras después de las capacitaciones	En la comunidad de Cusubamba se practica la costumbre de caminar

<ul style="list-style-type: none"> • Califique usted a los conocimientos impartidos a las parteras después de las capacitaciones por la Red CONE 	Buenos	Bueno	Muy bueno
---	--------	-------	-----------

Elaborado: TOAQUIZA, Alexandra

4.2. ANÁLISIS DE ENCUESTAS

Para el análisis de la encuesta se ha procedido a enmarcar cada una de las preguntas en la misma forma que fueron aplicadas, para proceder inmediatamente a contabilizar el total de respuestas y los conteos parciales de cada una de las aceptaciones más frecuentes.

4.2.1. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS PARTERAS- PARTEROS.

4.2.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

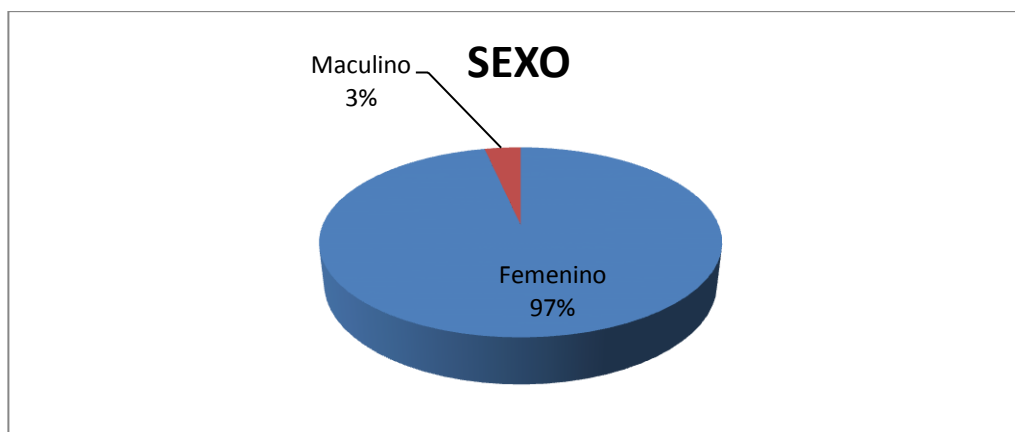
Tabla N°5. Edad*Sexo*Instrucción*Ocupación

Comunidad	N° Parteras	Edad	Sexo	Instrucción	Ocupación
Cusubamba	17	40 a 69 Años	Femenino	Primaria	Agricultura
Mulalillo	2	65 a 67 Años	Femenino	Analfabeto	QQDD
	1	57 Años	Masculino	Primaria	Jornalero
Papahurco	6	55 a 65 Años	Femenino	Primaria	Agricultura
San Marcos	2	50 a 66 Años	Femenino	Analfabeto	QQDD
Chanchaló	1	65 Años	Femenino	Analfabeto	QQDD
TOTAL	29				

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

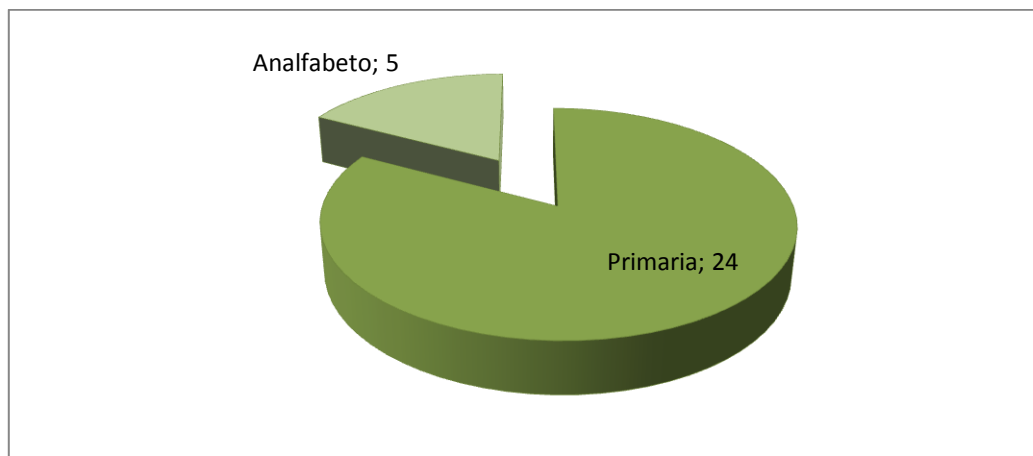
GRÁFICO N°2. Sexo



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

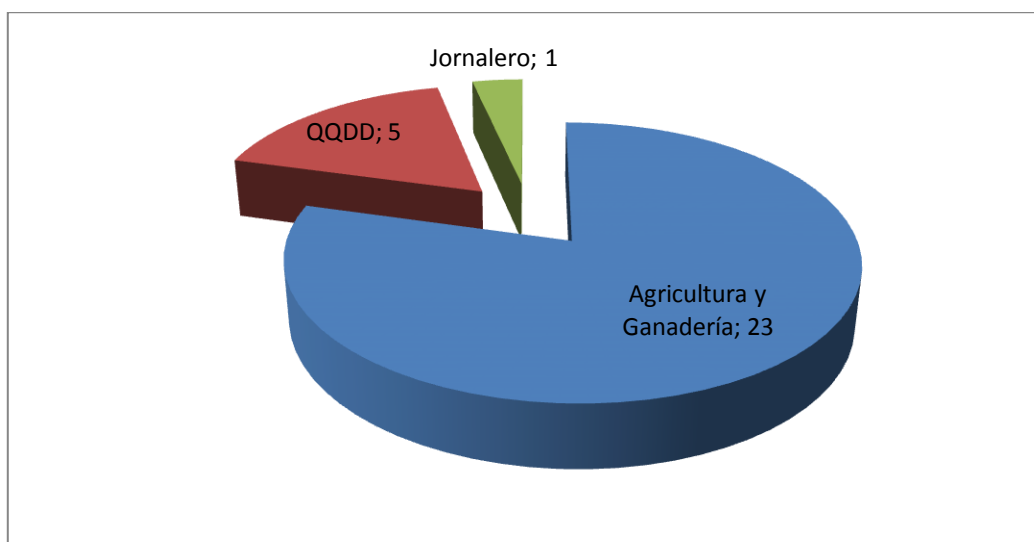
Gráfico N°3. Instrucción



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°4. Ocupación



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: De los 29 encuestados el 97% representa el sexo femenino y apenas el 3% al sexo masculino, 24 parteras (o) han cursado por la primaria dedicándose 24 a la Agricultura y Ganadería, 5 se dedican a los quehaceres domésticos y 1 jornalero.

4.2.1.2. PARTERAS POR COMUNIDAD

Tabla N°6. Parteras por Comunidad

Comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Chanchalo	1	3,45%
Cusubamba	17	58,62%
Mulalillo	3	10,34%
San Marcos	2	6,90%
Papahurco	6	20,69%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: De los 29 encuestados el mayor número de parteras se localizan en la Parroquia de Cusubamba y solo 9 personas pertenecen a los barrios de la parroquia La Matriz.

4.2.1.3. PARTERAS QUE FUERON CAPACITADAS POR LA RED CONE

Tabla N°7. Capacitación por la RED CONE

Capacitación por la RED CONE	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: La 29 parteras identificadas en las comunidades rurales del Cantón Salcedo son participes de las capacitación emitidas por el proyecto Red CONE. El proyecto Red CONE se instaló en el 2010 en la provincia de Cotopaxi con el objetivo de contribuir a reducir la muerte de las madres y de los recién nacidos de esta provincia. En general, las parteras adquieren inicialmente el conocimiento por un proceso empírico, en una elevada proporción de casos, este conocimiento se amplía con información proveniente de la medicina académica, que obtienen posteriormente a partir de cursos de adiestramiento. Sin embargo, la partera nunca deja de pertenecer a la población, ni de compartir el mismo sistema de

códigos culturales, lo que le asegura la confianza de las embarazadas y repercute directamente en el estado emocional de la gestante. La amplia cobertura que ofrecen las parteras tradicionales, el papel central que desempeñan ante la comunidad y la calidad "mixta" de su conocimiento (en el que se integran la medicina tradicional y algunos conceptos adquiridos de la medicina académica), las convierten en personajes clave para mejorar la salud reproductiva de las mujeres. RED CONE 2010

4.2.1.4. PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

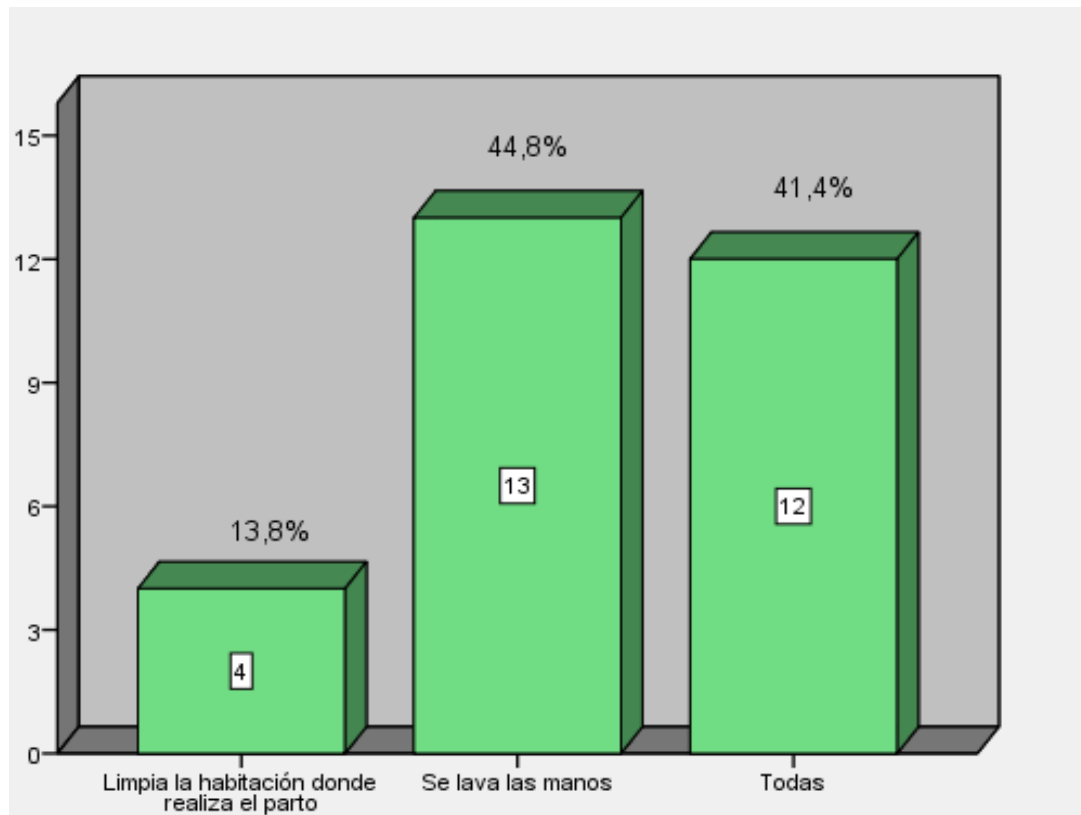
Tabla N°8. Preparación para la atención del parto.

Preparación para la atención del parto	N°	Porcentaje
Limpia la habitación donde se realiza el parto	4	13,79%
Hierve sus instrumentos en agua caliente jabonosa	0	0,00%
Usa ropa limpia	0	0,00%
Se lava las manos	13	44,83%
Limpia la región genital	0	0,00%
Todas son correctas	12	41,38%
NS/NR	0	0,00%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°5. Preparación para la atención del Parto



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: La partera capacitada se prepara y aconseja a la madre como prepararse para el parto y nacimiento es por eso que se prepara de la siguiente manera: 13 parteras indican que se preparan para la atención del parto dando prioridad al aseo de sus manos, 4 parteras creen que también es necesario limpiar la habitación en donde se va a realizar el parto, y 13 indican que deben realizarse las actividades anteriores junto con usar ropa limpia, hervir su instrumento en agua caliente jabonosa y limpiar la región genital.

4.2.1.4.1 Técnica de lavados de manos

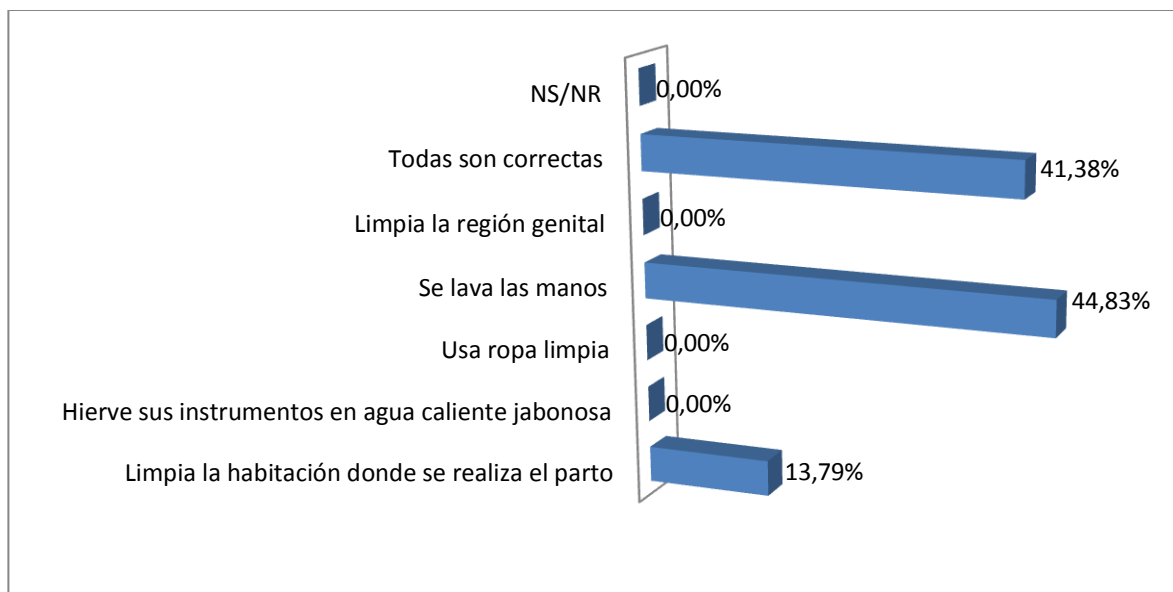
Tabla N°9. Técnica lavado de manos

Grafico	Técnica	Correcta	Incorrecta	Frecuencia	Porcentaje
Grafico1	Moje sus manos con agua previamente hervida	X		0	0,00%
Grafico2	Haga bastante espuma	X		0	0,00%
Grafico3	Frótese los dedos	X		3	10,30%
Grafico4	Frótese las palmas de las manos	X		1	3,45%
Grafico5	Lávese con los puños cerrados		X	14	48,35%
Grafico6	Frótese los pulgares	X		7	24,10%
Grafico7	Frótese la punta de los dedos con la palma	X		4	13,80%
Grafico8	Séquese las manos con una toalla	X		0	0,00%
	Total			29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°6. Técnica de lavado de manos



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Está demostrado que el lavado de manos es la medida más importante para prevenir las enfermedades. La superficie de las manos tiene pliegues, folículos pilosos, áreas sebáceas, glándulas sudoríparas y uñas que contienen microorganismos.

Es imposible determinar cuántos virus, bacterias, hongos y otros microorganismos tenemos en la piel de las manos.

Está científicamente demostrado que son muchas las enfermedades que pueden transmitirse a través de las manos. Es por eso que el proyecto RED CONE capacitó a las parteras (o) en el correcto lavado de sus manos enseñándoles técnicas adecuadas y fáciles: De las imágenes observadas por las parteras 15 identificaron a imágenes correctas como incorrectas y 14 identificaron al gráfico 5 como el incorrecto, esta técnica incorrecta porque consiste en lavarse las manos con los puños cerrados.

4.2.1.4.2 Costumbres ancestrales para la atención para el parto

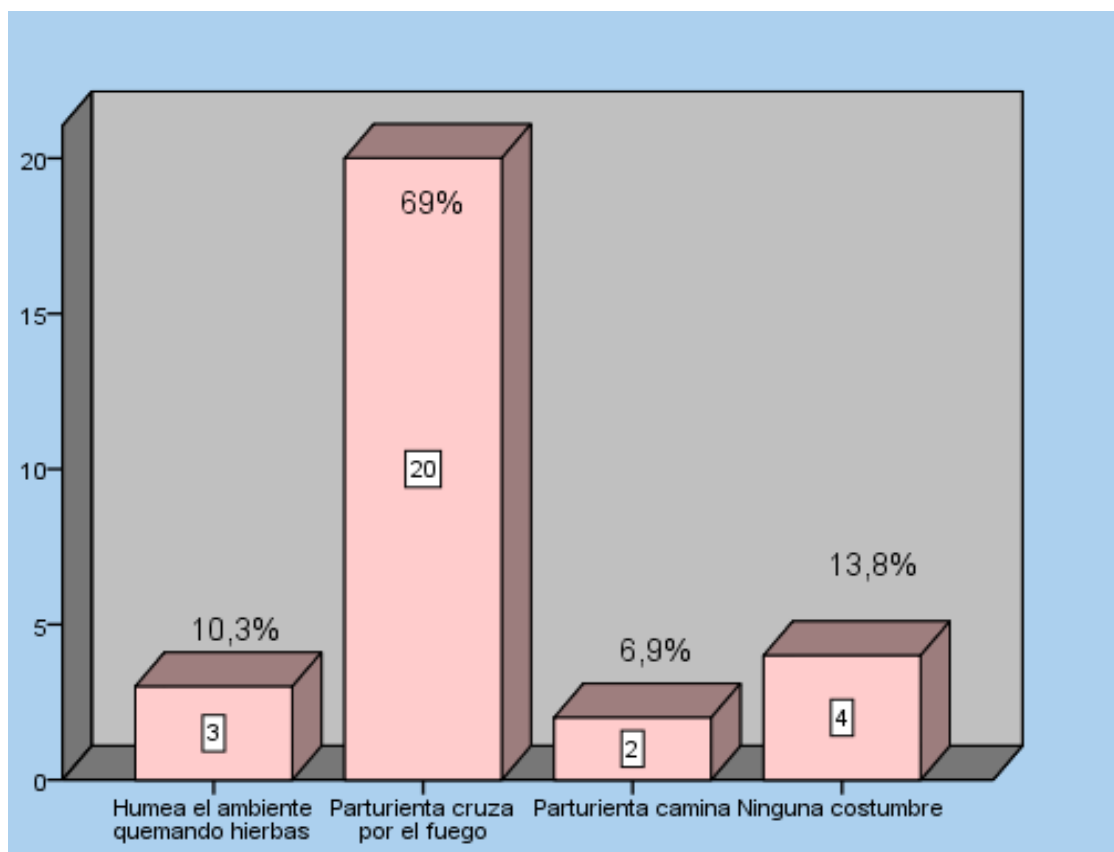
Tabla N°10. Costumbres para preparar el parto

Preparación para el parto	Frecuencia	Porcentaje
Humea el ambiente quemando hierbas	3	10,34%
Hace una cruz en el suelo	0	0,00%
Parturienta cruza por el fuego	20	68,97%
Parturienta camina	2	6,90%
Ninguna costumbre	4	13,79%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°7. Costumbres para preparar el parto



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Las comunidades aún conservan sus costumbres, en el caso de las parteras antes del parto practican en sus pacientes costumbres ancestrales como: humear el ambiente quemando hiervas, realizan una cruz en el suelo, piden a la parturiente que cruce caminando sobre el fuego y caminar mientras se encuentra en la trabajo de parto, 20 parteras responden que la costumbre que más practican es que la paciente cruce caminando sobre el fuego durante la labor de parto esto lo realizan para que la parturienta se caliente.

