

UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES

UNIANDES



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**EL PARTO VERTICAL A PARTIR DE LOS CONOCIMIENTOS Y
PERCEPCIONES DE LAS PARTERAS EN EL CENTRO AMUPAKIN DEL
CANTÓN ARCHIDONA, PROVINCIA DE NAPO, AÑO 2017**

AUTORA: CHAMORRO VILLARREAL EMA ALEJANDRA
ASESORA: LCDA. POZO HERNANDEZ CLARA ELISA MSC.

TULCÁN – ECUADOR

2017

APROBACIÓN DEL ASESOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN:

Quien suscribe, legalmente **CERTIFICA QUE:** El presente trabajo de titulación realizado por la señorita Ema Alejandra Chamorro Villarreal, estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, con el tema: **“EL PARTO VERTICAL A PARTIR DE LOS CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LAS PARTERAS EN EL CENTRO AMUPAKIN DEL CANTÓN ARCHIDONA, PROVINCIA DE NAPO, AÑO 2017”**, ha sido prolijamente revisado, y cumple con todos los requisitos establecidos en la normativa pertinente de la Universidad Regional Autónoma de los Andes “UNIANDES” extensión Tulcán, por lo que aprobé su presentación.

Tulcán, noviembre de 2017



Leda. Clara Eliza Pozo Msc.
ASESORA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, **Emilia Alejandra Chamorro Villarreal**, estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Regional Autónoma de los Andes "UNIANDES" extensión Tulcán, declaro que todos los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, previo a la obtención del título de: licenciada en enfermería, son absolutamente, originales, auténticos y personales; excepción de las citas, por lo que son de mi exclusiva responsabilidad.

Tulcán, noviembre de 2017.

Alejandra Chamorro.

Emilia Alejandra Chamorro Villarreal

C.I. 1087618969

AUTORA

DERECHOS DE AUTOR

Yo, **Emilia Alejandra Chamorro Villarreal**, declaro que conozco y acepto la disposición que constante en el literal d) del Art. 85 del Estatuto de la Universidad Regional Autónoma de los Andes, que en su parte pertinente textualmente dice: "El patrimonio de la UNIANDES extensión Tulcán, está constituido por: la propiedad intelectual sobre las investigaciones, trabajos científicos o técnicos, proyectos profesionales y consultoría que se realicen en la Universidad o por cuenta de ella.

Tulcán, noviembre de 2017.

Alejandra Chamorro
Emilia Alejandra Chamorro Villarreal
C.I. 1087618969
AUTORA

DEDICATORIA

A Dios por ser el padre creador y dador de vida sin el nada es posible, él me ha permitido llegar a cumplir esta meta tan significativa.

A mis padres que con su arduo trabajo y su ejemplo han sido mi inspiración de lucha, fortaleza y persistencia, todo lo que hoy soy es gracias a ellos.

A mi abuelo una persona muy importante para mí, aunque ahora ya no está conmigo sé que de una u otra manera me cuida y me guía desde el cielo.

A mis hermanos que día a día me apoyaron con sus palabras, su compañía, su amor, su paciencia y su sacrificio.

A toda mi familia por ser el pilar fundamental de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios el ser todo poderoso dueño de nuestras vidas sin la intervención del nada es posible, A la universidad Regional Autónoma de los Andes – UNIANDES extensión Tulcán, directivos, docentes por haber hecho posible el cumplimiento de tan anhelada meta, ya que, con su arduo apoyo y su grata enseñanza, han ido formando profesionales sumamente preparados.

A mi familia por el apoyo incondicional que día a día me han brindado, por ser el motor de mi vida, por estar siempre apoyándome en todo momento.

A mi asesora la Licenciada Clara Pozo una persona exigente, preparada, una profesional extraordinaria, ella me ha brindado enseñanzas profesionales y personales que han ido fortaleciendo mi formación profesional.

RESUMEN

La investigación fue realizada en Archidona, provincia del Napo, en la Unidad de Salud Amupakin, este centro tiene como objetivo la asistencia de partos en forma vertical, con costumbres y creencias ancestrales, el personal que atiende a las parturientas, son ocho mujeres denominadas parteras, quienes, sin tener formación académica en obstetricia, ginecología o enfermería, hacen de este oficio su profesión, lo que han aprendido se ha venido transmitiendo de generación en generación. Se realizó un estudio descriptivo, bibliográfico y de campo, se utilizó la técnica de recolección de información, la encuesta que fue aplicada a mujeres en estado de gestación y a las ocho parteras, para determinar e identificar las falencias existentes en el personal y en la institución. Una vez ejecutada la investigación se pudo determinar que existe poca información proporcionada a la madre gestante sobre el proceso de parto por parte de las parteras; así como también la falta de formación académica especializada en el área de obstetricia y ginecología, al ser la mayoría de las parteras con formación primaria, con deficiencia de capacitación en aspectos de procedimientos y técnicas básicas de asistencia a partos. En la propuesta se presenta estrategias educativas enfocadas en aspectos básicos de atención de parto vertical, mediante la socialización, se concientizó a las parteras la importancia del manejo adecuado de este instrumento informativo en el Centro Amupakin.

Palabras clave: parto vertical, parteras.

ABSTRACT

The research was carried out in Archidona, province of Napo, in the Amupakin Health Unit, this center aims to assist births in vertical form, with customs and ancestral beliefs, the staff that serves the parturients, are eight women called midwives, who, without having an academic training in obstetrics, gynecology or nursing, make this profession their profession, what they have learned has been transmitted from generation to generation. A descriptive, bibliographical and field study was carried out, the information collection technique was used, the survey was applied to pregnant women and the eight midwives, to determine and identify the flaws existing in the staff and in the institution. . Once the investigation was carried out, it could be determined that there is little information provided to the pregnant mother about the birth process by the midwives; as well as the lack of specialized academic training in the area of obstetrics and gynecology, being the majority of midwives with primary education, with a lack of training in aspects of procedures and basic techniques of attendance at births. In the proposal of presenting educational strategies focused on basic aspects of vertical delivery care, through socialization, midwives were made aware of the importance of the proper management of this information tool in the Amupakin Center.

Key words: vertical childbirth, midwives.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

APROBACIÓN DEL ASESOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

DERECHOS DE AUTOR

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes de la investigación	1
Estado del arte	3
Actualidad e importancia del tema	3
Formulación del problema	6
Delimitación del problema	6
Objeto de la investigación.	6
Campo de acción	6
Línea de Investigación	6
Objetivos	6
Idea a defender	7
Justificación	7
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	8
1.1. Origen y evolución de la Salud familiar	8
1.1.1. Salud familiar	8

La familia un eje trascendental en la vida de cada ser humano y la sociedad, la importancia de la salud familiar es preocupación del estado.	8
1.1.3. Obstetricia	13
1.2 Análisis de las distintas posiciones teóricas sobre el Parto vertical	14
1.2.1 Parto	14
1.2.2 Parto normal	15
1.2.3 Trabajo de parto	16
1.2.4 Fenómenos activos	17
1.2.5 Contracción uterina	17
1.2.5.1 Fisiología de la contracción uterina	17
1.2.5.2 Características de la contracción uterina	18
1.2.5.3 Pujos	18
1.2.6 Fenómenos pasivos	19
1.2.6.1 Borramiento y dilatación del cuello	19
1.2.6.2 Formación del segmento inferior	20
1.2.6.3 Formación de la bolsa de las aguas	21
1.2.6.4 Ampliación del canal del parto	21
1.2.6.5 Expulsión de los limos	21
1.2.6.6 Fenómenos plásticos del feto.	22
1.2.7 Posición del parto	22
1.2.7.1 La elección de la postura	22
1.2.8 Asistencia al parto normal	23
1.2.8.1 Objeto del parto	23
1.2.8.2 Conducto del parto	24
1.2.8.3 Motor del parto	25
1.2.9 Parto vertical	25

1.2.9.1	Ventajas del parto en posición vertical	26
1.2.10	Función de las parteras	28
1.2.11	Las parteras o comadronas	29
1.2.12	Protocolo	30
1.2.13	Proceso de atención de enfermería	30
1.3	Valoración crítica de los conceptos principales de las distintas posiciones teóricas sobre parto	31
1.4.	Conclusiones parciales del capítulo I	32
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO Y PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA		33
2.1	Caracterización del sector seleccionado para la investigación	33
2.2	Descripción del procedimiento metodológico para el desarrollo de la investigación	34
2.2.1	Modalidad de la investigación	34
2.2.2	Tipos de investigación	34
2.2.3	Población y muestra	35
2.2.4	Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	35
2.2.5	Interpretación de Resultados	36
2.2.5.1	Encuesta dirigida a las gestantes del Centro Amupakin del cantón Archidona, provincia de Napo.	36
2.2.6	Encuesta dirigida a las parteras del Centro Amupakin del cantón Archidona, provincia de Napo.	46
2.3	Planteamiento de la propuesta	55
2.3.1	Título de la propuesta	55
2.3.2	Caracterización de la propuesta	55
2.3.3	Incidencia de la propuesta en la solución del problema	56
2.3.4	Objetivo de la propuesta	56

2.3.5	Diseño de la propuesta	56
2.3.6	Desarrollo de la propuesta	58
2.4	Conclusiones parciales del capítulo II	63
CAPÍTULO III. VALIDACIÓN Y/O EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE APLICACIÓN		64
3.1.	Procedimiento de la aplicación de los resultados de la investigación	64
3.2	Análisis de resultados finales de la investigación.	66
3.3	Conclusiones parciales del capítulo	69
CONCLUSIONES GENERALES		69
RECOMENDACIONES		70
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

INTRODUCCIÓN

Antecedentes de la investigación

El parto es el acto más hermoso en donde la vida de un ser humano empieza, por ello la importancia de este, además para realizarlo para la madre gestante, hay diferentes posiciones en las cuales puede participar en el alumbramiento.

“Las diferentes posiciones adoptadas por las mujeres durante el parto han constituido hitos importantes a través de la historia, algunos de los cuales no están totalmente resueltos. En los últimos tiempos, con el desarrollo de la ciencia, la asistencia al parto se ha estado realizando en un medio hospitalario y con personal especializado y de esta manera, la mayoría de las mujeres tienen sus partos en la llamada posición de litotomía, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro, fundamentalmente para garantizar su bienestar, por lo que se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad lo que indica que se facilita la monitorización continua y por ende mejoran los resultados al realizar las intervenciones (Lugones, 2011).

En Guatemala, la Universidad de San Carlos, Karin, Orellana, & Solórzano, (2012), ha realizado una investigación sobre “Conocimientos, actitudes, percepciones y practicas acerca del parto vertical” en el cual se identificó que.

“El origen del trabajo de las comadronas fue por sueños, enfermedades, línea matrilineal, señas de nacimiento o mandato de Dios; ninguna de ellas fue formada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Las comadronas respetan y realizan las costumbres de la comunidad entre estas: el uso de temazcal, quema de placenta y atención del parto en posición vertical practicándolo según petición de la mujer o del “bebé”, teniendo como contraindicación el uso de la variedad de posición sostenida de una sábana o lazo ya que refirieron prolapso uterino; así mismo indicaron que las embarazadas que no pueden ser atendidas en casa y son referidas al hospital nacional son las que evidencian presentación anómala del feto, hemorragia antes del parto, signos de preclamsia y ruptura prematura de membranas. Aunque mostraron descontento con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debido a la falta de apoyo con material y equipo para atención

del parto e indicaron que asociaciones no gubernamentales son las que abastecen dichos insumos, presentaron una actitud positiva respecto a enseñar sus conocimientos acerca del parto en posición vertical, siempre y cuando se respeten sus costumbres. Respecto a las mujeres entrevistadas el 100% conoce que la comadrona es la única persona que atiende partos en posición vertical. La posición que prefieren es sentada ya que la consideran más cómoda. Según sus creencias el parto atendido en casa indica que Dios ha permitido un parto sin complicaciones (representando un acto de fe)”

La investigación realizada indica que las comadronas o parteras no reciben capacitación y apoyo de implementos por parte del Ministerio de Salud Pública de Guatemala, manifestando además que las madres gestantes se inclinan por parto vertical posición sentada.

En la Universidad Técnica del Norte, en su repositorio se encuentra la investigación realizada por Cárdenas & Cachiguango, (2012), sobre el tema: “Impacto y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo de profesionales de salud del Hospital San Luis de Otavalo en el año 2011 – 2012, donde se indica que.

“La oficialización del Parto Culturalmente Adecuado es un hito sin precedentes en la historia de la salud del pueblo ecuatoriano; por primera vez la ciencia occidental unifica esfuerzos con los saberes ancestrales, para trabajar a favor de las mujeres embarazadas y sus niños. Las mujeres asistidas en el Hospital San Luis de Otavalo y que han acudido al Servicio de Gineco – Obstetricia durante el año 2011 se atendieron 606 partos a mujeres indígenas y 98 partos a mujeres mestizas afros, mientras que en el año 2012 se atendieron 620 partos a mujeres indígenas y 54 partos a mujeres mestizas y afros mediante el parto culturalmente adecuado, para esto en el hospital se han realizado las adecuaciones necesarias para adaptar las costumbres del sector rural indígena en el momento de dar a luz” (Cárdenas & Cachiguango, 2012)

La investigación realizada en el Hospital San Luis de Otavalo, evidencia la permanencia del parto culturalmente adecuado de forma vertical, asistiendo mujeres indígenas, mestizas y afro.

Estado del arte

Un estudio investigativo realizado por Villa & Vinuesa, (2012). en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador denominado “Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012”, indicando que.

“El manejo de la labor de parto y el parto en el Hospital —Raúl Maldonado Mejía se caracteriza por permitir a las usuarias ejercer preferencias personales, tales como: escoger la posición más cómoda para su parto, tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido como por ejemplo: mantenerse arropada con su propio vestuario, contar con una luz tenue y temperatura cálida, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales” (Villa & Vinuesa, 2012)

Este estudio realizado en el Hospital Raúl Maldonado Mejía, permiten a las usuarias ejercer la preferencia de posición más cómoda para su parto, para mantener las prácticas tradicionales.

Actualidad e importancia del tema

En Ecuador, al igual que en otros países en vías de desarrollo, se registró una tasa de mortalidad materna de 70.4 por cada 100.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil de 10.1 por cada 1.000 nacidos vivos, el recibir atención por parte de un proveedor calificado durante el parto aumenta la probabilidad de sobrevivencia para la madre y el niño. Sin embargo, en las comunidades rurales con alta concentración de población indígena esto no siempre ocurre, y muchas de las mujeres son atendidas en casa por familiares o parteras, o no reciben ayuda debido a los factores o condiciones en las que se encuentran.

Esto se debe a que, en el País, como en la mayor parte de Latinoamérica, coexisten dos modelos de atención médica, el institucional formal y el indígena empírico. Para las poblaciones indígenas el bienestar físico, es igual de importante que el psicológico, al que ellos llaman “bienestar del alma” y en lo que respecta a la atención del parto, para estas

personas es importante que sean respetadas sus tradiciones ancestrales. Es por esta razón que en los últimos años se ha promovido el respeto a las mismas, con el fin de aumentar la cobertura de salud, sobre todo en el momento del parto.

Para Silva, (2016), las ventajas del parto vertical.

“Las ventajas del parto vertical identificados por las madres fueron que mejora la frecuencia y eficacia de las contracciones con el 94%, facilita la salida del bebe en un 62%. Proporciona mayor descanso entre las contracciones con el 86%. El grado de dolor durante el parto se reportó como moderado en el 88% de las mujeres. El periodo expulsivo en el 84% fue menos o igual a 5 minutos y el volumen desangrado fue menor en el 84% de parturientas. Se concluyó que las ventajas que más se destacan son; menor sangrado en un 84%, disminución del cansancio en un 86%. Como actividades de enfermería se realizaron conferencias educativas dando a conocer sobre las Ventajas del Parto Vertical y sus distintas posiciones verticales”

Desde las culturas ancestrales la posición del parto asumida naturalmente por las madres ha sido la posición vertical, sin embargo, posterior a la institucionalización del parto, con el objeto de lograr un mayor acceso a la realización de maniobras médicas. Además, Villacis, (2013), afirma que.

“En base a la evidencia obtenida en esta investigación, y a los estudios existentes dentro de la literatura médica, se recomienda promover la participación de la madre en la toma de decisiones respecto al parto, como consta en las normativas nacionales e internacionales sobre la atención del parto culturalmente adecuado. Esta práctica genera que la mujer experimente el parto de una manera más positiva y puede contribuir al aumento del acceso a una atención adecuada durante el parto, con una posible disminución de la mortalidad materno neonatal” (Villacis, 2013)

En los últimos años, ha resurgido el interés en conocer las ventajas y desventajas de cada posición, por lo que se han realizado estudios que sugieren que una posición vertical durante el parto brinda ventajas a la madre y al neonato; sin embargo, la evidencia al respecto es conflictiva. El Ministerio de Salud Pública, (2015), indica que.

“La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto. Tras varias investigaciones en el Cantón Otavalo, esta práctica de salud intercultural se encuentra implementada en el Hospital de Otavalo, la incorporación de este servicio en el hospital fue consecuencia de un estudio que evidenció que un gran número de mujeres indígenas preferían la atención de una partera en sus hogares” (Ministerio de Salud Pública, 2015)

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes de la vida social y reproductiva de las mujeres, por esta razón alrededor del parto existen tradiciones que las comunidades desean mantener. También en la investigación Parto cultural, (2017), se indica que.

“Las razones para preferir el parto en el domicilio 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 y que son poco conocidas por el personal de salud. La concepción y práctica sobre el embarazo, parto, postparto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública.” (Ezonec, 2017)

En el parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.

En el cantón Archidona, la práctica de salud intercultural se encuentra implementada en el Centro Amupakin, la incorporación de este servicio en la comunidad se dió, porque las mujeres indígenas, preferían la atención de una partera en sus hogares, por la facilidad de comunicación del idioma y continuar con las costumbres de sus madres.

Formulación del problema

¿Cómo capacitar a las parteras en conocimientos básicos del parto vertical en el Centro Amupakin del cantón Archidona, provincia de Napo, año 2017?

Delimitación del problema

Tiempo. La investigación se la realizó en el período comprendido del mes de abril 2017 a septiembre 2017.

Lugar. Este estudio fue realizado en el Centro Amupakin, perteneciente a al cantón Archidona, provincia del Napo.

Objeto de la investigación.

Salud familiar

Campo de acción

Salud Sexual Reproductiva

Línea de Investigación

Gestión de salud y prevención de enfermedades

Objetivos

General

Aplicar estrategias educativas dirigidas a las parteras, que contribuya a la atención oportuna y adecuada del parto vertical en el Centro Amupakin del cantón Archidona, provincia de Napo, año 2017.

Específicos

- Fundamentar teóricamente sobre parto vertical en el centro Amupakin
- Diagnosticar la situación actual del parto vertical, considerando la opinión de las madres gestantes y las parteras
- Diseñar estrategias educativas enfocadas en atención de parto vertical, para la aplicación en el Centro Amupakin.

- Validar la propuesta por obtención de resultados.

Idea a defender

Con la aplicación de las estrategias educativas de atención en parto vertical, se logrará evitar complicaciones en las madres y los recién nacidos, brindando una adecuada atención a las pacientes del Centro Amupakin del cantón Archidona, provincia de Napo, en el año 2017.

Justificación

La investigación abordó el estudio de la salud familiar, salud sexual y reproductiva, obstetricia, parto, tipos de parto, parto vertical, enfocada en las parteras o comadronas del sector.

Siendo de importancia para conocer como proceden las parteras en el momento de un parto vertical, visualizando las técnicas que se aplica y su forma de atender a la madre y el recién nacido.

Además, es interesante por lo cultural al conocer sobre las prácticas ancestrales de nacimientos, sus ventajas y desventajas; para presentar estrategias educativas de atención de parto para el manejo de las parteras como de personas que deseen conocer los procedimientos aplicados.

Los beneficiarios de esta investigación serán las parteras por el conocimiento y capacitación realizado de todo lo relacionado al parto vertical, y principalmente la presentación de las estrategias educativas de atención de parto vertical, constituido de información importante.

Además, también son beneficiarios las mujeres gestantes y los recién nacidos, que decidan parir en posición vertical, puesto que en el parto vertical las mujeres tienen menos dolor en la primera fase del parto, y está comprobado que piden menos analgésicos y que la etapa de dilatación dura casi la mitad de tiempo que en un parto normal horizontal, la mujer al estar de pie acelerará el proceso.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Origen y evolución de la Salud familiar

1.1.1. Salud familiar

La familia un eje trascendental en la vida de cada ser humano y la sociedad, la importancia de la salud familiar es preocupación del estado.

Concepto de familia

La familia es un grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres, hijos y sus descendientes se da también por el vínculo y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales (Osorio & Alvarez, 2014)

Como manifiesta el autor la familia es la herencia, la unión de sangre y el corazón, un elemento indispensable en la sociedad.

Concepto de salud familiar

Salud familiar es indispensable para el desenvolvimiento adecuado de sus miembros y el desarrollo del país.

La Salud Familiar puede considerarse determinada por la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden sucederse en el medio interno o externo. La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuya a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida (Ortiz, 2017)

El marco legal relacionado con esta investigación, procede de las siguientes normas vigentes en el país, la Constitución Política del Ecuador.

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

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el régimen del buen vivir se establece:

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Capítulo III

Art. 35.- Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada. El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud.

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras

Como se evidencia en el marco legal es prioridad del estado garantizar una atención prioritaria y especializada, por ello la necesidad de capacitar a las parteras que prestan su servicio en el centro Amupakin

Tipología familiar

- 1. Familia extensa.** Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.
- 2. Familia nuclear íntegra.** Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.
- 3. Familia nuclear ampliada.** Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de conflictos o problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.
- 4. Familia monoparental.** Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.
- 5. Familia reconstituida.** Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior (Osorio & Alvarez, 2014)

1.1.2. Salud sexual y reproductiva

Salud reproductiva

Estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso

a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad (MSP, 2017)

Salud sexual

Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (MSP, 2017)

Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es la capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales. Es también poder decidir si tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos. Incluye nuestro derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual como el VIH/sida, y a acceder a servicios de salud adecuados. La salud sexual y reproductiva es un concepto muy amplio que abarca desde la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual hasta los cuidados durante el embarazo y el parto, la prevención y el tratamiento del cáncer gineco-mamario y el tratamiento de la infertilidad entre otras cosas. Aunque el concepto de salud reproductiva se refiere a mujeres y hombres, tiene un impacto mucho mayor en las mujeres ya que ellas “ponen el cuerpo” en el embarazo y el parto, y por lo tanto requieren una mayor atención particularmente para reducir los riesgos que sólo ellas enfrentan (Zamberlin, 2007).

Salud, derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador

En el Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a lo largo del ciclo vital de las personas, está afectado por las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas. Los efectos de estas inequidades, se expresan en los siguientes ámbitos inter-relacionados: la diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna, el acceso a métodos anticonceptivos incremento de

ITS incluido VIH, violencia basada en género, cánceres relacionados al aparato reproductivo, y salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad (MSP, Plan nacional de salud sexual y reproductiva, 2017)

Los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos. - Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Y procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género (Alvear & Tarragato)

Enfoque de derechos

Este se basa en el reconocimiento de las personas como titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, intransferibles, irrenunciables, interdependientes e indivisibles que generan obligaciones por parte del Estado, quien debe garantizar y crear condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximarse a la ciudadanía, pues repiensa a esta figura como sujeto de participación y concepción de las políticas públicas, que se constituyen en las herramientas requeridas para la construcción de la dinámica e interrelación entre

diferentes actores sociales, y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos. El enfoque de derechos humanos en el PNSSSR contribuye a fortalecer la institucionalidad de los derechos como un lineamiento fundamental del accionar de los servicios de salud. A la vez, este enfoque promueve un nuevo entendimiento de la salud pública como área de interés social, donde es fundamental la interrelación entre la sociedad civil, sus organizaciones y el Estado, representado por el ente rector en salud, el Ministerio de Salud Pública (MSP, Atención integral en salud sexual y reproducción para personas con discapacidad , 2017)

Derechos sexuales y derechos reproductivos

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes. Los derechos sexuales y derechos reproductivos en este Plan se evidencian en acciones integrales de calidad de SSSR para todas las personas, sin discriminación alguna (MSP, Atención integral en salud sexual y reproducción para personas con discapacidad , 2017)

1.1.3. Obstetricia

Para Meza, (2014), indica sobre el origen del parto.

“El parto en aquellas épocas prehistóricas ocurría de manera solitaria, sin acompañamiento, ha de considerarse que esa fue, así mismo, la época pre obstétrica. La mujer primitiva en trabajo de parto se alejaba de los suyos para aislarse y dar a luz sin nadie en frente es decir solas, en las orillas de los ríos o de las lagunas, o, según las circunstancias, donde encontraban en bosque o en la oscuridad de caverna, padeciendo los dolores sin gritos, como dice el citado de Leonard, las fieras merodeaban muchas veces a su alrededor, la posición tenía que ser en cuclillas” (Meza, 2014)

Como indica el autor el parto era solitario, cada mujer se encargaba sola de traer su hijo al mundo, generalmente lo hacían en posición de cuclillas, evidenciando que la posición vertical era aplicada desde épocas prehistóricas.

“La posición instintiva, de los primeros documentos escritos que hasta nosotros han llegado son los papiros egipcios, que tiene una antigüedad cercana a los cuatro mil años. En el papiro de Ebers se consigna que la atención de los partos estaba a cargo de mujeres expertas. Igual cosa ocurría entre los hebreos, según relata la Tora. En la antigua Grecia, aquella anterior cuatro siglos a Jesucristo, cuando vivió Hipócrates, las mujeres ejercían la obstetricia y ocultamente la ginecología, que tenía ya verdadera personalidad médica. En la misma época igual ocurría en Roma, Para entonces Numa Pompilio decreta la práctica obligatoria de la operación cesárea postmortem. Llegada la era cristiana, algunos médicos se muestran versados en dificultades obstétricas. En efecto, existían las obstetrices o comadronas y las ginecólogas. Las primeras atendían los partos sencillos, pero debían llamar a los médicos cuando surgían complicaciones las segundas eran expertas en las enfermedades propias de la mujer” (Meza, 2014)

Posteriormente como indica el autor las madres gestantes eran atendidas por mujeres expertas, luego denominadas parteras o comadronas, teniendo la capacidad de ayudar en los partos.

1.2 Análisis de las distintas posiciones teóricas sobre el Parto vertical

1.2.1 Parto

Según (Torrens & Martínez, 2012) manifiesta que:

“El parto es un proceso fisiológico y natural, caracterizado por su gran importancia emocional, ya que significa la presentación de una nueva vida al mundo. Para la mujer y para el hombre, el parto significa un momento esperado y un punto de partida, en el que tendrán que hacer frente a nuevas emociones y a cambios en sus vidas y en forma de relacionarse como pareja” (pág. 144)

La tecnología aplicada de forma sistemática ha convertido el parto en algo complejo y ha limitado en gran medida la posibilidad de que la mujer y su pareja vivan el nacimiento de su hijo como una experiencia íntima y única.

“El parto normal es el que termina con la expulsión espontánea de un feto viable y de sus anexos, sin que se presenten alteraciones a lo largo de su evolución. La forma más frecuente del parto es en presentación cefálica, en la que la cabeza fetal

se sitúa de manera que penetra en el canal de parto, con las dimensiones más pequeñas del mismo. Esta presentación es la que ofrece las mejores condiciones para que no existan complicaciones (pág. 144)

Algunos autores distinguen entre parto eutócico y parto espontáneo. El primero correspondería al parto en presentación de vértice y el segundo incluiría todas las variedades de presentación siempre que su evolución no implique la práctica de maniobras o intervenciones quirúrgicas.

Los profesionales de obstetricia (obstetras y matronas) ante esta situación han de hacer esfuerzos para readecuar las rutinas hospitalarias a las necesidades individuales de cada mujer y pareja en el momento del parto, al igual que para modificar progresivamente su ayuda profesional en la asistencia al parto.

