

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO

“SAN GABRIEL”



CARRERA: ENFERMERÍA

TÍTULO

PLAN EDUCATIVO DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN
PRENATAL, NATAL Y POSTNATAL SEGÚN LA COSMOVISIÓN ANDINA DE LA
PARTERA. PARROQUIA SAN LUIS, LA INMACULADA, CANTÓN RIOBAMBA,
PROVINCIA DE CHIMBORAZO, ENERO - MARZO 2021

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

“TECNÓLOGA SUPERIOR EN ENFERMERÍA”

AUTORA:

BLANCA ROCÍO GUALLPA OJEDA

TUTORA:

DRA. MARGARITA QUESADA FÉRNANDEZ

RIOBAMBA – ECUADOR

DICIEMBRE- 2021

CERTIFICACIÓN

Certifico que el estudiante **BLANCA ROCÍO GUALLPA OJEDA** con el N° de Cédula **060456132-4** ha elaborado bajo mi asesoría el trabajo de Investigación titulado:

“PLAN EDUCATIVO DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN PRENATAL, NATAL Y POSTNATAL SEGÚN LA COSMOVISIÓN ANDINA DE LA PARTERA. PARROQUIA SAN LUIS, LA INMACULADA, CANTÓN RIOBAMBA, PROVINCIA DE CHIMBORAZO. ENERO - MARZO 2021”

Por tanto, autorizo la presentación para la calificación respectiva.

DRA. MARGARITA QUESADA FERNÁNDEZ

Docente ISTSGA

“El presente Trabajo de Investigación constituye un requisito previo para la obtención del Título de **Tecnología Superior en Enfermería**”



"Yo, **BLANCA ROCÍO GUALLPA OJEDA** con N° de Cédula **060456132-4** declaro que la investigación es absolutamente original, auténtica, personal y los resultados y conclusiones a los que se han llegado es de mi absoluta responsabilidad."

BLANCA ROCÍO GUALLPA OJEDA

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "SAN GABRIEL"
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGA SUPERIOR
EN ENFERMERÍA

TÍTULO:

“PLAN EDUCATIVO DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN
PRENATAL, NATAL Y POSTNATAL SEGÚN LA COSMOVISIÓN ANDINA DE LA
PARTERA. PARROQUIA SAN LUIS, LA INMACULADA, CANTÓN RIOBAMBA,
PROVINCIA DE CHIMBORAZO. ENERO - MARZO 2021”

APROBADO POR:

ASESOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: Dra. Margarita Quesada

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL:

MIEMBRO DEL TRIBUNAL:

MIEMBRO DEL TRIBUNAL:

FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

NOMBRES	FECHA	FIRMAS
Dra. Margarita Quesada		
Lic. Liliana Yungan		
Lic. Mayra Sánchez		
Dra. Mirrella Vera		
Nota del trabajo de investigación		

DEDICATORIA

Quiero agradecer principalmente a Dios; porque gracias a él estoy en este mundo, porque a él le debo todo lo que tengo y todo lo que soy.

Por derramarme sabiduría y entendimiento sobre mí; por brindarme la oportunidad de disfrutar de todas las cosas que me brinda.

Este informe lo dedico a las personas más importantes de mi vida: MIS PADRES, MI HIJO Y MI HERMANA.

Porque gracias a ellos, a mi esfuerzo y dedicación he salido adelante y espero superarme cada día más.

Quiero agradecerles por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida, por su paciencia, su comprensión y sus consejos.... en fin, en una sola frase: "POR DARME LA VIDA"

A mi hijo por darme las fuerzas y el motor que necesito para cumplir mis metas y llegar a obtener mi título; a mi hermana quiero agradecerle por ser parte de mi vida, ya que gracias a ellos tengo esta gran oportunidad y quiero luchar y salir adelante; y a la vez ser un gran ejemplo.

Blanca

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, por la vida y por todo lo hecho. Por ser el Ser que nos dio la vida, y a su vez el que nos acompaña siempre; y me guía en cada paso que doy.

A mis Padres, a mi hijo y mi hermana, por estar siempre ahí, por el apoyo incondicional. A mi querida Madre, que es el motor de mi vida, por ser esa amiga incondicional, por ser ese ser con el cual se puede contar hasta en el momento más difícil que se presenta en mi vida.

También a mis Licenciados, porque gracias a ellos soy la persona que soy, por cada idea enseñada durante estos años, por ser esas personas que con dedicación y tiempo te demuestran que la vida está llena de conocimientos. Por ser esas personas que te exigen para que llegues a cumplir tus metas.

Blanca

INDICE

DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
INDICE.....	IX
RESUMEN.....	XIII
INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO I.....	17
MARCO REFERENCIAL	17
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.2 HIPÓTESIS	20
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	21
1.4 OBJETIVOS.....	22
Objetivo General.....	22
CAPITULO II	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 EMBARAZO.....	23
2.2 SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO	29
2.4 HOJAS DE REGISTRO UTILIZADAS POR LA PARTERA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS	30
2.4.1 Plan de parto	30
2.4.2 Cupón de derivación o contrareferencia comunitaria	30
2.4.3 FASES DEL PARTO.....	30
3. DESEMPEÑO DE LAS PARTERAS EN EL RESCATE DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN ECUADOR.....	34
3.1 EL ROL DE LAS COMADRONAS EN LAS COMUNIDADES DE ECUADOR.....	35
3.5.1 Cuidados de la Partera Durante el Embarazo	37
2.4.4 Trabajo de Parto con una Partera.....	37
3.4.1 Procedimientos Comunes de Cuidado en el Parto, Posparto y Puerperio de las Parteras	38
3.4.2 Riesgos de la Labor de las Parteras	38
3.4.3 Plantas y Remedios Ancestrales Utilizadas por la Partera.....	39
3.4.4 <i>Prevenir Infecciones del Tracto Urinario en Mujeres Embarazadas</i> ..	40
3.4.5 <i>Inductores del Parto</i>	40
3.5 TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO.....	41