4.2.1.5 INICIO DEL TRABAJO DEL PARTO

4.2.1.5.1 Síntoma – signo del inicio trabajo de parto

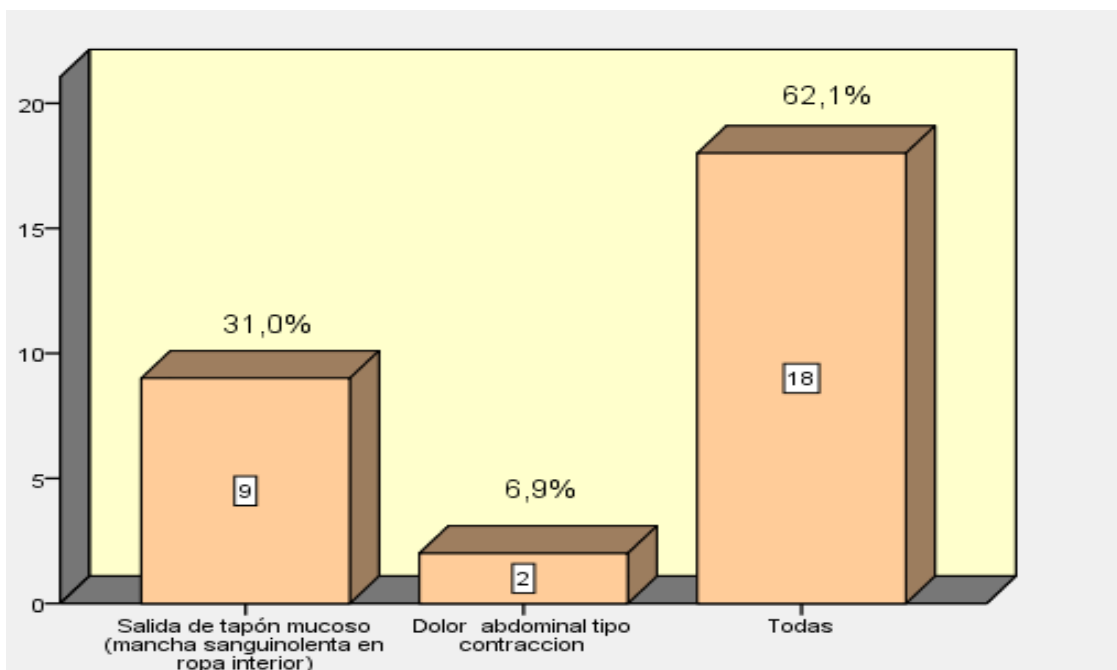
Tabla N°11. Síntoma-signo del inicio de la labor de parto

Síntomas-signos	Frecuencia	Porcentaje
Salida de tapón mucoso	9	31%
Dolor abdominal tipo contracción	2	7%
Salida de líquido amniótico	0	0%
Todas son correctas	18	62%
N/S/NR	0	0%
Total	29	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°8. Síntoma-signo del inicio de la labor de parto



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: La primera etapa del parto es la dilatación (labor), esta consiste en ciertos síntomas y signos que va a presentar la embarazada siendo la salida del tapón mucoso, dolor tipo contracción y salida del líquido amniótico. El 62.10 % de las encuestadas respondió que todas opciones son correctas.

4.2.1.6 PARTO

Tabla N°12. Parto

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nacimiento e inicio de la vida de una persona	29	100%
NS/NR	0	0%
Total	29	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: El nacimiento se define como el inicio de la vida de una persona o también la culminación del embarazo humano, es por eso que el 100% de los encuestados respondieron con la definición correcta del parto.

4.2.1.6.1 Señales de peligro para no atender el parto

Tabla N°13. Señales de peligro

Grafico	Técnica	Frecuencia	Porcentaje
Grafico1	Fiebre (Calentura)	8	27,60%
Grafico2	Hemorragia (sangrado))	0	0,00%
Grafico3	Cefalea (dolor de cabeza)	5	17,20%
Grafico4	Edema en la piernas (Hinchazón)	0	0,00%
Grafico5	Todas las imágenes son Correctas	16	55,20%
	Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: La partera examina para detectar señales de peligro. Por dichas razones la mayoría de parteras encuestadas reconocen fácilmente los signos de peligro para no atender un parto como son: fiebre, hemorragia (sangrado), cefalea (dolor de cabeza) y edema (hinchazón de piernas). Sabe que en estos casos debe actuar con urgencia y aconseja a la madre y a su familia actuar inmediatamente, motiva a que decidan el traslado de la madre a un centro de salud u hospital, y que pongan en funcionamiento el plan de emergencia.

4.2.1.6.2 Agua de remedio que ayuda al trabajo de parto

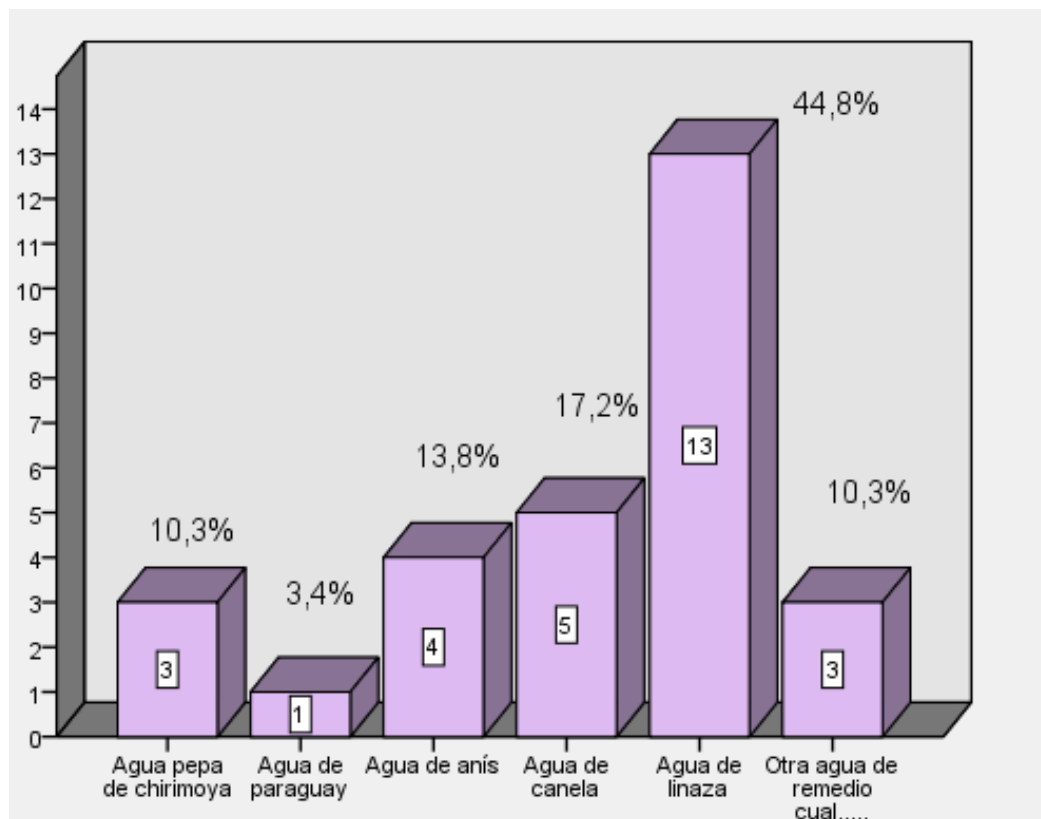
Tabla N°14. Agua de remedio para trabajo de parto

Aguas de remedio	Frecuencia	Porcentaje
Agua culantro	0	0%
Agua de pepa de chirimoya	3	10%
Agua de pepa de aguacate	0	0%
Agua de paraguay	1	3%
Agua de anís	4	14%
Agua de higo	0	0%
Agua de canela	5	17%
Agua de linaza	13	45%
Otra agua de remedio	3	10%
Total	29	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°9. Agua de remedio para trabajo de parto



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Las parteras ayudan al trabajo del parto con aguas calientes sin saber lo riesgoso que estas son por el principio activo que contienen las plantas, ya que pueden tener efectos oxitócicos y causar hiperactividad uterina, a pesar de conocer esto las parteras han utilizado alguna agua de remedio.

Las encuestadas refieren que el agua de linaza (*Lens esculento*) es la que más utilizan teniendo como uso aliviar los cólicos menstruales en la mujer y también aceleran el proceso de parto. En otras plantas tenemos el agua de paja (*stipa ichu*), lutoyuyo (*basella alba*), y pepa de aguacate (*persea americana*) que tienen efectos la aceleración del proceso parto. (MSP, 2008)

4.2.1.6.3 Técnicas – posición que utiliza en el parto

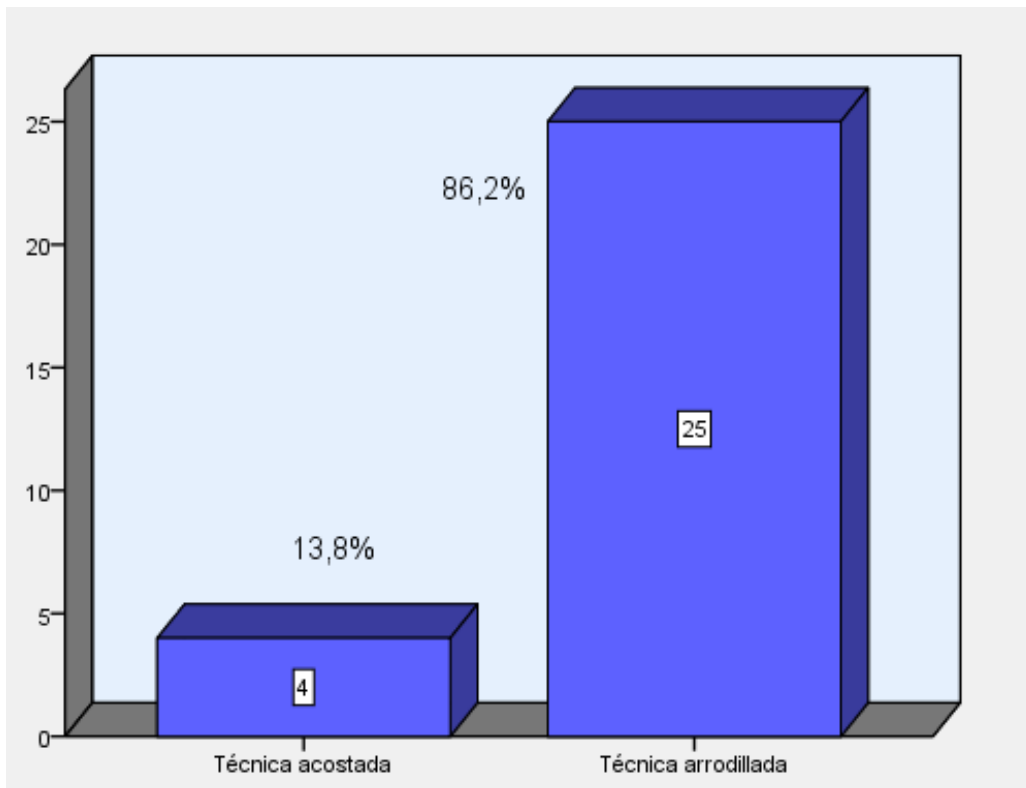
Tabla N°15. Técnicas – posición para el parto

Técnica-Posición	Frecuencia	Porcentaje
Técnica mujer de pie cogida de la sogá	0	0%
Técnica parto en silla	0	0%
Técnica acostada	4	14%
Técnica arrodillada	25	86%
N/S / N/R	0	0%
Total	29	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°10. Técnicas – posición para el parto



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Investigaciones incluyendo estudios recientes de la OMS sustentada con evidencia científica la ventajas del parto vertical para la parturienta como son: la acción positiva de la fuerza de gravedad que favorece el encaje y descenso fetales, la ausencia de compresión de grandes vasos de la madre, el aumento de los diámetros del canal del parto, un mejor equilibrio ácido base fetal durante el periodo dilatante como en el expulsivo, una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto, menor presión intravaginal, proporciona beneficios psicoafectivos y el dolor disminuye. Las parteras utilizan dos técnicas-posición para atender el parto, 4 de ellas aconsejan a sus pacientes dar a luz acostada mientras que 25 consideran que la mejor posición es de rodillas, ya que esta posición facilita procedimientos obstétricos y proporciona mayor comodidad a la paciente. (MSP, 2008)

4.2.1.7 PLACENTA

Tabla N°16. Valoración de la Placenta

Valoración de la Placenta	Frecuencia	Porcentaje
Partera extiende la placenta en una superficie y examina que no le falte pedacitos	28	96,60%
NS/NR	1	3,40%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: El tercer periodo del parto que es el alumbramiento comprende cuatro etapas:

1. Desprendimiento de la placenta
2. Desprendimiento de las membranas
3. Descenso y;
4. Expulsión

La salida de la placenta humana no es inmediata a la salida del Recién nacido. La placenta suele salir después de que el cordón umbilical deja de latir y esto puede producirse poco después del nacimiento del bebé, normalmente entre 10 y 30 minutos más tarde, aunque también puede demorarse en salir una hora o más. La duración de cada etapa depende de cada mujer y de cada parto.

La partera espera que con una contracción uterina salga la placenta y la recoja delicadamente a fin de que toda la placenta se separe completa y de deslice, no se debe hacer ninguna maniobra para retirar la placenta. La respuesta con mayor frecuencia hace referencia a que la partera extiende la placenta en una superficie y examina que no le falte pedacitos. (RED CONE COTOPAXI COTOPAXI, 2012)

Tabla N°17. La placenta no baja

Placenta	Frecuencia	Porcentaje
Masajea suave pero firmemente el útero tratando de sacar coágulos hacia afuera	29	100%
NS/NR	0	0%
Total	29	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Como podemos observar todas las encuestadas están de acuerdo en una respuesta. Una vez salida la placenta la partera masajea suavemente pero firmemente el útero tratando de sacar hacia afuera los coágulos, evaluando si la madre tiene hemorragias: si el útero no se contrae, si esta atónico, si sufrió un desgarre.

El masaje uterino se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta, cada 15 minutos durante las primeras dos horas, poniendo la mano y tratando de localizar el fondo del útero que debe contraerse y ponerse duro como una pelota. (SCHWARTZ, 1999)

4.2.1.8 ATENCION DEL PARTO

4.2.1.8.1 Tiempo en la atención trabajo de parto

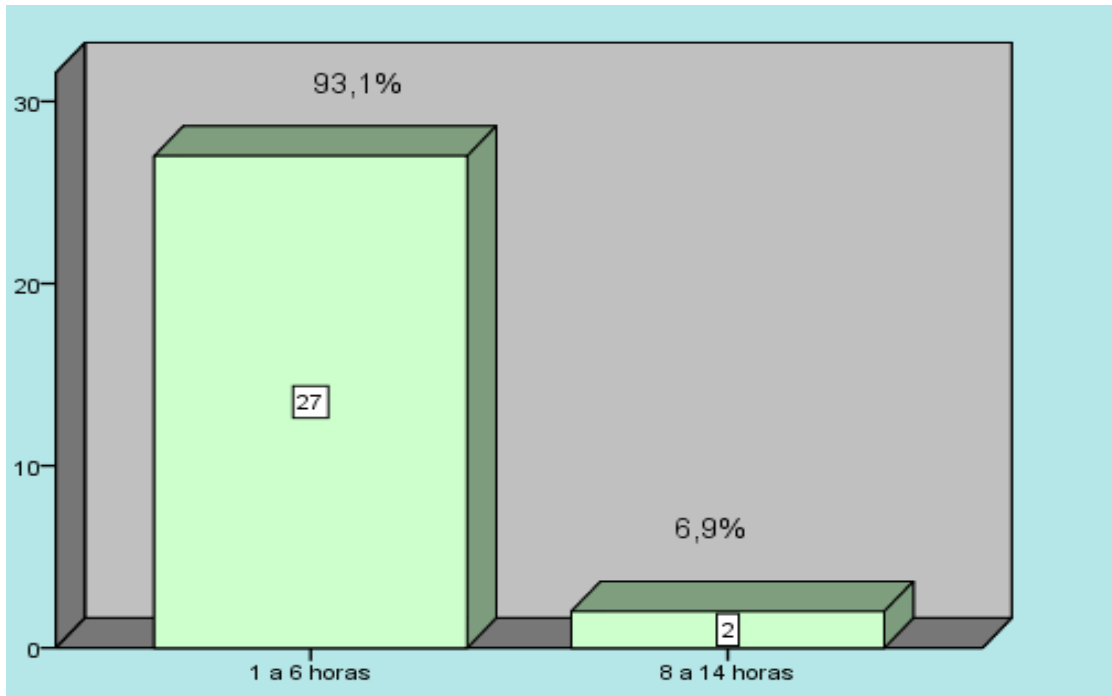
Tabla N°18. Tiempo en la atención trabajo de parto

Tiempo en la atención trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje
1 a 6 horas	27	93,10%
8 a 14 horas	2	6,90%
12 a 24 horas	0	0,00%
48 horas	0	0,00%
Mas	0	0,00%
NS/NR	0	0,00%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°11. Tiempo en la atención trabajo de parto



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. Esto es valorado por el descenso del vientre y el aumento del dolor abdominal tipo contracción que es continuo. La duración del trabajo de parto puede depender si la parturienta es primigesta o es multípara.

Es por eso que las parteras esperan hasta 6 horas para atender el parto si en el transcurso de este tiempo él bebe no nace ellas saben que algo va mal y tienen la obligación de enviar a una casa de salud. De las personas encuestadas, 93.1% indican que el trabajo de parto puede demorar en 1 a 6 horas, mientras que 6.9% indican que el trabajo de parto puede demorar de 8 a 14 horas. Teniendo razón la mayoría de las encuestadas.