Las salas de parto han de contemplar otras características además de las asépticas o funcionales de modo que el entorno hospitalario permita la manifestación de sentimientos, emociones, inquietudes y experiencias. Así, el parto se puede vivir de una manera más humana y menos agresiva, y es posible conseguir no solo experimentar el parto en las mejores condiciones físicas, sino también llegar a entender el nacimiento y la maternidad – paternidad como uno más de los acontecimientos vitales de las personas (Torrens & Martínez, 2012, pág. 144)

1.2.2 Parto normal

Según (Pellicer & Bonilla, 2014) indica la definición de parto normal a:

“Se denomina parto al proceso fisiológico por el que el feto y sus anejos (placenta y sus membranas son expulsadas del útero). El parto acontece como consecuencia de las contracciones repetitivas del útero, que tienen la suficiente frecuencia, intensidad y duración como para provocar la maduración y dilatación del cuello del útero y la expulsión de su contenido (pág. 43)

La actividad uterina durante el embarazo se divide en cuatro fases fisiológicas. Durante el embarazo, el útero se mantiene en un estado funcional fase 0 por medio de la acción de varios inhibidores como son la progesterona, la prostaciclina. Antes del término, el útero entra en activación (fase 1) y es estimulación (fase 2).

La activación se produce en respuesta a los estrógenos y se caracteriza por un aumento de la expresión de una serie de proteínas asociadas a la contracción (receptores miometriales para prostaglandinas y oxitocina), la activación de los canales iónicos y el aumento de la conexina. Un aumento de los canales iónicos y el aumento de la conexina. Un aumento de las uniones comunicantes entre las células miometriales conduce al establecimiento de la sincronía eléctrica, que permite la coordinación de las contracciones uterinas. Tras la activación, el útero está preparado para ser estimulado por las uterotropinas, como las prostaglandinas y la oxitocina. La involución (fase 3) del útero tras el parto se produce principalmente por la acción de la oxitocina (Pellicer & Bonilla, 2014, pág. 43).

La duración media de las gestaciones humanas únicas es de 280 días (40 semanas) desde el primer día del último periodo menstrual. Se consideran gestaciones a término aquellas que acontecen entre las semanas 37 y 42. El parto prematuro se refiere al inicio del trabajo de parto antes de la semana 37. Se denomina embarazo postérmino o prolongado a la gestación que se prolonga más de 42 semanas (Pellicer & Bonilla, 2014, pág. 43).

1.2.3 Trabajo de parto

Según (Nassif, 2012) indica que:

“El proceso que se inició con la concepción y continuó con el desarrollo del embarazo culmina con el trabajo de parto que producirá la expulsión del feto y anexos ovulares por la vía natural. Consta de un período de dilatación, un período expulsivo del feto y, a continuación, el alumbramiento donde se expulsan la placenta y las membranas ovulares. Este mecanismo es efectuado por los fenómenos activos y los fenómenos pasivos” (pág. 167)

El trabajo de parto es la fase final del desarrollo del embarazo, mediante la expulsión del recién nacido y anexos, en las diferentes etapas.

Según (Cabero Roura, 2013) indica que:

“Es definitivo que los factores maternos se relacionen con los niveles y cambios hormonales producidos en la embarazada hacia el término de la gestación, por lo que nos referiremos de forma rápida al papel que juegan en este evento hormonas como la progesterona, estrógenos, prostaglandinas y oxitocina” (pág. 1139)

Hay factores maternos que ocasionan cambios hormonales, al finalizar la gestación, evidenciando un papel importante las hormonas.

1.2.4 Fenómenos activos

Según (Nassif, 2012) indique que:

“Las contracciones del útero (o actividad uterina) producen modificaciones en el cuello uterino (borramiento y dilatación, expulsión de los limos), sobre el útero (formación del segmento inferior), sobre el canal del parto (ampliación del mismo), sobre los anexos (formación de la bolsa de las aguas) y sobre el feto (propulsión y fenómenos plásticos en la presentación). Estas contracciones junto con los pujos (contracción de los músculos torácicos y abdominales) ayudan a la expulsión del feto, de la placenta y de los anexos (pág. 167)

Los fenómenos activos inician con las contracciones uterinas, y luego proceden las demás modificaciones, hasta finalizar el trabajo de parto.

1.2.5 Contracción uterina

“El útero suministra, mediante las contracciones, la fuerza requerida para expulsar el feto. La contracción eficaz del útero conduce a los cambios necesarios en el cuello uterino para que se produzca el parto” (Torrens & Martínez, 2012, pág. 144).

Las contracciones proporcionan la fuerza primaria del parto. En la última etapa de éste, la mujer, con sus pujos (contracciones de la prensa abdominal, constituida por los músculos rectos y oblicuos y por el diafragma), añade las fuerzas secundarias para completar la expulsión del feto y sus anexos.

Los músculos del útero tienen una estructura singular por las que son capaces de contraerse de forma involuntaria (depende del sistema nervioso simpático), en forma descendente, es decir, desde el fondo del útero hasta el cuello.

1.2.5.1 Fisiología de la contracción uterina

“El músculo uterino es el verdadero generador de las contracciones y el impulsor del feto durante el parto. Sin embargo, para poder ejercer esta función, el útero sufre a lo largo de la gestación una serie de cambios adaptivos, gracias a la hipertrofia de las miofibrillas

y las modificaciones del tejido conectivo y de los vasos, por las que llega a alcanzar un peso de hasta 1.000 – 1.200 g” (Torrens & Martínez, 2012, pág. 144)

1.2.5.2 Características de la contracción uterina

Como cualquier contracción muscular, las producidas por el miometrio tienen: tono (es el nivel de contracción basal del músculo), intensidad (o amplitud, que es la fuerza de la contracción), frecuencia (es el número de contracciones en un lapso de 10 minutos, por convección), ritmo (son los periodos de contracción con periodos de relajación) y relajación (es el período de descanso entre dos contracciones que permite el retorno de la circulación en el espacio intervelloso retomando el tono normal del músculo).

La actividad uterina está referida al resultado de la intensidad de la contracción por el número de contracciones (frecuencia) y se utiliza la unidad milímetros de mercurio (mm Hg) en un período de 10 minutos (por convención) o Unidades Montevideo (UM).

En el transcurso del embarazo, hasta aproximadamente la semana 28 a 30 hay contracciones muy localizadas de baja intensidad (5 a 10 mm Hg) y de alta frecuencia, una por minuto (son las contracciones de Álvarez), y prácticamente la paciente no las percibe. (Nassif, 2012, pág. 167)

A partir de ese momento de la gestación comienza a percibirse las contracciones de Braxton-Hicks, de intensidad mayor a aquellas (10-15 mm de Hg) y de menor frecuencias (5-8 por hora); se va advirtiendo un aumento paulatino de la frecuencia juntamente con el transcurso del embarazo y pueden ser percibidas por la paciente, pero en general son indoloras. Las áreas que al comienzo son pequeñas se van propagando a zonas más extensas del útero.

1.2.5.3 Pujos

Según (Nassif, 2012) afirma que:

“Durante el período expulsivo, las contracciones sinérgicas de los músculos torácicos espiratorios, en especial del diafragma y sobre todo de los músculos abdominales con las contracciones uterinas, ayudan a la expulsión del feto. En el alumbramiento, ayudan a la expulsión de la placenta y las membranas” (pág. 168)

El pujo está originado al llegar a la dilatación completa y por la distensión del canal del parto por el móvil fetal al ir descendiendo a través del mismo. Se produce el cierre de la glotis y la contracción de los músculos torácicos espiratorios y de los abdominales. Tiene una duración aproximada de entre 5 a 10 segundos y ocurre cuando la contracción uterina ya ha comenzado sumándose en su máxima amplitud, agregándole a ésta un 50 mm Hg.

La hiperdinamia impide la perfusión del espacio intervelloso hipoxia fetal que puede originar sufrimiento fetal e incluso muerte. Hiperdinamia pura: existe un feto y un canal del parto normales; puede deberse a un parto precipitado.

Se entiende por parto precipitado aquel con una velocidad de dilatación cervical superior a 5 centímetros/h en primíparas y 10 centímetros/h en multíparas. Parto de 2 horas en primíparas y 1 hora en multíparas. Además de riesgos fetales son frecuentes las lesiones del canal del parto.

Hiperdinamia secundaria: surge como reacción a un obstáculo mecánico durante el parto. Pueden hasta producir roturas uterinas.

También puede existir hipertoniá por desprendimiento prematuro de la placenta (Gallego, 2008).

Es de advertir que durante el pujo la paciente está en apnea (sin oxigenarse ella y el feto) por lo que tiene que recuperar la oxigenación entre los pujos, cuando el útero se relaja. La elevación de la presión venosa puede provocar petequias en cara y cuello (máscara equimótica)

1.2.6 Fenómenos pasivos

Según (Nassif, 2012) manifiesta que:

“Son aquellos cambios que se producen como consecuencia de los fenómenos activos, en especial de las contracciones uterinas” (pág. 169)

Estos son:

1.2.6.1 Borramiento y dilatación del cuello

Como todo fenómeno pasivo el cuello uterino señala el efecto de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto, donde aquel va disminuyendo su grosor haciéndose cada vez más delgado (borramiento) y luego ampliando el orificio cervical externo su apertura (dilatación). La retracción ejercida durante la contracción del cuerpo uterino, hacia la parte inferior del útero fijo por diferentes ligamentos (uterosacros, Mackenrodt), tracciona hacia arriba el cuello provocando que el aumento de la presión intrauterina con el consiguiente descenso de la presentación fetal (en especial el polo cefálico) o el abombamiento de la bolsa de las aguas, si aún está ligera, modifique mecánicamente el cérvix uterino distendiéndolo, llevándolo progresivamente a su borramiento y dilatación y empujando al feto hacia abajo.

La duración de este periodo es variable, pero es más prolongado en las multíparas donde primero se borra y luego se dilata y tarda casi las dos terceras partes del período de dilatación llegar a los 5 cm. (se dice que la dilatación se completa a los 10 cm, que es cuando no se percibe por tacto vaginal al cuello uterino contra las paredes de la pelvis). En cambio, en las multíparas el proceso de dilatación y borramiento se produce en conjunto y es más breve.

Estos fenómenos se controlan con el tacto vaginal, constatándose cuántos dedos se pueden introducir a través del canal cervical y más adelante (después de los 3 a 4 cm) abriendo los dedos para determinar los centímetros dilatados. Aproximadamente un dedo mide 1.5 cm. El borramiento (o longitud del cuello) se expresa de los 3 cm. (o 0% de borramiento) hasta el borramiento total (100%).

Las variaciones en la velocidad de dilatación y borramiento pueden estar influenciadas por la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas, la altura de la presentación y correcta orientación de la misma, la integridad de la bolsa de las aguas y las medicaciones utilizadas (anestesia, antiespasmódicos, etc)

Es de aclarar que el período dilatante tiene que seguir un curso dinámico, es decir una progresión en la dilatación y borramiento con una actividad uterina adecuada. De no ser así se estaría ante una falta de dilatación y progresión del trabajo de parto (Nassif, 2012, pág. 169).

1.2.6.2 Formación del segmento inferior

Originariamente está ubicado a nivel del istmo uterino; en el útero gestante se ubica entre el orificio cervical interno y el anillo de Band (o anillo de contracción). Comparado con el cuello uterino, al segmento inferior le falta la capa intermedia o plexiforme.

Al ser traccionado por las contracciones desde el cuerpo uterino el segmento se distiende y adelgaza pudiendo llegar a medir al final del período de dilatación de 10 cm en sentido de longitudinal, donde finalmente reacciona el canal cervical y forma el conducto cervico segmentario.

1.2.6.3 Formación de la bolsa de las aguas

Al aumentar la presión intrauterina, por las contracciones, las membranas corion y amnios protruyen hacia el cérvix empujando a través del orificio cervical interno, abombando hacia abajo, sobre todo durante la contracción. Dependiendo de la cantidad de líquido amniótico que contenga puede ser prominente y tomar forma de reloj de arena cuando hay poca dilatación o por el contrario fuera de la contracción, reacción a la presentación (muy difícil de notar).

A veces contiene un miembro (mano o pie) o al cordón umbilical, corriendo el riesgo de su compresión por la presentación o que ante la rotura de la bolsa sin control y en forma brusca el mismo se exteriorice a través del orificio cervical externo.

Se puede romper la bolsa de las aguas en forma espontánea o provocada (cuando la desgarrar quien controla el trabajo de parto), de manera intempestiva (sin dilatación completa) o tempestiva (con dilatación completa), temprana (al inicio del trabajo de parto) o tardía (en el período expulsivo) (Nassif, 2012, pág. 169).

1.2.6.4 Ampliación del canal del parto

Según (Nassif, 2012) afirma que:

“El móvil fetal es propulsado por las contracciones y pujos descendiendo a través del canal de parto, éste distiende y amplía la vagina, vulva y perineo. Este descenso es progresivo ya que la resistencia elástica de las estructuras que rodean a la presentación, durante la fase de relajación, lo detienen y hasta pueden hacerlo retroceder” (pág. 169)

1.2.6.5 Expulsión de los limos

El contenido del canal cervical constituido por el moco cervical forma el “tapón mucoso”, que, por efecto de las contracciones, el aumento de la presión intrauterina, el borramiento y dilatación del cuello produce su exteriorización. Tiene color amarronado y puede estar acompañado por “hilos” de sangre. Su expulsión no indica que está próximo el inicio de trabajo de parto, dado que en las multíparas se puede perder mucho antes del inicio del mismo (Nassif, 2012, pág. 169)

1.2.6.6 Fenómenos plásticos del feto.

La presión de la presentación fetal sobre el cuello y luego su descenso a través del canal de parto producen modificaciones en los huesos del cráneo favorecidas por la elasticidad de los mismos y, junto con las suturas y fontanelas, producen el modelaje que es el cabalgamiento de los mismos.

1.2.7 Posición del parto

Para parir se requiere la posición en cuclillas idénticas para defecar. Posición sentada, en cuclillas. En esta posición, la salida (estrecho inferior) de la pelvis se ensancha; los muslos apoyan el vientre cuando la mujer empuja. Justamente, el bebé empuja o hace presión contra un grupo de músculos llamado el grupo del elevador del ano. Esta presión desencadena un reflejo casi igual al de los movimientos peristálticos del colon que empuja su contenido hacia abajo hacia el recto, produciendo la sensación de urgencia, de tener una defecación. Al detener la respiración, la parturienta suele hacer ruidos de expulsión como gruñidos. Esta urgencia natural también es seguida automáticamente aún por mujeres no entrenadas en el método del parto natural. Ellas se sorprenden por esta sensación, pero responden pujando, aunque no siempre con la misma efectividad de la mujer entrenada. La mujer debe parir en la posición en que ella se encuentra mejor, que puede ser arrodillada con las manos en la cama o en el suelo, en cuclillas o bien en la misma posición, pero media acostada en la cama con almohadas (o lo que hay a la mano) debajo de la cabeza y los hombros (Gally, 2000, pág. 434).

1.2.7.1 La elección de la postura

Según (Hernández, 2012) indica que:

“Un análisis histórico de la evolución de las posiciones maternas en el parto revela que las posturas supinas (litotomía) son novedades que coinciden con la

medicalización del nacimiento impuesta por la obstetricia que está surgiendo. En casi todas las culturas del mundo se han empleado, y se emplean todavía, diferentes posturas para el parto: erguida, sentada, arrodillada en cuclillas, etc.” (pág. 74)

En la Edad Media, y hasta finales del siglo XVI, las matronas europeas asistían a las parturientas en cuclillas o sentadas en taburetes especiales en forma de herradura: el modelo más antiguo de esta silla de parto, se remota a la cultura babilónica (2000 a. C.). Las mujeres más ricas eran asistidas en posición erguida o sentada, rodeadas de grandes cojines. Eran prácticas habituales entre las mujeres caminar durante el parto y seguir trabajando en el hogar o en el campo hasta el inicio de la fase de expulsión.

En 1598, el cirujano Guiliemeau introdujo la cama de parto con el fin de facilitar el alumbramiento y proporcionar más comodidad a la mujer, sobre todo en los partos difíciles y con graves complicaciones. Cincuenta años después, el empleo de la cama y la postura supina eran prácticas comunes en los partos normales y en los distócicos (Hernández, 2012, pág. 74).

A finales del siglo XVII, se impuso el alumbramiento en cama de parto, salvo en las zonas rurales. La postura litotomía (así llamada porque se utiliza en las intervenciones quirúrgicas de extracción de cálculos de la vejiga de la orina) fue introducida definitivamente en obstetricia por algunos urólogos entre la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX (Hernández, 2012, pág. 74)

1.2.8 Asistencia al parto normal

En el proceso del parto intervienen tres factores: el objeto (es decir, el feto), el canal (blando y óseo), y el motor (contracciones uterinas) (Cabero & Saldívar, 2016, pág. 230)

1.2.8.1 Objeto del parto

Está constituido por el feto. Los factores fetales que pueden afectar al curso del parto son:

1. Tamaño fetal

2. Situación. Describe el eje longitudinal del feto en relación al eje longitudinal del útero. Puede ser longitudinal, transversa u oblicua.
3. Presentación fetal. Denomina la parte fetal que entra en primer lugar en la pelvis. Suele ser cefálica o podálica. Otras posibilidades son hombro, mano, cordón, etc.
4. Actitud. Se refiere al grado de flexión – extensión de la cabeza fetal.
5. Posición o variedad. Localiza la presentación en relación con la pelvis materna. La inclinación de la sutura sagital hacia la sínfisis del pubis (anterior) o hacia el sacro (posterior).
6. Plano de descenso. Valora el progreso del descenso de la presentación fetal en la pelvis materna,
7. Número de fetos
8. Malformaciones fetales (teratoma sacro coccígeo, hidrocefalia, etc.).

1.2.8.2 Conducto del parto

Se compone de dos partes, una ósea y otra formada por partes blandas.

Pelvis ósea = canal óseo del parto

- Estrecho superior o plano de entrada en la pelvis: limitado por el borde superior de la sínfisis pública, las líneas innominadas y el promontorio, que es el borde anterior de la primera vertebra sacra.
- Estrecho medio: limitado por el borde inferior de la sínfisis pública, las espinas ciáticas y por un punto situado entre el sacro y el cóccix.
- Estrecho inferior: limitado por la punta del cóccix, ligamentos sacro ciáticos mayores, tuberosidades isquiáticas, arco público y vértice del mismo

Partes blandas = canal blando del parto

Tiene dos componentes

- El interno formado por el segmento inferior de útero, el cérvix uterino y la vagina.

- El externo constituido por la musculatura del suelo de la pelvis.

Diagrama pélvico: músculo elevador del ano.

Diafragma urogenital: músculo transverso profundo del periné.

Capa muscular externa: bulbo cavernoso, elevador del ano, transverso superficial y músculo isquiocavernoso (Cabero & Saldívar, 2016, pág. 230).

1.2.8.3 Motor del parto

Según (Cabero & Saldívar, 2016) indica sobre el motor del parto que:

“Son las contracciones uterinas y la acción de la musculatura abdominal en el período expulsivo. Tienen por objeto el borramiento del cuello, la distensión del segmento uterino, la dilatación cervical y la expulsión del feto” (pág. 231)

1.2.9 Parto vertical

Es muy probable que las mujeres en lugares donde no son atendidas por médicos, suelen adoptar posiciones predominantemente verticales durante el trabajo de parto y el parto.

Probablemente con la llegada de la obstetricia moderna, cuando los médicos obstetras empezaron a atender a las mujeres durante su parto, se insistió a adoptar posiciones semiacostadas o acostadas en el parto, posición en la cual es más fácil para el médico atenderla, especialmente si es necesario intervenir aplicando un fórceps o practicar una episiotomía.

Cuando hablamos de posiciones verticales en el trabajo de parto, nos referimos a posiciones en las que la mujer no está acostada o semisentada. Generalmente esto implica que la mujer está de pie, sentada, de rodillas o de cuclillas.

Es importante darse cuenta de que la transición a la cama obstétrica en su mayor parte se basó no en necesidades clínicas, ni en consideraciones sociales o emocionales de la mujer. De hecho, se podría ofrecer a la mayoría de las mujeres la oportunidad de realizar su trabajo de parto y el parto en posición vertical excepto en algunas situaciones complicadas donde es muy probable que el médico tenga que ayudarla aplicando un parto instrumental (fórceps, espátulas, ventosas, etc.)

1.2.9.1 Ventajas del parto en posición vertical

Hay una tendencia a considerar el parto en posición vertical una forma más "primitiva" o anticuada de parto, pero el posicionamiento en vertical ofrece muchas ventajas sobre la posición acostada.

Muchos trabajos han demostrado que posiciones verticales están asociados con la reducción de partos instrumentales, episiotomías, desgarros de 3 ° y 4 ° grado y disminución de resultados neonatales desfavorables.

- La mujer se siente en control, en todo lo relacionado con el proceso de parto
- Se produce un mejor vínculo madre-hijo ya que hay un mayor contacto visual y táctil desde el mismo momento del nacimiento.
- Aparentemente se reduce el tiempo de los periodos de dilatación y expulsivo, produciendo menos cansancio en la parturienta.
- Menores niveles de estrés, miedo, tensión y el dolor tienen un efecto sinérgico sobre la liberación de oxitócina, produciendo contracciones uterinas más potentes, bien coordinadas y eficientes.
- La mujer puede ir cambiando de posición entre contracciones lo que ayuda a tener menos dolor en la parte baja de la espalda.
- Disminuye la presión que ejerce el útero sobre los grandes vasos (aorta y vena cava) y hacia el diafragma, permitiendo la respiración más profunda, aumentando la capacidad torácica y una óptima oxigenación placentaria y del bebé.
- Se describe que el dolor del trabajo de parto es más tolerable y se ha asociado a la menor utilización de medicamentos analgésicos.
- Mejora la circulación materno fetal de oxígeno y nutrientes, así como alivio natural del dolor a través de las endorfinas
- Después de la ruptura de las membranas, hay menor riesgo de infección ya que el líquido amniótico puede salir libremente ayudando con su efecto antiséptico a eliminar y expulsar las bacterias potencialmente dañinas.
- La mujer puede compartir más y mejor con su compañero y asistentes.

- Al poder moverse libremente puede buscar posiciones que ayudan a reducir la resistencia muscular y mejora la flexión y la rotación de la cabeza del bebé y alineación óptima del bebé en su descenso a través de la pelvis.
- La dilatación del cuello uterino progresa constantemente
- La gravedad ayuda facilitando el descenso del bebé por el canal del parto.
- Hay menos presión uterina en grandes vasos sanguíneos, reduciendo el riesgo de hipotensión y síndrome de vena cava con sufrimiento fetal asociado
- Trabajos más cortos, más eficientes
- Se facilita el estiramiento y la relajación de los músculos del piso pélvico y la máxima apertura de la pelvis durante el periodo de dilatación y el parto.
- Se reduce el riesgo de episiotomía y desgarro importante

Cada pareja tiene un parto que es el mejor para ellos, no existe un mejor parto que sirva para todas las mujeres por igual (Nuñez, 2012).

El parto en posición vertical es una opción más, que junto con las otras posiciones puede y debe ser ofrecida y considerada por las parejas cuando vayan a decidir si quieren participar más activamente en el momento del nacimiento de su bebé.

En la posición de parto vertical el útero de la gestante, al no comprimir los vasos, aorta, ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni irrigación de la placenta, por ello no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Además, existe un mejor equilibrio ácido base fetal durante el periodo de dilatación, como en el periodo de expulsión, facilitando la transición feto- neonatal.

Al estar apoyados los miembros inferiores constituye un apoyo, ayudando al nacimiento, además hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2cm. En sentido antero posterior y 1 cm en transversal. La acción positiva de las fuerzas de gravedad también favorece el encaje y el descenso del feto (Perú, 2005, pág. 15).

El parto en posición vertical parece estar asociado con varios beneficios, principalmente, la reducción en la duración del período expulsivo del trabajo de parto.

Esto es totalmente lógico, del mismo modo que la verticalidad y movimiento durante la dilatación va a permitir que el bebé se abra camino por el canal del parto, acortando la primera fase de éste, a diferencia de si nos acostamos o permanecemos inmóviles.

No obstante, también existen unos pocos riesgos asociados. Pero como ni algunos de los beneficios ni los riesgos están confirmados, la Organización Mundial de la Salud recomienda que en los partos se debe permitir que las mujeres elijan la posición que deseen para tener el parto.

Una revisión publicada en la Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS evalúa los beneficios y los riesgos de las diferentes posiciones para el parto que adoptan las mujeres durante el período expulsivo del trabajo de parto. Incluye 20 estudios clínicos en los que participaron 6136 mujeres.

Los hallazgos de este estudio mostraron que, en aquellas mujeres que no recibieron anestesia peridural, el parto en posición vertical o lateral se asoció con:

- una reducción en la duración del período expulsivo,
- una pequeña reducción en los partos asistidos,
- una reducción en las episiotomías,
- un aumento en los desgarros perineales de segundo grado,
- un aumento de la pérdida de sangre estimada superior a 500 ml,
- una disminución de la manifestación de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto y menos patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal.

Como vemos, los posibles beneficios del parto vertical superan con creces los riesgos, por lo que se sigue investigando acerca de ese probable aumento de desgarros de segundo grado y sobre todo el incremento de la pérdida de sangre.

Pero, a la espera de nuevas investigaciones en este sentido, la OMS remarca la necesidad de que la mujer elija cómo quiere dar a luz, su posición más cómoda, y señala que el verdadero desafío de los profesionales de la salud es brindarles a las mujeres información imparcial en la cual basar las opciones de las posiciones para el parto y consejos sobre cómo prepararse para tener el parto en la posición elegida.

1.2.10 Función de las parteras

Se reconoce la función que desempeñan las parteras profesionales en casi todos los países donde prestan servicios sanitarios de primera línea durante el embarazo y el parto. Como proveedoras de dichos servicios, a menudo se las describe como

el eje de la maternidad segura, y como personas con una función y responsabilidades especiales de promoción de salud reproductiva. La función de la partera profesional se describe con precisión en la definición de la cita formulada por la ICM en 1972. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) aprobó la definición en 1973, la que posteriormente adoptó la OMS. En 1990, la ICM formuló una enmienda, que ratificaron la FIGO y la OMS en 1991 y 1992, respectivamente (Salud, 2006, pág. 16)

La definición de partera profesional aceptada internacionalmente en la actualidad es:

“Una partera profesional es una persona que, habiendo ingresado de manera regular a un programa de educación en partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha terminado con éxito el curso prescrito de estudios en partería y ha adquirido las calificaciones que se exigen para obtener legalmente el registro y/o la certificación para ejercer la partería. Ella debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, parto y el periodo posparto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta función incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica. Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad.

El trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para la paternidad, y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación de la familia y el cuidado de los hijos. Puede practicar en hospitales, consultorios, centros de salud, en condiciones domiciliarias o en cualquier otro servicio” (Salud, 2006, pág. 16).

1.2.11 Las parteras o comadronas

Según (Ruiz, 2006) manifiesta que:

“Usualmente las parteras o comadronas son mujeres maduras de zonas marginales, con suficiente fuerza espiritual para proteger a las parturientas y a los recién nacidos. Aprenden por tradición familiar, aunque, en los últimos años, las autoridades de salud saben palpar el abdomen, atienden el parto, encaderan o acomodan los huesos de la cadera, manejan la dieta de la embarazada. Luego del parto dan tisanas, baños y lavativas

utilizadas como purgas medicinales. Algunas parteras son también expertas en curar las enfermedades del campo que afectan a los niños como el ojo y el espanto. (pág. 40)

1.2.12 Protocolo

Un repaso por la etimología del término protocolo nos lleva de manera inmediata a protocollum, un vocablo latino. Éste, a su vez, deriva de un concepto de la lengua griega. En concreto, emana de la palabra griega “protokollon”, que es fruto de la suma de dos elementos diferenciados: “protos”, que puede traducirse como “primero”, y “kollea”, que es sinónimo de “pegamento” o “cola”.

Lo concreto es que, en nuestro idioma, un protocolo es un reglamento o una serie de instrucciones que se fijan por tradición o por convenio.

Partiendo de este significado, es posible emplear la noción en diferentes contextos. Un protocolo puede ser un documento o una normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

1.2.13 Proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos

cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

1.3 Valoración crítica de los conceptos principales de las distintas posiciones teóricas sobre parto

La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad, es decir, que la salud se puede conseguir aun cuando haya enfermedad o discapacidad o puede haber mala salud aún en ausencia de enfermedad.