3.5.1	La Recaída o Sobreparto.....	41
3.6	BAÑOS DE HIERBAS POST PARTO	42
3.6.1	BENEFICIOS.....	43
3.7	TÉCNICA DE MANTEO	43
3.8	EQUIPO DE ATENCIÓN DE PARTO.....	43
3.9	MEDIDAS DE ASEPSIA.....	44
	Higiene de manos:	44
	Vestimenta:.....	44
	Uso de guantes:.....	44
	Uso de mascarillas:.....	45
3.10	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	45
CAPÍTULO III		47
MARCO METODOLÓGICO.....		47
3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.3	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.4	POBLACIÓN O MUESTRA	47
3.5	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUCCIÓN DE DATOS	48
3.7	PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.....	48
CAPÍTULO IV.....		49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS		49
GUIA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA		57
1.	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO	59
2.	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL PARTO	64
2.1	Admisión o momento del ingreso al centro obstétrico	64
➤	Primera etapa	64
➤	Segunda etapa del parto (expulsivo) Duración y progreso	65
➤	Tercera etapa (alumbramiento)	65
3.	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL PUERPERIO	66
4.	NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE USO OBLIGATORIO DURANTE LA ASISTENCIA DEL PARTO.....	70
1.1	Eliminación de desechos hospitalarios.....	72
1.2	Esterilización y conservación de los materiales.....	72
2	4.1 Métodos de esterilización.....	73

5. LLENADO DE LOS FORMULARIOS UTILIZADAS EN UNA MUJER GESTANTE.....	74
3 Bibliografía.....	76
4 Cronograma de Capacitación.....	78
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	83
Bibliografía.....	84
ANEXOS.....	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diferencias entre parto institucional y parto intercultural.....	34
Tabla 2: Exámenes de control de una mujer gestante	60
Tabla 3: Cronograma	80
Tabla 4: Ficha de observación	112

RESUMEN

La medicina ancestral es un conjunto de conocimientos, saberes y prácticas utilizadas para prevenir, mejorar o tratar alguna enfermedad; además la medicina ancestral tiene un legado muy importante en la actualidad por las parteras ya que son “dueñas de la pacha mama” con un papel fundamental de traer a un niño a la vida basándose en los saberes y experiencias ancestrales originales de un pueblo o por el aprendizaje familiar, con el fin de proteger a las madres y a sus hijos. El objetivo de la tesis fue desarrollar un plan de intervención de enfermería en el proceso de atención al parto según la cosmovisión andina de la partera en la parroquia San Luis, para mejorar la atención que se brinda en la comunidad. El estudio realizado fue descriptivo, aplicando el método no experimental para la correcta realización de la investigación, además de usar técnicas de recolección de datos como entrevista, ficha de observación y encuestas. Los datos y los resultados obtenidos son presentados en las tablas de frecuencia y porcentaje con su respectivo análisis que permitieron observar los problemas encontrados durante la investigación.

Una vez concluido el estudio se pudo apreciar que la partera tiene conocimiento acerca de la información para la realización de procedimientos en la labor de parto y el cuidado post parto cumpliendo con todas las normas de bioseguridad pero no cuenta con los recursos necesarios para garantizar estas medidas, además desconoce sobre la técnica correcta de esterilización de los materiales, el uso de las hojas de registro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador utilizadas en el proceso del parto y sobre los signos de alarma en el embarazo. Se recomendó a la partera realizar la correcta esterilización en los materiales utilizados en la labor de parto y con ello se hace evidente la necesidad de implementar un plan de educación y concientizar a las parteras de todas las comunidades del Ecuador para que realice un correcto uso del material para mejorar la calidad de vida de la madre y del niño y evitar la mortalidad materna e infantil en las comunidades.

Palabras clave: Partera, bioseguridad, mortalidad materna, embarazo.

Ancestral medicine is a set of knowledge, knowledge and practices used to prevent, improve or treat any disease; In addition, ancestral medicine has a very important legacy today for midwives since they are "owners of the pacha mama" with a fundamental role of bringing a child to life based on the original ancestral knowledge and experiences of a people or by family learning, in order to protect mothers and their children. The objective of the thesis was to develop a nursing intervention plan in the delivery care process according to the Andean Cosmo vision of the midwife in the San Luis parish, to improve the care provided in the community. The study carried out was descriptive, applying the non-experimental method for the correct conduct of the research, in addition to using data collection techniques such as interviews, observation sheets and surveys. The data and the results obtained are presented in the frequency and percentage tables with their respective analysis that allowed us to observe the problems found during the investigation.

Once the study was concluded, it was possible to see that the midwife has knowledge about the information for carrying out procedures in labor and postpartum care, complying with all biosafety standards, but does not have the necessary resources to guarantee these measures, also does not know about the correct technique of sterilization of the materials, the use of the registration sheets of the Ministry of Public Health of Ecuador used in the process of childbirth and about the warning signs in pregnancy. The midwife was recommended to carry out the correct sterilization of the materials used in labor and with this it becomes evident the need to implement an education plan and raise awareness among midwives of all the Ecuadorian communities so that they can make a correct use of the material to improve the quality of life of mothers and children and prevent maternal and infant mortality in the communities.