4.2.1.9 CORDÓN UMBILICAL

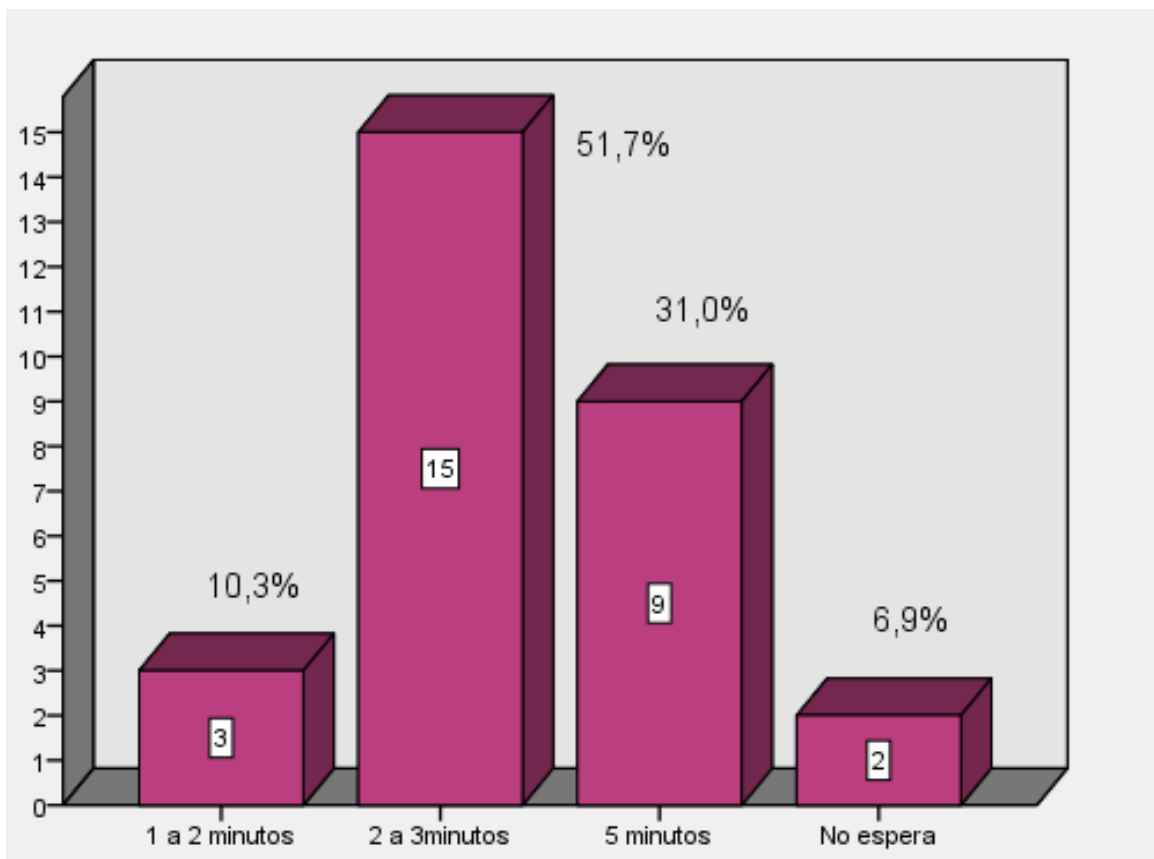
Tabla N°19. Cordón umbilical

Cordón umbilical tiempo de espera	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 minutos	4	14%
2 a 3 minutos	14	48%
3 a 4 minutos	0	0%
5 minutos	9	31%
No espera	2	7%
NS/NR	0	0%
Total	29	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°12. Cordón umbilical



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: La ligadura oportuna se debe realizar en todos los recién nacidos con el objeto de prevenir hemorragias, para contribuir a prevenir la anemia ferropénica el momento oportuno para proceder a la ligadura es del cese de las pulsaciones, tiempo de varía entre uno y 3 minutos del nacimiento, con el niño colocado a unos 20 cm por debajo del plano materno, con esta ligadura oportuna o tardía pasan de la placenta entre 80 y 100 ml de sangre. Para cortar el cordón umbilical 14 parteras consideran que es precisión esperar de 2 a 3 minutos, por lo que esta afirmación es correcta. (SCHWARTZ, 1999)

4.2.1.10. COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

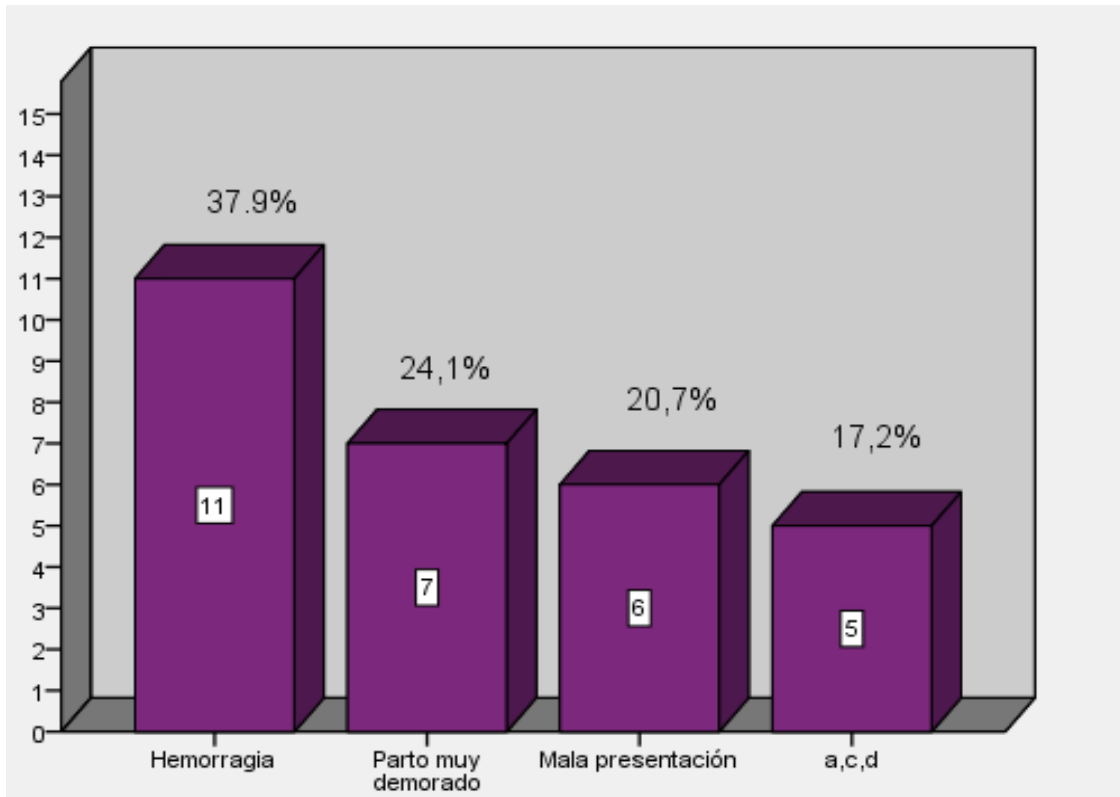
Tabla N°20. Complicación obstétrica

Complicación obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia	11	37,93%
Infecciones	0	0,00%
Parto muy demorado	7	24,14%
Mala presentación	6	20,69%
a-c-d son correctas	5	17,24%
NS/NR	0	0,00%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°13. Complicación obstétrica



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Las principales complicaciones obstétricas son: hemorragias, mala presentación, parto demorado y retención de placenta; reconociendo las encuestadas las señales de peligro mencionadas durante el parto. El 82.7% indican alguna complicación obstétrica y el 37.9 % reconocen como la hemorragia la principal complicación obstétrica durante el parto.

4.2.1.10.1 Duración del sangrado durante el parto

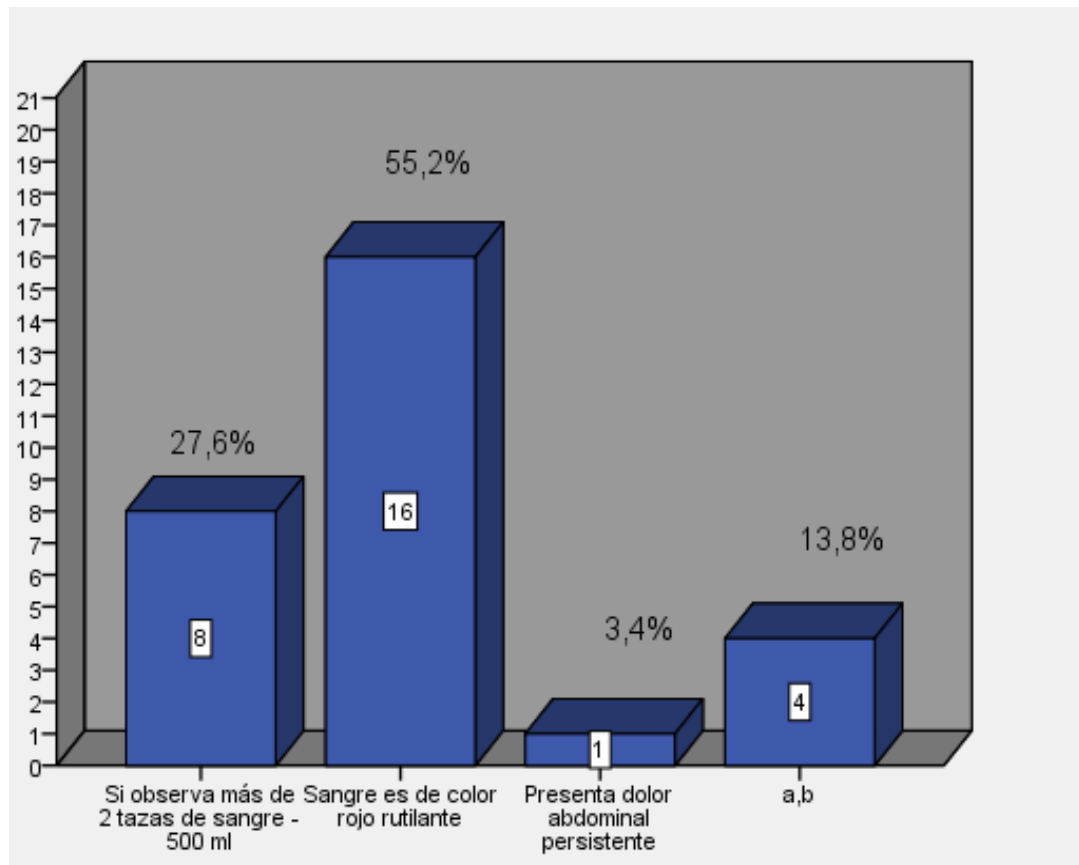
Tabla N°21. Sangrado durante el parto

Sangrado durante el parto	Frecuencia	Porcentaje
Si observa más de 2 tazas de sangre 500ml	8	27,59%
Sangre es de color rojo rutilante	16	55,17%
Existen coágulos	0	0,00%
Presenta dolor abdominal persistente	1	3,45%
a-b son correctas	4	13,79%
NS/NR	0	0,00%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°14. Sangrado durante el parto



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Una de las principales señales de peligro y causa de muerte de la madre durante el parto son las hemorragias, en esta pregunta, 55,20% consideran que la sangre va a hacer de color rojo rutilante siendo esta respuesta una de las correctas.

4.2.1.10.2 Causas de sangrado

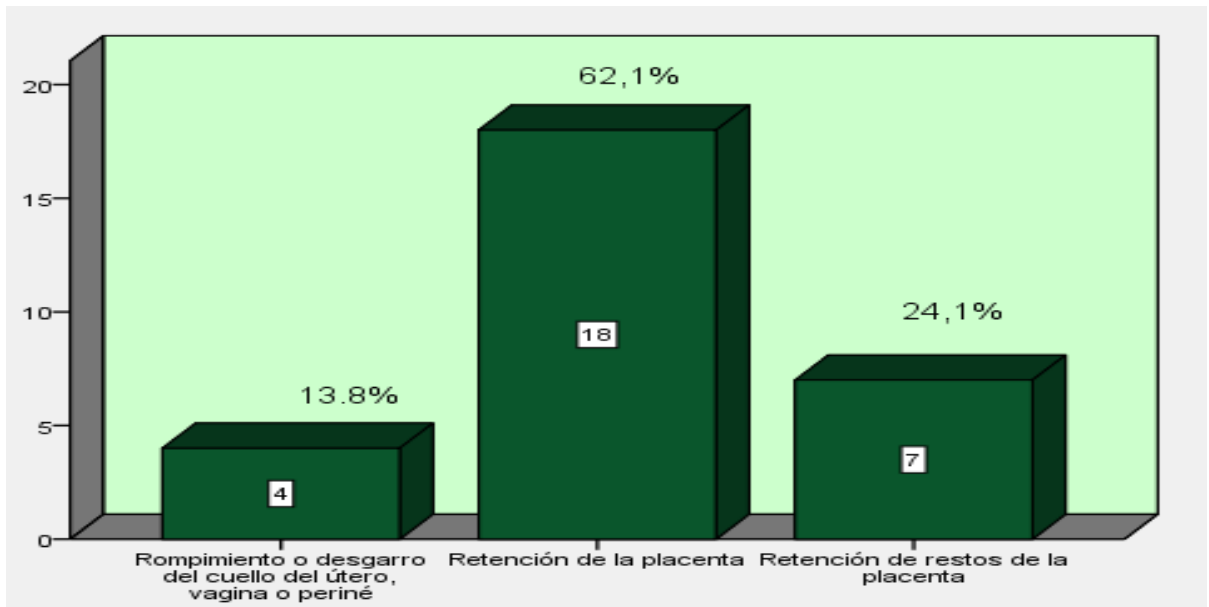
Tabla N°22 Causas de sangrado

Causas de sangrado	Frecuencia	Porcentaje
No se contrae el útero	0	0,00%
Rompimiento o desgarro del cuello del útero, vagina, periné	4	13,79%
Retención de la placenta	0	0,00%
Retención de restos de la placenta	18	62,07%
Todas las anteriores son correctas	7	24,14%
NS/NR	0	0,00%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°15. Causas de sangrado



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: Si la hemorragia sucede luego del nacimiento del bebé puede suceder por varias causas.

1. No se contrae el útero
2. Rompimiento o desgarre del cuello del útero o del periné
3. Retención de placenta o de restos de placenta, inversión uterino y ruptura del útero

Dieciocho de las encuestadas respondieron que el sangrado se produce habitualmente por la retención de los restos de la placenta es decir 62,10%. Estas retenciones se debe a:

1. No se producen contracciones uterinas normales que originen el despegamiento placentario normal. Esta atonía uterina es frecuente en partos prolongados o con gran distensión uterina (parto gemelar, hidramnios).
2. Existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones) o anomalías de la placenta.
3. Placenta insertada en un lugar poco habitual (cuerno uterino) o que se trate de una adherencia normal, o que se trate de una placenta accreta.
4. La retención placentaria es frecuente en partos prematuros.

4.2.1.11 PUERPERIO

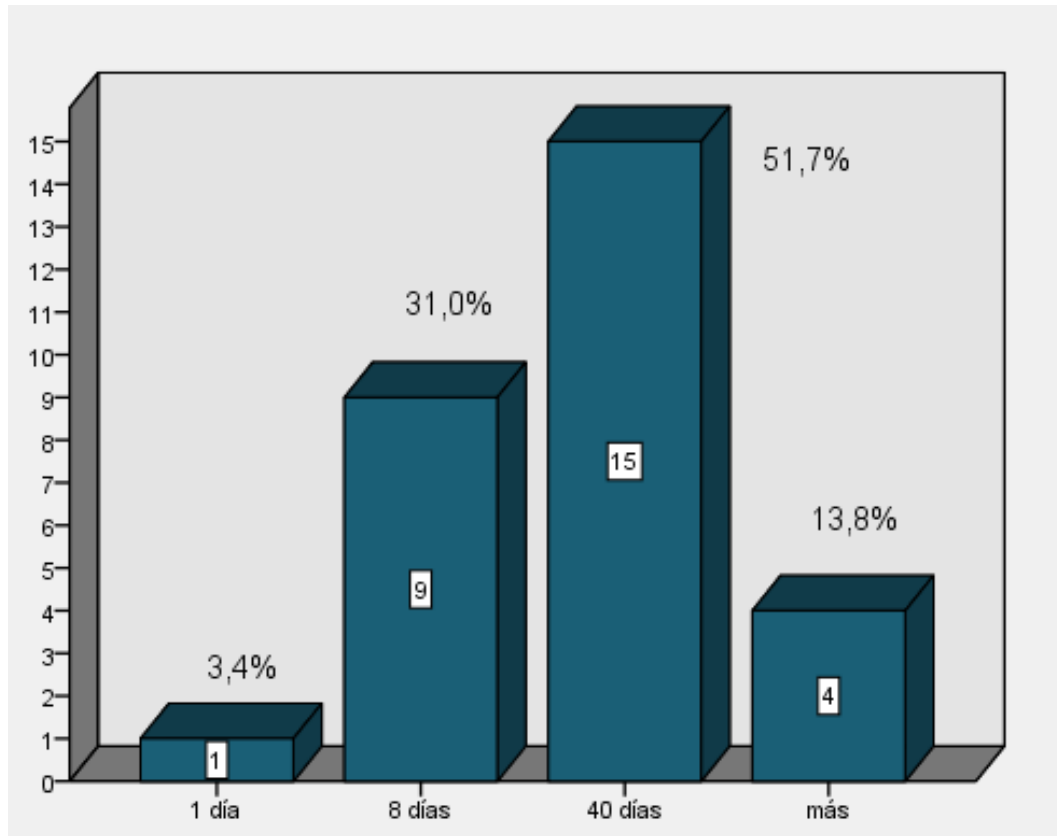
Tabla N°23. Reposo después del parto

Reposo después del parto	Frecuencia	Porcentaje
1 día	1	3,45%
8 días	9	31,03%
15 días	0	0,00%
40 días	15	51,72%
1 mes y mas	4	13,79%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Gráfico N°16. Reposo después del parto



Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: El puerperio para las parteras es considerado un periodo de fragilidad para la salud de la madre, la que debe mantenerse en cuarentena, esto significa que durante 40 días la madre debe evitar cambios bruscos de temperatura, exponerse al sol y evitar trabajos pesados. Según las costumbres de las mujeres de las comunidades rurales de Salcedo 15 afirman que se debe mantener un periodo de cuarentena.

4.2.1.12. MUERTE MATERNA

Tabla N°24. Muerte materna

Muerte materna	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	9	31,00%
No	20	69,00%
Total	29	100,00%

Fuente: Encuesta

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

Análisis: La mortalidad materna es una de las principales tragedias humanas innecesarias ya que no hay razón para que las mujeres tengan que morir en el parto y constituye la principal violencia contra la mujer. Las cinco complicaciones que causan más del 70% de las muertes maternas, son hemorragias (25%), infecciones (15%), abortos peligrosos (13%), eclampsia (12%), y parto obstruido (8%), todas controlables con una adecuada atención médica.