La salud familiar se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud.

Esta tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud.

La obstetricia se inicia desde muchos años atrás, por el parto de las mujeres, siendo atendido inicialmente por ellas mismas, con el pasar del tiempo se fue relegando esta atención a mujeres expertas. Siendo al inicio la obstetricia un arte asistencial para ayudar a dar a luz, para convertirse posteriormente en parte de la medicina en la atención del embarazo, parto y puerperio,

El parto a pesar de ser un acto natural, se puede asociar con complicaciones en la madre y el recién nacido, por ello es indispensable que quienes estén a cargo de atender este proceso fisiológico natural, tengan conocimientos de cómo atender de la manera correcta sin poner en riesgo la salud de la madre y el bebé.

Existiendo diferentes formas o posiciones de realizar el parto, siendo de vital importancia la comodidad física y emocional de la madre, para un mejor desempeño en el trabajo de parto, ya sea con la compañía del padre del recién nacido.

El parto vertical que brinda el centro Amupakin, colaborado o atendido por las parteras, presta ser una experiencia inolvidable ya que lo realizan de forma ancestral, con sus rituales y cantos, sin embargo, es menester capacitar a las parteras sobre cómo atender al parto sus etapas, manejo de medicamentos y la asepsia de instrumentos, salas y el personal, evitando problemas de salud en la madre y el recién nacido.

1.4. Conclusiones parciales del capítulo I

Las bases teóricas planteadas en este capítulo ayudan al mejor entendimiento del parto sus fases y forma de realizarlo, fundamentando la investigación en expectativas de mejoramiento de atención por parte de las parteras del Centro Amupakin.

Es de gran importancia conocer todos los conceptos teóricos ya que estos favorecen de manera notable a la continuación de este proceso, la salud familiar, salud sexual reproductiva conlleva al conocimiento notable de derechos, deberes, y por ende a la buena práctica de intervenciones en salud.

El aprendizaje en este capítulo se lo hace de manera notoria ya que para realizarlo se documentó y obtuvo información sustancial, importante y relevante a través de los distintos medios como son libros, páginas de internet, todos estos que contengan información verídica y actualizada.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO Y PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA

2.1 Caracterización del sector seleccionado para la investigación

En Ecuador, en la región Amazónica, se encuentra la provincia de Napo, situada al centro norte del país. Limita al norte con Sucumbíos, al sur con Pastaza, al oeste con Pichincha, Cotopaxi y Tungurahua y al este con Orellana.

Las selvas de la provincia de Napo es cuna de dos nacionalidades indígenas de la Región Amazónica del Ecuador, los quichuas de la amazonía y los huoranis.

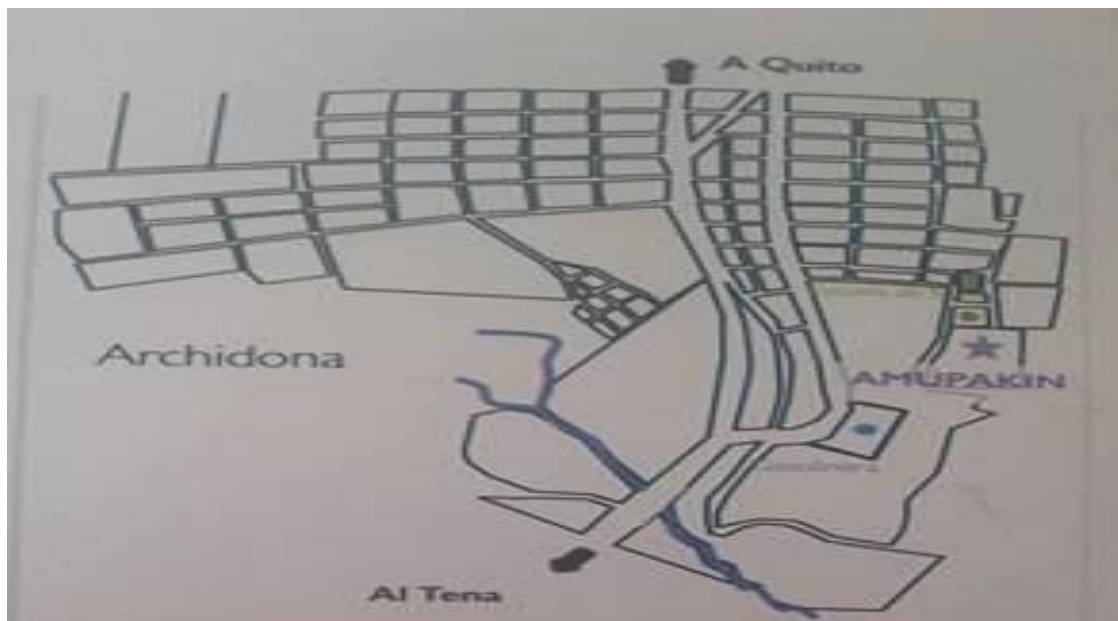
En su territorio habitan 103.697 personas, según el último censo realizado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo en el año 2010, constituida por 5 cantones, y de ellos se despliegan 5 parroquias urbanas y 20 rurales. Su economía se forja en el comercio, turismo ganadería y agricultores.

En la Amazonía, existe un centro con aval internacional en el que nacen niños al son de la música de la zona y con un elixir que aseguran su salud, este sitio en el cantón Archidona, provincia del Napo, ha llegado a ser partícipe de nacimientos de niños, manteniendo las prácticas ancestrales tradicionales

Este centro creado por la Asociación de Parteras Kichwas del Alto Napo (Amupakin), está localizado en medio de árboles y plantas medicinales, administrada y representada por Marylín Salazar. Esta Casa de vida, como es denominada en sus inicios, tuvo el apoyo de la Cruz Roja Española y ecuatoriana.

El cultivo de los medicamentos ancestrales y la conservación de las costumbres, son los ejes centrales de la gestión de este Centro, que se inició en el año 2001. La comunicación entre la partera y la madre gestante es muy buena, ya que hablan el mismo idioma.

El Centro de atención de partos verticales Amupakin, está ubicado en la provincia del Napo, cantón Archidona, pasando la escuela Milton Jurado, en la Comunidad San Francisco de Sábata.



Fuente: Registros Centro Amupakin
Elaborado por: Alejandra Chamorro

2.2 Descripción del procedimiento metodológico para el desarrollo de la investigación

2.2.1 Modalidad de la investigación

La investigación es de modalidad cualitativa y cuantitativa.

Cualitativa. La modalidad cualitativa se utilizó en el estudio, al describir al grupo de estudio.

Cuantitativa. La cuantitativa se utilizó en el análisis de los resultados obtenidos en la investigación de campo con la tabulación de la información.

2.2.2 Tipos de investigación

Se utilizó la investigación descriptiva, ya que se determinó las formas de parto vertical y la relación de ventajas y desventajas existentes, con las parteras, al igual que se describió con las madres gestantes las dificultades que imposibilitan el parto vertical.

Se realizó la investigación de corte transversal, ya que fue realizada en un período determinado de tiempo, con un análisis estadístico de la información que se recolectó.

La investigación bibliográfica formó parte del estudio ya que permitió obtener información sobre el parto vertical, sus beneficios como practica ancestral y sus complicaciones, ante las nuevas formas de parto, sustentadas en bases teóricas científicas de relevancia.

La investigación aplicada ya que se presentó una propuesta, la misma que colaborará a diario con el personal que atiende en el Centro, para un manejo adecuado del parto vertical.

2.2.3 Población y muestra

La población de la investigación, está formada por el personal que labora en el Centro, siendo las parteras; además de las madres gestantes que están registradas para realizar el parto vertical en el centro.

Tabla N° 1

Población

Población	Número
Parteras	8
Gestantes	11

Fuente: Registros de pacientes del Centro Amupakin

Elaborado por: Alejandra Chamorro

2.2.4 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

El método teórico aportó con información relevante, para conocer sobre el parto vertical y sus prácticas ancestrales.

Histórico - Lógico

El método histórico aportó con los conocimientos e historias clínicas de pacientes que han optado por el parto vertical y el diálogo con las parteras y de sus experiencias.

Inductivo – deductivo

Este método ayudó con un análisis general de las ventajas y desventajas que se presentan en el parto vertical, además se verificó los procedimientos que aplican las parteras y sus vivencias.

Análisis - síntesis

El análisis y síntesis, se enfocó en los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a las parteras y madres gestantes.

Método sistémico

El método sistémico ayudó a relacionar hechos, procedimientos y técnicas de cuidado en el proceso de parto vertical, tanto a la madre como al recién nacido, la seguridad de higiene y trato que manifestaron las parteras, como personal responsable de estos alumbramientos.

Métodos empíricos

El método empírico verificó el estudio del tema de investigación desde sus tiempos de origen en que se practica el parto vertical, procediendo desde la antigüedad como formas de nacimiento ancestrales dentro de la comunidad de Archidona.

Observación científica

Dentro de la observación científica, se verificó el estado de las instalaciones donde se realizan, el parto vertical, se observó manejo de desinfección e insumos que se utilizan para atender a la madre y al recién nacido en el Centro.

Técnicas

La técnica que se empleó en la recolección de información, en la investigación de campo realizada fue la encuesta de carácter anónimo, para obtener información real de parte del personal del centro y de las pacientes en gestación.

Instrumentos de investigación

En los instrumentos de investigación que se utilizó, está el cuestionario, compuesto por preguntas cerradas, para fácil entendimiento del encuestado.

2.2.5 Interpretación de Resultados

2.2.5.1 Encuesta dirigida a las gestantes del Centro Amupakin del cantón Archidona, provincia de Napo.

1. ¿Qué edad tiene Ud.?

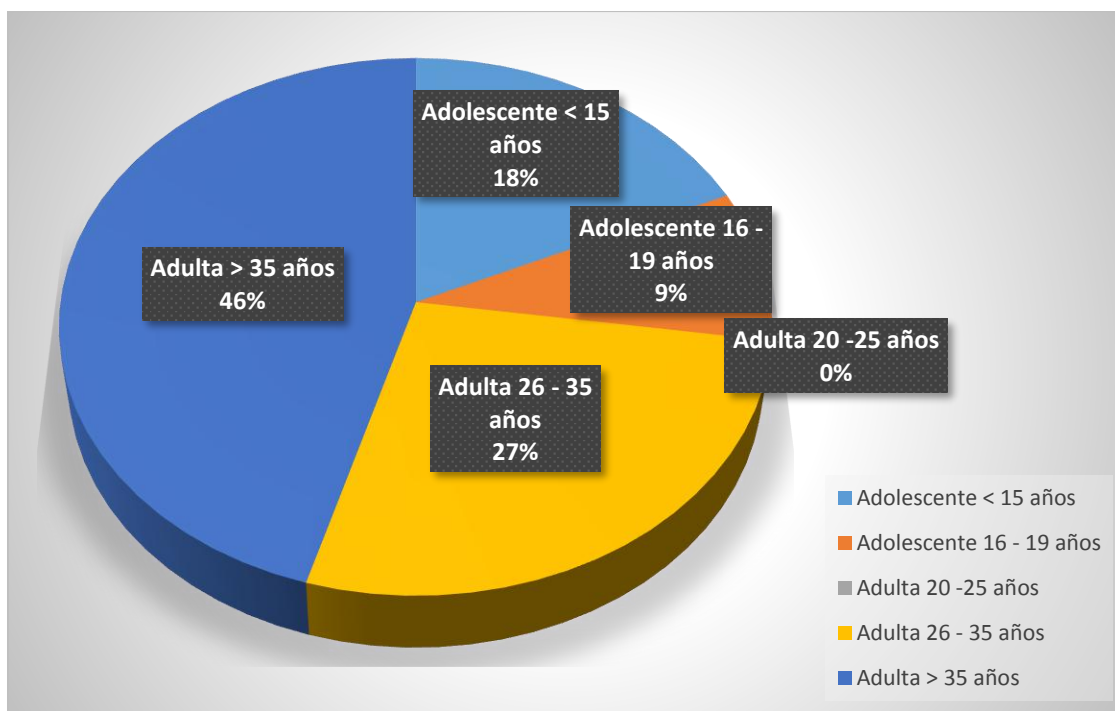


Gráfico 1 Edad de las parturientas

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

La población encuestada demuestra que adquirieron su responsabilidad materna a una edad con cierto grado de criterio para disminuir los embarazos precoces, ya que la edad es un factor sumamente importante, esta define el nivel de madurez tanto física como psicológica y permite tomar decisiones.

2. ¿Indique su nivel de instrucción académica alcanzada?

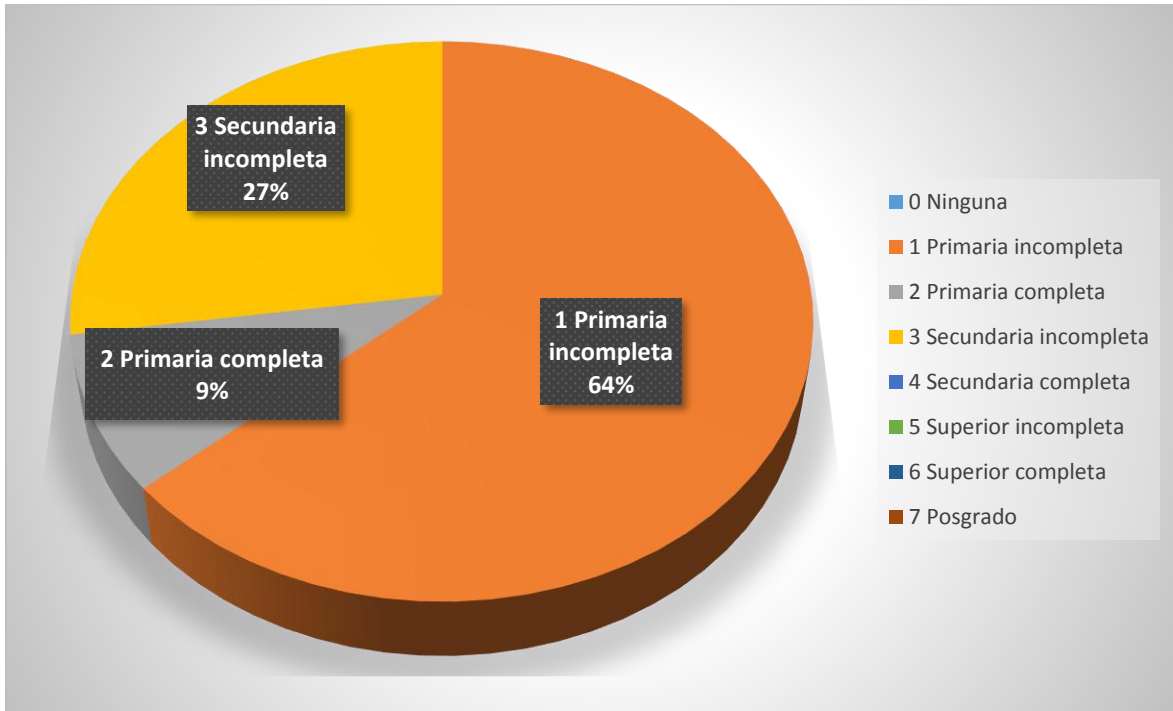


Gráfico 2 Nivel de Instrucción

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

La mayor parte de las gestantes manifiestan alcanzar su nivel de instrucción primaria incompleta, el grado de escolaridad que mantienen las madres gestantes, evidencia su relación a conservar la práctica de sus creencias, su cultura ya que en ella encuentran las respuestas a sus múltiples necesidades, en cambio si su nivel de instrucción es más alto, genera inquietudes en el proceso de parto vertical y el lugar de hacerlo, porque desean mayor seguridad y especialización en un centro hospitalario.

3. ¿A qué se dedica?

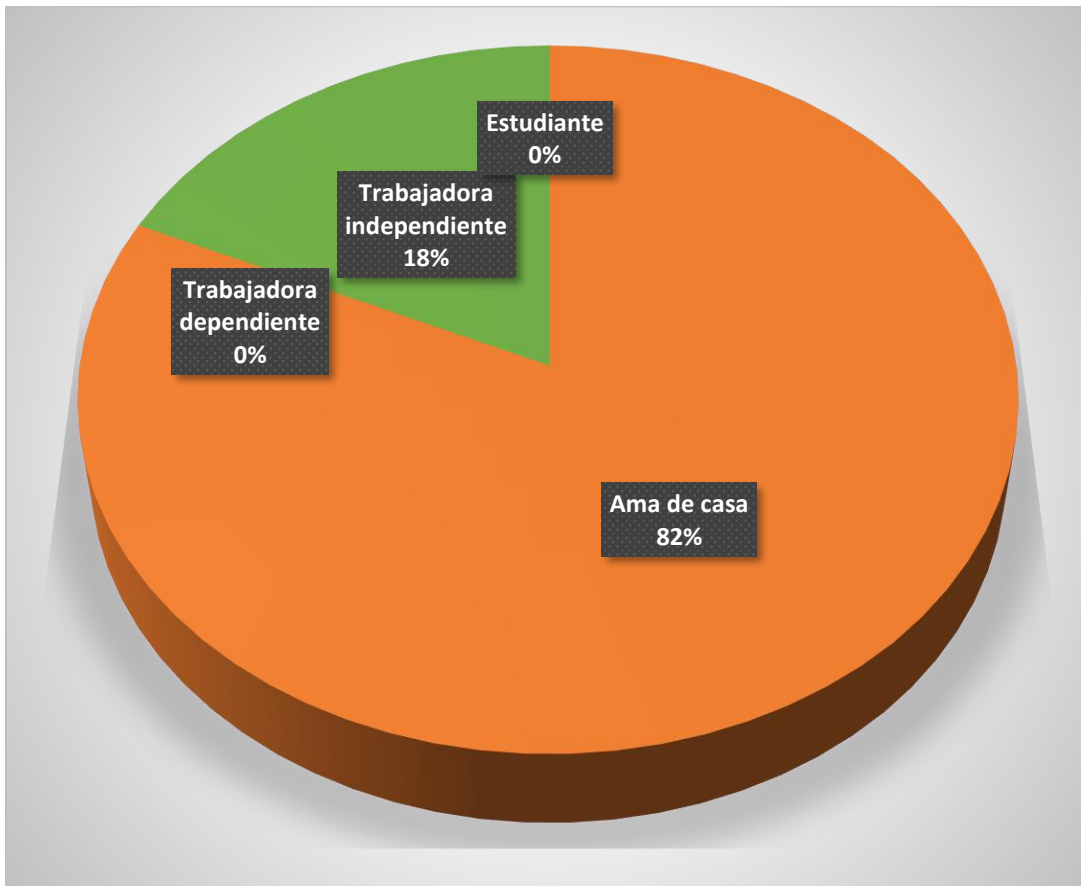


Gráfico 3 Ocupación

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Debido al entorno en el que se desarrollan y la realidad en la que se encuentran las madres gestantes en su gran mayoría solo realizan actividades no remuneradas, en gran parte pasan atendiendo las necesidades de su familia, esposo, hijos y si trabajan lo hacen por una pequeña remuneración.

4. ¿Cuántas gestaciones ha tenido?

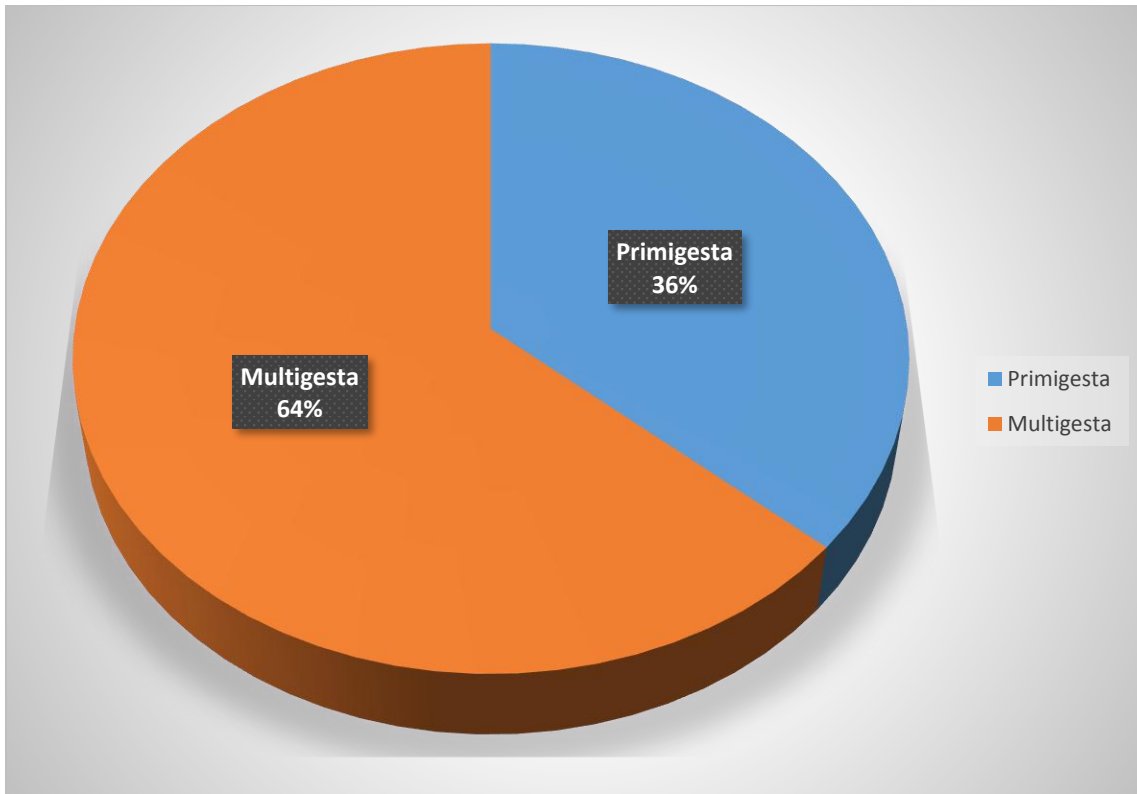


Gráfico 4 Gestaciones

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Pese a la mayor cantidad de embarazos no se puede afirmar que estos hayan llegado a feliz término ya que en el transcurso de la gestación pueden presentarse muchas dificultades y riesgos tanto para la madre como para el producto.

5. ¿Le han realizado cesárea?

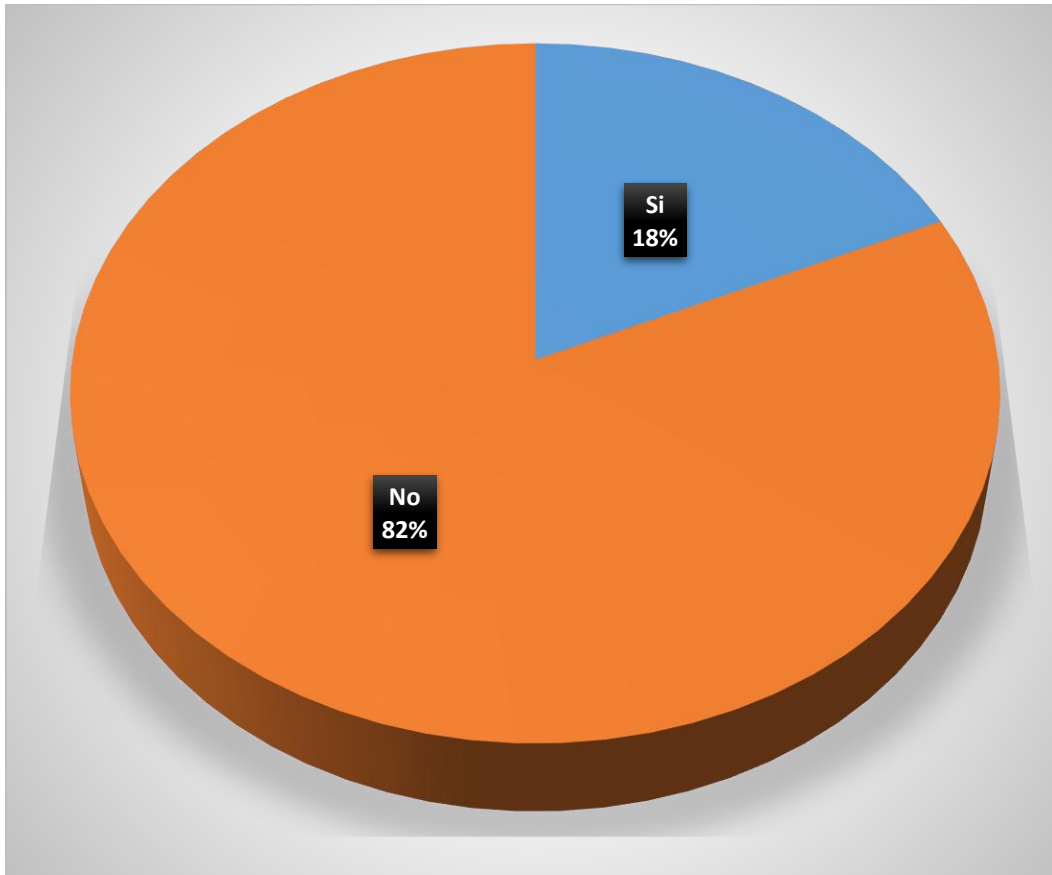


Gráfico 5 Cesárea

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

De acuerdo a una valoración médica el 18% si ha necesitado ser atendida en un parto por vía alta, existen múltiples razones que llevan a la toma de esta decisión; riesgos para la madre o para el bebe, es importante tomar conciencia de que la cesárea es una salida de emergencia y no una escogencia para prevenir problemas futuros.

6. ¿Cuántos controles prenatales se ha realizado?

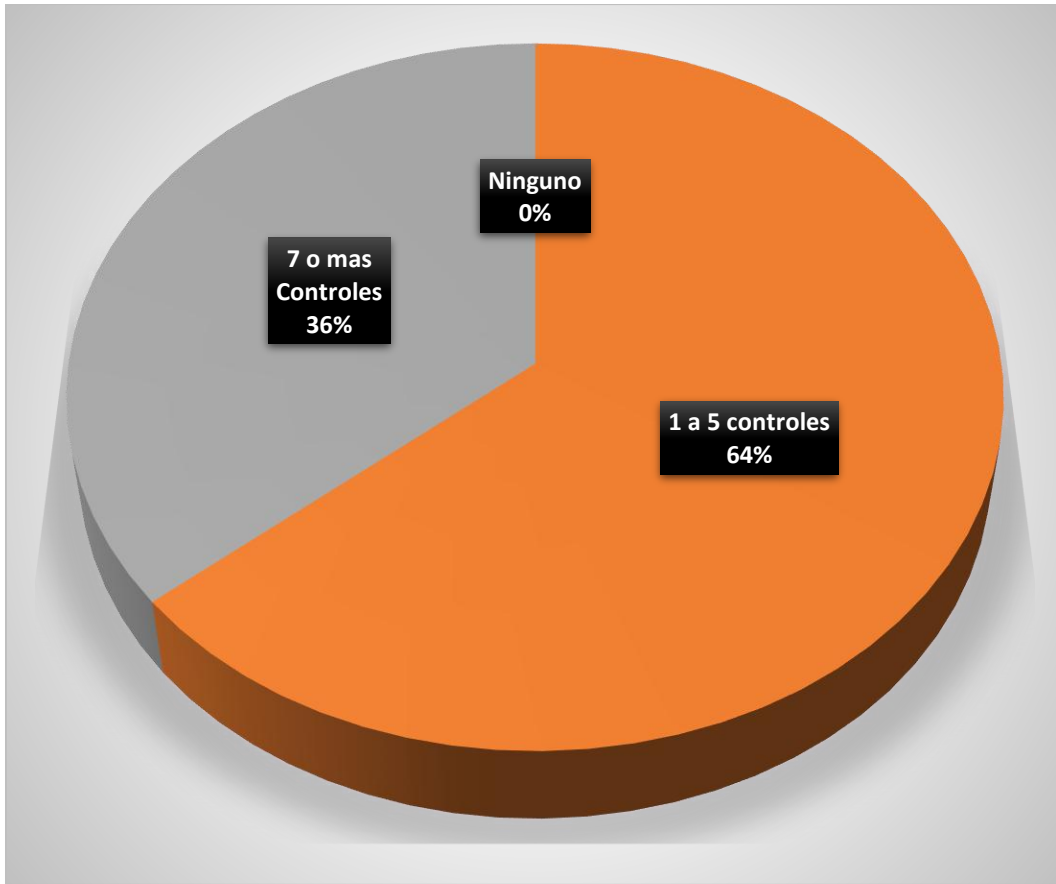


Gráfico 6 Controles prenatales

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Se evidencia responsabilidad por parte de la madre al realizarse los controles periódicamente, ya que estos son un medio para evaluar la condición de la madre y el bebé impidiendo así problemas o enfermedades futuras; manteniendo el bienestar de la mujer embarazada y su hijo.