Keywords: Midwife, biosecurity, maternal mortality, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

En el año 2008 Ecuador es reconocido y aprobado como un Estado “pluricultural”, ya que nuestro país tiene una variedad de culturas, creencias, prácticas y costumbres que se guardan de generación en generación, incluyendo la medicina. Diversas de estas costumbres son parte primordial del conocimiento ancestral se han logrado sobrevivir gracias a la tradición oral y a la supervivencia de personajes que se han ocupado de dar secuencia a estas formas de los saberes tradicionales; y por medio de la elaboración de este trabajo, se reconocerá la labor importante que realiza la partera dentro de una comunidad.

El cargo que practican las parteras dentro de la comunidad son desarrollar los cuidados ancestrales desde la gestación, parto y puerperio, en donde muchas veces se llegan a convertirse en guías espirituales, psicólogas y orientadoras. La partería es una de las carreras más antiguas practicadas en Perú, Ecuador y Chile, en estos países se puede observar que, si una persona desea formarse como partera profesional, lo puede hacer teniendo vocación y desarrollando conocimientos. En todo el Ecuador están registradas en el Sistema Nacional de Salud aproximadamente 2.000 parteras.

Mediante un convenio que duró casi dos años se reconoció acerca de 2.000 parteras de varias nacionalidades indígenas que existen en nuestro país; las cuales fueron identificadas y las mismas que recibieron capacitaciones para mejorar la atención, evitar la muerte materna y neonatal. En la parroquia San Luis, perteneciente a la provincia de Chimborazo es uno de los lugares que se presenta como un pueblo rural lleno de costumbres milenarias, en donde predomina la combinación de ceremonias y ritos, según la cosmovisión indígena son importantes para el recibimiento al nuevo ser. La comadrona o partera de la parroquia San Luis ha compartido su aprendizaje y experiencias dentro de esta labor tan importante como es hoy en la actualidad, en donde nos detalla la práctica que aplica en el proceso de atención que brinda durante la gestación, parto y posparto a sus pacientes. Durante las actividades desarrolladas en el parto andino son: las técnicas que utiliza para posicionar correctamente al bebé, o el mismo parto atendido por las parteras, al mismo tiempo asido interesante

conversar con la partera el uso de plantas medicinales para los diferentes procesos, garantizando el bienestar de la madre y el niño.

A través de la presente investigación se pretende trabajar con las herramientas necesarias para mejorar la práctica de la partera, capacitándola acerca de los signos de alarma durante el embarazo, el uso adecuado del equipo de bioseguridad, el uso de las hojas de registro que brinda el MSP, así ampliando nuestro conocimiento como enfermera para en el futuro brindar una correcta atención en partos humanizados acorde a la cultura, costumbres y necesidades de la paciente, evitando la muerte materna y neonatal. El trabajo de investigación está formado por cuatro capítulos a continuación presentamos una breve síntesis de lo abarca cada uno de ellos.

Capítulo I. Marco referencial: comprende de la introducción, planteamiento del problema y justificación, objetivo general, objetivos específicos, en estos cuatro aspectos, radica la importancia del tema, así como el impacto de la problemática, por los cuales se realizó esta investigación.

Capítulo II. Marco teórico: corresponde al marco teórico donde se sustentan teóricamente los elementos desarrollados en la investigación. Se hace referencia el posicionamiento teórico científico y las bases que apoyan la ejecución del proyecto diseñado.

Capítulo III. Marco metodológico: Se define el procedimiento metodológico de la investigación, el tipo de estudio, población y muestra, los instrumentos usados para la recolección de datos, y los pasos a seguir para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Capítulo IV. Análisis e interpretación de datos empíricos: en este capítulo se aborda la tabulación y análisis de la información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos definidos para la investigación.

Capítulo V. Plan de intervención y análisis y discusión de resultados: Se desarrolla la propuesta de intervención y se exponen sus resultados para dar cumplimiento a los objetivos planteados.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en el Ecuador se reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro biodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional. Además, el art. 363 de la Constitución añade que el Estado garantizará las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos, medicinas e instrumentos (1).

En los cuidados brindados por la partera hacia las mujeres en estado de gestación de varios pueblos y comunidades, se ha enmarcado dentro del conjunto de saberes y conocimientos que tiene la medicina ancestral. Debido a la innegable existencia de esta realidad el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se ha visto obligado a asumir las responsabilidades para llevar a cabo esfuerzos que logren una generalizada implementación de prácticas inclusivas como la del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) con un especial reconocimiento, revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral (2).

Además hay que considerar que lograr el reconocimiento, amparado constitucionalmente, de las prácticas de los pueblos ancestrales del Ecuador y dentro de estas de prácticas como la del parto culturalmente adecuado, es una de las estrategias que ayudan a que las entidades encargadas de manejar el área de la salud cumplan con los objetivos “del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan Nacional del Buen Vivir, cuyas metas son: disminuir en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, y aumentar al 70% la cobertura de parto institucional” (2).

En las comunidades rurales de nuestro país hoy en día se puede observar de la persistencia que ha llegado a mantener las prácticas ancestrales en el cuidado de las mujeres en estado de gestación, parto y post-parto, para el bienestar de la madre y el niño.