4.3. Verificación de la Hipótesis

Una vez establecido el problema e identificando la variable que compone la hipótesis planteada, materia de la presente investigación, se procederá a verificarla con la utilización de una herramienta estadística para probar lo antes mencionado. La hipótesis a verificarse es la siguiente: “Los conocimientos y prácticas de las parteras empíricas influyen en las complicaciones obstétricas (Parto- Puerperio)” son: “Variable Independiente: conocimientos - prácticas, Variable Dependiente: complicaciones obstétricas

Para comprobar la hipótesis se utilizara el método estadístico de distribución Chi- cuadrado.

a) Planteamiento del problema

Se establece así.

H₀= Hipótesis Nula: afirmación o enunciado tentativo que se realiza acerca del valor del parámetro poblacional. Por lo general es una afirmación de que el parámetro de la población tiene un valor específico.

H₁= hipótesis alternativa o de investigación: afirmación o enunciado que se aceptara si los datos muestrales proporcionan amplia evidencia de que la hipótesis nula es falsa, y se la designa por H₁.

Para el presente estudio:

H₀: “Los conocimientos y prácticas de las parteras empíricas NO influyen en las complicaciones obstétricas (Parto- Puerperio).”

H₁: “Los conocimientos y prácticas de las parteras empíricas SI influye en las complicaciones obstétricas (Parto- Puerperio).”

b) Determinación del Nivel de Significación o Riesgo

El valor de riesgo que se corre por rechazar algo que es verdadero en este trabajo de investigación es del 5%.

$$\chi^2 = \sum (O-E)^2/E$$

$$\chi^2 = \text{Chi Cuadrado}$$

∑= Sumatoria

O= Datos Observados

E=Datos Esperados

NIVEL DE SIGNIFICACION

La presente investigación tendrá un nivel de confianza del 0,95, por tanto un nivel de riesgo del 5%, $\alpha = 0,05$

$\alpha = 0,05$

ZONA DE ACEPTACION O RECHAZO

Para calcular la zona de aceptación o rechazo, se necesita calcular los grados de libertad.

Formula

$$gl = (c-1)(h-1)$$

Dónde:

gl= grado de libertad

c= columnas de la tabla

h= hileras de la tabla

GRADOS DE LIBERTAD Y NIVEL DE SIGNIFICACION

$$gl = (c-1)(h-1)$$

$$gl = (3-1)(2-1) = 2$$

Nivel de significación

$$\alpha = 0,05$$

¿Cómo se usa la tabla de la distribución CHI CUADRADO?

Supongamos un riesgo del 5% o nivel de confianza del 95%), $\alpha = 0,05$, y grados de libertad

= 2

$$= 5.99$$

Tabla N°25. Frecuencias

	CORRECTA	INCORRECTA	TOTAL
CONOCIMIENTOS	26	3	29
PRÁCTICAS	22	7	29
COMPLICACIONES OBST	28	1	29
TOTAL	76	11	87

Fuente: Encuesta

Elaborado por: TOAQUIZA, Alexandra

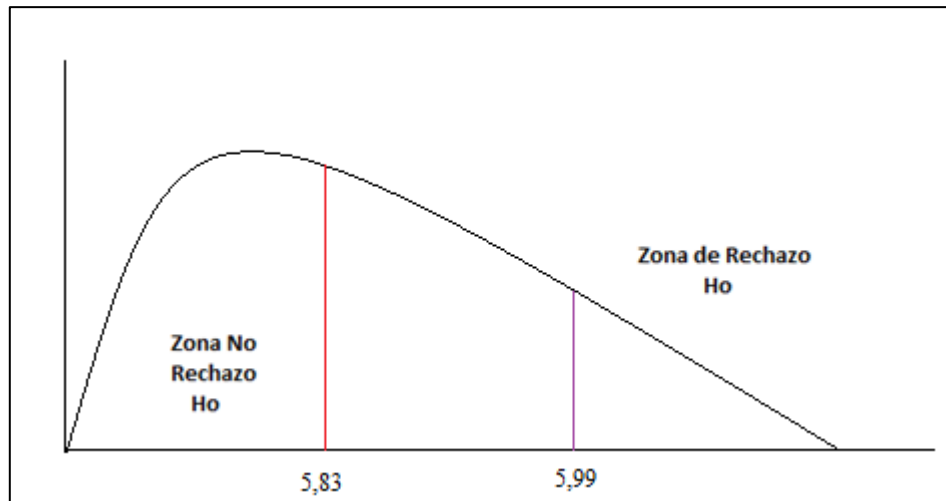
CONCLUSIÓN

El chi cuadrado calculado es menor que el chi cuadrado tabulado y de acuerdo a lo establecido se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

H₀: “Los conocimientos y prácticas de las parteras empíricas NO influyen en las complicaciones obstétricas (Parto- Puerperio).”

$5.83 < 5.99 =$ se acepta la hipótesis nula.

Gráfico N°17. CHI CUADRADO



Elaborado por: TOAQUIZA, Alexandra

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Después del proceso de análisis de los resultados se concluye lo siguiente:

- Las parteras son mujeres importantes en cada una de las comunidades rurales del Cantón Salcedo, porque proporcionan una atención adecuada en el parto – puerperio tomando en cuenta que estas comunidades se encuentran alejadas de las unidades de salud. En ciertas comunidades do existen parteras(os), predominado el sexo femenino, que apenas terminaron la primaria teniendo como principal ocupación la agricultura y ganadería.
- El parto es el nacimiento e inicio dela vida de una persona refiriendo todas las parteras, para ayudar al nacimiento las parteras utilizan aguas de remedio que tienen como principio activo causar hiperactividad uterino la más utilizada es el agua de linaza, reconocen signos y síntomas del trabajo de parto. De igual manera la mayoría de las parteras, tienen como costumbre ancestral el enviar a caminar por largos periodos para que el feto descienda.
- Las hemorragias en la parturienta es una de las complicaciones más frecuentes producidas por retención de restos de placenta. El alumbramiento es la tercera

etapa del parto es importante que la placenta y sus membranas salgan por completo las parteras (o) están en la capacidad de reconocer la salida de una placenta completa teniendo así ninguna complicación por este motivo.

- La Muerte materna es preocupante en el Ecuador es por eso que las parteras (o) del Cantón Salcedo refieren que estas muertes han sido causadas no por atención de los mismos sino por falta de accesibilidad a unidades de salud, o por la atención inadecuada por familiares sin conocimientos. Mediante las capacitaciones realizadas por la RED CONE las parteras adquirieron destrezas, habilidades, para atender el parto de forma segura en la caso de presentar complicaciones obstétricas. La partera está en la capacidad de reconocer cada una de las complicaciones que se puede presentar antes, durante y después del parto estando en la obligación de no atender y referir a una casa de salud.
- Las mujeres deben guardar reposo por 40 días según costumbres ancestrales porque es un período de fragilidad para la salud de la madre, esto significa que durante cuarenta días la madre debe evitar cambios bruscos de temperatura, exponerse largamente al sol y evitar trabajos pesados. La indicación actual es: “lavarse todos los días los genitales con agua de matico tibia y evitar los baños de agua fría”. El sobreparto es una enfermedad que produce mucha aprensión entre las mujeres; se manifiesta con dolores de cabeza, espalda, sangramientos o dolores menstruales.
- Las capacitaciones han sido una herramienta fundamental en el aprendizaje de cada partera de las comunidades rurales del Cantón Salcedo, cada partera está en la capacidad de reconocer los síntomas, signos y complicaciones que pueden presentarse en el parto-puerperio. Con esto se ha podido reducir los índices de muerte materna ya que años anteriores las tasas de mortalidad materna eran altas.

5.2. RECOMENDACIONES

Posterior al proceso de análisis de resultados se plantean las siguientes recomendaciones:

- Las capacitaciones sirven como herramientas fundamentales para enriquecer los conocimientos de la parteras es por eso que el Gobierno Nacional a través Ministerio de Salud Pública debe implementar programas como la Red CONE para instruir a las parteras.
- La comunidad del cantón Salcedo requiere coordinar acciones, conjuntas con los representantes, instituciones, y organizaciones para incentivar a los jóvenes de las comunidades acudir a las capacitaciones brindadas por el Hospital Yerovi Mackuart. Las Unidades de salud de las comunidades debe brindar apoyo a las parteras mediante la entrega de materiales como (gasas, alcohol, solución salina, hilo para ampliar el cordón umbilical)
- Es importante rescatar las costumbres y tradiciones de cada comunidad para evitar que desaparezcan las parteras, ya que cumplen con una función vital dentro de la comunidad y proporciona atención primaria en salud para evitar las muertes maternas.
- Se debe incentivar a gente joven para que sigan practicando los conocimientos ancestrales junto con los médicos, de esa forma no se perderá a estas personas que cumplen un rol importante en la comunidad como es dar el inicio de la vida de una persona.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1. TEMA

Desarrollo de estrategias para la adecuada atención en el parto y puerperio para las parteras del Cantón Salcedo.

6.2. DATOS INFORMATIVOS

6.2.1. INSTITUCIÓN EJECUTORA

Nombre de la Institución: Hospital Yerovi Mackuart

6.2.2. BENEFICIARIOS

- Comunidad de Cusubamba
- Comunidad de Mulalillo
- Comunidad de Papahurco
- Comunidad de San Marcos

6.2.3. UBICACIÓN

- Parroquia de Cusubamba

- Parroquia de Mulalillo
- Parroquia La Matriz (Papahurco, San Marcos)

6.2.4. ENTIDADES RESPONSABLES

- Junta Parroquial de Cusubamba, Mulalillo, (Comité parroquial de Salud).
- Centro de salud de Cusubamba, Mulalillo, Papahurco, San Marcos.
- Alexandra Isabel Toaquiza Changoluisa, Investigadora

6.2.5. TIEMPO ESTIMADO

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que estará de manera constante en permanente modificación, para poder valorar el impacto que presente su correcta utilización, para que se realicen constantes evaluaciones y modificaciones.

6.3. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La información que se obtuvo mediante el análisis de las encuesta manifiesta que los conocimientos y prácticas de las parteras están en un nivel intermedio, esto nos indica que las capacitaciones y la preparación debe seguir. Los organismos gubernamentales y no gubernamentales dejaron de financiar las capacitaciones e incentivarlas económicamente, por este motivo las parteras dejó de asistir a las preparaciones impartidas en el hospital Yerovi Mackuart sin tomar en cuenta que se afecta al desarrollo de la comunidad con un retroceso en sus conocimientos.

Dentro de la comunidad las parteras son orientadoras y líderes comunitarias, tienen un amplio conocimiento del uso de las plantas medicinales que fueron adquiridos por tradición y además son articuladoras claves entre los equipos de atención primaria de salud y la comunidad, por ello se debe impulsar a esta práctica ancestral, que puede seguir mejorando con el apoyo académico de los profesionales de la salud.

6.4. JUSTIFICACIÓN

La importancia de la aplicación de estrategias para la adecuada atención en el parto y puerperio ayudara a mejorar los conocimientos y prácticas realizadas por las parteras. En el desarrollo de la investigación se realizara el intercambio de conocimientos entre un profesional de la salud y las parteras preparándoles así para cualquier eventualidad durante el parto y puerperio, con esto tendremos partos sin complicaciones, ya que se actuara de forma preventiva identificando signos de peligro que se pueden presentarse durante dicha etapa, si existiera algunos de los signos-síntomas que pongan en riesgo el bienestar materno y del recién nacido se les indicara que el procedimiento correcto es dirigirles a una casa de salud asistencial.

El propósito de la investigación es disminuir muertes por complicaciones obstétricas, siendo con más frecuencia las muertes por hemorragias, infecciones y trastornos hipertensivos, como también si se observan malas prácticas en las técnicas utilizadas por las parteras el profesional de la salud deberá corregir y orientar para que no se realicen dichos procedimientos.

Es factible realizar la propuesta por cuanto se cuenta con el apoyo de cada uno de los miembros del Hospital Yerovi Mackuart, GAD Parroquial de Cusubamba y Mulalillo y las parteras de las comunidades rurales, cada uno de los participantes tendrá una colaboración directa en esta investigación puesto que aportan con criterios, conocimientos y experiencia en el ámbito.

6.5. OBJETIVOS

6.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar estrategias para la adecuada atención en el parto y puerperio para las parteras del Cantón Salcedo.

6.5.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Promover acciones de información y educación para las parteras.
- Contribuir a la enseñanza de las parteras.
- Sensibilizar a la partera sobre la importancia de la asistir a las capacitaciones promovidas por el personal de salud.

6.6. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

6.6.1. POLÍTICO

Las políticas del gobierno actual están encaminadas a garantizar la salud como un derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales en el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones, servicios de promoción, atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, interculturalidad, calidad, eficacia, eficiencia, precaución y bioética con enfoque de género generacional. (Fuente: Ministerio de Salud Pública)

6.6.2. SOCIO CULTURAL

La importancia social se basa en lograr una atención segura, con procedimientos confiables realizados por quien interviene en el parto y puerperio haciendo que la comunidad sea parte de este proceso y mantenga sus tradiciones y costumbres.

6.6.3. TÉCNICO

Se cuenta con las personal que intervendrá en la propuesta, además existe el apoyo por parte del Hospital Yerovi Mackuart. Se dispone de conocimiento y habilidades en el manejo de métodos, procedimientos y funciones requeridas para el desarrollo del proyecto.

6.6.4. ECONÓMICO – FINANCIERO

Contamos con los recursos necesarios para desarrollar el proyecto debido a que este tiene costo bajo y los beneficios a obtener son superiores.

6.7. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Un estudio realizado en Quito por Mina Arroyo Janeth Iraida, titulado “Saberes y conocimientos sobre el parto: historia de vida de una partera afro ecuatoriana” nos habla sobre los saberes ancestrales relacionados con los conocimientos de las prácticas de parto de los pueblos afro descendientes. Las parteras afro descendientes son actoras sociales cuyos saberes y conocimientos son aun invisibilidades y poco estudiados por la academia o por los organismos estatales encargados de realizar investigaciones relacionadas a la medicina ancestral. Por esta razón, el presente trabajo hace una aproximación de las prácticas de parto en una comunidad afro descendiente de la zona norte de la provincia de Esmeraldas. El trabajo ha sido realizado desde las experiencias de vida de una mujer partera afrodescendiente llamada Emperatriz Arroyo Maifren mi abuela, quien a través de su historia de vida nos ha permitido hacer un análisis de las características, sociales, culturales y económicas que se desarrollan en la comunidad San José del Cayapas, de la medicina tradicional y de las prácticas de parto con todo lo que les significa (medicina, saberes, secretos, entre otros), así como la importancia y el reconocimiento que tienen las parteras dentro de sus comunidades.

La investigación de “Intervenciones de capacitación en parteras tradicionales” LAZA, C. obtuvo como resultado que 12 artículos que respondían al objetivo del estudio. De las regiones donde se realizaron las intervenciones, 11 se llevaron a cabo en África y Asia; en contextos rurales dominados por la pobreza, la morbilidad y mortalidad materna perinatal y alteraciones de la salud sexual. Ocho intervenciones se realizaron en el área de la salud materna perinatal y tres en el tema de salud sexual. Cinco implicaron la participación de otros agentes tradicionales y tres de ellas de profesionales de la salud y de actividades para potencializar las acciones de capacitación de las parteras. Nueve de los estudios presentan evaluaciones positivas que resaltaron lo conveniente de las intervenciones de capacitación de parteras tradicionales en pro de mitigar las problemáticas de la salud sexual y reproductiva en el mundo subdesarrollado.

Se realizó una investigación sobre “Saberes y prácticas de parteras de Buenaventura frente a la primera infancia”. El ejercicio de la partería en Buenaventura y el pacífico colombiano presenta una larga tradición en medio de la aceptación social y las dificultades de legitimación de parte de la institucionalidad; pese a lo anterior, hay aspectos vitales tales como un alto grado de elementos de identidad de tipo sociocultural, de modo que en las prácticas de las parteras existe una conjunción indisoluble entre las trayectorias vitales de las comunidades en las cuales estas fueron socializadas, a partir de las cuales han construido una serie de simbolismos que articulan lo humano y lo divino, lo natural y lo habitual mediante las prácticas de la partería como tal, en la que confluyen los conocimientos adquiridos por cada una de ellas, de sus ancestros y las bondades de la flora y la fauna de Buenaventura y el pacífico colombiano. En este orden, la investigación de saberes y prácticas de parteras de Buenaventura frente a la primera infancia gira en torno a tres dimensiones: la primera relacionada con el conocimiento de las simbologías y diferentes expresiones culturales de la partería existentes en Buenaventura; en segunda instancia con la descripción de los saberes y prácticas de las parteras de Buenaventura, y por último, cómo se articula el pasado, presente y futuro de la partería y su aporte en el desarrollo de la primera infancia en ámbito local.

En el estudio titulado “El parto realizado por matronas: una revisión integradora” tiene como objetivo analizar las tendencias de las publicaciones sobre el trabajo realizado en casa por parteras. Se realizó una revisión integradora en las bases de datos LILACS y SSILO, en febrero de 2012. Se utilizaron las palabras clave: parteras tradicionales; parto domiciliario; parto normal. Tuvieron los siguientes criterios de inclusión: los artículos completos en portugués y español, presentar el contenido que cumpla con los objetivos del estudio y que fueron publicados entre enero de 2002 y enero de 2012. La muestra se compone de 13 artículos sometidos a análisis de contenido temático y clasificación del nivel de evidencia. Se evidenciaron las siguientes categorías: "El reconocimiento social de las parteras", "La elección del parto en casa para las mujeres", "La atención de las parteras con la madre y el niño". Para las mujeres embarazadas, el parto en casa permite varias ventajas como la comodidad, la autonomía, intimidad, y sobre todo la libertad de movimiento. Las parteras realizaron el cuidado en prenatal y posparto con el fin de salvaguardar y prevenir problemas de salud tanto para la madre y el niño. Se observó que el reconocimiento de la comunidad fue, para las parteras, la mayor recompensa por su trabajo. Hay una gran necesidad de más estudios sobre este tema, ya que esta práctica seguirá durante muchos años, porque las

parteras desempeñan y siempre desempeñarán un papel importante en las vidas de las mujeres que desean este tipo de entrega.