7. ¿Qué posición para el parto desea realizar?

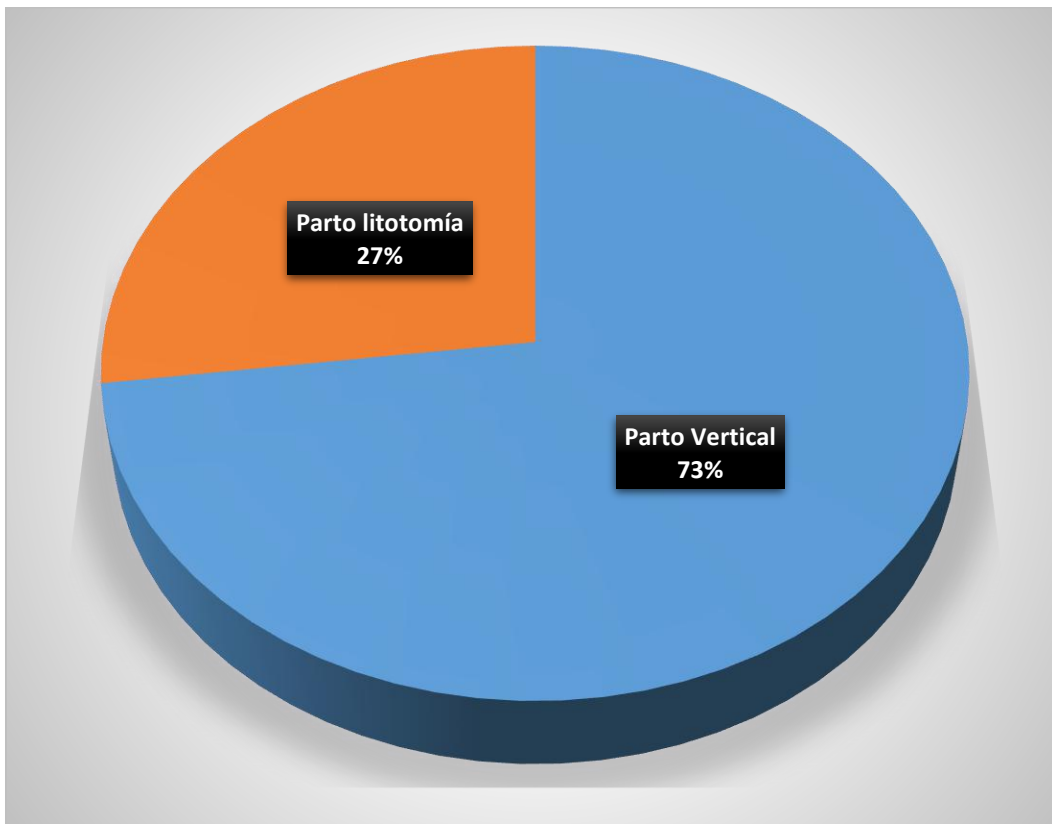


Gráfico 7 Parto vertical o parto litotomía

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

De manera evidente las madres gestantes optan por seguir sus creencias, y seguir con la práctica del parto vertical, depende de cada persona y el lugar donde creció, se formó e hizo su vida, no se puede ni se debe tratar de cambiar la cultura que cada ser humano forjó, de ahí viene la toma de decisiones, independientemente de que estén bien tomadas o no, eso sí conociendo las ventajas y desventajas de cada proceso de vida. Por lo que las pacientes optan por seguir la cultura y la práctica de esta.

8. ¿El profesional que le atiende, le ha explicado las posiciones de parto y sus beneficios y desventajas?

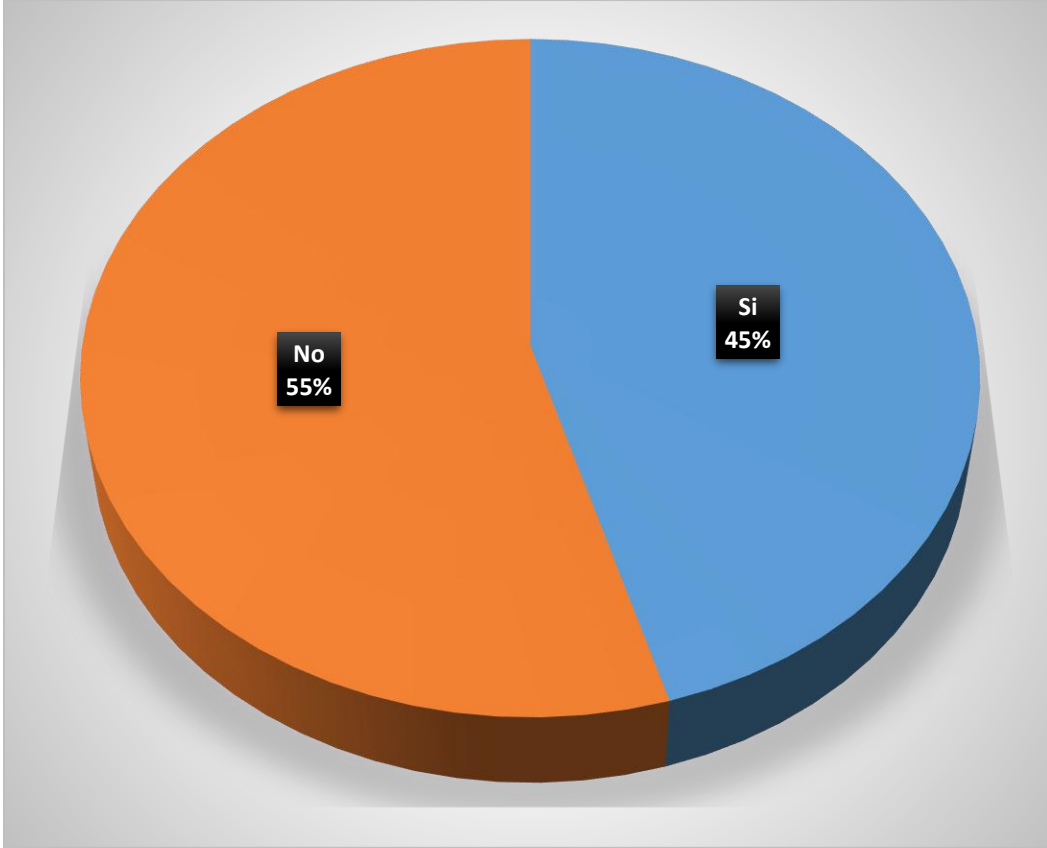


Gráfico 8 Conocimiento de la existencia de Ventajas y desventajas

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

La mayoría de las madres encuestadas manifiestan no conocer las ventajas y desventajas, el conocimiento las lleva a tomar la mejor decisión a optar por un tipo de parto, conociendo lo que implica cada uno, sus pros y sus contras, riesgos y beneficios tanto para la mujer embarazada como para su hijo.

9. ¿Conoce sobre la postura para el trabajo de parto, y los procedimientos que se realiza?

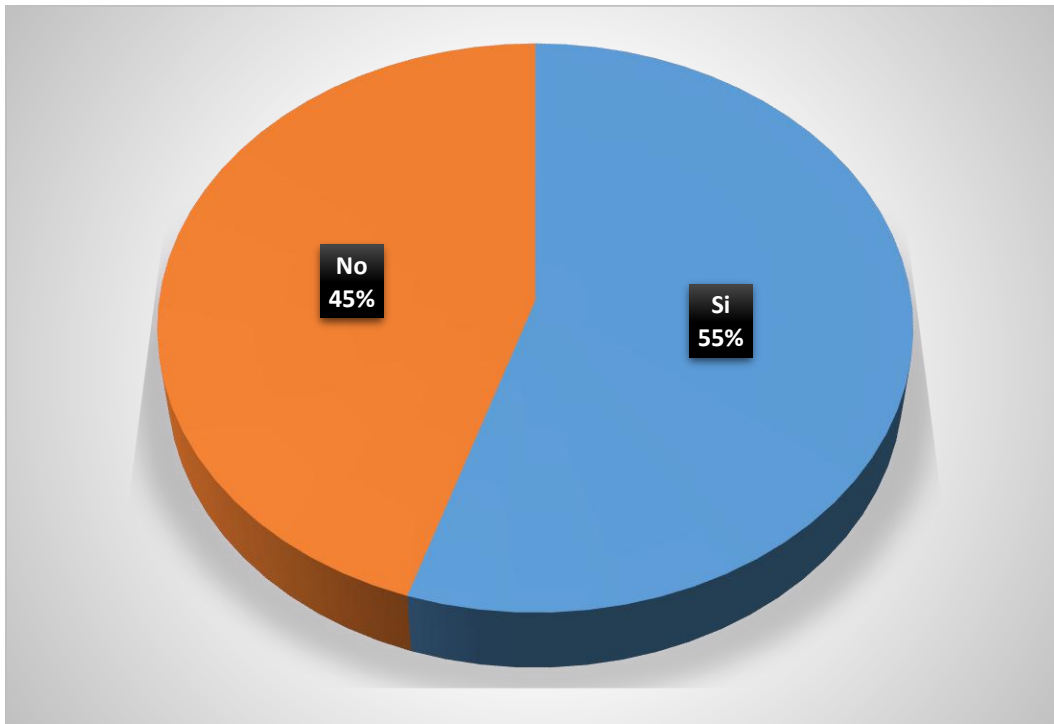


Gráfico 9 Conoce sobre la postura para el trabajo de parto

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

La población encuestada muestra la existencia de un déficit de conocimiento en cuanto al parto, postura y procedimientos, conocer las actividades que se le van a realizar a la paciente permite brindar mayor seguridad y mejorar la atención, obteniendo mejores resultados al satisfacer y dar solución a cualquier tipo de necesidad o inquietud.

2.2.6 Encuesta dirigida a las parteras del Centro Amupakin del cantón Archidona, provincia de Napo.

1. ¿Según su criterio, cuando atiende el parto, cómo calificaría al parto vertical?

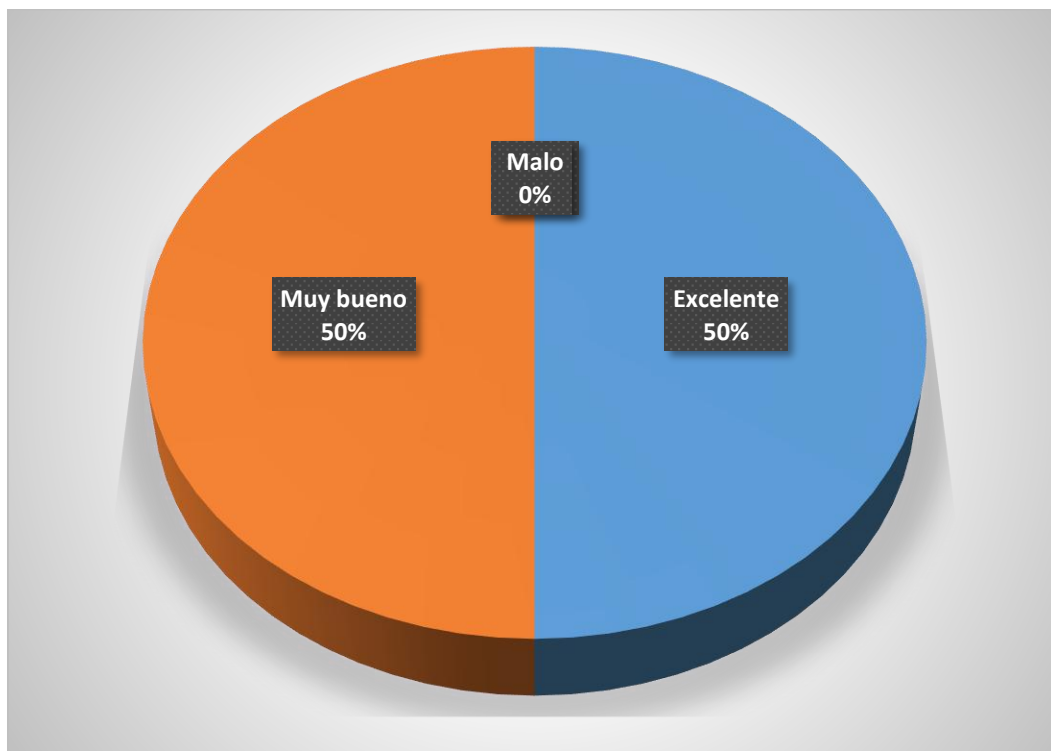


Gráfico 1 Califique el Parto vertical

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Las parteras en su trabajo han logrado conocer los pros y los contras del parto vertical logrando así obtener conocimiento verídico, que permite brindar la mejor calidad de atención, a todas las madres gestantes desde el inicio de su embarazo hasta su etapa del parto, evidenciando la mitad por excelente y la otra por muy bueno.

2. ¿Su nivel de instrucción?

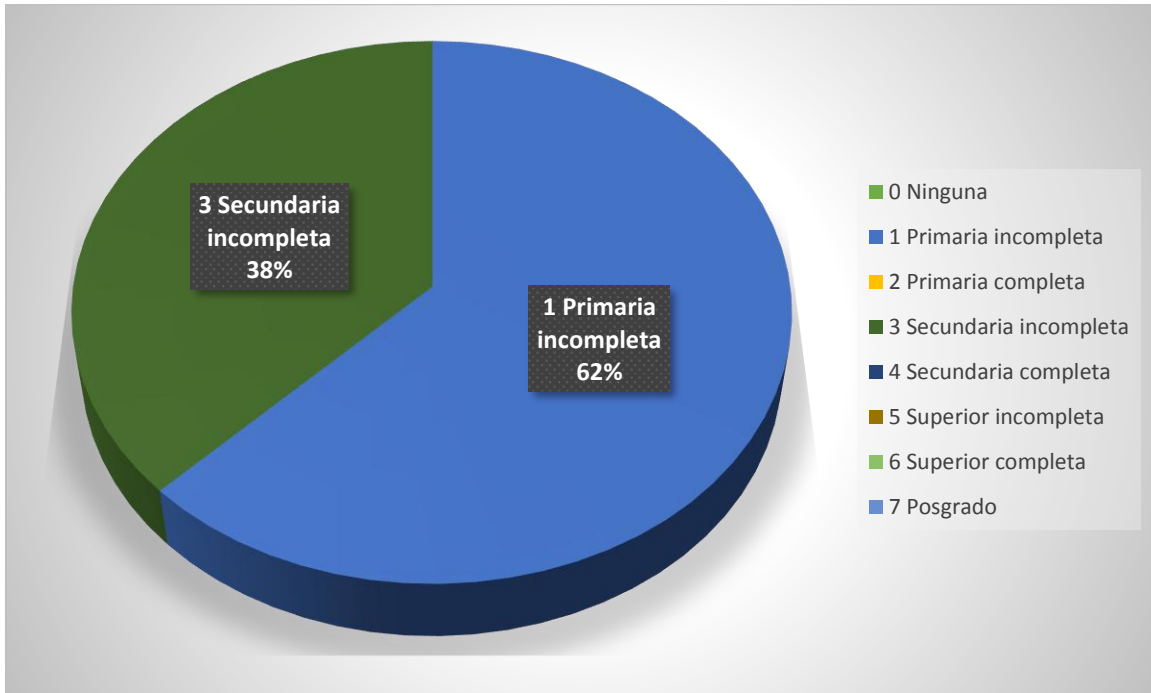


Gráfico 2 Nivel de instrucción

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Independientemente del nivel de educación la atención prestada por las parteras se podría decir que es buena, las personas que atienden este centro no precisamente han aprendido y obtenido los conocimientos de una formación profesional, ellas lo han logrado de manera empírica, a base de práctica diaria, por enseñanza de sus antepasados, no son precisamente profesionales, pero realizan su trabajo como si lo fueran logrando así brindar una buena atención en el parto vertical.

3. ¿Tiene capacitación sobre la manera adecuada de proceder en atención a un parto vertical?

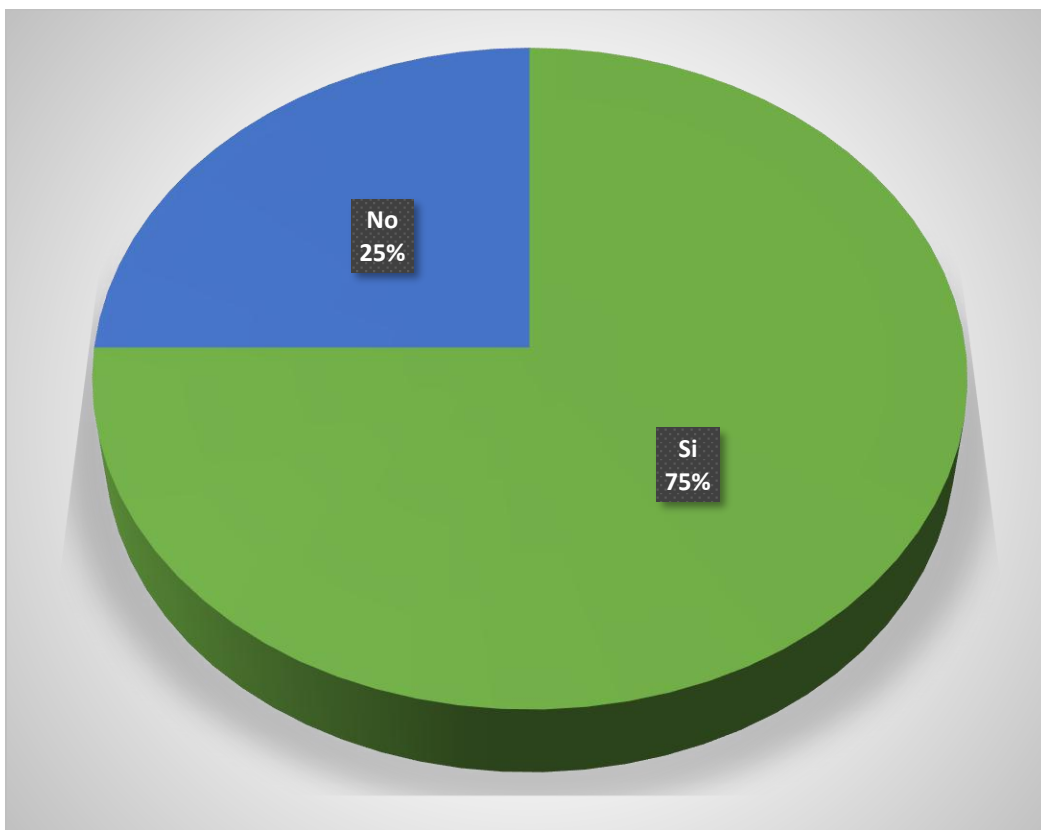


Gráfico 3 Capacitación para brindar atención en un parto vertical

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Las parteras han adquirido sus conocimientos a partir de sus creencias, sus raíces, de manera empírica y con el trabajo diario que ellas desempeñan, así también el Ministerio de Salud Pública se ha propuesto brindar capacitación y apoyar a la práctica del parto vertical por lo que proporciona guías de aprendizaje, enseñanza por parte de profesionales que están abiertos a interactuar con conocimientos ajenos a ellos pero que enriquezcan su vida profesional y personal.

4. ¿Cuál de las siguientes considera más importante como ventaja del parto vertical?

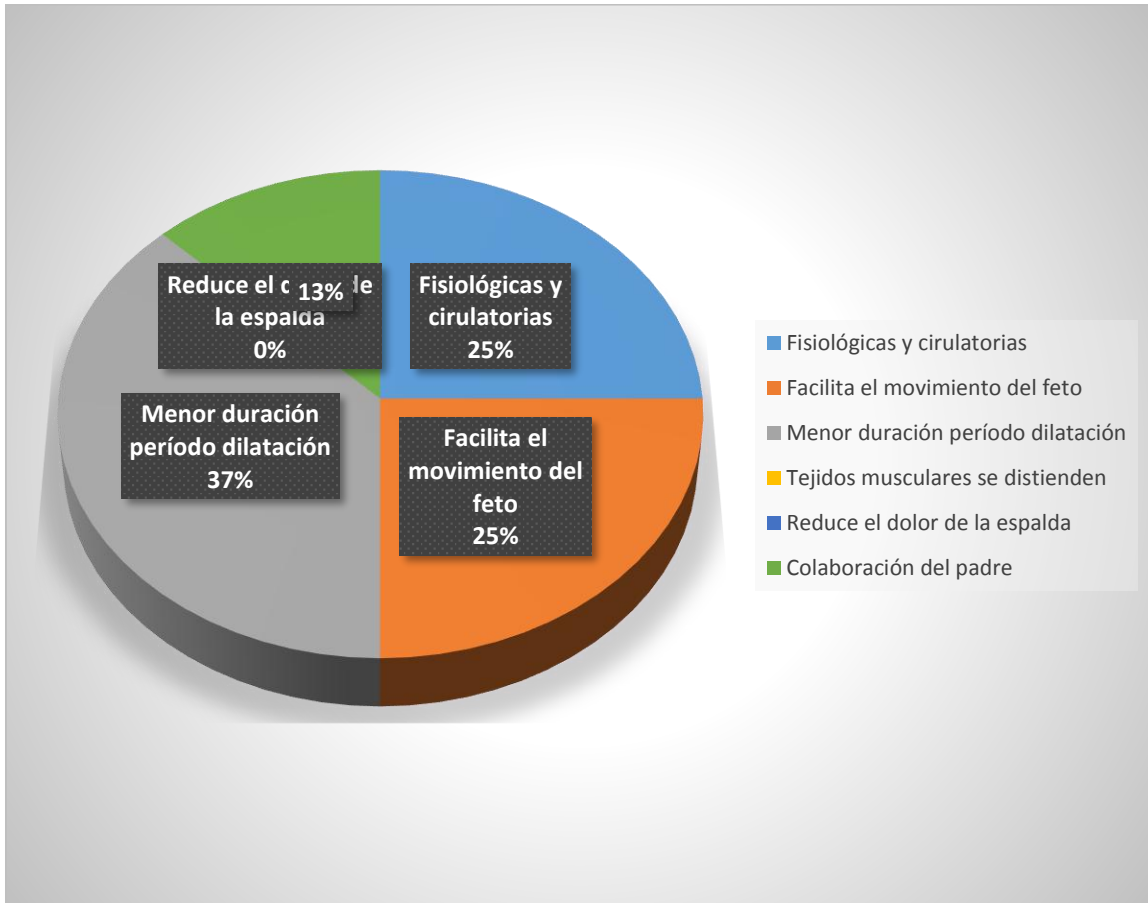


Gráfico 4 Ventaja principal del parto vertical

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

El parto vertical cuenta con muchas ventajas como fisiológicas y circulatorias, facilidad de movimiento del feto, la colaboración y presencia del padre en el parto es importante, como en todo proceso el resultado no va a ser el mismo, el conocer los riesgos y beneficios de esta práctica hace que cada persona se sienta segura o insegura al momento de elegir o tomar una decisión referente a este tema.

5. ¿Enliste las desventajas del parto vertical?

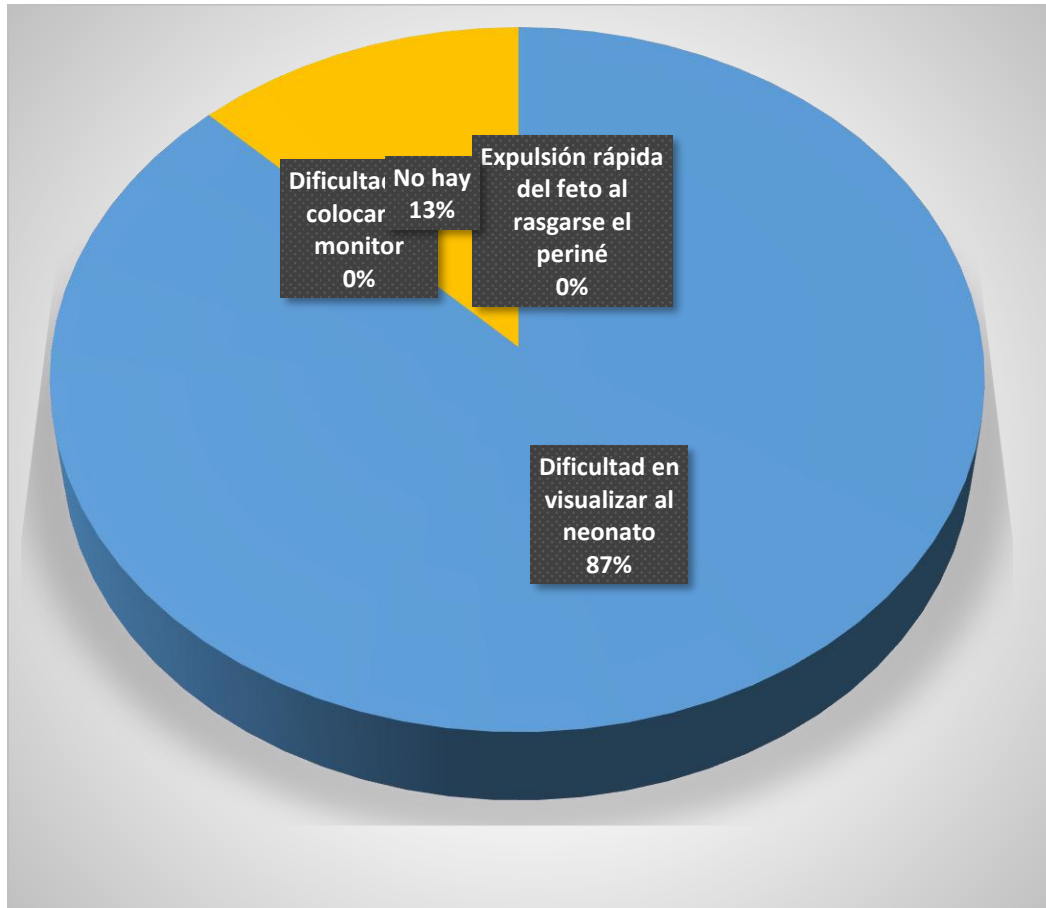


Gráfico 5 Principal Desventaja del parto vertical

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Pese a la gran experiencia con la que cuentan las parteras reconocen una pequeña desventaja que no implica gran problema. El conocimiento de esta permite buscar solución, logrando así superar la dificultad y mejorar la atención, previniendo riesgos tanto para la madre como para el bebé, brindando buena atención con calidad evitando así complicaciones futuras.

5. ¿Califique la seguridad para la madre y el recién nacido, por parto vertical?