San Luis, parroquia rural del cantón Riobamba en la provincia de Chimborazo es un lugar de tradiciones ancestrales en el cual la partera es la protagonista del proceso del parto. Estas profesionales gozan de gran reconocimiento y estima por parte de los habitantes del lugar, debido a que se considera que cumplen un rol esencial al ayudar a las parturientas que muchas veces se niegan acudir a los centros de salud para un control con un personal de salud debido a su cultura.

En el centro de salud de la parroquia San Luis se atendieron 130 mujeres en estado de gestación durante el año 2020, para la realización de los controles prenatales y diferentes exámenes de rutinas, el promedio de partos por año en los últimos 5 años ha sido de 80, de los cuales aproximadamente el 20% son atendidos por la partera en el domicilio o en el consultorio con que cuenta en la misma comunidad. Durante la atención que brinda la partera de esta comunidad a la mujer que entra en labor de parto no cuenta con ayuda de un personal de salud especializado, por esta razón la atención es desarrollada solamente por ella, situación que constituye un riesgo de no poder manejar adecuadamente alguna complicación que surja en la salud de la madre y su hijo. Las mujeres después unos días (3-5) de haber dado a luz acuden al centro de salud para los respectivos controles post parto, según la información existente en este centro el 5% de las mujeres acuden presentando complicaciones post parto, las más frecuentes son las hemorragias y las infecciones. Esta información fue brindada por la enfermera encargada del área de ginecología del centro de salud de San Luis.

Los conocimientos y prácticas aplicados por la comadrona a la atención de las mujeres embarazadas se basan en parte en la acumulación de conocimientos sobre estas prácticas transmitidos de generación en generación, y además se fortalecen a través de las capacitaciones que brinda el Ministerio de Salud Pública a las parteras de manera que puedan acompañar a la mujer durante todo el proceso de gestación, parto y post parto.

Según información obtenida a través de las visita realizadas por el investigador al consultorio donde labora la partera de la parroquia San Luis durante la atención a pacientes, se identificó que la misma no realiza la técnica correcta de esterilización de los materiales que se utilizan en la atención al parto, no realiza el llenado de las hojas de registro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

utilizadas en el proceso del parto y que ayudan a identificar los signos de alarma en el embarazo, y además se observó que no cuenta con los materiales requeridos para una adecuada atención del parto. (Ver anexo # 7)

1.2 HIPÓTESIS

La intervención de enfermería para la capacitación en normas de bioseguridad y manejo de registros del Ministerio de Salud Pública contribuye al mejoramiento de la atención que brinda la partera en la parroquia San Luis.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador se practica el parto cultural asistido por parteras en muchas comunidades sin embargo no siempre estas profesionales de la cosmovisión andina cuentan con los conocimientos en materia de bioseguridad y manejo de los registros del Ministerio de Salud Pública (MSP) para el control adecuado de la madre y el niño durante y después del parto. A pesar de los esfuerzos del MSP ecuatoriano por capacitar a las parteras en algunos casos se realizan estas prácticas sin los debidos conocimientos, lo que puede poner en riesgo la vida de las madres y los niños que son atendidos durante el parto en las comunidades.

El conocimiento de los signos de alarma, asepsia y esterilización del material en la labor de parto y los factores de riesgo en el embarazo para la prevención de la muerte materna y neonatal es la parte esencial en la salud obstétrica; y de igual manera el uso de los registros del Cupón de Derivación y Contrareferencia comunitaria y Score mamá por la partera que permite describir el estado de salud en el que se encuentra la madre.

La importancia de este estudio radica en que mediante la intervención de enfermería se puede educar, capacitar y guiar de manera regular a la partera sobre normas y protocolos de atención en la paciente gineco-obstétrica, como también enseñarle a reconocer los signos de alarma y sus factores de riesgo en el embarazo. De manera que contribuya su labor en la reducción de la morbimortalidad materna e infantil en la localidad atendida.

La presente investigación es factible de ser ejecutada al contar con la colaboración de la partera de la comunidad para su desarrollo, de igual manera se cuenta con los recursos materiales necesarios para las capacitaciones planificadas.

Los beneficiarios directos de esta investigación serán la partera y las madres de la comunidad atendidas por ella, y como beneficiarios indirectos los familiares de las madres y la sociedad en general al reducir los gastos que se generan en concepto de salud a nivel familiar y poblacional como consecuencia de las complicaciones que se presentan en el postparto de las madres atendidas en su localidad.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General

- Desarrollar un plan educativo de enfermería en el proceso de atención prenatal, natal y postnatal según la cosmovisión andina de la partera en la parroquia San Luis que promueva el uso de los formularios y las normas de bioseguridad recomendadas por el MSP del Ecuador.

Objetivos Específicos

- Identificar las falencias de la atención que se brinda a la madre durante la gestación, el parto y el puerperio por parte de la partera comunitaria.
- Diseñar una guía de orientación para la partera sobre las normas de bioseguridad, el llenado de los formularios correspondientes y los protocolos vigentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ejecutar acciones educativas de enfermería mediante el uso de la guía diseñada para promover la práctica de las normas de bioseguridad y el uso de los formularios del MSP en la atención obstétrica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 EMBARAZO

Es el proceso fisiológico normal desde la implantación en el útero del óvulo fecundado hasta el momento del parto. Su duración es de 280 días, 36 – 40 semanas, y 9 meses.

2.1.1 Fisiología del embarazo

El embarazo provoca cambios fisiológicos en todas los órganos, aparatos y sistemas maternos; la mayoría regresa a la normal después del parto. En general, los cambios son más drásticos en los embarazos multifetales que en los únicos (3).