6.8. PLAN OPERATIVO

Tabla N°26. Plan Operativo

Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Promover acciones de información y educación para las parteras (o).	Incrementar conocimientos en las parteras (o).	Realizar un manual educativo y didáctico sobre el proceso parto – puerperio para la preparación de las parteras (o) del Cantón Salcedo.	Taller didáctico y participativo con las parteras (o) de las comunidades de Cusubamba, Mulalillo y Papahurco.	
Contribuir a la enseñanza de las parteras (o).	Incrementar conocimientos en las parteras (o).	Desarrollo de un producto audiovisual de carácter educativo que sirva de apoyo para aprendizaje de las parteras (o).	Taller con un producto audiovisual.	Reducir complicaciones obstétricas.
Sensibilizar a la partera sobre la importancia de la asistir a las capacitaciones promovidas por el personal de salud.	Difusión de las capacitaciones a las parteras	Participación del comité parroquial de salud en acciones de difusión y promoción comunitaria.	Sociabilización de resultados de la investigación. Charlas: Importancia de asistir a las capacitaciones	

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

6.8.1. Estrategia 1. Realizar un manual educativo y didáctico sobre el proceso parto – puerperio para la preparación de las parteras del Cantón Salcedo.

Tabla N°27: Estrategia 1

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO
Planeación	Sociabilización de resultados de la investigación	Asistencia de todas las parteras de las comunidades y personal de salud involucrado	Enviar invitación a las parteras y personal de salud.	Investigadora de escritorio	2 semana
	Taller didáctico y participativo con las parteras y parteros de las comunidades de Cusubamba, Mulalillo y Papahurco.		Diseñar contenidos y plan de capacitación Preparar material didáctico Establecer cronograma de actividades Planificar fecha para taller Convocatoria Preparar material didáctico Establecer cronograma de actividades Diseño de metodología de trabajo y evaluación	Grupo capacitador Personal de salud (Medico, Enfermero, Obstetrix) Instructores expertos Auditorio Material de escritorio Material didáctico Material bibliográfico Material bibliográfico Manual didáctico	2 semanas
Ejecución	Sociabilización de resultados de la investigación	Análisis y aceptación de la propuesta por el 100% de asistentes	Exposición de resultados Poner a consideración la propuesta y entrega de documento impreso	Expositor/a Auditorio Material audiovisual Material de	En el mismo momento de la ejecución

	Taller didáctico y participativo con la unidad de salud de Cusubamba, Mulalillo y Papahurco..		Capacitación del grupo formadores a través de talleres Evaluación de capacitadores Taller práctico de preparación para el parto , pasos a seguir durante el proceso parto – puerperio , reconocimiento de signos , síntomas de peligro para no atender y ser emitido a una casa de salud,	escritorio Grupo de expertos Material didáctico Manual didáctico	En el mismo momento de la ejecución
Evaluación	Sociabilización de resultados Taller didáctico y participativo con la unidad de salud de Cusubamba, Mulalillo y Papahurco..	Cumplir con la socialización Mejorar conocimientos Evaluar conocimientos y practicas	Lista de asistentes Guía de evaluación de conocimientos y practicas Aplicación de encuesta después de cada taller	Investigadora de escritorio Grupo de expertos Capacitadores Material de escritorio Manual didáctico	En el mismo momento de a ejecución En el mismo momento de a ejecución

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

6.8.2. Estrategia 2. Desarrollo de un producto audiovisual de carácter educativo que sirva de apoyo para aprendizaje de las parteras (o).

Tabla N°28. Estrategia 2

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSO	TIEMPO
Planeación	Taller con el producto audiovisual.	Mejorar conocimientos y practicas	Elaborar cronograma de actividades Plantear objetivos y metas Elaborar metodología de trabajo Elaborar material didáctico	Material de escritorio Material bibliográfico	2 semanas
Ejecución	Taller con el producto audiovisual.	Mejorar conocimientos y practicas	Realizar capacitaciones con las parteras (o) y personal de salud.	Material de escritorio Material didáctico Material audiovisual	2 semanas
Evaluación	Taller con el producto audiovisual.	Mejorar conocimientos	Evaluación al inicio y terminación de la charla	Material de escritorio	En el mismo momento de la ejecución

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

6.8.3. Estrategia 3. Sensibilizar a la partera sobre la importancia de la asistir a las capacitaciones promovidas por el personal de salud.

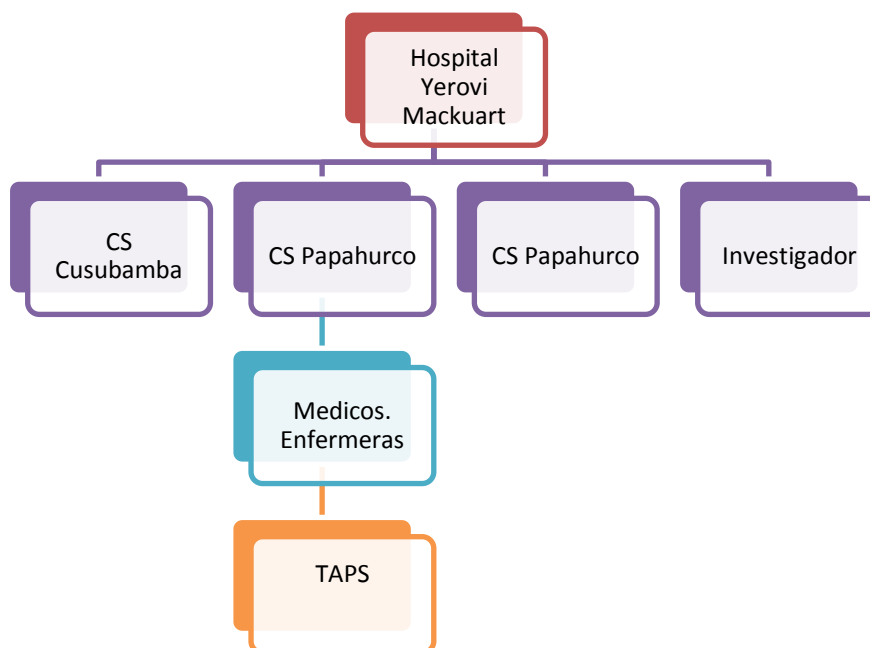
Tabla N°29. Estrategia 3

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSO	TIEMPO
Planeación	Sociabilización de resultados de la investigación. Charlas: Importancia de asistir a las capacitaciones	Difusión comunitaria	Elaborar cronograma de actividades Plantear objetivos y metas Elaborar material didáctico Elaboración de diapositivas	Comité parroquial de salud Material de escritorio Material bibliográfico	1-2 semana
Ejecución	Sociabilización de resultados de la investigación. Charlas: Importancia de asistir a las capacitaciones	Participación comunitaria	Realizar charlas en las reuniones de la Junta Parroquial y directorios de agua La intervención debe durar menos de 40 min.	Material de escritorio Material didáctico	2 semanas
Evaluación	Sociabilización de resultados de la investigación. Charlas: Importancia de asistir a las capacitaciones	Mejorar conocimientos	Evaluación al inicio y terminación de la charla	Material de escritorio	En el mismo momento de la ejecución

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

6.9. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS

Gráfico N° 18. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS



Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

6.10. PREVISIÓN DE EVALUACIÓN

La evaluación de los resultados se llevará a cabo de la siguiente manera:

1. Seguimiento estrecho del cumplimiento de las metas prioritarias, lo cual será reportado en informes.
2. Reuniones para evaluar avances del programa a nivel local, parroquial, cantonal, provincial y nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Academia de estudios MIR, (2010). *Ginecología y Obstetricia*. España: Editorial Grafinter S.L. (1)

Acero, G. (1987). *Medicina Indígena*. Quito: Editorial Mundo Andino. (2)

Acosta M, (1992). *Vademécum de plantas medicinales del Ecuador*. Quito: Editorial Abya Yala (3)

Arayo, G. (2011). *Parteras Indígenas*. Quito: Editorial Abya Yala. (4)

Bianchi, A. (1986). *Hierbas Medicinales de Cotopaxi*. Quito: Editorial Abya Yala (6)

Bri, K. (1993). *Plantas Medicinales de campo*. Quito: Editorial Abya Yala (7)

Conasa, Consejo Nacional de Salud del Ecuador. (2006). *Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito: Editorial Conasa (8)

Habe, A. (1975). *Estadística General*. USA: Editorial Printes USA (12)

Hoel, P. (1961). *Estadística Elemental*. Colombia: Editorial Continental (14)

Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2008). *Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal*. Quito: Editorial MSP (17)

Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Quito: Editorial MSP.18)

Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2008). *Manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad materno- neonatal*. Quito. Editorial MSP. (19)

Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2008). *Componente normativo neonatal*. Quito. Editorial MSP. (20)

Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2008). *Normativo General Materno Neonatal*. Quito: Editorial MSP. (21)

Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2010). *Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del ecuador*. Quito: Editorial MSP. (22)

Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2013). *Norma para el Cuidado obstétrico y Neonatal esencial (CONE) en el sistema Nacional de Salud*. Quito: Editorial MSP. (23)

Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2008). *Medicina tradicional andina y plantas curativas*. Quito: Editorial MSP. (24)

OMS. (1993). *Parteras Tradicionales*. España: Editorial Printed in Spain. (29)

Pamploma, J. (2007). *Plantas Medicinales*. Quito: Editorial Sofeliz (35)

Proyecto Red De Cuidados Obstetricos Y Neonatales, Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (2013). *Taller de capacitación cuidados obstétricos neonatales esenciales*. Quito: Editorial MSP. (36)

Schwartz, S.1999. *OBSTETRICIA Parto*. Argentina.: Editorial El Ateneo. Argentina. (40)

Williams, A. (2006). *Obstetricia de Williams*. México. Editorial Printed in México. (42)

TESIS: Gavin, E. (1990). *Hábitos y Costumbres de las comadronas indígena de Zumbahua en la Atención del embarazo parto, y puerperio y Recién nacido*. Pontificia Universidad Católica de Quito. Quito. (41)

LINKOGRAFÍA

Anónimo. (2010). *Que es una partera. Parir con parteras*. Recuperado el 24 de noviembre del 2014, de <http://www.parirconparteras.com.ar/queesunapartera.pdf>

Chaparro, L. (2010). *Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido*. Recuperado el 24 de noviembre del 2014 de <http://www.paho.org/Spanish>.

González, J. (2011). *Problemática de la muerte materna en Villa Clara*. Recuperado el 15 de noviembre del 2014, de http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_1_12/gin04112.htm

Guerrero M. (2010). *Se fortalece la práctica ancestral del parto en Ecuador. El nuevo empresario*. Recuperado el 15 de abril del 2014, de http://www.elnuevoempresario.com/noticias_24948_se-fortalece-la-practica-ancestral-del-parto-en-ecuador.php

Herrera, M. 2010. *Mortalidad materna en el mundo*. Recuperado el 15 de abril del 2014, de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=5579&Itemid=

Instituto Carlos Slim De La Salud. (2013). *Las parteras, fundamentales para garantizar un embarazo y un parto saludables*. Recuperado el 24 de noviembre

del 2014, de <http://www.salud.carlosslim.org/las-parteras-fundamentales-para-un-embarazo-y-un-parto-saludables/>

Ministerio De Salud Pública del Ecuador, Dirección Provincial De Salud, (2012). *Por la Disminución de la Muerte Materna y Neonatal Proyecto Red Cone Cotopaxi*. Recuperado el 24 de noviembre del 2014, de http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com_content&view=article&id=264:por-la-disminucion-de-la-muerte-materna-y-neonatal-proyecto-red-cone-cotopaxi-&catid=5:noticias&Itemid=83

La Facultad De Ciencias Médicas De La Universidad De Cuenca, (2011). *Mortalidad Materna: Conceptualización*. Recuperado el 15 de noviembre del 2014, de http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=166&Itemid=166

León, Edu. (2013). *El valor de las parteras*. Recuperado el 24 de noviembre del 2014, de http://elpais.com/elpais/2014/02/21/planeta_futuro/1392990324_123690.html

OMS. (2012). *Reducción de la mortalidad en la niñez, Mortalidad Materna Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Recuperado el 15 de abril del 2014, de UNICEF: http://www.unicef.org/panama/spanish/Manual_Parteras.pdf

OMS Organización Mundial de la Salud. (2012). *Mortalidad materna*. Recuperado el 15 de abril del 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

ONU Objetivos de Desarrollo del Milenio. (2000). *Objetivos No.4 y No.5 en lo pertinente a la reducción de muerte materna e infantil*. Recuperado el 15 de abril del 2014, de Disponible en: www.un.org/spanish/

Orellana, W. (2013). *Pros y contras de los diferentes tipos de partos*. Recuperado el 15 de abril del 2014, de <http://www.ppelverdadero.com.ec/salud/item/pros-y-contras-de-los-diferentes-tipos-de-partos.html>

Relacahupan-Ecuador. (2011). *Inauguración de una sala de parto intercultural (culturalmente adecuada)*. Recuperado el 24 de noviembre del 2014, de <http://relacahupanecuador.wordpress.com/2011/03/14/inauguracion-de-una-sala-de-parto-intercultural-culturalmente-adecuada-en-jambi-huasi-y-la-segunda-feria-de-gastronomia-andina-otavalo-%E2%80%93imbabura/>

Rodríguez, O. (2010). *Parto ancestral o Humanizado*. Recuperado el 24 de noviembre del 2014, de <http://m.monografias.com/trabajos82/parto-ancestral-o-humanizado/parto-ancestral-o-humanizado.shtml>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

SPRINGER: Schilhab, T. Allerup, P.. & Fridgeirsdottir, G. (2009). *Midwife El caso partera: ¿Es que "predican con el ejemplo"?*. Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11097-009-9147-1/fulltext.html>

SPRINGER: Hartz, D. Hall, B. & Allen, J. (2011). *A randomised controlled trial of caseload midwifery care*. Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de: M@NGO (Midwives @ New Group practice Options): <http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2393-11-82/fulltext.html>

SPRINGER: Knape, N. Mayer, H.Schnepp, W. & Wittgenstein, F. (2009). *The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system*. Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de <http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2393-14-300/fulltext.html>

SPRINGER: Muñoz, E. Segalés, A. & Tricas, J. (2013). *Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal.* Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de <http://link.springer.com/article/10.1186/1472-6882-13-318/fulltext.html>

SPRINGER: Hofmeyr, G. Mancotywa, T. Kwadjo, N. Mgudlwa, B. Lawrie, T. & Gülmezoglu, A. (2009). *Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite midwife-led birth unit (OMBU).* Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de <http://link.springer.com/article/10.1186/s12884-014-0417-8/fulltext.html>

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTAS A ACTORES SOCIALES.

La entrevista gira en torno a las siguientes preguntas:

Entrevista semiestructurada dirigida a Dr. Charles Robles, Director del Hospital Yerovi Mackuart.

¿Cuáles son los objetivos y funciones como directivos encargados de las parteras del cantón Salcedo?

Planificar, coordinar y ejecutar actividades trimestrales entre el personal encargado y las parteras

¿Cómo encargados de las capacitaciones cuales son los resultados esperados a un futuro?

Que ya no exista ninguna muerte materna y ninguna complicación obstétrica. Referencias oportunas para la atenciones de rutina pero sobre todo para complicaciones obstétricas a hospitales cantonales o provinciales, acceso mejorado de mujeres parturientas, puérperas, atención pertinente y de calidad con prácticas basadas en evidencia científica y de gran impacto.

¿Hay algún otro proyecto que MSP esté desarrollando para consolidar los conocimientos de las parteras?

Si, se está trabajando con algunas instituciones para la creación de algún proyecto a futuro, en este momento el MSP está con un nuevo proyecto de disminuir la tasa de muerte materna incluyéndoles a las parteras.

¿Cuáles son los calificativos con los que usted definiría el trabajo de una partera?

El trabajo de las parteras es adecuado, oportuno, eficiente, después de las capacitaciones. Se podría definir un trabajo de alto riesgo para las parturientas por muchas complicaciones que se pueden presentar.

Cree usted **¿Que un partera (o) en la actualidad puede identificar complicaciones obstétricas en la atención del parto después de la capacitación de la RED CONE?**

Si la partera está en la capacidad de identificar complicaciones obstétricas y enviar a unidad de salud inmediatamente.

Entrevista semiestructurada dirigida a Lic, Marlene Quisphe, Encargada de las capacitaciones de las parteras en el cantón Salcedo.

¿Cuántas parteras existen en el Cantón Salcedo?

30 identificadas pero al momento solo 20 asisten a las capacitaciones.

¿Cuántas parteras fueron capacitadas y cuantas no fueron capacitadas?

29 y 1 incorporada al MSP hace 1 año

¿Cuáles son las técnicas ancestrales que practica la partera, que para usted serian perjudiciales al momento del parto?

La técnica perjudicial que practicaban era el manto, pero después de las capacitaciones las parteras ya no lo realizan.

Al momento sería el agua de remedio que les administran están son perjudiciales por que acelera el proceso del parto.

¿Cómo califica usted los conocimientos adquiridos a las parteras, después de las capacitaciones por la Red CONE?

Buenos las parteras adquirieron conocimientos necesarios después de las capacitaciones.

Enumere aspectos negativos de no poseer la colaboración de instituciones no gubernamentales y gubernamentales.

- Las parteras ya no quieren acudir a las capacitaciones porque ya no tienen ayuda económica.
- Desinterés total.
- No se le puede ayudar con materiales necesarios para la atención (algodón, gasas, hilo, alcohol, solución salina, pañales).

Cree usted ¿Que un partera (o) en la actualidad atendería un parto con complicaciones o enviaría a una casa de salud?

Las parteras están adiestradas para no atender un parto en su casa y enviar a cualquier casa de salud si presenta alguna complicación obstétrica.

Cree usted **¿Que un partera (o) en la actualidad puede identificar complicaciones obstétricas en la atención del parto después de la capacitación de la RED CONE?**

Si en la actualidad la partera está en capacidad de identificar cualquier complicación obstétrica, identifica signos y síntomas que la parturienta presente.

Entrevista semiestructurada dirigida a Dra. Lisett Hyppolyte, Lic. Mónica Valencia, Auxiliar Sra. Ernestina Sevilla, Médico rural de una comunidad rural

¿Cuál es su definición de partera (o) capacitada en la actualidad?

Persona capacitada para atender partos, dar primeros auxilios a personas que lo necesitan dentro de su comunidad.

¿Cree que una partera dispone de los conocimientos necesarios para la atención de parto y puerperio?

Si poseen excelentes conocimientos

¿A la unidad de salud a cual pertenece a llegado alguna complicación obstétrica durante el parto o puerperio, atendido por una partera capacitada o no capacitada?

Si, hace 10 años esta paciente llego con hemorragia por impudencia de sus familiares no llamaron a ninguna partera cuando ya estaba complicada acudieron a esta unidad de salud se la estabilizo y tuvo un buen pronóstico.

¿Conoce algunas técnicas ancestrales que practican las parteras capacitadas que sean perjudiciales para la paciente?

El uso de aguas como la de Linaza, paja, anís, pepa de chirimoya, y piqui chis.

De qué manera influye la partera en la comunidad.

La partera además de estar preparada para controlar el embarazo, atender partos y pospartos, cuidados de recién nacido, consejería de planificación familiar, las personas de la comunidad acuden donde estas mujeres líderes por diversas dolencias.