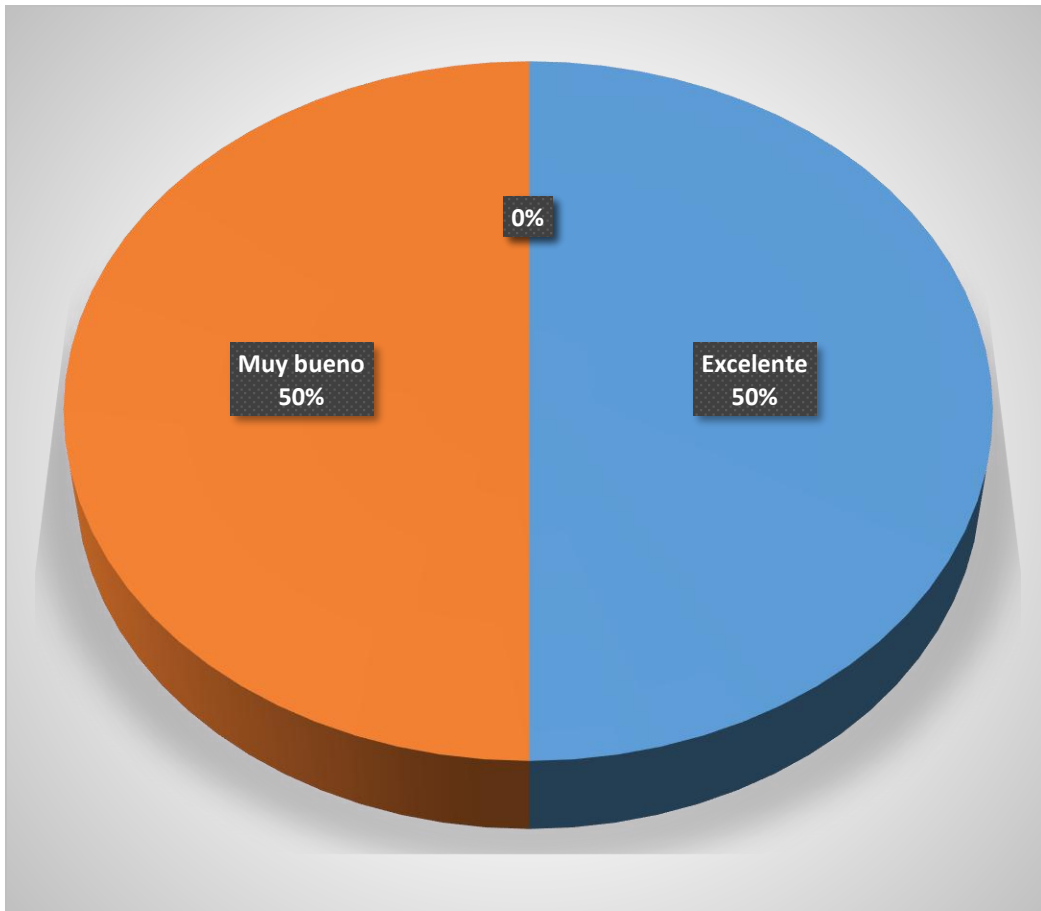


Gráfico 6 Seguridad

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Las condiciones en las que se atiende un parto vertical, en lo referente a seguridad la mitad de las parteras indican, como excelente y las demás que es muy bueno, sin embargo, por apreciación personal considero que no son las óptimas, ya que seguridad implica estabilidad física y emocional, son realmente importantes y se logran solo si el entorno y la persona encargada luchan por mejorar el ambiente en el que se desarrollan las actividades.

6. ¿Posee una guía, que le indique procedimientos y técnicas sobre el parto vertical?

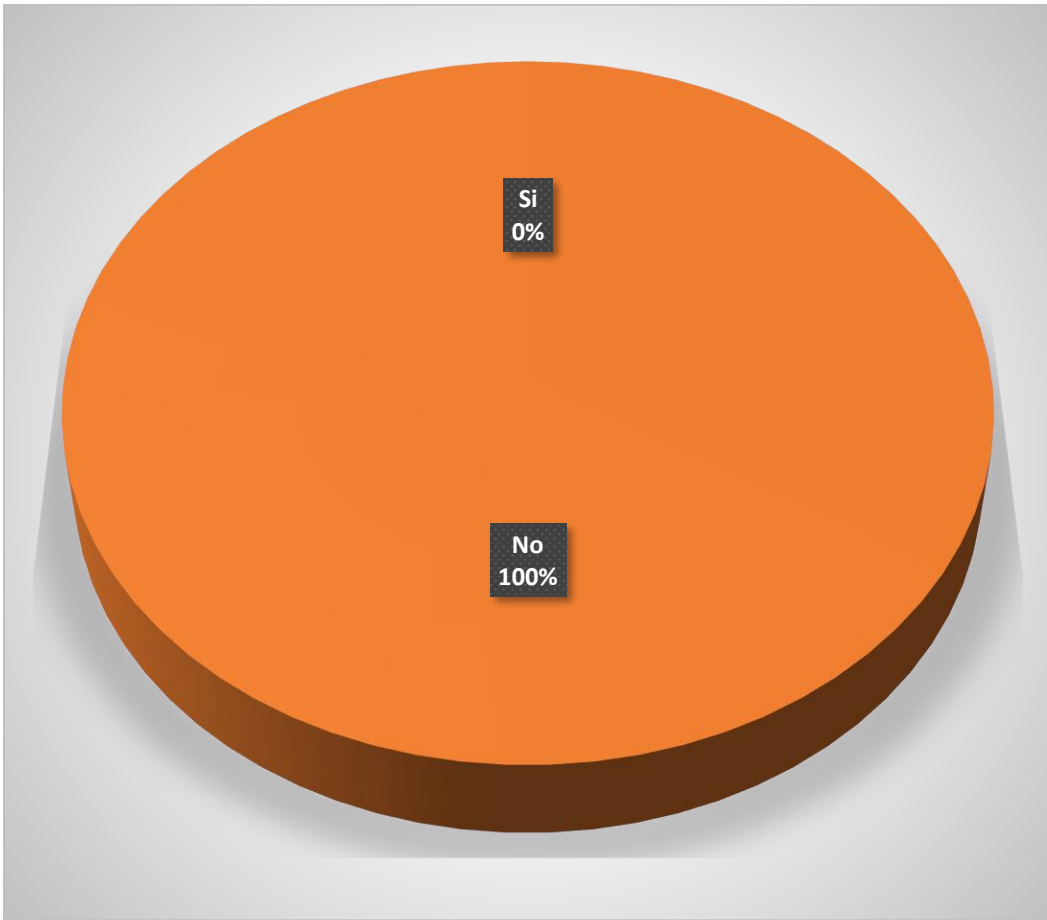


Gráfico N° 7 Guía de procedimientos para parto vertical

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

La totalidad de las parteras encuestadas indican que no posee una guía, que le indique procedimientos y técnicas sobre el parto vertical, ellas manifiestan que la experiencia que poseen, desde antes de la creación del centro y las costumbres ancestrales que han sido heredadas son todo lo que utilizan para prestar el servicio de parto vertical. Independientemente de que el área de salud les proporcione información que es diferente para ellas pero que les podría ser de gran ayuda.

7. ¿Cree que es necesario para una mejor atención al paciente, poseer estrategias educativas?

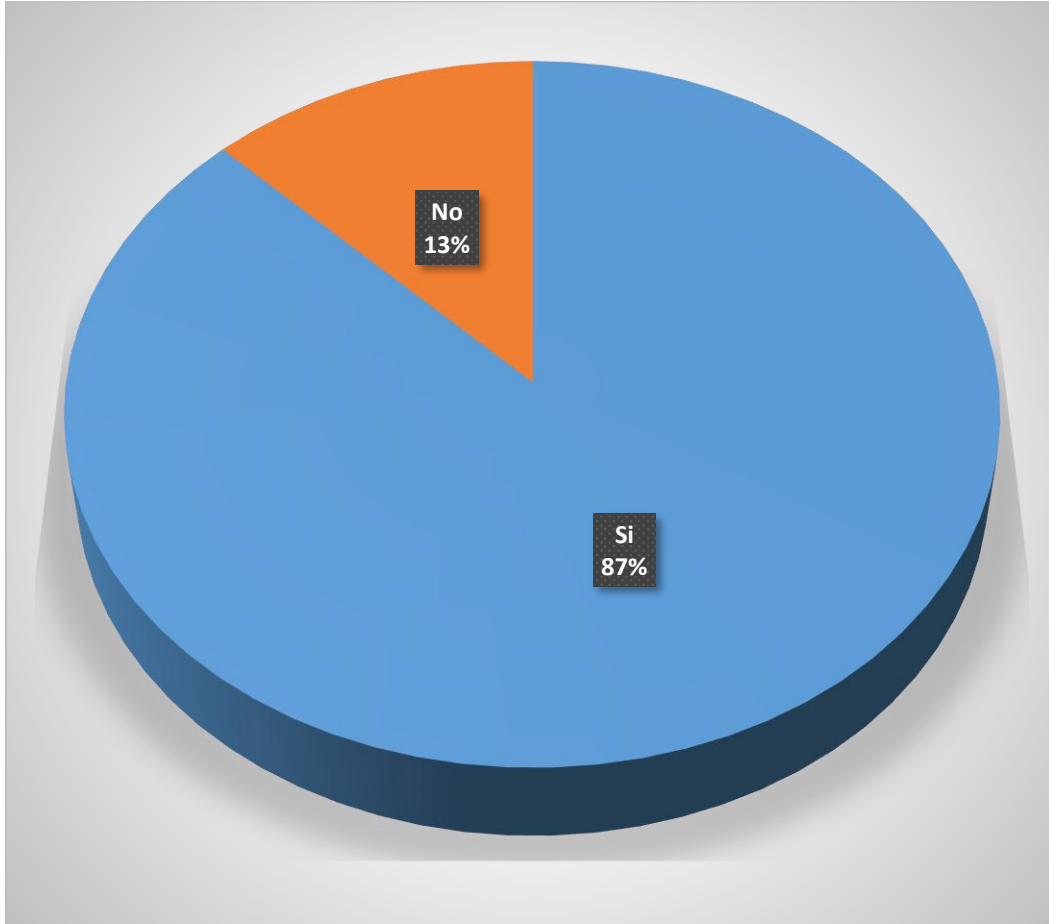


Gráfico 8 Estrategias Educativas

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

La población encuestada indica que es necesario para una mejor atención al paciente, poseer un plan de parto vertical, con indicaciones que ayuden a prestar el servicio de una mejor manera, y colabore a las madres gestantes de la comunidad.

8. ¿Considera necesario apoyarse con protocolos de atención del M.S.P.?

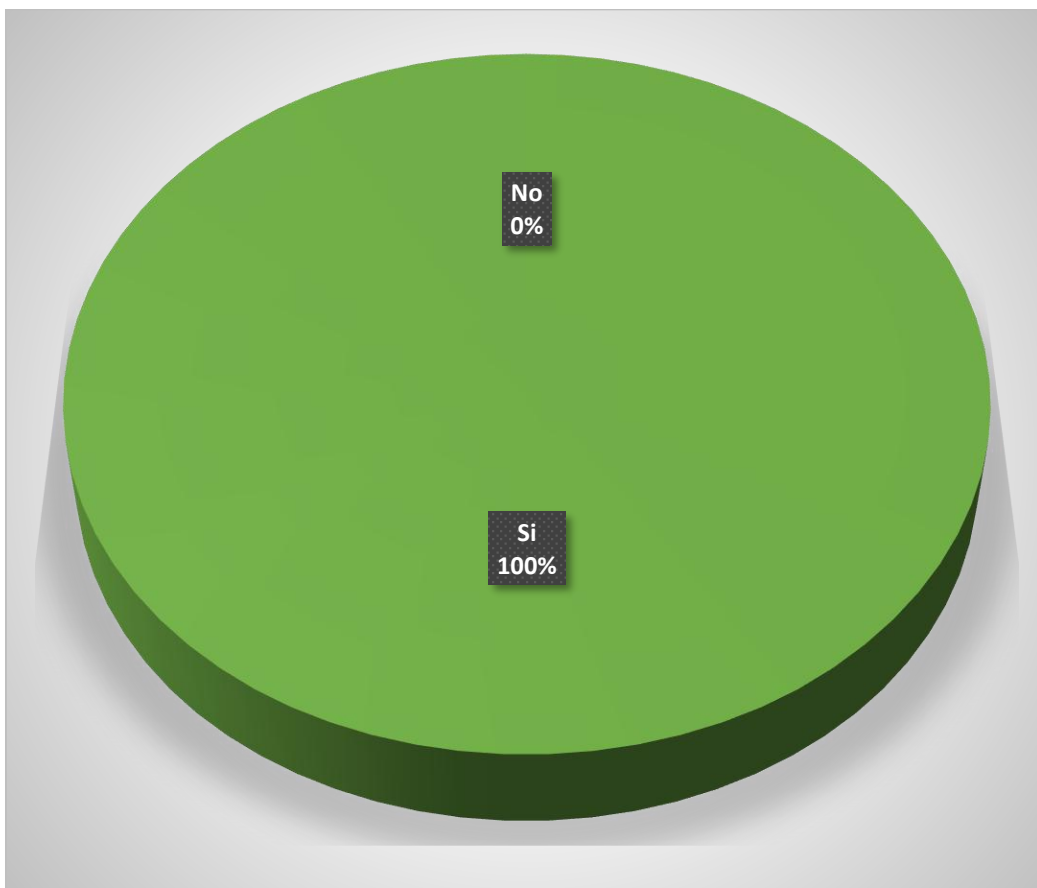


Gráfico 9 Protocolos de atención

Fuente: Encuesta a parteras del Centro Amupakin (junio 2017)

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Consideran necesario apoyarse con protocolos de atención del Ministerios de Salud Pública, que oriente y capacite la forma correcta de proceder ante el parto, sin desmerecer las creencias y costumbres ancestrales que han sido heredadas.

2.3 Planteamiento de la propuesta

2.3.1 Título de la propuesta

Implementación de Estrategias Educativas de atención a pacientes de parto vertical en el Centro Amupakin

2.3.2 Caracterización de la propuesta

Archidona se encuentra ubicada al nororiente del Ecuador, en el costado occidental de la provincia de Napo, cruzada por las vías Quito-Tena y Tena-Coca. Está situado en una zona privilegiada de la región amazónica; la mayor parte de su territorio es bosque primario o selva virgen. Archidona cuenta con los paisajes y zonas de vida más hermosos e inigualables de la Amazonía ecuatoriana, en donde se encuentran hasta seis ecosistemas vitales: desde el bosque húmedo tropical, hasta el bosque pluvial montano y de páramo (volcán Sumaco); con sus respectivas especies de flora y fauna, la mayoría de ellas endémicas, es decir, únicas en la zona.

Archidona es la cabecera cantonal del cantón Archidona. Está ubicada sobre el valle del río Misahuallí, a una altitud de 577 msnm., en la Región Amazónica del Ecuador. Archidona tiene 5478 habitantes. La ciudad es el segundo centro político de la provincia. Se encuentra en el sur de la provincia de Napo, su clima en promedio es de 25 grados centígrados, siendo cálido-húmedo por la presencia de la selva. Su humedad es del 90 a 100 %. El río Misahuallí pasa al oeste de la ciudad.

El principal atractivo del cantón es la naturaleza, dotada de una alta biodiversidad, en una variedad de ecosistemas que se extienden en una zona con un alto índice de especies endémicas, considerada por científicos ambientales como laboratorio para la investigación genética mundial.

En 2001 tenía 4205 habitantes y en 2010 la población llegaba a 5478. La ciudad, al estar a 10 km. de la capital provincial, forman un diminuto aglomerado urbano, junto con otras pequeñas poblaciones, llegando a 30 000 habitantes, en su mayoría indígenas, aunque también existe un gran número de mestizos.

Luego de haber realizado el estudio, se evidencia la necesidad de la implementación de estrategias educativas de atención a pacientes en parto vertical, con el afán de disminuir

riesgos que se pueden suscitar por la falta de aplicación de procedimientos, en las madres gestantes que ingresan al Centro Amupakin, en el cantón Archidona, en la provincia del Napo.

Esta propuesta busca que las parteras del Centro estén abiertas a capacitarse y acepten los procedimientos médicos planteados, con el fin de prestar un excelente servicio y brindar la seguridad a la madre y al recién nacido

2.3.3 Incidencia de la propuesta en la solución del problema

La propuesta de solución busca capacitar a las parteras, para brindar una mejor atención a las madres gestantes que acuden al Centro Amupakin, en busca de ser atendidas por parto vertical, con la utilización de las estrategias educativas de atención de parto vertical.

2.3.4 Objetivo de la propuesta

Capacitar a las parteras de la comunidad, mediante estrategias educativas sobre el parto para que brinden una atención adecuada a la madre gestante y al recién nacido

2.3.5 Diseño de la propuesta

Tabla N° 2 Desarrollo de la propuesta Estrategias Educativas de atención a pacientes, en parto vertical en el Centro Amupakin

N°	Actividades	Objetivo de la estrategia	Resultado esperado	Responsable
1	Estrategias educativas de atención a pacientes, en parto vertical en el Centro Amupakin	Presentar las pautas para la atención calificada del parto, para contribuir un servicio de calidad y garantizar la vida materno perinatal	Brindar una atención de calidad a las madres gestantes que desean ser atendidas en el Centro Amupakin	Ministerio de Salud Pública Parteras Autora del proyecto
2	Capacitación sobre Parto	Conocer la definición, factores de riesgo y procedimientos de atención en un parto	Ampliar el conocimiento de las parteras en aspectos básicos relacionado con el parto.	Parteras Autora del proyecto
	Compromiso de las parteras profesionales con la iniciativa de una maternidad segura	Concientizar a las parteras que deben ser capacitadas constantemente para la prestación de servicio adecuada, tanto a la madre como al recién nacido	Lograr que cambien su forma de pensar por parte de las parteras del Centro Amupakin, que dejen ingresar en sus capacidades procedimientos para un parto seguro.	Parteras Autora del proyecto
	Capacitación Infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto	Evitar complicaciones por infecciones durante la realización el parto vertical	Lograr el manejo adecuado de asepsia en el lugar del parto vertical y residencia de la madre y el recién nacido	Ministerio de Salud Pública
3	Taller sobre cómo prepararse para la atención del parto	Revisar las medidas de alerta que puede presentar la madre gestante, antes de proceder a un parto vertical	Conseguir que las parteras sean capaces de indicar que existe complicaciones y deben ser atendidas en un hospital para seguridad de la madre gestante y el recién nacido.	Ministerio de Salud Pública Parteras Autora del proyecto
	Taller sobre atención al recién nacido y a la madre luego del trabajo de parto.	Garantizar el proceso de adaptación del recién nacido fuera del vientre de su madre y que ella este bien de salud	Alcanzar la satisfacción del servicio de la madre y el recién nacido, con la revisión continua de su evolución favorable	Ministerio de Salud Pública

Elaborado por: Alejandra Chamorro

2.3.6 Desarrollo de la propuesta

Tabla N° 3 Estrategias educativas de atención a pacientes, en parto vertical en el Centro Amupakin

N°	Actividades	Tareas	Recurso	Presupuesto	Tiempo
1	Educación en atención a pacientes, en parto vertical en el Centro Amupakin	Introducción Revisión bibliográfica Selección de información Revisión Esquemmatización PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN 1. Confirmación del trabajo de Parto 2. Identificación de la posición y presentación del feto 3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto Atención en el servicio de Labor y Parto	Humano: Parteras Autora proyecto Económicos: impresiones	Movilización: \$ 50.00 Alimentación: \$30.00 Impresiones: \$15.00	Duración: 90 minutos

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Tabla N° 4 Capacitación Compromiso de las parteras profesionales con la iniciativa de una maternidad segura

N°	Actividades	Tareas	Recurso	Presupuesto	Tiempo
1	Función de la partería profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de asistencia de las socias. • Dinámica grupal • Presentación función de la partería profesional • Preguntas • Conclusión generales 	Humano: Parteras Autora proyecto Económicos: impresiones presentación computador proyector	Movilización: \$ 50.00 Alimentación: \$30.00 Impresiones: \$15.00	Duración:60 minutos
2	Fortalecimiento de la educación en partería	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal • Presentación Fortalecimiento de la educación en partería • Preguntas • Conclusión y recomendación 	Humano: Parteras Autora proyecto Económicos: impresiones presentación computador proyector	Movilización: \$ 50.00 Alimentación: \$30.00 Impresiones: \$15.00	Duración:40 minutos
3	La ética y el ejercicio de la partería	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal • Presentación La ética y el ejercicio de la partería • Preguntas • Recomendación 	Humano: Parteras Autora proyecto Económicos: impresiones presentación computador proyector	Movilización: \$ 50.00 Alimentación: \$30.00 Impresiones: \$15.00	Duración:40 minutos

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Tabla N° 5 Capacitación Infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto

N°	Actividades	Tareas	Recurso	Presupuesto	Tiempo
1	Como evitar infecciones durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de asistencia de las socias parteras. • Dinámica grupal • Presentación • Como evitar infecciones durante el parto el área del parto • Ropa de cama • Preguntas • Conclusión generales 	<p>Humano: Parteras Autora proyecto</p> <p>Económicos: impresiones presentación computador proyector</p>	<p>Movilización: \$ 50.00</p> <p>Alimentación: \$30.00</p> <p>Impresiones: \$15.00</p>	Duración:60 minutos
2	Esterilización de Instrumentos y equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal • Presentación • Esterilización de Instrumentos y equipo • Preguntas • Conclusión generales 	<p>Humano: Parteras Tesisista</p> <p>Económicos: impresiones presentación computador proyector</p>	<p>Movilización: \$ 50.00</p> <p>Alimentación: \$30.00</p> <p>Impresiones: \$15.00</p>	Duración:60 minutos
3	Aseo personal	<p>Dinámica grupal Presentación Aseo personal Preguntas Conclusión generales</p>	<p>Humano: Parteras Autora proyecto</p> <p>Económicos: impresiones presentación computador proyector</p>	<p>Movilización: \$ 50.00</p> <p>Alimentación: \$30.00</p> <p>Impresiones: \$15.00</p>	Duración:60 minutos

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Tabla N° 6 Taller Prepararse para la atención del parto

N°	Actividades	Tareas	Recurso	Presupuesto	Tiempo
1	Preparación para el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de asistencia de las socias parteras. • Dinámica grupal • Presentación Preparación para el parto • Preguntas • Conclusión generales 	<p>Humano: Parteras Autora proyecto</p> <p>Económicos: impresiones presentación computador proyector</p>	<p>Movilización: \$ 50.00</p> <p>Alimentación: \$30.00</p> <p>Impresiones: \$15.00</p>	<p>Duración:60 minutos</p>
2	Posición del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal • Presentación Posición del niño • Preguntas • Conclusión y recomendaciones 	<p>Humano: Parteras Autora proyecto</p> <p>Económicos: impresiones presentación computador proyector</p>	<p>Movilización: \$ 50.00</p> <p>Alimentación: \$30.00</p> <p>Impresiones: \$15.00</p>	<p>Duración:60 minutos</p>
3	Etapas del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal • Presentación Etapas del parto • Preguntas • Conclusión y recomendaciones 	<p>Humano: Parteras Autora proyecto</p> <p>Económicos: impresiones presentación computador proyector</p>	<p>Movilización: \$ 50.00</p> <p>Alimentación: \$30.00</p> <p>Impresiones: \$15.00</p>	<p>Duración:60 minutos</p>

4	Uso correcto de oxitócicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal • Presentación Uso correcto de oxitócicos • Preguntas • Conclusión y recomendaciones 	Humano: Parteras Autora proyecto Económicos: impresiones presentación computador proyector	Movilización: \$ 50.00 Alimentación: \$30.00 Impresiones: \$15.00	Duración:90 minutos
---	----------------------------	---	--	---	---------------------

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Tabla N° 7 Taller sobre atención al recién nacido y a la madre luego del trabajo de parto.

N°	Actividades	Tareas	Recurso	Presupuesto	Tiempo
1	Cómo atender a la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de asistencia de las socias parteras. • Dinámica grupal • Presentación • Evite que la madre sangre demasiado • Limpieza de la madre • Preguntas • Conclusión generales 	Humano: Parteras Autora proyecto Económicos: impresiones presentación computador proyector	Movilización: \$ 50.00 Alimentación: \$30.00 Impresiones: \$15.00	Duración:90 minutos
2	Cómo atender al bebé	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal • Presentación • Examen al recién nacido • Preguntas • Conclusión generales 	Humano: Parteras Autora proyecto Económicos: impresiones presentación computador proyector	Movilización: \$ 50.00 Alimentación: \$30.00 Impresiones: \$15.00	Duración:90 minutos

Elaborado por: Alejandra Chamorro

2.4 Conclusiones parciales del capítulo II

En este capítulo se detalló la metodología empleada en la investigación, con las técnicas e instrumentos de investigación utilizados, con esto se logró obtener información sobre el conocimiento de las parteras sobre el parto, y la información que se imparte a las madres gestantes.

Independientemente del nivel de educación que tienen las parteras la atención es prioritaria, con calidad y calidez.

Cabe recalcar la importancia de los conocimientos empíricos, ancestrales, creencias y su fundamentación teórica y práctica ya que estos han sido de gran ayuda en el momento de brindar una atención a la embarazada en su proceso de parto y postparto.

La edad es un factor sumamente importante se evidencia total responsabilidad por parte de las madres ya que la mayoría ha decidió iniciar su etapa de maternidad en una edad considerada como normal.

La propuesta planteada ayudó a capacitar a las parteras en cada uno de los diferentes temas planteados en esta, para el manejo adecuado de la asepsia de los instrumentos y sala de parto.

CAPÍTULO III. VALIDACIÓN Y/O EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE APLICACIÓN

La atención prioritaria a mujeres embarazadas y en su parto es política pública, por esa razón es importante que los centros médicos de atención de parto, brinden una atención eficiente de calidez y calidad, es necesario realizar las diferentes estrategias educativas de atención dirigida a las parteras del Centro Amupakin.

3.1. Procedimiento de la aplicación de los resultados de la investigación

Tabla N° 8

Procedimiento de la aplicación de los resultados de la investigación

Estrategia	Objetivo de la Estrategia	Actividades	Resultado obtenido	Responsable
Estrategias educativas de atención a pacientes, en parto vertical en el Centro Amupakin	Presentar las pautas para la atención calificada del parto, para contribuir un servicio de calidad y garantizar la vida materno perinatal	Desarrollo de las estrategias educativas de atención a pacientes en parto vertical	Guiar a las parteras en la atención eficaz del parto con conocimientos esenciales en este ámbito.	Alejandra Chamorro
Capacitación sobre compromiso de las parteras profesionales con la iniciativa de una maternidad segura	Fortalecer una maternidad segura con la concientización a las parteras del Centro Amupakin	Función de la partería profesional Fortalecimiento de la educación en partería La ética y el ejercicio de la partería	Las parteras concientizan sobre una maternidad segura, para un mejor servicio manteniendo sus creencias y tradiciones.	Alejandra Chamorro

Capacitación Infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto	Capacitar sobre el manejo adecuado del aseo antes y durante el parto en instrumentos y sala.	Como evitar infecciones durante el parto Esterilización de Instrumentos y equipo Aseo personal	Brindar mayor protección en lo referente a posible infecciones tanto para el recién nacido, la madre y la partera.	Alejandra Chamorro
Taller Cómo prepararse para la atención del parto	Capacitar a las parteras sobre como estar preparadas para atender al parto, enfocados en procesos de enfermería.	Preparación para el parto Posición del niño Etapas del parto Uso correcto de oxitócicos	Mayor conocimientos de procedimientos de enfermería en atención de partos, por parte de las parteras, para un servicio más profesional y confiable	Alejandra Chamorro
Taller sobre atención al recién nacido y a la madre luego del trabajo de parto.	Socializar la manera adecuada de atención al recién nacido y a la madre luego de la labor de parto	Como atender a la madre Como atender al bebé	Proteger la salud del recién nacido y la madre luego del parto.	Alejandra Chamorro

Elaborado por: Alejandra Chamorro

3.2 Análisis de resultados finales de la investigación.

3.2.1 Post encuesta aplicada a parteras del Centro Amupakin

1. Maternidad Segura

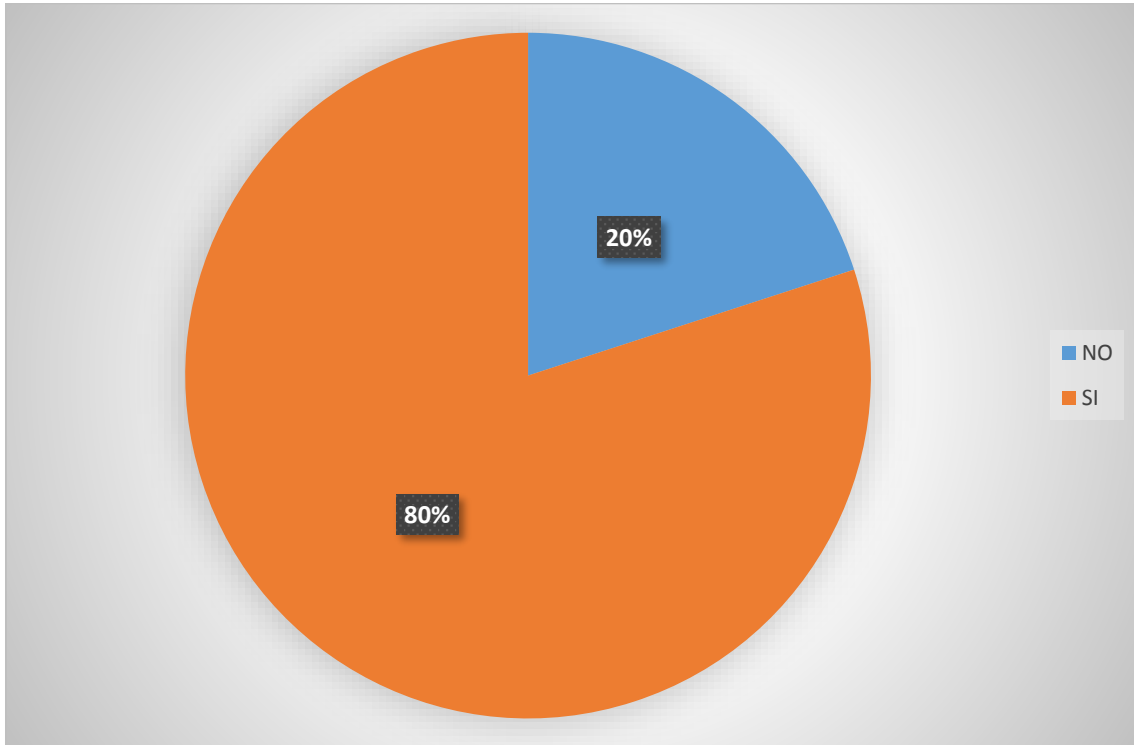


Gráfico 1 Maternidad Segura

Fuente: Post encuesta aplicada a parteras del Centro Amupakin

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

La población encuestada afirma conocer sobre como brindar una maternidad segura mediante el conocimiento de las funciones de la partería profesional, el fortalecimiento de la educación en partería y sobre todo conocer sobre la ética y el ejercicio de la partería, para ser de este oficio rudimentario un servicio de calidad.