Modificaciones cardiovasculares

El gasto cardíaco aumenta 30 al 50% comenzando para la semana 6 y llega a un pico entre las 16 y las 28 semanas (en general, alrededor de las 24 semanas). Permanece elevado hasta la semana 30. Luego, el gasto cardíaco se vuelve sensible a la posición (3).

Cambios hematológicos

El volumen total de sangre aumenta proporcionalmente con el gasto cardíaco, pero el incremento en el volumen plasmático es mayor (cerca del 50%, en general unos 1.600 mL para un total de 5.200 mL) que el de la masa de glóbulos rojos (un 25%); por lo tanto, la hemoglobina disminuye por dilución, alrededor de 13,3 a 12,1 g/dL. Esta anemia por dilución disminuye la viscosidad sanguínea. En el caso de gemelos, el volumen sanguíneo total materno aumenta más (cerca del 60%) (3).

El recuento de blancos aumenta ligeramente de 9.000 a 12.000/mcL. Durante el trabajo de parto y en los primeros días del posparto, se produce una leucocitosis marcada ($\geq 20.000/mcL$) (3).

Cambios en el aparato urinario

Los cambios en la función renal van de la mano con los de la cardíaca. La tasa de filtración glomerular (TFG) aumenta del 30 al 50%, alcanza el máximo entre las semanas 16 y 24 de la gestación y permanece en ese nivel hasta el momento del parto, cuando puede disminuir ligeramente debido a la presión ejercida sobre la vena cava que, a menudo, produce una estasis venosa en las extremidades inferiores. El flujo plasmático renal aumenta en proporción con la tasa de filtración glomerular (3).

Cambios en el aparato respiratorio

La función pulmonar cambia porque la progesterona aumenta y en parte, porque el útero agrandado interfiere con la expansión pulmonar. La progesterona estimula al cerebro para disminuir los niveles de dióxido de carbono (CO₂). Para reducir los niveles de CO₂, el volumen corriente, el volumen minuto y la frecuencia respiratoria aumentan, con lo que se incrementa el pH plasmático. El consumo de oxígeno se eleva un 20% para satisfacer el aumento de las necesidades metabólicas del feto, la placenta y varios órganos maternos. Las reservas inspiratoria y espiratoria, el volumen residual y la capacidad vital y la PCO₂ plasmática disminuyen. La capacidad vital y la PCO₂ plasmática no cambian. La circunferencia torácica aumenta unos 10 cm (3).

Cambios en el aparato digestivo

A medida que el embarazo progresa, la presión del útero agrandado sobre el recto y la porción baja del colon puede provocar estreñimiento. La motilidad gastrointestinal disminuye porque la elevación en los niveles de progesterona relaja el músculo liso. La pirosis y los eructos son comunes, posiblemente producto del retraso en el vaciado gástrico y el reflujo gastroesofágico por relajación del esfínter esofágico inferior y del hiato diafragmático. La producción de ácido clorhídrico disminuye; de esta forma, la úlcera gástrica es poco común durante el embarazo, y las úlceras preexistentes a menudo se vuelven menos graves (3).

Cambios en el aparato endocrino

El embarazo altera la función de la mayoría de las glándulas endocrinas, en parte porque la placenta produce hormonas y, además, porque la mayoría de las hormonas circulan unidas a proteínas y la unión a proteínas aumenta durante el embarazo (3).

La placenta también produce la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG), una hormona trófica que, como las hormonas folículo estimulante y luteinizante, mantiene el cuerpo lúteo y por lo tanto evita la ovulación (3).

Cambios dermatológicos

El aumento de los niveles de estrógenos, progesterona y MSH contribuye con los cambios de pigmentación, aunque la patogenia exacta se desconoce. Estos cambios incluyen:

- Melasma (cloasma, máscara del embarazo), que es la pigmentación marrón en forma de manchas en la frente y las eminencias malares.
- El oscurecimiento de las areolas mamarias, las axilas y los genitales.
- Línea negra, una línea oscura que desciende en la línea media del abdomen (3).

RIESGOS DEL EMBARAZO POR TRIMESTRE

Primer trimestre

El primer trimestre del embarazo es una etapa fundamental en la que se forman los órganos vitales del bebe, en este momento el embrión está más susceptible a daños por toxinas, drogas, infecciones, pero también en esta etapa sufre algunos cambios importantes que debes conocer, esto te permitirá encargarte de tu propio cuidado (4).

Los riesgos son los siguientes:

Aborto: Es la pérdida de un feto por causas naturales o espontáneas antes de las 20 semanas de embarazo. En cambio, se denomina feto muerto a la pérdida del mismo por causas naturales después de las 20 semanas de embarazo (5).

Hiperémesis gravídica: El exceso de vómitos durante el embarazo, a diferencia de las habituales náuseas matutinas, es la presencia de vómitos extremadamente graves que causan deshidratación e inanición (5).

Embarazo ectópico: Ocurre cuando el feto se desarrolla fuera del útero, ya sea en la trompa de Falopio, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal. Un embarazo ectópico constituye un riesgo para la vida y debe ser extirpado lo antes posible (5).

Anencefalia: La anencefalia es un defecto de nacimiento (congénito) grave. Los bebés con anencefalia nacen con partes faltantes del encéfalo (formado por cerebro, tallo y cerebelo) y el cráneo. La anencefalia se produce cuando la parte superior del tubo neural no cierra por completo (5).