¿Qué necesita su Centro de Salud para realizar más capacitaciones?

Ayuda por empresas no gubernamentales y gubernamentales para material, alimentación para ellas puedan acudir a las capacitaciones.

Usted cree ¿Que la partera de la comunidad esta prepara para reconocer signos-síntomas de una complicación obstétrica?

Si, ellas reconocen identifican el riesgo y saben que su obligación es llevarla o mandarle a una casa de salud.

ANEXO 2. PRÁCTICAS TRADICIONALES DE LA PARTERA EN EL PARTO, VENTAJAS E IMPLICACIONES

Tabla N°31. Prácticas de las parteras.

PRÁCTICA de las parteras.	VENTAJES que ofrece	IMPLICACIÓN
“Hacen todo lo posible por que se dé el parto en la casa, ” ya que las mujeres “tienen miedo de ir al hospital”	Actitud solidaria y de apoyo de la partera a las mujeres.	Se corre el riesgo de no hacer una valoración correcta valoración correcta y poner en peligro la vida de la madre y del niño.
“Cuando el guagua está cruzado se le manta a la madre y se les friega la barriga para ponerle en su lugar”	No existe suficiente evidencia sobre las ventajas o desventajas.	Se corre el riesgo de que no se le dé la atención profesional que requiere el caso.
Otro procedimiento para saber sí puede la mujer dar a luz es “midiendo la barriga”	Ninguna	Ninguna
Detectan signos de peligro: fiebre, presencia de sangrado, pie y mano del recién nacido afuera, si es así las acompañan al hospital o las refieren.	Oportunidad en la atención	Positiva
Les ayudan para el trabajo de parto con aguas calientes de: culantro, pepa de chirimoya, pape de aguacate, agua de melloco, agua de papa, con la que hacen también emplastos que le ponen en el vientre, agua de malva si tiene fiebre, agua de toronjil si ha cogido el frio, agua linaza.	Se guarda de costumbre	Puede ser riesgoso al no conocer los principios activos de las plantas. Pueden causar hiperactividad uterina.
La partera humea el ambiente quemando hierbas, hacen una cruz en la suela y piden a la	Guardan las costumbres	Ninguna

parturienta que cruce caminando sobre el humo, mientras está en labor del parto.		
Para atender el parto piden a la familia tengan agua caliente, se lavan las manos, se les toca a las mujeres, se les friega para saber si están bien colocado el guagua, y saber si a está listo para salir.	Procedimientos adecuados que permiten disminuir las infecciones	Positiva
En el parto puede estar presente el marido, la mamá o una persona de confianza. Pero también “hay mujeres que no quieren ni ver al marido”	Da seguridad a la mujer	Positiva porque se respeta la decisión de la mujer de estar o no acompañada.
Dan a luz en posición vertical, “Se les hace arrodillar, arropándole y sudando se produce el parto”	Respete una práctica tradicional	Positiva, la posición vertical es la más fisiológica para facilitar el parto.
El cordón umbilical se corta con tijeras “antes el abuelito cortaba con el cuchillo de la cocina”	Practica que ha cambiado y mejorado.	Positiva
Cuando no baja la placenta señalan que se les debe dar masajes en el vientre, hasta dar masajes en el vientre, hasta que salga la placenta, una ver afuera, manda boten en el agua, según sus creencias “para que se aleje el tiempo del embarazo”	Puede ser riesgosa si no realiza una partera capacitada.	La demora en la salida de la placenta, es señal de peligro que debe referirse.

Fuente: RED CONE

Realizado por: TOAQUIZA, Alexandra

ANEXO 3. ENCUESTA: PARTERAS – PARTEROS.

INSTRUCCIONES

Este instructivo tiene por objetivo establecer el grado de conocimientos y prácticas sobre el parto-puerperio. Se leerá textualmente cada pregunta y no se leerá las opciones de cada respuesta, existen preguntas que tienen más de una respuesta. No se dejara ninguna pregunta en blanco.

1. Solicita la nómina de parteras en la comunidad.
2. Con el apoyo de Unidad de salud de cada comunidad – TAPS se localiza a las parteras y se aplica la encuesta.
3. Solicita la firma del consentimiento informado. En el caso de analfabetas huella previa la explicación.
4. Aplicación de la encuesta dirigida
5. Verificar la información antes de retirarse

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Esta encuesta es anónima, es decir no es necesario que anotes tu nombre, agradezco tu valiosa colaboración.

Instrucciones: Este instructivo tiene por objetivo establecer el grado de conocimientos y prácticas sobre el parto-puerperio. Se leerá textualmente cada pregunta y no se leerá las opciones de cada respuesta, existen preguntas que tienen más de una respuesta. No se dejara ninguna pregunta en blanco. NS/NR No sabe / No responde

Sección 1: Datos generales

Nº	PREGUNTA	
1	Edad	
2	Sexo: Masculino Femenino	
3	Estado Civil Soltera Casada Unión libre	

	Divorciada	
4	Nivel educativo Analfabeta Primaria Secundaria	
5	Ocupación	

Sección 2:

Nº	PREGUNTA	OPCIÓN	
1	A qué comunidad pertenece usted.	a) Antonio José Holguín (Sta. Lucía) () b) Cusubamba () c) Mulalillo () d) Mulliquindil (Santa Ana) () e) Panzaleo () f) Otra Cual.....	1 2 3 4 5 6
2	Señale ¿Cómo se prepara usted para la atención del parto?	a) Limpia la habitación donde se realiza el parto b) Hierve sus instrumentos en agua caliente jabonosa por 30 min c) Usa ropa limpia d) Se lava las manos e) Limpia el región genital f) Todas g) N/S/N/R	1 2 3 4 5 6 7
3	Observe las imágenes sobre la técnica de lavados de manos y señale la imagen incorrecta.	a) Mójese sus manos con agua previamente hervida b) Haga bastante espuma c) Frótese entre los dedos d) Frótese las palmas de las manos e) Frótese con los puños cerrados f) Frótese los pulgares g) Frótese la punta de los dedos con la palma h) Séquese las manos con la toalla	1 2 3 4 5 6 7 8
4	¿Con que síntoma -	a) Salida de tapón mucoso (macha	1

	signo reconoce usted que la madre empezó trabajo de parto?	<p>sanguinolenta en la ropa interior)</p> <p>b) Dolor de contracción (dolor en la cintura, espalda)</p> <p>c) Salida de líquido amniótico (agua de fuente)</p> <p>d) Todas</p> <p>e) N/S/N/R</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
5	En sus palabras describa que es parto.	<p>a) Nacimiento e inicio de la vida de una persona</p> <p>b) NS/NR</p>	<p>1</p> <p>2</p>
6	Observa las fotografías y describa las señales de peligro para que usted no atienda el parto.	<p>a) Fiebre (Calentura)</p> <p>b) Hemorragia (Sangrado)</p> <p>c) Cefalea (Dolor de cabeza)</p> <p>d) Edema (Hinchazón de cara, manos, piernas)</p> <p>e) N/S/NR</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
7	¿Con que agua de remedio ayuda usted al trabajo de parto?	<p>a) Agua culantro ()</p> <p>b) Agua pepa de chirimoya ()</p> <p>c) Agua pepa de aguacate ()</p> <p>d) Agua de Paraguay ()</p> <p>e) Agua de anís ()</p> <p>f) Agua de higo ()</p> <p>g) Agua de canela ()</p> <p>h) Agua de linaza ()</p> <p>i) Otra Cual.....</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>
8	Señale ¿Con que costumbres se prepara usted para el parto?	<p>a) Humea el ambiente quemando hierbas</p> <p>b) Hace una cruz en el suelo</p> <p>c) Parturienta cruza por el fuego</p> <p>d) Parturienta camina</p> <p>e) Ninguna costumbre</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
9	¿Cuáles de estas técnicas – posición usted utiliza en el parto?	<p>a) Técnica mujer de pie cogida de la sogá</p> <p>b) Técnica parto en silla</p> <p>c) Técnica acostada</p> <p>d) Técnica arrodillada</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>

		e) Otra.....	5
10	¿Cómo sabe usted que la placenta salió completa?	a) Partera extienda la placenta en una superficie y examina que no le falte pedacitos b) N/S/N/R	1 2
11	¿Cuándo la placenta no baja que realiza usted?	a) Masajea suave pero firmemente el útero tratando de sacar coágulos hacia afuera b) N/S/N/R	1 2
12	Marque con una X el tiempo que se demora Ud. en la atención trabajo de parto.	a) 1 a 6 horas() b) 8 a 14 horas() c) 12 a 24 horas() d) 48 horas () e) Mas () f) N/S/N/R	1 2 3 4 5 6
13	¿Cuantos minutos espera usted para cortar el cordón umbilical?	a) 1 a 2 minutos b) 2 a 3 minutos c) 3 a 4 minutos d) 5 minutos e) No se espera f) N/S/N/R	1 2 3 4 5 6
14	Señale del siguiente listado alguna complicación obstétrica que usted conozca durante el parto.	a) Hemorragias b) Infecciones c) Parto muy demorado d) Mala presentación e) a,c,d f) N/S/N/R	1 2 3 4 5 6
15	¿Con que signo se da cuenta usted que la madre durante parto está sangrando?	a) Si observa más de 2 tazas de sangre - 500ml b) Sangre es de color rojo rutilante c) Existen coágulos d) Presenta dolor abdominal persistente e) a y b f) N/S/N/R	1 2 3 4 5 6
16	¿Conoce usted cuales son las causas de sangrado?	a) No se contrae el útero b) Rompimiento o desgarro del cuello del útero, de la vagina o del periné	1 2

		c) Retención de la placenta d) Retención de restos de la placenta e) Todas f) N/S/N/R	3 4 5 6
17	Qué tiempo cree Ud. ¿Que la mujer “dada a luz” debe guardar reposo después del parto?	a) 1 día b) 8 días c) 15 días d) 40 días e) 1 mes y mas f) N/S/N/R	1 2 3 4 5 6
18	Conoce usted algún caso de muerte materna por atención de parto por una partera en su comunidad.	a) Si b) No Podría describir un caso:.....	1 2
19	Usted fue capacitada con el programa RED CONE.	a) Si b) No	1 2



ANEXO 4. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento manifiesto mi voluntad de participar en la investigación:, realizada por el Sra. Alexandra Isabel Toaquiza Changoluisa, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

Habiendo sido informado/a, conozco en detalle del propósito y objetivo de la misma, se me ha explicado que mi nombre será mantenido en secreto y que los resultados serán confidenciales y podrán ser publicados.

He podido hacer las preguntas que me han permitido aclarar mis dudas.

Firma: _____

Por tanto, doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Fecha: _____

ANEXO 5. FOTOS



Foto N° 1: Primera capacitación de las parteras (o)



Foto N° 2: Segunda capacitación de las parteras (o)



Foto N° 3: Segunda capacitación de las parteras (o)

ANEXO 6. DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA LA ADECUADA ATENCIÓN EN EL PARTO Y PUERPERIO PARA LAS PARTERAS DEL CANTÓN SALCEDO.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

PROPUESTA DE TESIS

Manual para la adecuada atención en el parto y puerperio para las parteras del Cantón Salcedo.

AUTOR: TOAQUIZA CHANGOLUISA, ALEXANDRA ISABEL

2014-2015

INTRODUCCION

Las parteras son consideradas agentes importantes propias del mundo cultural indígena andino tienen reconocimiento y respeto por todos los miembros de sus comunidad. Maneja los tres ámbitos de conocimiento (natural, social y sobrenatural), pero en su práctica no el sobrenatural.

Las parteras del Cantón Salcedo se caracterizan por ser alegres, celosas de su conocimiento, pero abiertas a la incorporación de nuevas prácticas incluso de aquellas que no pertenecen a su propia tradición médica como es el caso de la medicina occidental. Son muy responsables y la mayoría no lucra de su oficio, como ellas dicen: “nos pagan según su voluntad, con dinerito, comidita o cualquier cosita”. La mayoría de las parteras aprendió el oficio de sus madres o abuelas, una madrina o de una vecina; sus prácticas difieren según su comunidad, creencia y experiencias, aunque realmente se puede observar que de una comunidad a otra no son muchas las diferencias para atender el parto y puerperio. También es válido y cierto el aprendizaje basado en su experiencia como madres; además de ser autoridades.

Las complicaciones obstétricas, más frecuentes empiezan en el hogar, donde existen muy pocas posibilidades de recibir atención adecuada y oportuna, debido a un sinnúmero de factores: barreras de acceso geográfico, dificultades de comunicación, dificultades económicas, brechas culturales entre los servicios de salud y las comunidades, falta de coordinación entre proveedores comunitarios e instituciones, etc.

A QUIEN ESTA DIRIGIDO ESTE DOCUMENTO

Este manual va dirigido a parteras (o) del Cantón Salcedo, pretendiendo mejorar la calidad de atención que lleva acabo los mismos con el aporte de contenidos académicos, prácticos didácticos durante el parto y puerperio para así mejorar la calidad de atención en las comunidades y disminuir complicaciones obstétricas que lleven a la muerte materna como ocurre en este cantón.

OBJETIVO GENERAL

- Promover acciones de información y educación para las parteras (o).

GUIA PARA EL USO DEL MANUAL

El manual de la partera capacitada, servirá como una guía de consulta a la partera para realizar acciones que le permitan identificar, prevenir y referir las principales complicaciones obstétricas así como también brindar los primeros auxilios en caso de una emergencia que se presente durante, después del parto.

Este manual también puede servir a la partera como apoyo para orientar a la mujer, su familia y comunidad sobre reconocimiento de señales de peligro de las principales emergencias durante parto, después del parto.

Toda partera que quiera brindar orientación al utilizar el manual deberá:

- Escoger el tema a abordar.
- Mostrar el dibujo acerca del tema que se quiera explicar.
- Ayudarse viendo el contenido (lo que debe decir a las personas que está orientando).
- Si la partera no sabe leer puede buscar ayuda de otra persona que si sabe hacerlo para estudiar o repasar los temas.

MODULO 1

1.-DEFINICIONES

2.-PREPARACION PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

MODULO2

1.-PARTO

2.-ATENCIÓN DEL PARTO

MODULO 3

1.-SIGNOS DE PELIGRO EN LA ATENCION DEL PARTO

MODULO 4

1.-PUERPERIO

2.-ATENCION DEL PUERPERIO

MODULO 5

1.-COMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

MODULO 1

DEFINICIÓN

PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

RESPONSABLES:

Alexandra Isabel Toaquiza Changoluisa

OBJETIVO:

Incrementar conocimientos en las parteras (o).

DESARROLLO DE CONTENIDOS:

DEFINICIONES

Partera Tradicional Empírica

Partera tradicional Empírica es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales.

Partera Tradicional

Recurso tradicional reconocido y utilizado por la comunidad como consejero en circunstancia de la gestación, para la atención del parto limpio y la ejecución de actividades de promoción de salud.

Partera Tradicional Capacitada

La partera capacitada es la persona de la comunidad que presta el oficio de la partería y ha recibido un curso de capacitación por el equipo de salud de su localidad, con una duración de 40 horas y es acreditada por el Ministerio de Salud, a través de un permiso para asistir partos normales de urgencia en su localidad.

PREPARACIÓN PARA ATENCIÓN DEL PARTO.

La partera debe aconsejar a la madre como prepararse para el parto y nacimiento.

- La casa y el cuarto deben estar limpios
- Ropa de cama limpia
- Ropa limpia que vestirá la mujer el día de su parto
- Paños limpios para recibir y para sacar al recién nacido
- Ropa limpia para vestir al recién nacido : (ajuar del bebe)

Equipo para el parto

La partera prepara y cuenta con un equipo de atención de parto que les entrego el proyecto RED CONE:

- Una tijera afilada, limpia y hervida por 30 minutos en agua jabonosa.
- Recipiente por hervir tijera
- Reata o cordón limpio
- Un paquete de gases para limpiar la nariz del recién nacido
- Un pañal limpio para secar al recién nacido
- Un tazón o lavacara para la placenta

Es necesario tener listo otros materiales que le van a servir:

- Agua hervida tibia
- Una linterna de luz intensa
- Gasas estériles o trapos limpios
- Frasco de alcohol de manos
- Cortaúñas
- Jabón
- Toalla de manos
- Campos de plástico uno para poner en el piso y otro para visualizar la placenta
- Delantal de plástico

ATENCIÓN DEL PARTO LIMPIO: LOS SEIS LIMPIOS.

Una de las reglas o normas que ha permitido disminuir complicaciones de infecciones en la mujer y en el recién nacido es el PARTO LIMPIO.

Esto ha sido aplicado en algunos países y se ha comprobado que si se siguen los 6 limpios, se disminuyen los riesgos de infección.

1.- La habitación en donde se realiza el parto debe estar LIMPIA.

- En días previos al parto, la partera debe aconsejar a la familia de la mujer embarazada que la habitación debe estar bien asada.
- Se debe retirar todo tipo de basura y objetos inservibles, limpiar el polvo con un trapo limpio y remojado en agua jabonosa.
- Aconseje limpiar todas las superficies. Paredes, focos, ventanas, puertas y piso mojado.
- Enjuagar cada vez el trapo.
- Equipo: escoba, basurero, trapos limpios.

2.- Los instrumentos, hilos o cordones, debes estar desinfectados o LIMPIOS.

- Lavar con un cepillo y jabón los instrumentos para la atención del parto.
- En un recipiente con agua coloque la tijera, pinza y somételes a hervir de 15 a 30 minutos. Deje que se enfríen, no los tope con las manos, escurra el agua muy bien.
- Una vez fría, prepare una envoltura de tela, puede ser un pañal de tela muy limpio y puede ser un pañal de tela muy limpio y planchado, sin topar con sus manos, poner la tijera, pinza y la perilla de la tela, 7 gasa estériles, los cordones o reatas.
- Envuelva todo, haciendo un paquete.
- Equipo. Jabón y cepillo, tijeras gasas estériles, pañal limpio y planchado, cordones y reatas.

3.- La partera debe asearse y usar ropa LIMPIA: un mandil o delantal limpio, el pelo recogido, si es posible con un gorro.

- La partera se cambia y se pone ropa limpia.
- Se pone un mandil o delantal limpio.
- Se recoge el pelo y se pone un gorro.

- Equipo: delantal y gorro.

4.- Las manos de la partera y acompañante deben estar LIMPIAS.

- La partera y la persona que le ayude o acompaña se cortan las uñas.
- Remojar las manos y brazos hasta el codo.
- Enjabonar bien directamente con el jabón hasta los codos.
- Enjuagar con agua de grifo o hacer chorrear de una jarra, alzando un poco las manos, desde los dedos hacia los codos, de manera que el agua no regrese a los dedos otra vez.
- Hacer esto dos veces.
- Secar las manos con una toalla o pañal de tela desde los dedos hacia los codos.
- Colocarse un poco de alcohol, haciendo chorrear desde los dedos hacia los codos.
- Equipo: jabón en jabonera, agua de grifo o agua hervida fría en una jarra, cepillo de manos alcohol, toallita pequeña o pañal de tela.