2. Preparación para atender un parto

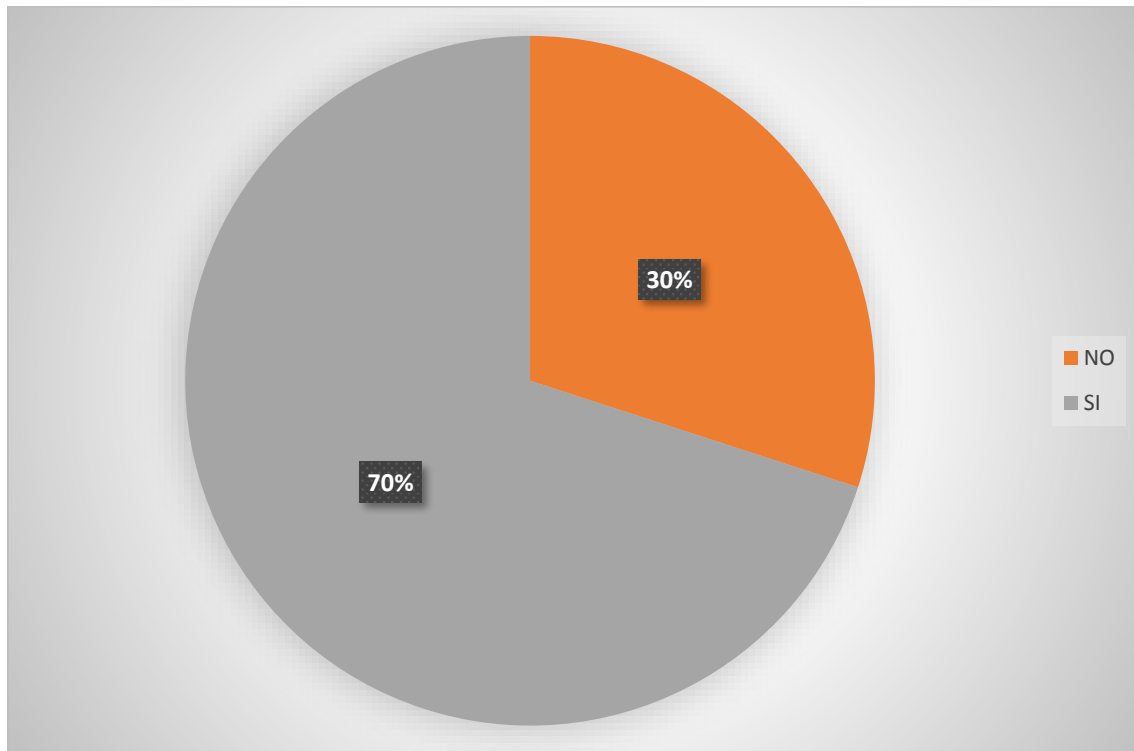


Gráfico 2 Preparación para atender un parto

Fuente: Post encuesta aplicada a parteras del Centro Amupakin

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Las parteras afirman que, conocen como prepararse para un parto con lo impartido en las estrategias educativas de atención en temas de preparación para el parto, posición del niño, etapas del parto y principalmente el uso correcto de oxitócicos, en caso de ser necesarios en el momento de parto.

3. Infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto

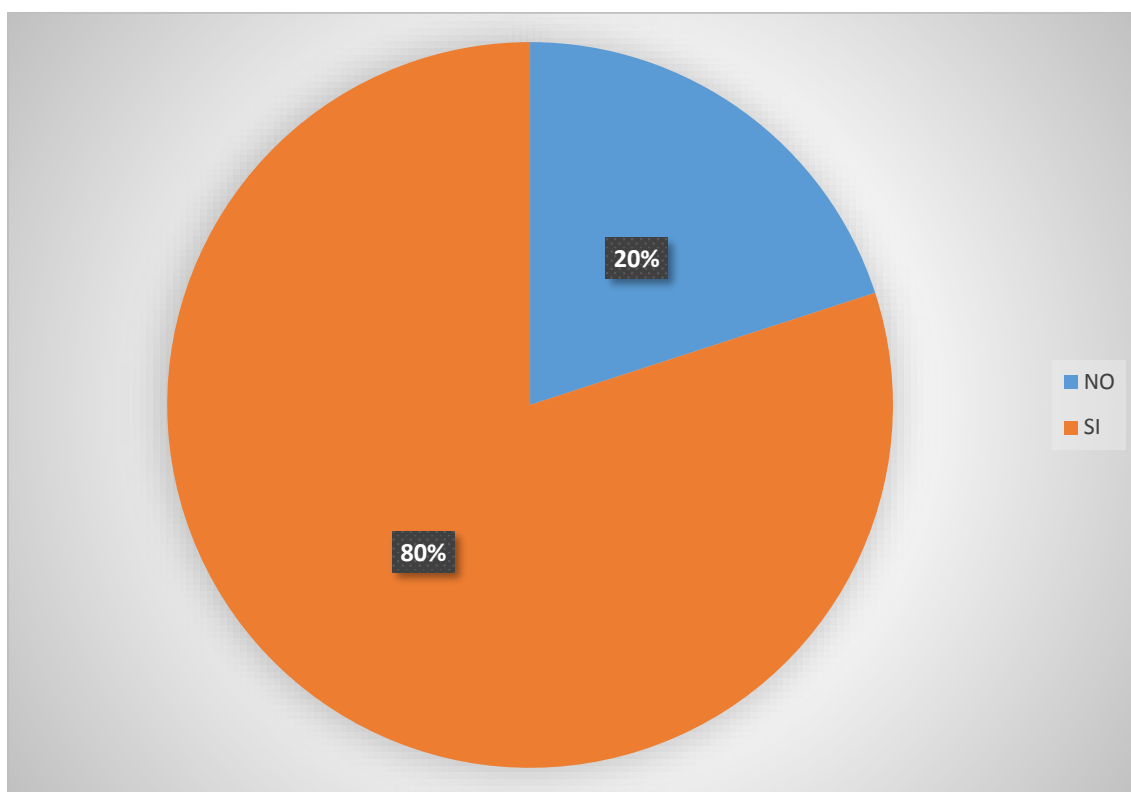


Gráfico 3 Infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto

Fuente: Post encuesta aplicada a parteras del Centro Amupakin

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Todas las parteras encuestadas, han aprendido por las estrategias educativas de atención de partos proporcionado por la autora y la socialización realizada, sobre las infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto, la forma adecuada de cómo evitar infecciones durante el parto, la esterilización de instrumentos y equipo, así como el aseo personal.

3.3 Conclusiones parciales del capítulo

La socialización de las estrategias de atención de parto a las parteras del centro Amupakin, fundamenta bases de procedimientos en un parto vertical, siendo una herramienta útil para las parteras y sobre todo que lleguen a brindar una atención de calidad, con manejo adecuado de higiene, brindando seguridad a la madre y al recién nacido.

Los resultados obtenidos a través de la investigación son fundamentales para valorar el nivel de intervención que se realizó, la mejoría que se evidencia después de haber realizado todas las actividades propuestas.

CONCLUSIONES GENERALES

- La práctica de parto vertical, ha sido utilizada desde hace muchos años por los habitantes del cantón Archidona, por parte de las parteras asistiéndolas a las madres gestantes; la investigación se ha fundamentado teóricamente con información actual.
- Los resultados obtenidos en la encuesta evidencian la falta de instrucción académica por parte de las parteras, sin embargo, la mayoría indica estar capacitada para atender un parto; las madres gestantes no conocen a fondo el proceso de parto vertical, ni sus beneficios y posibles complicaciones que se pueden presentar, por ello se verifica la necesidad de realizar la propuesta.
- Las estrategias educativas de atención de parto vertical contribuyeron a dar a conocer a las parteras procedimientos de atención básicos a la hora del parto, para minimizar complicaciones a la madre y al recién nacido.
- En la validación y evaluación de las estrategias educativas de atención se ha considerado la factibilidad y calidad de aporte educativo que esta investigación presenta, al capacitar a las parteras, para que brinden un servicio adecuado a las madres gestantes del cantón Archidona.

RECOMENDACIONES

- Al personal del Centro Amupakin, aplicar los conocimientos adquiridos de las estrategias educativas de atención de partos, para evitar complicaciones de las madres y el recién nacido que sean atendidos en el Centro Amupakin.
- La institución debe realizar capacitaciones periódicas a las parteras, para que sepan cómo actuar en el parto y presten un buen servicio.
- Difundir las estrategias educativas de atención de parto y sus diferentes temas a todas las parteras que integran el Centro Amupakin.
- Es importante las estrategias educativas de atención de partos en este centro de atención a mujeres embarazadas, para que sea una guía de cómo proceder ante un parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvear, L., & Tarragato, S. (s.f.). *Salud sexual y reproductiva*. OIT.
2. Cabero Roura, L. (2013). *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. Madrid - España: Editorial Médica Panamericana S.A.
3. Cabero, L., & Saldívar, D. (2016). *Manual de obstetricia y ginecología*. Madrid - España: Ergon.
4. Cárdenas, C., & Cachiguango, S. (2012). *Universidad Técnica del Norte*. Obtenido de Universidad Técnica del Norte:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2076/1/06%20ENF%20536%20TESIS%20parto%20culturalmente%20adecuado.pdf>
5. Gallego, C. (2008). *Portales médicos*. Obtenido de Portales médicos:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1039/1/Distocias-Anomalias-de-la-dinamica-uterina.html>
6. Gally, E. (2000). *Manual práctico para parteras*. México: Galve S.A.
7. Hernández, N. (2012). *Embarazo, parto, y primeros años*. Madrid - España: Susaeta.
8. Karin, G., Orellana, Y., & Solórzano, E. (Septiembre de 2012). *Universidad San Carlos de Guatemala*. Obtenido de Universidad San Carlos de Guatemala:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8958.pdf
9. Lugones, M. (20 de Octubre de 2011). *Policlínico Universitario "26 de Julio"*. Obtenido de Policlínico Universitario "26 de Julio":
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_1_12/gin15112.htm
10. Meza, P. (2014). *Monografías*. Obtenido de Monografías:
<http://www.monografias.com/trabajos82/historia-obstetricia/historia-obstetricia.shtml>
11. Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Quito.
12. MSP. (2017). *Atención integral en salud sexual y reproducción para personas con discapacidad*. Quito.
13. MSP. (2017). *Plan nacional de salud sexual y reproductiva*. Quito.
14. Nassif, J. C. (2012). *Obstetricia: fundamentos y enfoque práctico*. Buenos Aires - Argentina: Editorial Médica Panamericana.

15. Nuñez, A. (Diciembre de 2012). *Embarazadas*. Obtenido de <http://m.embarazada.com/articulo/parto-vertical>
16. Ortiz, M. (1999). La Salud Familiar. *Cubana Med*, 439.
17. Osorio, A., & Alvarez, A. (2014). *Introduccion a la Salud Familiar*. Costa Rica: CENDEISS.
18. *Parto cultural*. (11 de 02 de 2017). Obtenido de <http://www.patrimonio.ezonec.com/es/inicio/noticias/archivo>
19. Pellicer, A., & Bonilla, F. (2014). *Obstetricia y ginecología*. Madrid-España: Editorial Medica Panamericana.
20. Perú, M. d. (2005). *Parto vertical*. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
21. Ruiz, E. (2006). *Las curaciones populares en el Ecuador*. Quito - Ecuador: Corporación Editora Nacional.
22. Salud, O. P. (2006). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional*. Washington D. C.: Marcela Gieminiani.
23. Torrens, R., & Martínez, C. (2012). *Enfermería Obstétrica y Ginecológica*. Barcelona - España: Ediciones DAE Grupo Paradigma.
24. Villa, V., & Vinuesa, G. (2012). *Repositorio Universidad Católica del Ecuador*. Obtenido de Repositorio Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7311/11.27.001103.pdf?sequence=4>
25. Villacis, D. (2013). *Comparaciones de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal*. Quito: USF.
26. Zamberlin, N. (2007). *Tu cuerpo, tu salud, tus derechos, guía sobre salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires : CEDES.

ANEXOS

Anexo N° 1 Aceptación de perfil



UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES

"La Universidad de las alturas"

01 de Junio del 2017
D.T. No. 027 -D.P.T.G-2017-A-E

AMBATO - ECUADOR

Señorita:
CHAMORRO VILLARREAL EMA ALEJANDRA
ESTUDIANTE DE UNIANDES
Tulcán.-

De mi consideración:

Por medio de la presente me es grato comunicarle que el pre-proyecto de Investigación cuyo tema es: "EL PARTO VERTICAL A PARTIR DE LOS CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LAS PARTERAS EN EL CENTRO DE SALUD AMUPAKIN DEL CANTÓN ARCHIDONA PROVINCIA DE NAPO, AÑO 2016", se encuentra APROBADO para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERIA y se autoriza el desarrollo para su sustentación.

En tal virtud se le designa como su asesor a la Leda. Clara Pozo (Telf. 0980364491)

Me permito recordarle que los cursantes no deben cancelar valor alguno por ningún motivo a los Asesores o Lectores de Trabajos de Titulación, pero deben estar al día en las obligaciones financieras de la Universidad.

Sin otro particular me suscribo expresándole mis sentimientos de alta consideración.

Atentamente,

Dr. Alex Cruz, MSC
DIRECTOR UNIANDES TULCÁN

Mr/D.P.T.G
01/06/2017

Datos referenciales:

Fecha de Ingreso del Perfil:	01 de Junio del 2017
Cédula:	1087618969
Teléfonos:	0983854158
E-mail:	alejitchamorro-15@hotmail.com
Alternativa de Grado:	Proyecto de Investigación
Carrera:	Enfermería
Línea de Investigación:	Gestión de salud y atención a mujer embarazadas
Periodo Académico I Nivel:	Abril-Septiembre 2013
Periodo Académico IX Nivel:	Octubre 2016- Marzo 2017
Modalidad:	Presencial
Sección:	Nocturna
Paralelo:	A

Nota: Esta Carta de Aprobación será presentada en forma obligatoria conjuntamente con el proyecto.

Anexo N° 2 Autorización de realización de la investigación



UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES

"La Universidad de las alturas"

AMBATO - ECUADOR

OFICIO DIR-UNITUL-036
Tulcán 10 de julio de 2017

Señora
Marilyn Salazar
PRESIDENTA DE PARTERAS CENTRO AMUPAKIN
Presente.-

De mis consideraciones:

Quienes conformamos la Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES – TULCÁN, le hacemos llegar un efusivo saludo y a la vez desearle éxitos en las funciones a usted encomendadas.

El motivo de la presente es con el fin de solicitarle de la manera más comedida se autorice el permiso correspondiente a la señorita CHAMORRO VILLARREAL EMA ALEJANDRA, estudiante de Uniandes - Tulcán para realizar el proyecto de tesis de grado con el Tema "EL PARTO VERTICAL A PARTIR DE LOS CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LAS PARTERAS EN EL CENTRO AMUPAKIN DEL CANTÓN ARCHIDONA PROVINCIA DE NAPO AÑO 2017", se brinde el acceso a la información necesaria de la institución que usted acertadamente dirige, con la finalidad de realizar exitosamente el proyecto de tesis antes mencionado, en el caso de ser aceptada la petición realizada por favor confirmar mediante carta de aceptación.

Por la atención que se digna a la presente me suscribo en sentimiento de reconocimiento y estima.

Atentamente

Lcda. Mayra Guerrero Mgs.
DIRECTORA (E)
UNIANDES TULCÁN

UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA
DE LOS ANDES
UNIANDES
DIRECCIÓN

Recibido
13/07/2017

Anexo N° 3 Carta de aceptación de la Asociación de Mujeres Parteras Kichwas Amupakin



ASOCIACIÓN DE MUJERES
PARTERAS KICHWAS DE ALTO
NAPO "AMUPAKIN"

"Aplicamos conocimientos ancestrales para mejorar la salud comunitaria".

Acuerdo Ministerial N. 00495 – Reformado el 17 de junio del 2003

Archidona 13/07/17

Sres. UNIANDES TULCAN

Por medio de la presente las Socias de AMUPAKIN, y como representante legal la Señora Presidenta Marilyn Salazar, expresan estar de acuerdo y aceptan la solicitud de la Señorita Chamorro Villarreal Ema Alejandra, Estudiante de UNIANDES - Tulcán, para que pueda realizar su trabajo de tesis planificado según su pedido mediante la solicitud antes mencionada, en la que las socias se comprometen a colaborar y participar en las encuestas y entrevistas que va a realizar, y por consiguiente damos a conocer que la información vertida en el mismo son de la actividad real de nuestras Parteras, quienes cuidan con mucho esmero, celo profesional y como una actividad sagrada, con la que serán apoyadas para que a su vez sea recíproco el pedido y no se vulnere los derechos y conocimientos sagrados de nuestras Sábias Mujeres y se mantenga el respeto mutuo y la debida Valoración que den a nuestros Conocimientos Ancestrales aplicados por las parteras de nuestra Asociación.

NOTA: Documento útil únicamente para para los fines solicitados y su tiempo de vigencia será solo para los días de intervención del trabajo de tesis dentro de nuestra Organización.

Atentamente

Marilyn Salazar
PRESIDENTA AMUPAKIN



Telf. 0969273929/0959504576/062889823 web page: www.amupakin.com

Facebook: amupakinachimamas

E-mail: amupakinachimamas@gmail.com sector Sábata a 200m de la Escuela Milton Jurado.

Archidona – Napo – Amazonía – Ecuador

Anexo N° 4 Consentimiento informado
UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES
UNIANDES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estimada paciente:

Se está realizando una investigación acerca del “EL PARTO VERTICAL A PARTIR DE LOS CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LAS PARTERAS EN EL CENTRO AMUPAKIN DEL CANTÓN ARCHIDONA, PROVINCIA DE NAPO, AÑO 2017.

Para el desarrollo de este estudio, es necesario recolectar información acerca de la experiencia y expectativas referentes al tema investigado. Por ello se solicita su autorización para aplicar una encuesta, diseñada con preguntas cerradas de fácil comprensión, suministrando datos personales, los cuales no serán divulgados, ni serán usados con fines diferentes a los de esta investigación.

Se le agradece la atención y colaboración.

Nombre del paciente: _____

Autoriza a ser parte de la investigación: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____

Atentamente,

Ema Alejandra Chamorro
ESTUDIANTE ENFERMERÍA

**Anexo N° 5 ENCUESTA DIRIGIDA A LAS PARTERAS DEL CENTRO
AMUPAKIN DEL CANTÓN ARCHIDONA, PROVINCIA DE NAPO.**

OBJETIVO: Diagnosticar el nivel de conocimiento de las parteras sobre parto vertical.

1. ¿Según su criterio, cuando atiende el parto, cómo calificaría al parto vertical?

Excelente ()

Muy bueno ()

Bueno ()

Malo ()

2. ¿Su nivel de instrucción?

0 Ninguna ()

1 Primaria incompleta ()

2 Primaria completa ()

3 Secundaria incompleta ()

4 Secundaria completa ()

5 Superior incompleta ()

6 Superior completa ()

7 Posgrado ()

3. ¿Tiene capacitación sobre la manera adecuada de proceder en atención a un parto vertical?

Si ()

No ()

4. ¿Cuál de las siguientes considera más importante como ventaja del parto vertical?

Fisiológicas y circulatorias ()

Facilita el movimiento del feto ()

Menor duración período dilatación ()

Tejidos musculares se distienden ()

Reduce el dolor de la espalda()

Colaboración del padre ()

5. ¿Enliste las desventajas del parto vertical?

Dificultad en visualizar al neonato ()

Dificultad en colocar el monitor ()

Expulsión rápida del feto al rasgarse el periné ()

No hay ()

6. ¿Califique la seguridad para la madre y el recién nacido, por parto vertical?

Excelente ()

Muy bueno ()

Bueno ()

Malo ()

7. ¿Posee una guía, que le indique procedimientos y técnicas sobre el parto vertical?

Si ()

No ()

8. ¿Considera necesario apoyarse con un protocolo de atención de parto vertical?

Si ()

No ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo N° 6
UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES
UNIANDES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA



**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES EN GESTACIÓN DEL
CENTRO AMUPAKIN DEL CANTÓN ARCHIDONA, PROVINCIA DE NAPO.**

1. Edad

- Adolescente < 15 años ()
Adolescente 16 - 19 años ()
Adulta 20 -25 años ()
Adulta 26 - 35 años ()
Adulta > 35 años ()

2. Nivel de Instrucción

- 0 Ninguna ()
1 Primaria incompleta ()
2 Primaria completa ()
3 Secundaria incompleta ()
4 Secundaria completa ()
5 Superior incompleta ()
6 Superior completa ()
7 Posgrado ()

3. Ocupación

- Ama de casa ()
Trabajadora dependiente ()
Trabajadora independiente ()
Estudiantes ()
Otro ()

4. Gestaciones

- Primigesta ()

Multigesta ()

5. Antecedente de cesárea

Si ()

No ()

6. Número de controles prenatales realizados

Ninguno ()

1 a 5 controles ()

7 o más controles ()

7. Seleccione el tipo de parto que Ud. practicaría

Parto vertical ()

Parto litotomía ()

8. ¿conoce Ud. las ventajas y desventajas del parto vertical?

Si ()

No ()

10 ¿Conoce sobre la postura para el trabajo de parto, y los procedimientos que se realiza?

Si ()

No ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo N° 7 Cronograma de actividades

TIEMPO	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
ACTIVIDADES																								
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL																								
Presentación de oficio al Administrador de la Unidad Médica Amupakin	■																							
Elaboración y aplicación de instrumentos de recolección de información, dirigida a las pacientes gestante y a las parteras.		■	■	■																				
Interpretación de los resultados obtenidos en el las encuestas.					■	■																		
DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE ATENCIÓN DE PARTO																								
Elaboración de las estrategias educativas de atención de parto							■	■	■	■	■													
Programación de las actividades a realizarse, dentro del Protocolo											■	■												
Presentación de las estrategias educativas de atención de parto a las parteras												■	■											
EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE ATENCIÓN DE PARTO																								
Realización de cada una de las actividades que se plantean en las estrategias educativas, basado en el cronograma planteado													■	■	■	■								
EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA																								
Elaboración de instrumentos que evalúen las estrategias educativas de atención de parto																■	■	■						
Aplicación de los instrumentos evaluadores de la propuesta																	■	■						
Interpretación de los resultados de evaluación obtenidos																		■	■					
PRESENTACIÓN Y DEFENSA																			■	■	■	■		

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Anexo N° 8 Lista de asistencia



UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES
"UNIANDES"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
INTERNADO ROTATIVO

ASISTENCIA

Tema: Capacitación infecciones durante el parto y esterilización de Instrumentos

Fecha: 20-07-2017

Responsable: Alejandra Chamorro

Nombre	Cedula	Firma
Ofelia Salazar	15004506P-7	
Maria Shiguango	150002870-S	
Adela Alvarado	150028035-T	
Elefe Salazar	150060309-S	
Ines Targuife	150027636-S	
Serfim Greda	150016492-4	
Kely Huatatacca	150105114-6	
Gissela Yumbo	150111035-3	

Alejandra Chamorro
Responsable

Tutora

Anexo N° 9 Estrategias Educativas

**ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE ATENCION A
PACIENTES, EN PARTO VERTICAL EN EL
CENTRO AMUPAKIN**



AUTORA: CHAMORRO VILLARREAL EMA ALEJANDRA

IULCÁN - ECUADOR

2017

INTRODUCCIÓN

La salud materna es de importancia por ser atención primaria en salud, fortaleciendo la maternidad segura con la atención de parto.

Las personas que atienden el parto tengan los conocimientos, aptitudes, el equipo y tecnología necesaria para realizarlo en una forma limpia y segura.

El Protocolo de Atención al Parto busca como propósito estandarizar la atención y mejorar la calidad en su entrega a la población de la comunidad de Archidona.

OBJETIVO

Presentar las pautas para la atención calificada del parto, para contribuir un servicio de calidad y garantizar la vida materno perinatal

CAMPO DE ACCIÓN

Las mujeres embarazadas que busque atención en el Centro Amupakin, en la comunidad de Archidona provincia del Napo.

ACTIVIDADES

- Vigilar la salud materna y fetal
- Valorar la evolución del trabajo de parto.

DEFINICIONES

Según (Tomens & Martínez, 2012) manifiesta que:

“El parto es un proceso fisiológico y natural, caracterizado por su gran importancia emocional, ya que significa la presentación de una nueva vida al mundo. Para la mujer y para el hombre, el parto significa un momento esperado y un punto de partida, en el que tendrán que hacer frente a nuevas emociones y a cambios en sus vidas y en forma de relacionarse como pareja” (pág. 144)

FACTORES DE RIESGO

Antecedentes personales

- Edad materna (< 20 años y > 35 años).
- Talla baja (< 1.50 cm).
- Multiparidad (> 4 hijos).
- Patologías del embarazo (anemia, post-término).
- Poco o excesiva ganancia de peso durante el embarazo.

Situaciones relacionadas al parto

- Cambios en la intensidad de las contracciones uterinas (Hipertonía, Atonía uterina).
- Cambios en la frecuencia de las contracciones uterinas (Polisistolia, oligosistolia).
- Estado Psíquico de la parturienta.
- Alteraciones en el Bombardeo y dilatación del cuello
- Variaciones de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto (Dips I, Dips II,
- Sufrimiento Fetal.
- Trabajo de Parto detenido.
- Ruptura Prematura de Membranas.
- Coagulación Intravascular diseminada.

CLASIFICACIÓN

a) Por la edad gestacional

- Pre término: Parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea.
- Clínicamente en este rango se encuentra el parto inmaduro (22 a 27 semanas) y el parto prematuro: (28 a 36 semanas cumplidas).
- A Término: 37 a 41 semanas cumplidas.
- Pos término: 42 semanas en adelante.

b) Por la intervención o no de agentes externos

- Espontáneo (sin intervención).

- Provocado o inducido (con intervención).

c) Por la evolución fisiológica

- Normal o Eutócico.
- Distócico (hay alteración contráctil o del mecanismo del parto).

d) Por la presentación del feto

- Cefálico (vértice, cara y frente).
- Pélvico (franco de nalgas).
- Incompleto o completo (de nalgas).

e) Por la vía del nacimiento

- Vaginal (espontáneo o instrumental-fórceps, vacuum extractor).
- Abdominal (cesárea).

f) Por el número de fetos

- Único.
- Múltiple.