Espina Bífida: Una anomalía congénita del tubo neural, que se caracteriza porque uno o varios arcos vertebrales posteriores no han fusionado correctamente durante la gestación y la médula espinal queda sin protección ósea causando daños irreparables en el sistema nervioso central con consecuencias como fallas renales, en el funcionamiento motor, neurológicas y en el sistema digestivo (5).

Meningocele y mielomeningocele: Las meninges, (que son la cubierta protectora de la médula espinal), escapan al exterior por una apertura en la columna vertebral. La bolsa que contiene esta parte expuesta al exterior se conoce como meningocele. Esta bolsa subcutánea (está cubierta por piel) contiene principalmente meninges y líquido cefalorraquídeo, también puede contener raíces nerviosas. Mielomeningocele: Es una anomalía del tubo neural en la cual los huesos de la columna no se forman completamente, lo que da como resultado un conducto raquídeo incompleto. Esto hace que la médula espinal y las meninges (los tejidos que recubren la médula espinal) protruyan por la espalda del bebé (5).

Mola Hidatiforme: Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo y es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional. Una forma cancerosa de la enfermedad trofoblástica gestacional se denomina coriocarcinoma (5).

Segundo trimestre

Preeclampsia: Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y problemas en los riñones y otros órganos. También llamada toxemia (5).

Sangrado por placenta previa: Ocurre cuando la placenta se sitúa por sí sola delante de la cabeza del bebé y tapa el orificio del cuello del útero. Esta situación es frecuente hasta las 20 semanas de embarazo. Sin embargo, si hacia la fecha del parto, la placenta continúa ubicada en este lugar, el parto vaginal se hace imposible y hay que recurrir a la cesárea (5).

Anemia: Es una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre. Causas: Es debido a una mala absorción de hierro a nivel intestinal o una ingesta insuficiente de hierro en la dieta y a través de los suplementos vitamínicos (5).

Diabetes Gestacional: Exceso de los niveles de azúcar en la sangre durante el embarazo. Las hormonas de la placenta pueden desarrollar una diabetes en la época del embarazo (5).

Hidrocefalia: Se caracteriza por un incremento anormal del líquido cefalorraquídeo en los espacios ventricular y subaracnoideo del cerebro. La hidrocefalia fetal no se puede diagnosticar hasta el segundo o el tercer trimestre del embarazo; ya que hasta la 15 semana es normal la dilatación de los ventrículos laterales del cerebro, por lo que no se puede establecer el diagnóstico hasta la 18 o la 20 semana (5).

Tercer trimestre

Desprendimiento prematuro de la placenta: la placenta se puede despegar de la pared del útero como consecuencia de una hemorragia en la zona. Los síntomas son un fuerte dolor en el abdomen acompañado, a veces, por una

hemorragia oscura a través de la vagina. Eso causa que el feto no tenga una buena oxigenación (5).

Rotura prematura de membranas: Consiste en la pérdida de líquido amniótico por los genitales sin estar de parto. Cuando la bolsa se rompe, los gérmenes que están en el cuello del útero y la vagina pueden invadir el líquido amniótico y pueden provocar una infección en el feto (5).

Conflicto RH entre madre y feto: Es la incompatibilidad del grupo Rh entre la sangre de la madre y de su feto. Como resultado, la mujer puede producir anticuerpos contra los glóbulos rojos del feto (5). Se produce cuando la madre es Rh negativo y el feto es Rh positivo.

Polihidramnios: Es el exceso de líquido amniótico. Este exceso será normal cuando el bebé sea grande o cuando el embarazo sea múltiple. Pero también puede ser consecuencia de una enfermedad de la madre como la diabetes o una enfermedad del bebé como las llamadas malformaciones congénitas (5).

Oligohidramnios: Es la disminución de la cantidad de líquido amniótico. Se recomienda reposo para evitar el parto prematuro. Si hay dificultades respiratorias, puede realizarse un drenaje del exceso del líquido mediante una punción con un catéter intra-amniótico (5).

Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR): Cuando un bebé no está creciendo dentro del útero a la velocidad normal. Al nacer, estos bebés suelen tener poco peso y es probable que necesiten quedarse más tiempo de lo normal en el hospital. Sin embargo, alcanzan el tamaño normal alrededor de los 2 años de edad. Por lo general, estos bebés tienen un peso bajo al nacer (5).

Amenaza de parto pretérmino: La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación (5).

Eclampsia: Es el comienzo de convulsiones o coma en una mujer embarazada con preclamsia. Estas convulsiones no están relacionadas con una afección cerebral existente (5).

2.2 SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO

Si durante el embarazo presentas alguno de los siguientes síntomas y signos, debes saber que tu vida y la de tu bebé pueden estar en peligro; acude de inmediato al servicio de emergencias más cercano:

1. Sangrado vaginal en el embarazo
2. Dolor intenso en el vientre
3. Salida de líquido por la vagina antes de tu fecha de parto
4. Dolor de cabeza
5. Zumbido en los oídos
6. Mareo y lucecitas
7. Convulsiones
8. Falta de movimientos del bebé
9. Ardor al orinar o mal olor en la orina
10. Parto demorado
11. Fiebre
12. Mala presentación del bebé (6).

2.3 CLAVES OBSTÉTRICAS

Las claves obstétricas son un sistema de “roles y funciones” que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida (SRR) o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que en un accionar coordinado buscan prevenir la muerte materna (7).

CLAVE ROJA: Manejo de las hemorragias obstétricas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención (7).