5.- El periné de la mujer en trabajo de parto debe estar LIMPIO.

- Se debe aconsejar a la mujer que se bañe antes de que se presenten los dolores.
- Hacer orinar a la mujer y si desea hacer la deposición, para que esa molestia no se presente durante el parto.
- La mujer debe lavarse sus genitales con agua y jabón para que estén muy limpios.
- Durante el parto observe la limpieza y si es necesario y jabón para que estén muy limpios.
- Durante el parto observe la limpieza y si es necesario, lave nuevamente el periné de la mujer con agua y jabón cuando durante el pujo, existió salida de heces, lave nuevamente con agua y jabón.
- Hágalo rápidamente, no siga atendiendo si hay suciedad en el parto.
- La partera se lavará las manos o se cambia de guantes, las veces que sea necesario.
- Equipo: jabón, agua tibia limpia, lavacara.

6.- La superficie sobre la que nace el bebé debes estar LIMPIA.

- La mesa o lugar donde tiene los instrumentos y equipo para atender al niño debe estar completamente limpia colocando una sábana limpia.
- Debe conservarse todo esto perfectamente limpio hasta el nacimiento del niño.
- No coloque nada ni la use, solo será para el niño.
- Equipo: Mesa auxiliar o lugar limpio, sábana limpia, equipo de partes, pañal para coger al niño, ropa abrigada para el niño.

TÉCNICAS PARA EL CORRECTO LAVADO DE MANOS

1. Córtese las unas
2. Lave la corta uñas y guárdelo
3. Moje sus manos con agua previamente hervida
4. En jabónese las manos.
5. Haga bastante espuma
6. Cepílese las uñas.
7. Frótese las palmas de las manos.
8. Frótese el dorso de la mano con la palma de la otra
9. Frótese entre los dedos.
10. Frótese los dedos entrelazados.

MODULO 2

PARTO

ATENCIÓN DEL PARTO

RESPONSABLES:

Alexandra Isabel Toaquiza Changoluisa

OBJETIVO:

Incrementar conocimientos en las parteras (o).

DESARROLLO DE CONTENIDOS:

PARTO

También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebe del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

ETAPAS DEL PARTO

Primera Etapa: Labor (Dilatación)

Segunda Etapa: Parto (Expulsivo)

Tercera Etapa: El alumbramiento o la salida de la paciente.

PLAN DE PARTO

La partera Tradicional capacitada en coordinación con las fuerzas vivas de la comunidad puede identificar las medidas más importantes a tomar para disminuir los riesgos del parto en su comunidad, se deben identificar en el plan de partos los siguientes aspectos:

1.- Identificar las mujeres que tienen señales de peligro durante el embarazo: para orientarlas sobre el lugar de atención del parto.

- Sangrado
- Dolor de cabeza
- Manos / cara hinchadas
- Fiebre
- Dolor abdominal severo
- Mala posición del niño

2.- **Identificar las señales de peligro del recién nacido:** Le cuesta despertarse, no mama, inquieto, respira rápido o cansadito, el niño está muy heladito o caliente, ombligo infectado, poco movimiento, pequeño o delgado para referirlo inmediatamente al hospital.

3.- Identificar las mujeres que tienen señales de peligro durante y después del parto: Sangrado, posición del niño diferente a la de cabeza, retención de placenta, convulsiones dolor de cabeza y fiebre, secreción vaginal maloliente. Para referirlas inmediatamente al hospital.

4.- Existe un medio de transporte para trasladar a la embarazada al hospital en caso de que se presente una complicación al momento del parto.

5.- Cuál es el hospital más cercano a su comunidad y quien la acompañara.

6.- Debe existir un fondo común o de la embarazada para pagar los gastos médicos, pasaje, combustibles y otras necesidades que se requieran.

7.- Asegurar quien cuidara a sus hijos, casa y animales mientras ella este en el hospital.

8.- Que cosas debe llevar la madre al hospital para el niño: ropa, pañales, sabanitas y gorro, para la madre: suéter, artículos de aseo personal, matas frazadas y toallas sanitarias entre otros.

ATENCIÓN DEL PARTO

PRIMERA ETAPA DEL PARTO

(ANTES DE QUE EL NIÑO NAZCA)

La partera explica a la madre que la labor de parto, es el ejercicio que realiza el cuerpo de la madre para procurar que el niño salga del vientre HACIA AFUERA. Las contracciones o dolores, son de la musculatura del útero, de la pelvis, de las caderas, por la comprensión que realiza el niño para salir.

La partera debe aconsejar que ese ejercicio, le consume energía y que la madre debe descansar cuando las contradicciones cesan, cuando no tienen dolor, es el momento de relajarse al máximo y respirar profundo.

Inicia cuando empieza a salir el tapón mucoso y la matriz comienza a abrirse, esta etapa termina cuando la matriz se abre completamente.

Salida del Tapón Mucoso: es una sustancia densa, a veces deja una mancha sanguinolenta en la ropa interior de la mujer, la cantidad de moco no es abundante, pero es una señal de que el parto está comenzando.

Dolor de contracción y tiempo que se demora el parto: en las mujeres que ya han tenido hijos, se demoran hasta 6 horas desde que empiezan los dolores de parto. En las mujeres que van a dar por primera vez, el parto puede durar de 8 a 14 horas desde que comenzaron los dolores de parto.

Salida del líquido amniótico: tradicionalmente, se conoce como “agua de fuente”, la madre se siente mojada como si se le ha escapado una gran cantidad se orina sin sentir. Es el rompimiento de la bolsa donde está el niño, o de las membranas, que el niño al presionar su salida se rompe, esto es el comienzo de parto. El líquido es un poco turbio, fluido como el agua.

En esta etapa la partera debe preguntarle a la madre lo siguiente:

¿Cuántos meses de embarazo tiene?

¿Ha asistido a control de embarazo?

¿Cuándo le iniciaron los dolores?

¿Ha tenido dolor de cabeza, hinchazón en las manos, cara y pies?

¿A qué hora comió por última vez?

¿Ha estado sangrando?

¿A qué hora hizo del cuerpo (defecó o ensució)?

¿Se le rompió la fuente o le salió líquido por la parte? Hace cuánto tiempo?

Si identifica problemas graves refiérala al hospital o Unidad de Salud más cercana.

Son señales de peligro:

- El parto comienza antes de los 8 meses.
- La fuente se rompe.
- La bolsa se rompe y no comienza el parto.
- El líquido que sale por la vagina es café, verde o amarillo.
- Hay sangrado en la fuente.
- Contracciones por más tiempo de lo esperado.

- Madre con dolor de cabeza, de estómago, visión borrosa, hinchazón y ataques.

SEGUNDA ETAPA DEL PARTO (CUANDO EL NIÑO NACE)

Este momento o etapa inicia cuando esta dilatado totalmente el cuello de la matriz y termina cuando el niño o niña nace. En esta etapa hay que tener listo el equipo para atender el nacimiento del bebe y lavarse las manos. Esta etapa es de duración variable entre primigesta y múltipara.

En esta segunda etapa la partera debe realizar lo siguiente:

- 1.- La partera acompaña, anima y prepara a la madre para el momento culminante, el pujo que permitirá la salida del recién nacido.
- 2.- La partera pide a la madre que le comunique todo lo que va sintiendo.
- 3.- La mujer tiene dolores intensos que duran de 30 a 45 segundos.
- 4.-La partera coloca a la mujer en la posición convenida, coloca una sábana limpia para recoger al recién nacido.

POSICIONES UTILIZADAS POR LAS PARTERAS

POSICION	BENEFICIOS	VENTAJAS
Posición cucullas	Puede facilitar la bajada del bebé y hacer que éste nazca más rápido, ya que la mujer cuenta con la ayuda adicional de la fuerza de gravedad	<ul style="list-style-type: none"> • Puede requerir menos puje. • Se cuenta con la fuerza de gravedad a favor. • La pelvis se abre más que en otras posiciones. • Favorece una rotación del bebé si es que así se necesitara. • Facilita la salida del bebé.
Posición de rodillas	En esta posición la gestante adopta una postura cada vez más reclinada conforme avanza el parto.	
Posición semisentada	La paciente se apoyara sobre almohadas o sobre su compañero. 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	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovecha algo la gravedad. • La inclinación pélvica permite una mayor apertura de la salida pélvica. • Buena posición para descansar. • Puede ser utilizada con el monitoreo fetal. • Permite realizar exámenes vaginales.
Posición Sentada.	Facilita el descenso del bebé por el canal de parto, según algunas mujeres que adoptan	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovecha algo la gravedad. • Buena posición de descanso. • Puede ser usada con el

	esta posición.	<p>monitoreo fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede inclinarse para adelante para ayudar a aliviar los dolores de espalda; buena posición para dar masaje en la espalda
Posición Cogida de la Soga	La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, que ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal de parto suave y calmadamente.	

5.- La mujer manifiesta que tiene ganas de pujar y la partera arrodillada observa lo siguiente:

Por fuera:	Por dentro:
<ul style="list-style-type: none"> • La vulva se va ensanchando, se asoma la cabeza y después él bebe va acornando. 	<ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña va coronando. • El niño o niña baja más, la vagina se abomba. • El niño o niña baja y comienza a verse la cabecita, va saliendo, sale afuera de lado la cabeza. • El niño o niña va sacando el hombro y esta de lado. • Sale el otro hombro, después se saca con cuidado.

6.-Espera al niño y lo recibe.

COMO RECIBIR AL NIÑO CUANDO NACE:

1. Cuando ha salido la cabeza del niño, pide a la mujer que deje de pujar. La partera recibe al niño con las dos manos en una tela o sábana limpia.
2. Mira y siente con los dedos alrededor del cuello del niño si se encuentran el cordón umbilical. Si este está alrededor del cuello, lo desliza por encima de la cabeza del niño.
3. La partera limpia la cara, la boca y la nariz del niño, con una tela limpia o con gasa estéril para que no se asfixie con las secreciones, el niño debe respirar inmediatamente.
4. La partera coloca a la madre, echada de espalda y apega al niño piel a piel en el vientre de la madre, se cobijan a los dos. La partera motiva al niño a que agarre el pezón de la madre para que empiece la lactancia inmediata y exclusiva.
5. La partera abriga al recién nacido con una bayeta o pañal limpios y calientes. Explica a la familia y a la madre que se debe conservar al niño bien abrigado. El recién nacido viene de un lugar caliente el enfriamiento es un peligro en el niño.
6. La partera espera 2 a 3 minutos para cortar el cordón umbilical, cuando ya ha dejado de latir.
7. La partera realiza el primer amarre a unos 5 centímetros del ombligo del niño y luego realiza el segundo amarre a 4 cm o según sus costumbres.
8. Corta el cordón umbilical en la mitad de los dos amarres, con la tijera limpia y hervida, todo lo realiza sin apuro y con seguridad.
9. Limpia el ombligo con una gasa húmeda en alcohol, seca, tapa, con una gasa o tela limpia.
10. La partera estimula la circulación del recién nacido, masajeando o sobando la espalda y piernas, frotando suavemente, no pegarle ni sacudir al niño.

IMPORTANTE

1.- Retraso en el pinzamiento del Cordón Umbilical.

El esperar hasta que deje de latir el cordón umbilical, antes de hacer el amarre y corte, aumenta el volumen sanguíneo del recién nacido, aumentando las reservas de hierro, previniendo la anemia a corto y mediano plazo.

2.- Contacto piel a piel y abrigo

Ayude al niño a adaptarse a la vida fuera del útero y promueve la lactancia inmediata al aprovechar el comportamiento innato del niño para pegarse al pecho de la madre, durante la primera hora de vida, controla la temperatura y favorece el vínculo entre la madre y el niño.

3.- Inicio de la lactancia materna inmediata y exclusiva

El apego y agarre del pezón en la primera hora de nacido garantiza la lactancia del recién nacido.

TERCERA ETAPA DEL PARTO

(ALUMBRAMIENTO O NACIMIENTO DE LA PLACENTA)

- La partera espera que con una contracción uterina salga la placenta y la recoge delicadamente a fin de que la placenta se separe completa y se deslice.
- No se debe hacer ninguna maniobra para sacar la placenta, no amarrar el cordón a la pierna de la parturienta.
- La partera extiende la placenta en una superficie y la examina, observa que la placenta este completa, es decir no deben faltar pedacitos en ella, no debe quedar ninguna membrana adentro, porque esto provocaría hemorragia.
- Una vez salida la placenta, la partera masajea suave pero firmemente el útero tratando de sacar hacia fuera coágulos, es el momento para evaluar si la madre tiene hemorragia, si el útero no se contrae, si está atónico, si sufrió un desgarre y sangra. El masaje uterino se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las primeras dos horas, poniendo la mano y

tratando de localizar el fondo del útero que debe contraerse y ponerse duro como una pelota.

Señales de riesgo o peligro durante la etapa de alumbramiento o nacimiento de la placenta:

- Sangrado fuerte constante antes de que salga la placenta.
- La madre presenta señales de choque (Ojos opacos, cara pálida, sudorosa, respiración cansada, piel fría, presión baja, desesperada, no contesta lo que se le pregunta, mirada fija).
- Después de 30 minutos la placenta no presenta señales de desprendimiento.
- Sangrado fuerte después de que ha salido la placenta.
- La matriz se siente blandita después de que ha salido la placenta.
- La placenta no está completa cuando ha salido.

MODULO 3

SEÑALES DE PELIGRO EN LA MADRE DURANTE EL PARTO

RESPONSABLES:

Alexandra Isabel Toaquiza Changoluisa

OBJETIVO:

Incrementar conocimientos en las parteras (o).

DESARROLLO DE CONTENIDOS:

SEÑALES DE PELIGRO EN LA MADRE DURANTE EL PARTO

La partera examina a la madre y al recién nacido para detectar señales de peligro; sabe que en estos casos debe actuar con urgencia y aconseja a la madre y su familia actuar inmediatamente, motiva a que deciden inmediatamente el traslado de la madre y el recién nacido a un centro de salud u hospital y que ponga en funcionamiento el plan de emergencia.

Las principales señales de peligro en la madre son:

1.- HEMORRAGIAS

¿Qué es?

Una de las principales señales de peligro y causa de muerte de las madres durante el parto son las hemorragias. Es el sangrado de más de 500 ml. Como dos tazas de sangre, de color rojo rutilante, se coagulan.

¿A qué se debe?

Tiene diferentes causas:

- No se contrae el útero.
- Rompimiento o desgarramiento del cuello del útero, de la vagina o del periné.
- Retención de la placenta.
- Retención de restos de la placentera.
- Inversión uterina o salida del útero.
- Ruptura del útero.

¿Qué cosas suceden a la mujer?

La mujer puede ponerse sudorosa, con la piel pálida y fría, puede ponerse débil, mareada y perder la conciencia y finalmente morir.

¿Qué se debe hacer?

Ante cualquier presencia de un sangrado de medio litro o más durante el parto la mujer debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

LO QUE SE DEBE HACER CON URGENCIA CUANDO UNA MUJER TIENE SANGRADO:

- Calcular el volumen de sangre perdida.
- Colocar la mujer con los pies más altos que la cabeza.
- Referirla y trasladarla.
- Darle líquidos abundantes

2.- MALA PRESENTACIÓN

¿Qué es?

Es cuando el feto se ubica mal para atravesar la vía del parto durante el nacimiento. La presentación se define por la actitud fetal, la parte que se presenta y las señales maternas y fetales.

¿A qué se debe?

Un parto en mala presentación se debe a que el niño este mal colocado puede estar de nalgas u otras presentaciones (brazo, pie, cara, hombros)

¿Qué cosas suceden a la mujer?

La mujer sufre más, y mayor peligro de infección y puede quedar con problemas o morir. el recién nacido puede nacer morado, el recién nacido puede morir en el vientre de la mujer.

¿Qué se debe hacer?

Debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Pedirle a la mujer que deje de pujar.
2. Acueste a la mujer sobre el lado izquierdo.
3. Darle a tomar líquidos.
4. Explique a la mujer y su familia la situación.
5. Inicie el sistema de transporte.

3.- PARTO DEMORADO

¿Qué es?

Es un parto que tarda más de 12 horas.

¿A qué se debe?

- Cuando hay cadera estrecha.
- Cuando el guagua está cruzado o atravesado.
- Cuando no se dilata o no se abre el cuello de útero.
- Cuando no hay dolores o contracciones de parto.
- Cuando el condón está envuelto en el cuello del guagua.
- Cuando ya ha salido el agua de fuente y no tiene buenas contracciones, no se produce el parto.
- Embarazo de gemelos

¿Qué cosas suceden a la mujer?

La mujer sufre más, y mayor peligro de infección y puede quedar con problemas o morir. El recién nacido puede nacer morado, el recién nacido puede morir en el vientre de la mujer.

¿Qué se debe hacer?

Ante cualquier parto que tarda más de 12 horas la mujer debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Pedirle a la mujer que deje de pujar.
2. Acueste a la mujer sobre el lado izquierdo.
3. Darle a tomar líquidos.
4. Explique a la mujer y su familia la situación.
5. Inicie el sistema de transporte.

4.- RETENCIÓN DE PLACENTA

¿Qué es?

Es cuando la placenta tarda en salir más de 30 minutos o media hora después de que el niño nace, con o sin sangrado

¿A qué se debe?

Puede ser que la matriz no tenga fuerza para expulsar la placenta. Esto se ve más en las mujeres mayores de 35 años, y con muchos hijos.

¿Qué cosas suceden a la mujer?

La mujer puede sangrar abundantemente, ponerse sudorosa, con la piel pálida y fría, puede ponerse débil, mareada y perder la conciencia y finalmente morir.

¿Qué se debe hacer?

Ante la presencia de cualquier sangrado fuerte, de más de medio litro después del parto la mujer debe referirse inmediatamente al hospital o unidad de Salud.

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Acueste a la mujer.
2. Ponga al recién nacido a mamar.
3. Dele a tomar líquidos.
4. Explique la situación a la mujer y su familia.
5. Inicie el sistema de transporte.

ROCEDIMIENTOS O MANERAS ESPECIALES PARA ATENDER HEMORRAGIAS EN LA MUJER.