PERIODO:3

El parto tiene tres periodos que son:

1. Primer periodo: Borramiento y dilatación del cuello uterino, inicia descenso fetal.

Entre los signos y síntomas de este periodo están:

- Cuello uterino dilata menos de 4 centímetros
- Tasa de dilatación característica de 1 centímetro por hora o más
- Comienza el descenso fetal, aumenta la dilatación de 4 a 9 centímetros.

2. Segundo periodo: Descenso y Expulsión del feto

- Cuello uterino totalmente dilatado de 10 centímetros
- Continúa el descenso fetal
- No hay deseos de pujar

- La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis.
 - La mujer tiene deseos de pujar
3. Tercer periodo. Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)
- En este periodo del trabajo de parto comienza con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta.

PROCEDIMIENTO & DE ATENCIÓN

Las acciones para la atención están encaminadas a observar el avance del trabajo de parto se de realizar:

1. Confirmación del trabajo de Parto

a) Pródromos de trabajo de parto

Cuello uterino no dilatado no borrado, contracciones uterinas irregulares.

b) Inicio del trabajo de parto

En Nullíparas: Borramiento del 100% y Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40- 45 segundos de duración.

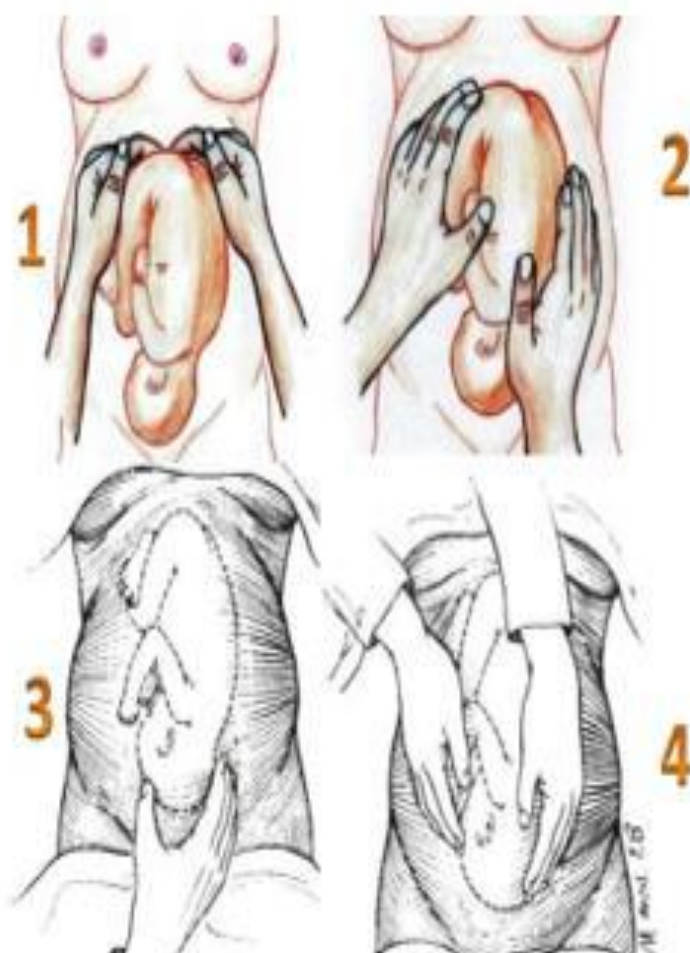
En Multíparas: Borramiento del 50%, Dilatación de 3-4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.

c) Trabajo de Parto

Borramiento: 50-100%, dilatación: 4-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso fetal

2. Identificación de la posición y presentación del feto

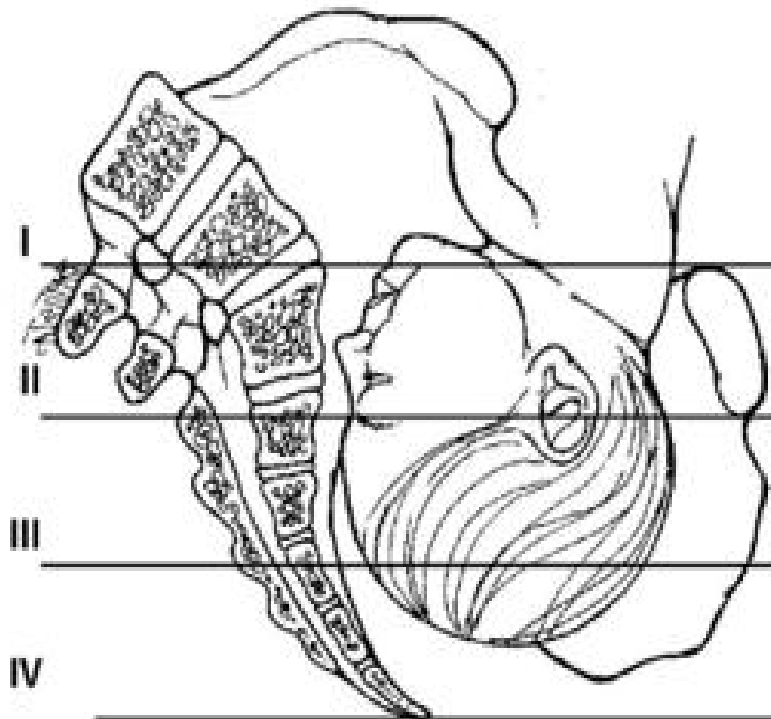
Mediante la realización de las Maniobras de Leopold por palpación abdominal se realiza el diagnóstico de la posición del feto en el útero, ésta es la relación que guarda el punto guía con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna, son dos las posiciones: derecha e izquierda.



3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto

Las contracciones uterinas y los pujos propulsan al feto haciéndolo avanzar por el canal del parto hasta su expulsión.

El encajamiento corresponde al momento en que la circunferencia máxima de la presentación franquea el estrecho superior de la pelvis para su penetración progresiva en el canal pelviano. Se debe auxiliar de los Planos de Hodge para determinar el plano en el que se encuentra.



El punto de referencia de los Planos de Hodge es el diámetro biparietal del polo fetal

Primer plano. Promontorio a borde superior de la sínfisis púbica, coincide con el estrecho superior. Cuando el polo fetal llega a este Plano, la presentación está móvil.

Segundo plano. Es paralelo al anterior. Va desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la segunda vértebra sacra. Cuando la presentación lo alcanza está fija.

Tercer plano. Paralelo al anterior, está a nivel de las espinas ilíacas. Cuando la presentación llega a este plano se considerará encajada.

Cuarto plano. Paralelo al anterior, a la altura de la punta del cóccix no retro pulsado. La Presentación está profundamente encajada, aquí es donde se produce la rotación interna del feto.

La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición transversa y rota después al diámetro oblicuo, es decir, con el occipucio del feto en el oblicuo izquierdo de la pelvis.

Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia el pubis de la pelvis materna.

Atención en el servicio de Labor y Parto

La embarazada en Trabajo de Parto se ingresa a sala de Labor y Parto. Se debe garantizar la evaluación del estado de la mujer y su hijo/a, así como, también la vigilancia de la evolución de los Periodos de Trabajo.

Estrategia N° 1 Capacitación sobre compromiso de las parteras profesionales con la iniciativa de una maternidad segura



Objetivo: Concientizar a las parteras que deben ser capacitadas constantemente para la prestación de servicio adecuada, tanto a la madre como al recién nacido

Actividades

1. Función de la partería profesional

Se reconoce la función que desempeñan las parteras profesionales en casi todos los países donde prestan servicios sanitarios de primera línea durante el embarazo y el parto. Como proveedoras de dichos servicios a menudo se las describe como el eje de la maternidad segura (Thompson, 996), y como personas con una función y responsabilidades especiales de promoción de la salud reproductiva.

Una partera profesional es una persona que, habiendo ingresado de manera regular a un programa de educación en partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha terminado con éxito el curso prescrito de estudios en partería y adquirido las calificaciones que se exigen para obtener legalmente el registro y/o la certificación para ejercer la partería. Ella debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto, atender los partos por su propia

responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica. Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para la paternidad y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación de la familia y el cuidado de los hijos, pueden practicar en hospitales, consultorios, centros de salud en condiciones domiciliarias o en cualquier otro servicio.

Además de su función clínica, las parteras profesionales deben ser políticamente astutas y capaces de adoptar medidas apropiadas y prudentes para promover la salud reproductiva y los derechos y el bienestar de las mujeres. La partera profesional también debe poder funcionar eficazmente como un miembro plenamente responsable en un equipo multidisciplinario, y entablar relaciones de trabajo colaborativas con otros miembros del equipo de servicios de maternidad, prestadores de asistencia sanitaria y trabajadores de la comunidad, como parteras profesionales tradicionales calificadas (capacitadas) y con experiencia.

Para afrontar el desafío de prestar atención de calidad a las mujeres y sus recién nacidos, hay que mejorar la formación académica y educación inicial y continua de las parteras profesionales. Las mejoras que se debe lograr son:

- Competencias técnicas, incluidas las aptitudes que salvan vidas.
- Aptitudes de comunicación, educación en orientación y sanitaria para ayudar a la partera profesional a establecer buenas relaciones y a trabajar con la comunidad.
- Introducción a todos componentes del concepto de la salud reproductiva
- Acceso al equipo, los suministros y los medicamentos que se tienen que administrar para prestar atención de calidad y manejar las afecciones en la mujer y el recién nacido que pueden causar la muerte.

2. Fortalecimiento de la educación en partería

La necesidad de fortalecer la educación en partería para apoyar la maternidad segura reconoció ampliamente y fue el foco de un taller previo a un congreso que tuvo lugar en Koba, en 1990, nuevamente patrocinado por la ICM, la OMS y el UNICEF. El taller reconoció que:

- El número de parteras profesionales disponibles es insuficiente para apoyar el nivel primario y proporcionar las aptitudes esenciales necesarias que salvan vidas, y de esta forma lograr la meta de reducir la mortalidad materna en 50% en el próximo decenio.
- Actualmente las parteras profesionales no reciben educación adecuada de partería para proporcionar atención de salud reproductiva a las familias y las comunidades.
- Se precisa el apoyo nacional, regional e internacional para fortalecer el desarrollo de recursos humanos para la partería a fin de aliviar la grave escasez y la utilización inapropiada de las parteras profesionales plenamente capacitadas.

El taller recomendó que se fortaleciera el objetivo de lograr la meta de la maternidad segura en el próximo decenio mediante la educación en partería y los programas de salud materno infantil. Varias recomendaciones se relacionaron con el mejoramiento de la educación básica y continua de las parteras profesionales y su bienestar económico. Otras propuestas fueron que:

- Donde no existan, se establezcan órganos normativos destinados a las parteras profesionales, para que brinden su asesoramiento en asuntos de capacitación y códigos de conducta a fin de elaborar y mantener normas aceptables del ejercicio de la partería.
- Se elaboren protocolos de normas para el tratamiento de las condiciones obstétricas de emergencia de manera de dar protección legal a las parteras profesionales
- Las parteras profesionales establezcan y participen en alianzas con grupos comunitarios para promover la maternidad segura

- Se afiancen métodos para compartir y difundir la información

Uno de los problemas principales en el fortalecimiento de la educación en partería es la escasez apremiante, y a menudo la calidad deficiente, de los profesores de partería. En muchos países estos profesores carecen de formación docente y tampoco han tenido suficiente experiencia clínica. Por lo tanto, no pueden enseñar eficazmente en el aula ni impartir conocimientos clínicos. En las zonas en las que no hay ningún profesor de partería, se pretende que otros profesionales sin el menor conocimiento especializado ni la experiencia clínica en partería y obstetricia formen a las parteras profesionales.

3. La ética y el ejercicio de la partería

Los profesionales suelen hacer explícitos sus valores fundamentales en un código de ética, que sirve de fuerza unificadora y guía. En 1993, el consejo de la ICM adoptó un Código Internacional de Ética para las parteras profesionales, una guía moral en educación, ejercicio profesional e investigación. Thompson y Thompson (1997)

Los valores fundamentales del código son

- Seguridad para la mujer durante la prestación completa de la asistencia de partería.
- Autonomía para la mujer; mediante el suministro de información precisa y suficiente para que sea capaz de elegir entre las opciones acerca de su ciudadano y aceptar la responsabilidad de sus elecciones
- Cumplimiento de las obligaciones profesionales, entre ellas:
 - Respetar la confidencialidad
 - Asumir la responsabilidad de sus propias acciones y decisiones
 - Fomentar el conocimiento y ejercicio de la partería mediante investigación
 - Proteger los derechos de la mujer

El ejercicio de la partería plantea muchos dilemas éticos, especialmente cuando las parteras profesionales están tratando de prestar atención eficaz humanitariamente en situaciones difíciles y con recursos insuficientes. Todos los programas de educación para las parteras profesionales deben incluir la enseñanza de la ética en base a la exploración de muchos de los problemas que surgen en el ejercicio de la partería, no solo en situaciones emotivas, como el aborto y el VIH, sino también en la provisión de la atención normal. Aunque la inclusión de la ética en el programa de estudios de partería no cambiara las situaciones difíciles ni la falta de recursos, sí fortalece la capacidad de las parteras profesionales de tratar de resolver los desafíos en el ejercicio diario de su profesión. Por lo tanto, la ética ha sido parte de las normas para la elaboración de un programa de educación en partería.

Estrategia N° 2 Taller sobre cómo prepararse para la atención del parto

Objetivo: Revisar las medidas de alerta que puede presentar la madre gestante, antes de proceder a un parto vertical



1. Preparación para el parto

El parto es una cosa natural. Cuando la madre es sana y todo va bien, el bebé puede nacer sin ayuda de nadie. En un parto normal, entre menos haga el doctor o la partera, más probable es que todo salga bien.

Pero hay partos difíciles y a veces la vida de la madre o del bebé puede estar en peligro. Si hay cualquier señal de que el parto va a ser difícil o peligroso, es mejor que lo atienda una partera bien capacitada o un médico con experiencia.

2. Posición del niño

Para estar seguro de que el niño este con la cabeza para abajo, en la posición normal para el parto, trate de tentar la cabeza así.

1. Pida que a madre saque todo el aire de los pulmones. Con el pulgar y 2 dedos aplaste en la parte superior del hueso de la pelvis; con la otra mano tiene la parte de arriba de la matriz.
2. Empuje suavemente de lado a lado, primero con una mano y luego con la otra; al mover las nalgas se mueve todo el cuerpo, pero al mover la cabeza se dobla la nuca y el cuerpo no se mueve. Si el niño todavía esta alto en la matriz, se le puede mover la cabeza un poquito. Pero se ya se ha encajado (bajado para nacer), no se le puede mover. El primer niño de una mujer a veces de encaja 2 semanas antes del parto. Los siguientes bebés quizás no se encajen hasta que emplece el parto.

Si la cabeza del niño esta hacia abajo es probable que el parto saiga bien

Si la cabeza esta hacia arriba, el parto puede ser más difícil (de nalgas) y es mejor que la madre tenga el parto cerca o dentro de un hospital

Si el niño está atravesado, la madre debe ir a un hospital. Ella y el niño están en peligro.

3. Etapas del parto

Un parto tiene tres etapas o partes:

- La primera dura desde que empiezan los dolores fuertes hasta que el niño comienza a bajar para nacer
- La segunda dura desde que empieza a bajar el niño hasta que nace
- La tercera dura desde que nace el niño hasta que sale la placenta

LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO

Puede durar de 10 a 20 horas más si es el primer parto y de 7 a 10 horas en otros partos, aunque esto es muy variable

Durante la primera etapa, la madre no debe no apurar el parto, pues es natural que tarde bastante y que la madre no sienta el progreso. Si ella se preocupa por esto, trate de consolarla. Explíquele que muchas mujeres tienen la misma preocupación.

La madre no debe hacer fuerza hasta que el niño empiece a bajar y ella sienta que tiene que hacerlo

La madre debe tener vejiga y las tripas vacías.

Durante el parto, es importante que la madre orine con frecuencia. Si no ha obrado en mucho tiempo, un lavado puede apurar el parto. Durante el parto, la madre debe tomar seguida agua, té y otros líquidos. La falta de suficiente líquido en el cuerpo puede atrasar o detener el parto. Si el parto tarda mucho, la madre también debe comer algo. Si vomita puede tomar un poco de Suero para tomar, té o jugos entre cada dolor.

Durante el parto, la madre debe cambiar de posición con frecuencia, o pararse y caminar de vez en cuando. No debe acostarse de espaldas por mucho tiempo

Durante la primera etapa del parto, la partera o ayudante debe

- Lavar bien con agua tibia y jabón la barriga, los genitales (partes ocultas), las nalgas y las piernas de la madre. La cama o el catre debe estar en un lugar limpio donde haya suficiente luz para ver claramente.
- Tender la cama con sábanas, toallas o periódicos limpios y cambiarlos cada vez que se mojen o se ensucian
- Tener lista una hoja nueva de rasurar, o hervir unas tijeras por 15 minutos, para cortar el cordón. Deje las tijeras bien tapadas en el agua hervida hasta que las use

La partera no debe sobar o empujar la barriga, ni pedir a la madre que pude o haga fuerza durante esta etapa.

Si la madre está asustada o tiene mucho dolor, pídale que respire despacio, profundo y regularmente durante cada contracción y que respire normalmente cuando no sienta dolor. Esto ayudara a calmarle el dolor y la angustia. Asegúrele a la madre que los dolores fuertes son normales y que ayudan a que el bebé salga

LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO

En la cual nace el niño, a veces empieza cuando se revienta la "fuente". A menudo es más fácil que a primera etapa y generalmente no dura más de 2 horas. Durante las contracciones, la madre puja con todas sus fuerzas. Entre las concentraciones, quizás se vea muy cansada y medio dormida. Esto es normal

Para pujar la mujer debe llenar los pulmones con aire y empujar duro con los músculos del estómago, como si estuviera obrando. Si el niño tarda en nacer después de reventarse la fuente, la madre puede doblar las rodillas

Cuando las partes ocultas de la madre se estiran y la cabeza del bebé empieza a aparecer la partera o ayudante debe tener todo listo para recibir al niño cuando salga. En este momento, la madre debe tratar de no pujar duro, para que la cabeza salga más despacio. Esto ayuda a prevenir que se desgarre la abertura de la madre

Es un parto normal, la partera nunca debe meter la mano o el dedo en las partes ocultas de la madre. Esta es la causa más frecuente de infecciones peligrosas en la madre después del parto

Cuando sale la cabeza la partera puede apoyarla, pero nunca debe jalarla

Si es posible, la partera debe usar guantes para atender el parto- para proteger la salud de la madre, del bebé y la suya misma. Hoy en día, esta es una precaución muy importante

LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

Empieza cuando nace el niño, y termina cuando sale la placenta. Generalmente, la placenta sale sola de 5 minutos a 1 hora después del bebé. Mientras tanto atiende al recién nacido. Si hay mucho sangrado o si la placenta no sale en 1 hora, consiga ayuda médica,

4. Uso correcto de oxitócicos

Los oxitócicos son medicamentos que contienen ergonovina, ergometrina u oxitocina. Causan contracciones de la matriz y de sus venas y arterias. Son medicinas importantes pero peligrosas. Usadas mal, pueden causar la muerte

de la madre o del niño en la matriz. Usadas correctamente, a veces pueden salvar la vida. Estos son los usos correctos:

1. **Para controlar la hemorragia después del parto.** Este es el uso más importante de estas medicinas. En caso de hemorragia fuerte después de que haya salido la placenta, inyecte 1 ampollita de 0,2 mg de ergonovina o maleato de ergometrina una vez por hora durante tres horas o hasta que se controle la hemorragia. Después de que se calme la hemorragia, siga con 1 ampollita cada 4 horas durante las 24 horas. Si no hay ergonovina o si la hemorragia fuerte empieza antes de que salga la placenta inyecte oxitocina.
2. Para ayudar a prevenir la hemorragia después del parto. A una mujer que ha padecido de hemorragias después de otros partos, se le puede dar una ampollita de ergonovina inmediatamente después de que salga la placenta y cada 4 horas durante las siguientes 24 horas.
3. Para controlar la hemorragia de una pérdida (aborto espontáneo). El uso de oxitócicos puede ser peligroso, y solo debe usarlos un trabajador de la salud bien capacitado. Pero si la mujer está perdiendo sangre rápidamente y si no hay ayuda médica cerca, use un oxitócico. La oxitocina probablemente es mejor.

El uso de Ergotrate, Pitocin o Pituitaria para apurar el parto o dar fuerza a la madre es muy peligroso tanto para ella como para el bebé. Muy rara vez se necesitan oxitócicos antes de que nazca el bebé, y es mejor que solamente una persona bien capacitada los use.

Estrategia N° 3 Capacitación Infecciones durante el parto y esterilizaciones de Instrumentos y sala de parto

Objetivo: Evitar complicaciones por infecciones durante la realización el parto vertical

1. **Como evitar infecciones durante el parto**



Durante el parto, es fácil que entren al cuerpo de la madre microbios que causan infecciones. Generalmente, los microbios entran a la adre mediante el contacto con otras personas o mediante el contacto con cualquier cosa sucia- polvo y tierra que haya en la casa, excrementos de animales o personas, o picos de sangre u otros líquidos del cuerpo ya secos. La mugre puede ser tan pequeña que no se puede ver.

Para evitar el contacto dañino con otras personas, la partera debe evitar que acuda al parto cualquier persona con catarro, tos, grupa, fiebre, dolor de garganta u otras enfermedades.

Una persona que tenga una infección o llaga en las manos o en el cuerpo no debe tocar al recién nacido. Esto es de especial importancia si una llaga o ampolla está en los labios o en la nariz. Los microbios que en los adultos causan un simple fuego, pueden hacerle mucho daño al bebe.

Además, nunca hay que meter los dedos (ni cualquier otra cosa) dentro de la madre, a menos que haya una razón médica importante. Cualquier cosa que entra en la madre aumenta el riesgo de infección

Algunas enfermedades, como la diabetes y la artritis, no son contagiosas o pegadizas. Si usted no está segura si cierta enfermedad es contagiosa o no pregúntele a un trabajador de salud que tenga experiencia. Si no hay manera de averiguarlo, es mejor que la persona enferma no acuda al parto

El área de parto

Si la madre va a dar a luz en casa, habrá que limpiar bien el cuarto donde nacerá el niño, y el lugar donde la madre ira a orinar. Primero, barra y sacuda bien esos dos cuartos, y después lave todo con agua y jabón. Ponga su boliquín y todo lo que la madre vaya a necesitar en el cuarto donde él bebe va a nacer.

Si el parto será en una clínica de maternidad, es importante tener aún más cuidado. Los microbios de un parto se pueden pasar a otro fácilmente. Después de cada parto, lave los pisos y todas las superficies con uno de estos desinfectantes:

- Cloro casero (hipoclorato de sodio): haga una solución con 1 medida de cloro por cada 7 medidas de agua. Hay que usar la solución en menos de 2 horas después de prepararla
- Cloramina al 2%
- Alcohol isopropílico al 70 %
- Amoniaco
- Agua oxigenada al 6%
- Alcohol para curaciones al 70%
- Isodine|

Ropa de cama (mantas de bebé, tarros y sábanas)

Si el parto va a ser en casa, lave la ropa de cama (tendidos) con agua y jabón, y luego séquela al sol o con una plancha

Si el parto será en una clínica de maternidad, hay que esterilizar la ropa de cama después de cada uso, lávela bien primero, y luego use uno de estos métodos para matar los microbios.

- Hierva los tendidos durante 30 minutos y luego séquelos bien en un lugar limpio.
- Plancha los tendidos húmedos hasta que estén secos. El calor y el vapor matan microbios.
- Doble las piezas, amontónelas y envuélvalas en un trapo limpio. Ponga el bulto en el horno por 2 horas a una temperatura de 93° C o 200°F. meta una olla con agua en el horno para que haya vapor y los tendidos no se quemen.

Si no puede hacer nada de lo anterior, cuelgue los tendidos al sol, donde no haya polvo. A los tendidos les debe dar el sol un día entero (vólteelos para que les del sol por los dos lados). Nunca los ponga a secar en el suelo. Además, tenga cuidado de no arrastrarlos ni dejar que toquen el suelo en ningún momento.

2. Esterilización de Instrumentos y equipo

- Lave su envase y llénelo de agua hierva el agua en el envase con la tapa puesta por lo menos durante 20 minutos. Empezce a contar los 20 minutos cuando el agua hierva, no cuando prenda la lumbre. (Si pone un par de granitos de arroz en el envase, sabrá que está esterilizado cuando el arroz esté cocido.) A los 20 minutos tire el agua y deje secar el envase. No o toque por dentro. Si lo toca, ya no estará estéril- a menos que usted tenga puestos guantes esterilizados.
- Lave unas pinzas, un par de tenedores o cucharas, o algo que sirva para manejar sus instrumentos esterilizados. Luego hierva o remoje en desinfectante las pinzas (o lo que vaya a usar) por 20 minutos. Como desinfectante puede usar alcohol para curaciones o una solución de una medida de cloro por 7 medidas de agua
- Lave sus instrumentos y luego hiérvalos por lo menos 20 minutos. Con las pinzas que esterilizo, sáquelos del agua y póngalos en el envase esterilizado. No toque la parte de las pinzas que toca los instrumentos todo lo que usted toca dejar de ser estéril.
- Cuando ya tenga todos los instrumentos en el envase esterilizado, tape este solo con una tela esterilizada y póngalo en un lugar donde no haya polvo. Deje que los instrumentos se sequen bien (Si está esterilizado sus instrumentos en el lugar del parto, puede ponerlos sobre una tela esterilizada y luego taparlos con otra tela esterilizada para que no les caiga polvo).
- Cuando esté segura de que los instrumentos ya están secos, póngale la tapa al envase y séllela con cinta (u otra cosa) para que los microbios no entren. Recuerde que a los microbios les gusta la humedad, y volverán a crecer si los instrumentos no están bien secos. (Si usted va a usar los instrumentos inmediatamente después de esterilizados, los puede usar mojados. Los microbios no crecen tan rápido).

3. Aseo personal

Toda persona que acuda al parto debe bañarse y lavarse el cabello con agua y jabón y usar ropa limpia. Esto incluye a la madre, la partera, los familiares y los amigos. Todos deben lavarse las manos cada vez que toquen el cabello o la ropa, o si tocan a la madre. Además, se deben lavar otra vez con mucho cuidado si llegan a tocar sangre, moco, excremento las aguas de la madre o cualquier cosa que este sucias.

Además de lavarse las manos con agua y jabón, es importante restregárselas de un modo especial en ciertos momentos del parto. Hay que resegar las manos y brazos.

Antes de:

- Tocar los genitales (partes ocultas) de la madre por cualquier razón
- Tocar al bebe
- Tocar instrumentos esterilizados
- Meter las manos en la vagina de la madre
- Coser un desgarro
- Tocar cualquier herida

Durante:

- Cualquier procedimiento, si por accidente toco algo que no estaba limpio

Después de:

- Tocar sangre o líquidos del cuerpo
- Recoger y limpiar después del parto

Estrategia N° 4 Taller sobre atención al recién nacido y a la madre luego del trabajo de parto.

Objetivo: Garantizar el proceso de adaptación del recién nacido fuera del vientre de su madre y que ella este bien de salud.

Actividades

1. Como atender a la madre

Si usted está trabajando sola, tendrá que decidir a quien a quien atender primero: a la madre o al bebe.

- Si nota señas de riesgo en la madre, lo mejor sería que la atendiera a ella primero
- Si la madre está bien, usualmente es mejor atender primero al bebe. Si usted lo pone sobre el vientre de la adre, será más fácil vigilar a los dos al mismo tiempo. Además, es bueno que la madre y el bebe estén juntos lo más posible.
- En una emergencia en que tanto la madre como el bebe están en peligro, nosotros opinamos que la vida de la madre es más importante y por eso hay que atenderla a ella primero.

Si tiene una ayudante, una de ustedes puede encargarse del bebe y la otra atender por completo a la madre.