CLAVE AZUL: Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo con criterio de severidad, en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención (7).

CLAVE AMARILLA: Manejo de sepsis y choque séptico obstétrico en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención (7).

2.4 HOJAS DE REGISTRO UTILIZADAS POR LA PARTERA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS

2.4.1 Plan de parto

Se define como un Modelo Local de Organización para la Atención Materno Neonatal que es coordinada por los proveedores de servicios de salud institucionales del Primer Nivel de Atención y comunitarios (Parteras Tradicionales) en una Parroquia o Circuito de Salud, teniendo como fin incrementar el acceso de la población más vulnerable, garantizando la atención de CONE continua y de calidad a la mayor cantidad de usuarias/os (8).

2.4.2 Cupón de derivación o contrareferencia comunitaria

Es un sistema de derivación y contrareferencia, cuando una mujer presente signos de alarma, para su identificación y derivación al establecimiento más cercano para resolver la emergencia obstétrica. A ello, se suma la legitimación comunitaria, es decir que su comunidad o barrio reconozca a las parteras (8).

2.4.3 FASES DEL PARTO

El trabajo de parto es el proceso mediante el cual el feto y la placenta abandonan el útero. El mismo puede ser vaginal o por cesárea, tiene tres etapas que pueden comenzar incluso semanas antes de que nazca el bebé (9).

Primera etapa del trabajo de parto (dilatación y borramiento)

Se recomienda que los establecimientos de salud promuevan la atención del trabajo de parto, parto de bajo riesgo por parte de personal debidamente capacitado (9).

Se recomienda que el personal de atención del trabajo de parto, parto y puerperio esté con la paciente todo el tiempo de su labor, brinde apoyo y acompañamiento adecuado a la embarazada; esto proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos (9).

Fase latente del trabajo del parto

La fase latente es el periodo del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4cm de dilatación (9).

Fase activa del trabajo del parto

La fase activa es el período del parto que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular (9).

La duración de la fase activa del parto es variable entre las embarazadas y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal (9).

La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera: - En las primíparas: 1. El promedio de duración es de 8 horas. 2. Es poco probable que dure más de 18 horas. - En las multíparas: 1. El promedio de duración es de 5 horas. 2. Es poco probable que dure más de 12 horas. 18, 19, 20, 21, 22 Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las multíparas (9).

Segunda etapa del parto (expulsión)

La duración normal del expulsivo depende de cada persona embarazada y puede ser:

- 1) Hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural.
- 2) Hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural.
- 3) Para multíparas sin analgesia epidural hasta un máximo de 2 horas.
- 4) Para multíparas con analgesia epidural, hasta tres horas (9).

Tercera etapa (alumbramiento)

La tercera etapa del trabajo de parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta) (9).

A partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento, con manejo activo, el riesgo de hemorragia posparto aumenta progresivamente con la duración del mismo. Una duración superior a los 30 minutos tras un manejo activo del alumbramiento se asocia con un incremento significativo en la incidencia de hemorragias posparto (9).

2.5 ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás 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 (10).

Además, dentro de las diferentes comunidades, pueblos y nacionalidades, los sabios del Subsistema de Salud ancestral (yachaks, curanderos, hierbateros, parteras/os, fregadores, kuyfichak) y otras culturas, son gente que aparte de hablar el mismo idioma, están dispuestos a acompañar el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero sino que establecen un sistema de trueque, reforzando de ésta manera, las relaciones de afecto, confianza y solidaridad al interior de la comunidad (10).

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello, junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado (10).

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 (10).

2.5.1 El acompañamiento durante la atención del parto

El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. “Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital (10).

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada (10).

2.5.2 Posición del parto

Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es anti-natural al parto, causando que “el wawa se regrese”, y la madre pierda la fuerza. Por ello, se piensa que la atención del parto en la posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud pública (10).

Sin embargo, existe un sinnúmero de variaciones del parto vertical: de rodillas, elevada de los hombros por el esposo, sujetándose de una soga colgada de una viga del techo, apoyándose en una silla o baúl, en posición de gatear, etc. (10).

Para la atención del parto vertical, los establecimientos de salud deben adecuar las salas de parto con los implementos físicos necesarios de acuerdo a las culturas, tales como colchonetas, barras de soporte, o sillas ginecológicas especialmente diseñadas para la atención del parto vertical.³⁰ De igual forma el personal de salud deberá capacitarse en las técnicas y procedimientos de atención de las diferentes posiciones del parto vertical (10).

2.5.3 Parto domiciliario

La atención del parto no institucional está dada principalmente por parteras, parteros y por familiares de las pacientes, quienes de una manera empírica y

ancestral han adquirido conocimientos y han realizado esta práctica de atención (10).

La atención de un parto domiciliario se caracteriza por la confianza y la seguridad que le brinda a la paciente el estar en su propio entorno y con personas que no ejercen presión y que le brindan un trato lleno de afecto y consideración. Además, este tipo de atención responde a las necesidades culturales y creencias propias de la mujer, la familia y la comunidad (10).

2.6.1 Diferencias entre parto institucional y parto intercultural

Parto institucional	Parto intercultural
➤ Es aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado.	➤ Es aquel parto atendido fuera del servicio de salud, por la partera o comadrona de una comunidad.
➤ Existe menos riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.	➤ Existe menos riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.
➤ Cuentan con el equipo y materiales necesarios para la atención del parto y postparto.	➤ Tienen la falta de materiales para una correcta atención en la labor del parto.
➤ Utilizan medicamentos o analgésicos para el parto.	➤ Utilizan plantas medicinales para inducir la labor de parto.