- Cálculo de volumen de sangre perdida
- Compresión bimanual externa

CÁLCULO DE VOLUMEN DE SANGRE PÉRDIDA

Calcule y determine las cantidades de sangre que la mujer ha perdido por la vagina:

- **SANGRADO ABUNDANTE:** Cuando se empapan de sangre dos trapos como dos camisas o dos faldas de tela (Medio litro 500 CC o más)
- **SANGRADO MEDIANO:** Cuando sólo se manchan de sangre dos trapos pequeños como camisetas de niño (no se empapan) (250 CC)
- **ANGRADO POQUITO:** Cuando sólo se mancha de sangre un trapo (50 CC)

OBSERVE EN LA MUJER Y DECIDA QUÉ HACER DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE SANGRE PÉRDIDA:

- **Sangrado Abundante:**
¡Haga compresión bimanual externa y lleve a la mujer rápidamente a la Unidad de Salud u Hospital más cercano!
- **Sangrado Mediano:** Matriz dura, no hay desgarro, no presenta signos de choque pero si está débil, mareada preocuparse y **referir al Hospital o unidad de Salud más cercana**
- **Sangrado Poquito:** Es Normal con útero contraído sin desgarro, placenta completa y sin signos de choque. Si este sangrado es con signos de choque preocuparse y referir.

MÉTODO DE COMPRESIÓN BIMANUAL EXTERNA

¿Cómo se debe hacer compresión bimanual externa en una mujer que presenta sangrado después del parto?

- Explicarle a la parturienta lo de su estado y decirle que le van a hacer un masaje que le va a doler pero que es necesario.
- Acostarla.
- Revisar si ha orinado, si no lo ha hecho ponerla a orinar.
- Palpar la matriz.
- Hacer compresión de la matriz apretándola con una mano la parte de arriba haciendo presión hacia adentro y abajo y con la otra mano la parte de abajo haciendo presión hacia adentro y arriba, a modo que la matriz queda comprimida entre las dos manos.
- Esta compresión se sostiene por 20 minutos.
- Al término de 20 minutos se evalúa el sangrado y en caso necesario se sigue repitiendo hasta que la mujer llegue al hospital o unidad de salud.
- **SI DESPUÉS DEL PARTO EL SANGRADO HA SIDO BASTANTE LA MATRIZ ESTÁ CONTRAÍDA Y DISMINUYE EL SANGRADO SIEMPRE REFERIRLA.**

- **SI DESPUÉS DE LA COMPRESIÓN SIGUE SANGRANDO ABRIGARLA DARLE LIQUIDOS Y ENVIARLA CON LOS PIES MÁS ALTOS QUE LA CABEZA SIEMPRE DEBE REFERIRLA.**
- **SI LA PARTERA ES LLAMADA DESPUÉS DEL PARTO, DEBE LAVARSE LAS MANOS PARA REVISAR A LA MADRE Y EL NIÑO.**

MODULO 4

PUERPERIO

ATENCION DEL PUERPERIO

RESPONSABLES:

Alexandra Isabel Toaquiza Changoluisa

OBJETIVO:

Incrementar conocimientos en las parteras (o).

DESARROLLO DE CONTENIDOS:

PUERPERIO

Es el periodo que se inicia después del alumbramiento (expulsión de la placenta) y se extiende hasta el momento en que el organismo de la mujer recupera las condiciones anatómicas y funcionales que presentaba antes del embarazo. Dura aproximadamente seis meses.

ATENCIÓN PUERPERIO

La partera durante la visita domiciliaria, da consejería a la madre sobre el tipo de cuidados que tener con su hijo recién nacido. Los recién nacidos durante los primeros siete días están muy delicados son los días que necesitan tener más cuidados, porque pueden morir.

La estrategia durante las visitas domiciliarias en el postparto temprano, orienta y aconseja a la madre y a su familia, para que visiten la Unidad de Salud para recibir atención postparto lo antes posible, con mayor razón si el parto fue domiciliario y atendido por personal no capacitado.

La estrategia de Visita domiciliaria en el postparto temprano impulsada por la OMS y UNICEF, recomienda que se realicen al menos dos visitas domiciliarias para todos los partos domiciliarios:

- 1.- La primera en las primeras 24 horas o segundo día después del nacimiento.
- 2.- La segunda visita en el 3er día o 48 horas de nacido.
- 3.- Si fuera posible, deberá realizarse una tercera visita a la 72 horas o antes de que finalice la primera semana de vida (séptimo día).
- 4.- En el caso de los lactantes nacidos en establecimientos sanitarios, la primera visita domiciliaria debe hacerse lo antes posible, una vez que la madre y el recién nacido regresen a casa.

EXAMÉN A LA MADRE

La detección temprana de señales de peligro en la mujer puede salvarle la vida. La partera se lava las manos y pide permiso para examinar a la madre.

Aconseja a la madre sobre cómo reconocer si tiene ella presenta señales de peligro:

- Pregunta a la madre si está sangrando y observa el sangrado vaginal para detectar si hay hemorragia.
- Observar si hay infección, pregunta a la madre si tiene calentura, toca a la madre la barriga o la frente pregunta si las secreciones, los loquios huelen mal.
- La partera pregunta y observa si los senos están hinchados, rojos, lastimados.
- Pregunta si tiene dolor de barriga. Palpa y siente si está dura y dolorosa cuando le tocan.
- Aconseja a la puérpera y su familia sobre la importancia del reposo de la madre, debe evitar hacer fuerza o labores físicas cotidianas. Para que la madre se recupere pronto luego del parto, es necesario el descanso. Para ello, la partera aconseja e involucra al padre en el cuidado de la madre y el niño.

MODULO 5

COMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

RESPONSABLES:

Alexandra Isabel Toaquiza Changoluisa

OBJETIVO:

Incrementar conocimientos en las parteras (o).

DESARROLLO DE CONTENIDOS:

COMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO

Las infecciones posparto suelen afectar al aparato genital, y aparecen sobre todo en el útero y la vagina, aunque también pueden producirse infecciones vesicales y renales, mastitis, etc.

Los signos y síntomas que indican complicaciones puerperales son:

- Sangrado uterino abundante, que sobre pasa del sangrado normal. Puede ser secundario a una hipotonía uterina, por retención total o parcial de la placenta o las membranas, rotura uterina, desgarre cervical, vaginal y otros.
- Fiebre con o sin fetidez de los loquios. Son signos de infección puerperal, generalmente secundarios a la atención no limpia del parto, puede prevenirse con la atención del parto limpio.
- Dolor abdominal y lumbar con o sin fetidez de loquios.

HEMORRAGIA

¿Qué es?

Perdida excesiva de sangre dentro las primeras 24 horas (temprana), o dentro de las seis semanas tras el parto (tardía).

¿A qué se debe?

- **Atonía uterina:** los músculos uterinos no se contraen tras la expulsión de la placenta, lo que impide que puedan cerrarse los vasos sanguíneos situados en la zona.
- **Desgarros del canal del parto:** en partos difíciles se pueden producir traumatismos y laceraciones, por lo que es importante revisar el canal del parto.
- **Retención de restos placentarios:** residuos de la placenta pueden quedar adheridos a la pared del útero, y se produce hemorragia porque éste no se contrae para evitarla.

¿Qué cosas suceden a la mujer?

Tiene fiebre, dolor constante en el vientre, olor fétido (sangre de mal olor), coágulos grandes.

¿Qué se debe hacer?

A los primeros síntomas se debe explicar a la familia y referir a la paciente **inmediatamente al hospital o unidad de Salud.**

INFECCION

¿Qué es?

La calentura o fiebre después del parto es una contaminación del útero o matriz de la mujer por falta de aseo durante el parto que puede provocarle la muerte a la puérpera.

¿A qué se debe?

Las infecciones se producen por los microbios que se pueden transmitir por el polvo, las manos sucias, los instrumentos y ropa sucia, falta de aseo en la madre o la partera. Los microbios pueden entrar por las personas o por lo que usamos (colocar cartel de las tijeras). Las infecciones se producen en los primeros siete días del parto.

¿Qué cosas suceden a la mujer?

Tiene fiebre, dolor constante en el vientre, mal olor en las secreciones de la parte (Loquios) útero blando a la Reforzar que la mujer puede llegar a tener lo que se conoce como “Choque Séptico”, los síntomas son: fiebre, aumento en los latidos del corazón, confusión y / o ansiedad, se le baja la presión arterial, está en una condición muy grave y las pacientes pueden morir.

¿Qué se debe hacer?

A los primeros síntomas se debe explicar a la familia y referir a la paciente **inmediatamente al hospital o unidad de Salud.**

Antes o durante el traslado realice las siguientes acciones:

1. Darle baño de esponja si está muy caliente.
2. Darle una tableta de acetaminofén de 500 Mg.
3. Darle a tomar líquidos.
4. Explique a la mujer y su familia la situación.
5. Inicie el sistema de transporte.

MASTITIS

¿Qué es?

Es una infección mamaria que aparece hacia 3º-41 día del puerperio por fisura en el pezón e infección por una bacteria (estafilococo aureus) procedente del neonato.

¿Qué cosas suceden a la mujer?

Fiebre alta, mamas tensas, rojas, dolorosas al tocarles, sensación de masas en el cuello (adenopatías). Suele ser unilaterales, más frecuente en primerizas y casi exclusivamente madres que dan de lactar.

¿Qué se debe hacer?

- 1.-Aplicar calor local
- 2.- Prohibir la bebida de líquidos.
- 3.- Enviar a una casa de salud para su valoración.

PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR

“Una madre prevenida vale por dos”, por eso las parteras y parteros ancestrales deben aconsejar a la madre y a su pareja que deben contar con el plan de emergencia familiar para actuar en caso de presentarse señales de peligro en el parto y en el recién nacido. Los principales elementos del plan de emergencia familiar son:

- Tener disponible un carro, y si no se dispone de alguien con carro, tener arregla cualquier otra forma de transporte (mula, caballo, careta, camilla, etc.)
- Conocer quién es la persona de la comunidad encargada del Plan de Emergencia Comunitaria; saber su nombre, número de teléfono o dirección, para pedir ayuda.
- Tener anotados números de teléfonos de los bomberos, policía, hospital, medico de centro de salud, enfermera.
- Tener ahorrado dinero para la emergencia.

- Contar con una persona que se pueda responsabilizar del cuidado de los guaguas y de los animales.
- Cosas que debe llevar la madre al hospital para allá o para el niño: ropa, pañales, cobertor y gorro, para la madre: toalla, implementos de aseo personal, etc.

ROL DE LA PARTERA EN CASO DE REFERENCIA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR:

La parte aconseja a la madre que en caso de que se presenten señales de peligro en el recién nacido o en la madre, acudan inmediatamente al hospital o al centro de salud y pongan en funcionamiento el plan de emergencia familiar.

La partera indica el cupón de referencia y el plan de emergencia que es entregado por la unidad de salud de su comunidad.

El rol de la partera dentro de su comunidad es fundamental, ella aconseja a la mujer embarazada y su familia sobre como estar lista para actuar en casos de peligro en funcionamiento el plan de emergencia familiar:

- Debe saber con quién se va a contactar para pedir ayuda, tenga a mano sus números de teléfono e infórmeles con anticipación lo que puedan hacer para ayudarlo. Comprométales.
- Debe tener los números de teléfono o algún medio para comunicarse con las personas que le van a ayudar: hospital, médico o enfermera del centro de salud, partera, presidente de la comunidad, persona que tenga vínculo con la comunidad, ECU911, policía, bomberos, cruz roja, otros.
- Debe sacar con anticipación quién se va a encargar de cuidar a sus hijos, los animales y la casa.
- Debe tener un poco de dinero ahorro para cualquier gasto urgente. Para pagar el transporte, la alimentación, el hospedaje de algún familiar que le acompañe en el hospital.
- Debe tener una persona comprometida que tenga carro, para que en caso de tener señales de peligro, le lleven al hospital o al centro de salud.
- Debe tener listo un maletín con todo lo necesario para quedarse en el hospital si fuera necesario, también ropa para el recién nacido.

- La partera llena el cupón de referencia y entrega a la madre o a su familia, indicándole que debe entregar en el hospital, antes de ser atendida.
- Acompaña si es posible a la madre y al niño durante su traslado a la Unidad de Salud.

CUIDADOS DURANTE DE TRASLADO DE UNA EMERGENCIA

Con la madre:

- La madre con complicaciones debe estar siempre acompañada durante su traslado por la partera capacitada y por un familiar.
- La madre debe estar abrigada.
- Debe estar en una posición cómoda, sin mucho movimiento.

PROHIBICIONES PARA LA PARTERA:

NO Debe administrar oxitócicos a una señora en trabajo de parto porque le puede causar un gran daño al bebe y a la madre.

NO Debe indicar a la señora que puje hasta que la cabeza del bebe este en el canal de nacimiento.

NO Debe hacer exámenes vaginales o por la parte.

NO Debe dar alcohol o guaro a la madre durante el trabajo de parto.

PLANTAS UTILIZADAS POR LAS PARTERAS

AGUACATE (*Persea americana*)

Se utiliza una infusión preparada con la ceniza de un pedazo de cabestro más una pepa de aguacate para inducir el pujo en las parturientas, dosificada a razón de un vaso de infusión tibia durante el trabajo de parto. Además para mantener caliente el cuerpo de la mujer en labor se frota en su espalda manteca de conejo.

Para el baño que se da a las mujeres luego del parto, se prepara un cocimiento con hojas de aguacate además con arrayan, romero, matico, nogal, y colca.

ANIS DE PAN (*Pimpinella anisum*)

El agua de anís estimula la producción de leche en las madres lactantes. Además, debido a que los ingredientes activos pasan por la leche materna, él bebe puede beneficiarse de sus propiedades, si la madre consume, evitando de esta manera los molestos cólicos en los recién nacidos.

CANAYUYO O CERRAJA (*Sonchus oleraceus* y otra especie)

Utilizan el canayuyo en combinación con el espino blanco, el milin y el lutoyuyo para acelerar el proceso del parto.

CANELA (*Nectandra cinnamomoides*)

Para aliviar los cólicos causados por el frío o cólicos menstruales en la mujer, tomar una preparación que se elabora sobre la base de un cocimiento de linaza, para luego dejar en infusión canela, culantrillo de pozo, culantro, ajeno. Tomar 3 veces por día por 4 días.

Sirve para quitar frío durante el embarazo y hacer el parto sin complicaciones.

CHIRIMOYA (*Amnona cherimola*)

La administración de un cocimiento de las semillas ayuda eficazmente en el periodo de expulsión del parto. Las parteras reportaron utilizar una infusión de pepas de chirimoya más pepas de zambo para apresurar el parto, luego de tomar esta infusión, se toma también 2 huevos crudos batidos.

HIGO (Ficus carica)

En el Ecuador se utilizan las hojas de higo en decocción para calmar el cólico menstrual, deja 3 hojas en ebullición por 15 minutos tomar la decocción tibia a voluntad hasta que pasen los síntomas.

LINAZA (Lens esculento)

Para aliviar los cólicos menstruales en la mujer, es útil tomar una preparación que se hace sobre la base de un cocimiento de linaza, para luego dejar en infusión canela, culantrillo de pozo, culantro, ajeno, tomar 3 veces por día por 4 días.

Se usa también para acelerar el proceso de parto.

LUTOYUYO (Basella alba, Basella abovata)

Las parteras utilizan en combinación con el espino blanco, milin, canayuyo para acelerar el proceso del parto. Para ello se prepara una infusión con un trozo de espino blanco al que se retira su corteza, un puñado de flores de canayuyo, una rama de milin, y lutoyuyo. Infusión que se elabora en un litro de agua hirviendo, dejando reposar los recursos por espacios de 15 minutos. Una vez lista, se le da a beber un vaso de la infusión tibia, con una cucharada de aceite de almendra. También se utiliza para prevenir el aborto se lo hace hervir en agua, luego en caliente se coloca en una faja y se lo amarra en el vientre para que se absorba al interior, hasta que calme los dolores.

PAJA (Stipa ichu y otras especies)

Se utiliza para agilitar el parto, se combina raíz de paja hembra con alfalfa, canayuyo, nabo, lutoyuyo, algunas incluyen la medula de espino blanco otras no, y aceite de almendra. Esta toma debe ingerirse despacio y tibia.

PLANTAS QUE NO SE DEBE USAR DURANTE EL EMBARAZO**BOLDO (peumus boldus)**

Tiene efectos abortivos.

CANELA (Nectandra cinnamomoides) No se usa

CIPRES (Cupressus sempervivens)

Contraindicado en el embarazo en especial su aceite.

EUCALIPTO (*Eucalyptus globulus*)

Contraindicado en embarazadas

HIERBA MORA (*Solanum nigrum*)

Efectos abortivos

RUDA (*Ruta graveolens*)

Planta abortiva.

PLANTAS QUE NO SEBE CONSUMIR EN EL PUERPERIO Y LACTANCIA

ALCACHOFA (*Cymara Scolymus*)

Tiene efectos amargos que se elimina por la leche, y esta tomaría un sabor desagradable y sería rechazado por él bebe.

BOLDO (*Peumus Boldus*)

No se recomienda por el contenido de alcaloides y aceites esenciales presentes en sus hojas.

CIPRES (*Cupressus sempervivens*)

Contraindicado por su aceite esencial.

HIERBA MORA (*Solanum nigrum*)

No se utiliza en la lactancia ni en niños pequeños.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS:

- ARAYO, G. 2011. Parteras Indígenas. 1era edición. Editorial Abya Yala. (1)
- BIANCHI, A. 1986. Hierbas Medicinales de Cotopaxi. 2da edición. Editorial Abya Yala (2)
- BRI, K. 1993. Plantas Medicinales de campo, 1era edición, Editorial Abya Yala (3)
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. 2010. Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador. N°1 (4)
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. 2013. Norma para el Cuidado obstétrico y Neonatal esencial (CONE) en el sistema Nacional de Salud. 1era edición (5)
- MSP. 2008. Medicina tradicional andina y plantas curativas. 1era edición. (6)
- OMS. 1993. Parteras Tradicionales. 1era edición, Editorial Printed in Spain. (7)

LINKOGRAFÍA

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD, 2012. Por la Disminución de la Muerte Materna y Neonatal Proyecto Red Cone Cotopaxi. Instituciones.msp.gob [Fecha de consulta: 24 de noviembre del 2014] (8) Disponible en:
- http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com_content&view=article&id=264:por-la-disminucion-de-la-muerte-materna-y-neonatal-proyecto-red-cone-cotopaxi-&catid=5:noticias&Itemid=83
- OMS _ Reducción de la mortalidad en la niñez. 2012. Mortalidad Materna Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. UNICEF Org. [Fecha de consulta: 15 de abril del 2014] (9) Disponible en: http://www.unicef.org/panama/spanish/Manual_Parteras.pdf
- OMS Organización Mundial de la Salud. 2012. Mortalidad materna. [Citado 2012 Nov 18]. Who.int. [Fecha de consulta: 15 de abril del 2014] (10) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- ROSALES, A. 2004. Manual de la partera tradicional capacitada para el manejo de las emergencias obstétricas y del recién nacido en comunidades de difícil acceso y con alta mortalidad materna y perinatal. [Fecha de consulta: 1 de marzo del 2015] (11) Disponible en: www.coregroup.org/storage/documents