1. Está pendiente por el hay sangrado fuerte

Durante la tercera etapa es normal que haya algo de sangrado generalmente sale un chorrito de sangre cuando la placenta se desprende. Si la piel de la madre se ha desgarrado, también puede sangrar un poco. Pero el que la madre más que con una regla antes de que la placenta salga, es seña de mucho peligro.

Cuando hay sangrado, a veces la sangre sale por la vagina. Pero otras veces, la sangre se queda en la matriz, donde usted no la puede ver. Si la matriz se agranda y se ablanda más de lo usual, quizás se esté llenando de sangre, (cuando la placenta se desprende de la pared de la matriz, la matriz cambia de

forma y sube en el vientre. No confunda esto con el que la matriz se está llenando de sangre). Si ve que está saliendo sangre de la vagina o sospecha que la madre este sangrando por dentro.

Si la madre se mareo o siente que se va a desmayar, ayúdele a acostarse y póngale los pies en alto. Durante un rato, revísele el pulso y la presión cada 15 minutos. Es normal que la madre se sienta así se levanta rápidamente después del parto, pero también podría ser señal de choque, puede que ella este bien y pueda pararse lentamente después de un descanso. Si nota otras señas de choque, siga el tratamiento adecuado.

2. Esta pendiente por si la madre tiene convulsiones

Si la madre tuvo pre-eclampsia durante el embarazo o el parto, podría tener convulsiones durante las primeras 24 y 48 horas después de dar a luz. Vigílela con cuidado.

3. Esta pendiente de las señas que indican que la placenta se ha desprendido

Generalmente la placenta se desprende de la matriz unos minutos después de que nace el bebé, pero se puede tardar un rato en salir. Está bien que la madre se acueste boca arriba mientras ustedes esperan a que aparezcan las señas de que la placenta se ha desprendido

Estas son señas de que la placenta se ha desprendido de la matriz:

Sale un chorro de sangre de la vagina. Un chorro es un puñado de sangre que sale todo de una vez y se acaba. No es un goteo ni un flujo constante. Si después (o antes) del chorro sigue saliendo sangre, podría haber un problema.

El cordón se alarga. Al desprenderse de la matriz, la placenta baja hacia la abertura de la vagina. Esto puede hacer que el cordón se vea más largo, pues una mayor parte estará afuera

Para saber si sale más del cordón, usted lo puede marcar después de que deje de pulsar y se ponga blanco. Amárrele un hilo o póngale una pinza estéril como a 5 dedos de la vagina. Cuando la placenta se separe, el hilo quedara más lejos de la vagina.

La matriz cambia de forma y se siente diferente. Antes de que la placenta se desprenda, la matriz se siente redonda pero un poco plana de arriba. La matriz llega hasta abajo del ombligo.

Cuando la placenta se desprende, por lo general la matriz sube hasta el ombligo o un poco más arriba. Quizás se siente más redonda o parezca que se inclina hacia adelante. Tal vez también se sienta más dura. Si usted la empuja con cuidado hacia un lado, usando dos dedos, sentirá como se mueve un poco.

4. Como ayudar a que la placenta salga

En un caso normal

Una vez que la placenta se haya desaparecido, puede y debe salir. Para ayudar a que salga:

- Pídale a la madre que deje que otra persona cargue al bebé un ratito. Asegúrese de la salida de la placenta no le dolerá porque la placenta es mucho más blanda y pequeña que el bebé. Explíquelo que quizás también se sentirá más cómoda una vez que la placenta salga.
- Póngase guantes limpios (o bolsas de plástico)
- Pídale a la madre que se siente o se acudille sobre una bandeja. Pídale que puje cuando sienta una contracción. A veces también ayuda pujar, aunque no haya una contracción. Por lo general, la placenta sale con facilidad.

Si a la madre le está costando trabajo sacar la placenta, ponga al bebé a que le mame los pechos para que haya una contracción. La contracción ayudara a sacar la placenta. Si el bebé no quiere mamar, vea si sirve estimular los pezones de la madre.

Si la placenta no sale en 10 o 15 minutos, tal vez ayude que la madre orine. Una vejiga llena puede retrasar la salida de la placenta.

- Las membranas de la bolsa de agua también deben salir con la placenta. Si después de que salga la placenta, todavía quedan membranas dentro de la madre, haga o siguiente. Sostenga la placenta con las dos manos y dele vueltas lentamente y con cuidado hasta que las membranas estén trenzadas. (Así es menos probable que se desgamen adentro). Luego, jale las membranas hacia afuera lentamente y con mucho cuidado.
- Sienta la matriz de la madre para asegurarse de que este pequeña y dura.

Un modo de guiar la placenta con el cordón

A veces, la partera necesitara guiar la placenta para afuera jalando el cordón suavemente. Esto solo se debe hacer cuando la madre no pueda empujar la placenta para afuera, este tan débil que no pueda sentarse o acuchillarse, o este sangrando mucho con la placenta aun adentro. Este método solo se usa cuando se sabe sin duda que la placenta ya se ha desprendido y está en la vagina, pero la madre no puede hacer que salga, si la madre no está sangrando, generalmente es mejor dejar que ella misma haga fuerzas para echar fuera la placenta.

Anexo N° 10 Fotografías



Fuente: Centro Amupakin
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin dramatización parto vertical
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin dramatización parto vertical
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin implementos utilizados en parto
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin implementos utilizados en parto
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin encuesta aplicada a partera
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin encuesta aplicada a partera
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin encuesta aplicada a madre gestante
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin encuesta aplicada a madre gestante
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro
socialización de protocolo por medio de charlas



Fuente: Centro Amupakin socialización de protocolo por medio de charlas
Elaborado por: Alejandra Chamorro

Artículo científico

1. TEMA

El Parto Vertical A Partir De Los Conocimientos Y Percepciones De Las Parteras En El Centro Amupakin Del Cantón Archidona, Provincia De Napo, Año 2017

2. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AUTORA

Autora: Ema Alejandra Chamorro Villarreal

Cédula de Identidad: 1087618969

Dirección electrónica: alejitachamorro15@gmail.com

Teléfono fijo: 236578

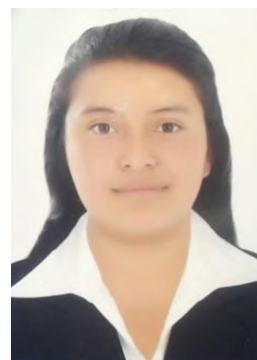
Teléfono celular: 0983854158

Universidad: Universidad Regional Autónoma de los Andes - Extensión Tulcán

Carrera: Enfermería

Facultad: Ciencias Médicas

Fecha de presentación: Tulcán, octubre del 2017



3. RESUMEN EJECUTIVO

La investigación fue realizada en Archidona, provincia del Napo, en la Unidad de Salud Amupakin, este centro tiene como objetivo la asistencia de partos en forma vertical, con costumbres y creencias ancestrales, el personal que atiende a las parturientas, son ocho mujeres denominadas parteras, quienes, sin tener formación académica en obstetricia, ginecología o enfermería, hacen de este oficio su profesión, lo que han aprendido se ha venido transmitiendo de generación en generación. Se realizó un estudio descriptivo, bibliográfico y de campo, se utilizó la técnica de recolección de información, la encuesta que fue aplicada a mujeres en estado de gestación y a las ocho parteras, para determinar e identificar las falencias existentes en el personal y en la institución. Una vez ejecutada

la investigación se pudo determinar que existe poca información proporcionada a la madre gestante sobre el proceso de parto por parte de las parteras; así como también la falta de formación académica especializada en el área de obstetricia y ginecología, al ser la mayoría de las parteras con formación primaria, con deficiencia de capacitación en aspectos de procedimientos y técnicas básicas de asistencia a partos. En la propuesta se presenta estrategias educativas enfocadas en aspectos básicos de atención de parto vertical, mediante la socialización, se concientizó a las parteras la importancia del manejo adecuado de este instrumento informativo en el Centro Amupakin.

Palabras clave: parto vertical, parteras.

4. ABSTRACT

The research was carried out in Archidona, province of Napo, in the Amupakin Health Unit, this center aims to assist births in vertical form, with customs and ancestral beliefs, the staff that serves the parturients, are eight women called midwives, who, without having an academic training in obstetrics, gynecology or nursing, make this profession their profession, what they have learned has been transmitted from generation to generation. A descriptive, bibliographical and field study was carried out, the information collection technique was used, the survey was applied to pregnant women and the eight midwives, to determine and identify the flaws existing in the staff and in the institution. . Once the investigation was carried out, it could be determined that there is little information provided to the pregnant mother about the birth process by the midwives; as well as the lack of specialized academic training in the area of obstetrics and gynecology, being the majority of midwives with primary education, with a lack of training in aspects of procedures and basic techniques of attendance at births. In the proposal of presenting educational strategies focused on basic aspects of vertical delivery care, through socialization, midwives were made aware of the importance of the proper management of this information tool in the Amupakin Center.

Key words: vertical childbirth, midwives.

5. INTRODUCCIÓN

Las diferentes posiciones adoptadas por las mujeres durante el parto han constituido hitos importantes a través de la historia, algunos de los cuales no están totalmente

resueltos. En los últimos tiempos, con el desarrollo de la ciencia, la asistencia al parto se ha estado realizando en un medio hospitalario y con personal especializado y de esta manera, la mayoría de las mujeres tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro, fundamentalmente para garantizar su bienestar, por lo que se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad.

Un estudio investigativo realizado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador denominado “Percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012”, indicando que “El manejo de la labor de parto y el parto en el Hospital —Raúl Maldonado Mejía se caracteriza por permitir a las usuarias ejercer preferencias personales, tales como: escoger la posición más cómoda para su parto, tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido como por ejemplo: mantenerse arropada con su propio vestuario, contar con una luz tenue y temperatura cálida, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales” (Villa & Vinueza, 2012).

En Guatemala, la Universidad de San Carlos, ha realizado una investigación sobre “Conocimientos, actitudes, percepciones y practicas acerca del parto vertical” en el cual se identificó que “el origen del trabajo de las comadronas fue por sueños, enfermedades, línea matrilineal, señas de nacimiento o mandato de Dios; ninguna de ellas fue formada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Las comadronas respetan y realizan las costumbres de la comunidad entre estas: el uso de temazcal, quema de placenta y atención del parto en posición vertical practicándolo según petición de la mujer o del “bebé”, teniendo como contraindicación el uso de la variedad de posición sostenida de una sábana o lazo ya que refirieron prolapso uterino; así mismo indicaron que las embarazadas que no pueden ser atendidas en casa y son referidas al hospital nacional son las que evidencian presentación anómala del feto, hemorragia antes del parto, signos de preclamsia y ruptura prematura de membranas ovulares. Aunque mostraron descontento con el MSPAS debido a la falta de apoyo con material y equipo para atención del parto e indicaron que asociaciones no gubernamentales son las que

abastecen dichos insumos, presentaron una actitud positiva respecto a enseñar sus conocimientos acerca del parto en posición vertical, siempre y cuando se respeten sus costumbres. Respecto a las mujeres entrevistadas el 100% conoce que la comadrona es la única persona que atiende partos en posición vertical. La posición que prefieren es sentada ya que la consideran más cómoda. Según sus creencias el parto atendido en casa indica que Dios ha permitido un parto sin complicaciones (representando un acto de fe) (Karin, Orellana, & Solórzano, 2012).

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó la investigación descriptiva, ya que se determinó las formas de parto vertical y la relación de ventajas y desventajas existentes, con las parteras, al igual que se describió con las madres gestantes las dificultades que imposibilitan el parto vertical.

Se realizó la investigación de corte transversal, ya que fue realizada en un período determinado de tiempo, con un análisis estadístico de la información que se recolectó.

La investigación bibliográfica formó parte del estudio ya que permitió obtener información sobre el parto vertical, sus beneficios como practica ancestral y sus complicaciones, ante las nuevas formas de parto, sustentadas en bases teóricas científicas de relevancia.

La investigación aplicada ya que se presentó una propuesta, la misma que colaborará a diario con el personal que atiende en el Centro, para un manejo adecuado del parto vertical.

Población y muestra

La población de la investigación, está formada por el personal que labora en el Centro, siendo las parteras; además de las madres gestantes que están registradas para realizar el parto vertical en el centro.

Población

Población	Número
Parteras	8
Gestantes	11

Fuente: Registros de pacientes del Centro Amupakin

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

El método teórico aportó con información relevante, para conocer sobre el parto vertical y sus prácticas ancestrales.

Histórico - Lógico

El método histórico aportó con los conocimientos e historias clínicas de pacientes que han optado por el parto vertical y el diálogo con las parteras y de sus experiencias.

Inductivo – deductivo

Este método ayudó con un análisis general de las ventajas y desventajas que se presentan en el parto vertical, además se verificó los procedimientos que aplican las parteras y sus vivencias.

Análisis - síntesis

El análisis y síntesis, se enfocó en los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a las parteras y madres gestantes.

Método sistémico

El método sistémico ayudó a relacionar hechos, procedimientos y técnicas de cuidado en el proceso de parto vertical, tanto a la madre como al recién nacido, la seguridad de higiene y trato que manifestaron las parteras, como personal responsable de estos alumbramientos.

Métodos empíricos

El método empírico verificó el estudio del tema de investigación desde sus tiempos de origen en que se practica el parto vertical, procediendo desde la antigüedad como formas de nacimiento ancestrales dentro de la comunidad de Archidona.

Observación científica

Dentro de la observación científica, se verificó el estado de las instalaciones donde se realizan, el parto vertical, se observó manejo de desinfección e insumos que se utilizan para atender a la madre y al recién nacido en el Centro.

Técnicas

La técnica que se empleó en la recolección de información, en la investigación de campo realizada fue la encuesta de carácter anónimo, para obtener información real de parte del personal del centro y de las pacientes en gestación.

Instrumentos de investigación

En los instrumentos de investigación que se utilizó, está el cuestionario, compuesto por preguntas cerradas, para fácil entendimiento del encuestado.

7. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Post encuesta aplicada a parteras del Centro Amupakin

1. Maternidad Segura

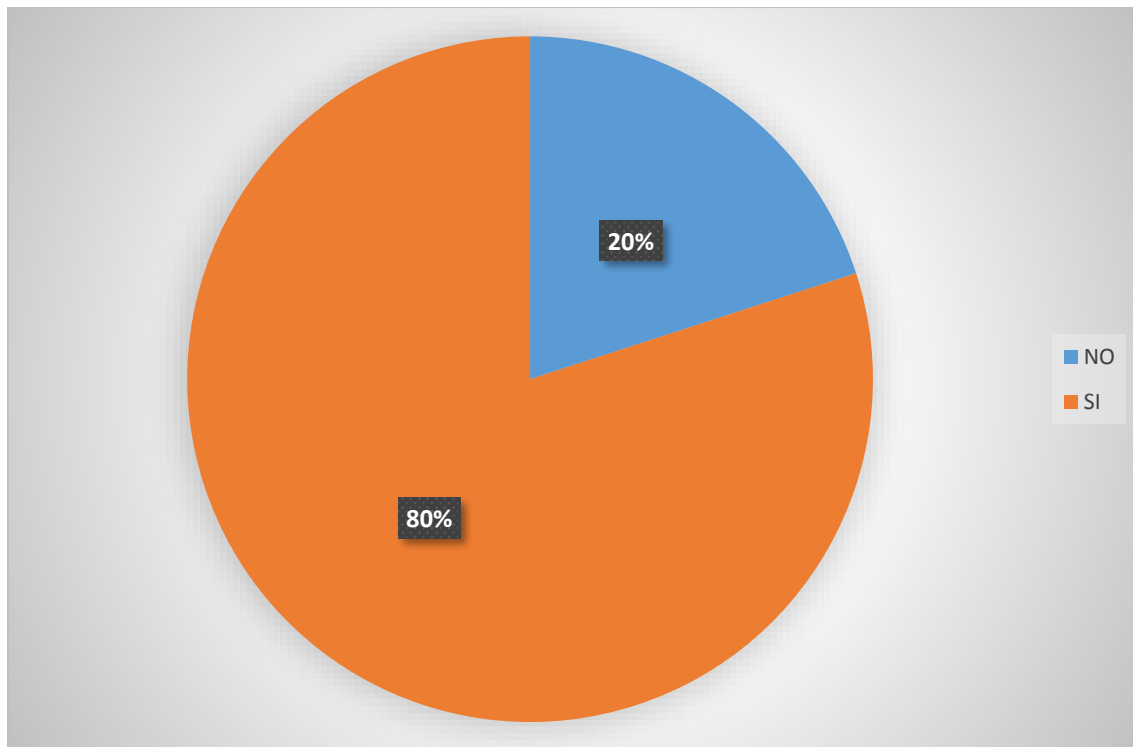


Gráfico 1 Maternidad Segura

Fuente: Post encuesta aplicada a parteras del Centro Amupakin

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

La población encuestada afirma conocer sobre cómo brindar una maternidad segura mediante el conocimiento de las funciones de la partería profesional, el fortalecimiento de la educación en partería y sobre todo conocer sobre la ética y el ejercicio de la partería, para ser de este oficio rudimentario un servicio de calidad.

2. Preparación para atender un parto

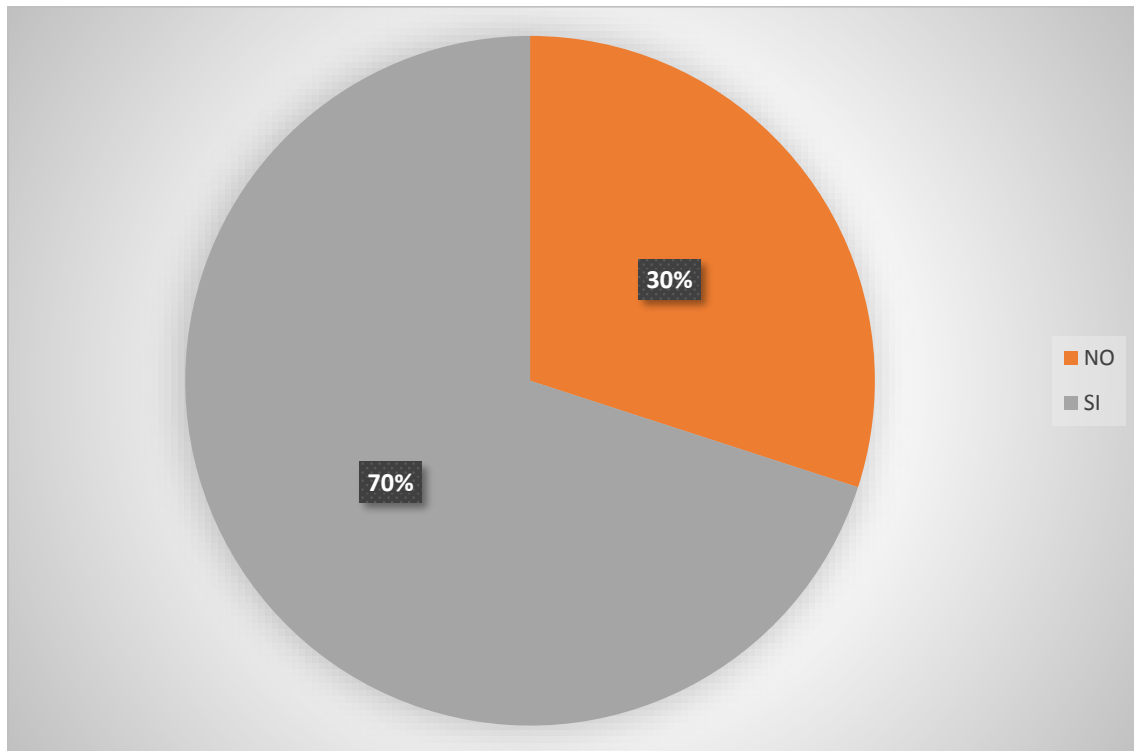


Gráfico 2 Preparación para atender un parto

Fuente: Post encuesta aplicada a parteras del Centro Amupakin

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Las parteras afirman que, conocen como prepararse para un parto con lo impartido en las estrategias educativas de atención en temas de preparación para el parto, posición del niño, etapas del parto y principalmente el uso correcto de oxitócicos, en caso de ser necesarios en el momento de parto.

3. Infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto

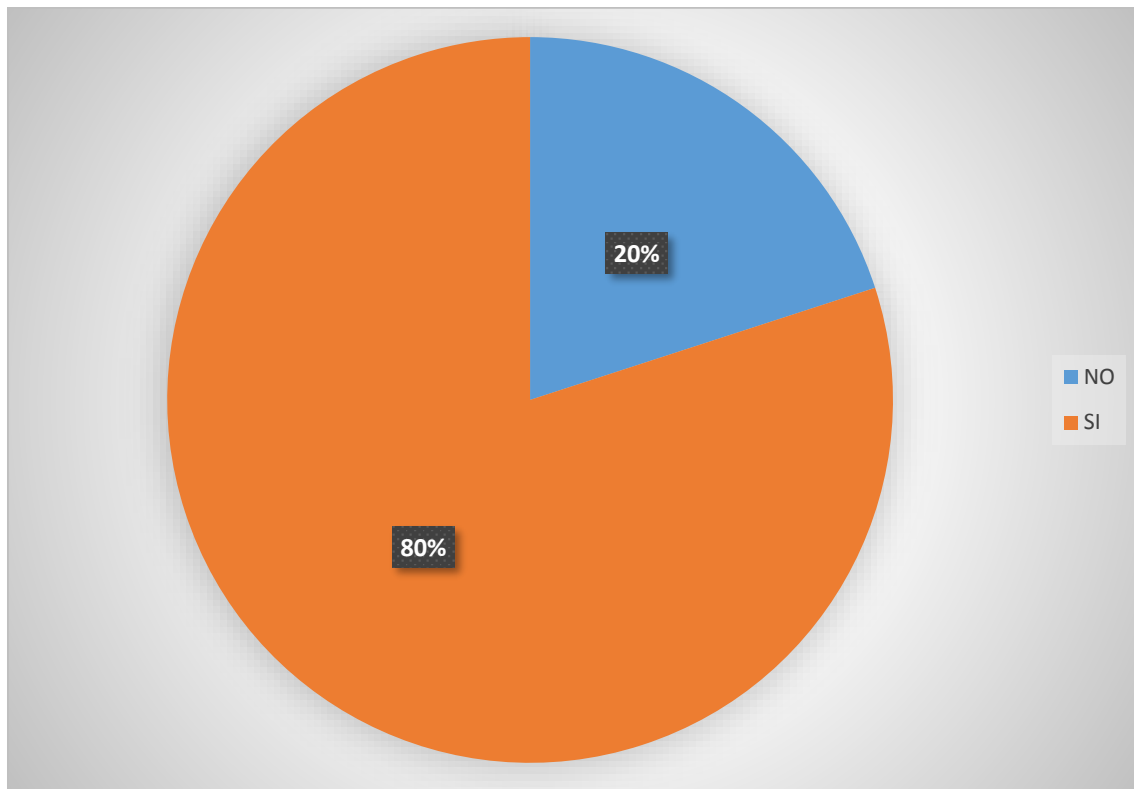


Gráfico 3 Infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto

Fuente: Post encuesta aplicada a parteras del Centro Amupakin

Elaborado por: Alejandra Chamorro

Análisis:

Todas las parteras encuestadas, han aprendido por las estrategias educativas de atención de partos proporcionado por la autora y la socialización realizada, sobre las infecciones durante el parto y esterilizaciones de instrumentos y sala de parto, la forma adecuada de cómo evitar infecciones durante el parto, la esterilización de instrumentos y equipo, así como el aseo personal.

8. CONCLUSIONES GENERALES

- La práctica de parto vertical, ha sido utilizada desde hace muchos años se podría decir que desde el inicio de la comunidad indígena por los habitantes del cantón Archidona, por parte de las parteras asistiéndolas a las madres gestantes.
- Se concluye que las parteras que participan en el Centro Amupakin no cuenta con capacitación académica referente a partos, lo han realizado de una manera empírica sin llevar controles sanitarios adecuados de desinfección; además las madres gestantes no conocen a fondo el proceso de parto vertical, ni sus beneficios y posibles complicaciones que se pueden presentar.
- Las estrategias educativas de atención de parto vertical contribuyeron a dar a conocer a las parteras procedimientos de atención básicos a la hora del parto, para minimizar complicaciones a la madre y al recién nacido.
- En la validación y evaluación de las estrategias educativas de atención se ha considerado la factibilidad y calidad de aporte educativo que esta investigación presenta, al capacitar a las parteras, para que brinden un servicio adecuado a las madres gestantes del cantón Archidona.
- Con la finalización del proyecto se logró que las parteras mejoren su relación con el equipo de salud interactúen, compartan conocimientos experiencias y tomen decisiones en cuanto a la condición de todas las pacientes gestantes con el objetivo de brindar la mejor atención.
- La maternidad es un proceso normal por lo que se debe vivir con la mayor seguridad posible, con todas las intervenciones realizadas se logró establecer un plan de atención que mejora de manera notable las condiciones de salud de las pacientes atendidas.
- El centro Amupakin y sus parteras están totalmente preparadas para brindar atención de calidad y calidez a sus pacientes, atendiendo así partos verticales con las respectivas normas independientemente de su cultura y sus creencias.

9. RECOMENDACIONES

- La aplicación de estas estrategias es sumamente importante por lo que se debe tener en cuenta al momento de realizar intervenciones ya que con este se garantiza calidad y calidez.
- Se recomienda dar aplicación a estas estrategias de atención de partos, para evitar complicaciones de las madres y el recién nacido que sean atendidos en el Centro Amupakin.
- Se sugiere solicitar al Ministerio de Salud Pública, capacitaciones periódicas a las parteras, para que estén capacitadas y presten un buen servicio.
- Difundir las estrategias educativas de atención de parto y sus diferentes temas a todas las parteras que integran el Centro Amupakin.
- Es importante que se conserve y se utilice las estrategias educativas en este centro de atención a mujeres embarazadas, para que sea una guía de cómo proceder ante un parto.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Botella, J., & Clavero, J. (1999). Tratado de Ginecología. Madrid - España: Ediciones Diaz de Santos S.A.
2. Cabero Roura, L. (2013). Tratado de Ginecología y Obstetricia. Madrid - España: Editorial Médica Panamericana S.A.
3. Cabero, L., & Saldívar, D. (2016). Manual de obsterticia y ginecología. Madrid - España: Ergon.
4. Gallego, C. (2008). Portales médicos. Obtenido de Portales médicos: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1039/1/Distocias-Anomalias-de-la-dinamica-uterina.html>
5. Gally, E. (2000). Manual práctico para parteras. México: Galve S.A.
6. Hernández, N. (2012). Embarazo, parto, y primeros años. Madrid - España: Susaeta.
7. Karin, G., Orellana, Y., & Solórzano, E. (Septiembre de 2012). Universidad San Carlos de Guatemala. Obtenido de Universidad San Carlos de Guatemala: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8958.pdf
8. Meza, P. (2014). Monografías. Obtenido de Monografías: <http://www.monografias.com/trabajos82/historia-obstetricia/historia-obstetricia.shtml>
9. Ministerio de Salud Pública. (2015). Guia técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. Quito.
10. Nassif, J. C. (2012). Obstetricia: fundamentos y enfoque práctico. Buenos Aires - Argentina: Editorial Médica Panamericana.
11. Nuñez, A. (Diciembre de 2012). Embarazadas. Obtenido de <http://m.embarazada.com/articulo/parto-vertical>
12. Parto cultural. (11 de 02 de 2017). Obtenido de <http://www.patrimonio.ezonec.com/es/inicio/noticias/archivo>
13. Pellicer, A., & Bonilla, F. (2014). Obstetricia y ginecología. Madrid-España: Editorial Medica Panamericana.

14. Perú, M. d. (2005). Parto vertical. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
15. Ruiz, E. (2006). Las curaciones populares en el Ecuador. Quito - Ecuador: Corporación Editora Nacional.
16. Salud, O. P. (2006). Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. Washington D. C.: Marcela Gieminiani.
17. Torrens, R., & Martínez, C. (2012). Enfermería Obstétrica y Ginecológica. Barcelona - España: Ediciones DAE Grupo Paradigma.
18. Villa, V., & Vinuesa, G. (2012). Repositorio Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de Repositorio Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7311/11.27.001103.pdf?sequence=4>
19. Villacis, D. (2013). Comparaciones de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Quito: USF.