Tabla 1: Diferencias entre parto institucional y parto intercultural
Elaborado por: Blanca Gualpa

3. DESEMPEÑO DE LAS PARTERAS EN EL RESCATE DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN ECUADOR

La medicina ancestral permite reconocer la importancia de la construcción de consensos y del trabajo multidisciplinario, interinstitucional e intersectorial con componentes culturales adaptados a la realidad local. Refiriendo a las parteras como un nexo entre la comunidad y el Sistema de Salud (11).

La importancia de las parteras y su sabiduría ancestral en el fomento de la salud de las mujeres embarazadas y niños/as se establece en el “Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud”. Por ello y como parte del compromiso establecido por esta

Cartera de Estado se realizó durante dos años consecutivos un proceso de intercambio de conocimientos con 70 parteras/os de Imbabura, de las que 37 hoy obtienen su certificación. Esta certificación asegura mecanismos para la articulación efectiva con los establecimientos de salud en la atención del parto, garantizando el derecho de la mujer sobre la forma de dar a luz y asegurando atención integral para evitar muertes maternas y neonatales (11).

Por mucho tiempo la práctica medicinal indígena, especialmente relacionada al Yachak (curandero), fue considerada peyorativa y producto de la superstición. No obstante, luego de un proceso de lucha emprendido por los pueblos indígenas se logró que en 1998 dicha actividad sea reconocida en la Constitución Política del Estado (12).

Una de las áreas en las que se ha puesto especial énfasis es en el seguimiento y fortalecimiento del trabajo de las parteras, también llamadas comadronas. En 1997 inició un proceso encaminado a desarrollar en forma sistemática el accionar de dichos médicos comunitarios. Su función es hacer un seguimiento de las mujeres embarazadas durante el período de gestación y también propiciar el parto, en casos donde el acceso a hospitales es dificultoso (12).

Sin embargo, existe un factor que debe tomarse en cuenta. Una paciente debe saber que la comadrona que atiende tiene la suficiente experiencia como para intervenir en un parto o efectuar las denominadas correcciones de posición del feto. Por eso, durante el presente año se desarrollará un proyecto que persigue calificar a quienes están adecuadamente capacitadas para cumplir esta labor (12).

3.1 EL ROL DE LAS COMADRONAS EN LAS COMUNIDADES DE ECUADOR

Dentro de la cosmovisión indígena el parto es un ritual ancestral. La partera cumple un papel fundamental en este acto, pues es quién, de acuerdo con sus saberes y tradiciones, da la bienvenida al recién nacido (13).

Al iniciar el ritual, la partera se encomienda a seres supremos, según sean sus creencias. Después, se encarga de adecuar el ambiente para recibir al niño, por ejemplo, prende un fogón y varias fogatas para que la habitación se abrigue. Cada partera conserva su tradición de cómo ambientar el cuarto, algunas hacen

un círculo de fuego entorno a la parturienta, otras lo hacen con humo de sahumerio, etc. (13).

Las tradiciones indígenas, la partera está pendiente de cómo las contracciones (pujos), van en aumento. Si el parto se demora, saca un diagnóstico haciendo una limpia con huevo de gallina a la parturienta. Luego coloca el huevo en el fogón, si hay sudor en él antes de reventarse significa que hay frío en el organismo de la madre, pero si el huevo se revienta enseguida es que la mujer está próxima a dar a luz (13).

Si el calor falla, se utilizan aguas, como de canela o de pepa de chirimoya, para calentar el cuerpo de la embarazada y preparar los músculos para el alumbramiento. Apenas nace el bebé, la partera lo coge en sus manos y le dice las palabras de bienvenida (13).

En la medicina ancestral tradicional, de acuerdo a cómo venga el niño al mundo será cómo actuará en él mientras viva. Después de las palabras de bienvenida, se corta el cordón umbilical y se le amarra un hilo de color rojo que simboliza el color de la vida. Después de unos días el pedazo de cordón que quedó en el cuerpo del niño se cae, los padres suelen conservarlo colocándolo en algún lugar donde reciba humo (13).

Después del alumbramiento, la partera atiende a la madre, comprueba la salida de la placenta e inicia un nuevo ritual. Sobre una manta, la partera da golpes a la placenta con ramas de chilca y dice: “No serás ocioso, no serás andariego, vivirás en la casa, atenderás tus roles, servirás a tu comunidad, servirás a tu familia, servirás a tu entorno. No te olvides de la tierra donde naciste, ni de la comunidad donde naciste, no te olvides de los que te ayudaron, de los que siempre están contigo” (13).

La placenta envuelta en la manta es enterrada junto al fogón de la familia o en las cercanías bajo un árbol. Este ritual ayuda a la persona a nunca olvidar de dónde viene y esta es la razón del porqué los pueblos indígenas son muy apegados a sus tierras. Al día siguiente, al recién nacido se le realiza el primer baño ritual. En agua tibia se colocan pétalos de flores de color blanco, rojo y rosa, con hojas de romero y algunos centavos o granos de trigo (13).

La partera baña al bebé en medio de arrullos, el primer roce del agua con las flores es como una limpia inicial para que no le afecten las ideas e influencias negativas del entorno; las monedas y granos de trigo, que se pueden colocar en las manos del recién nacido durante el baño son para que siempre haya abundancia en su vida (13).

El agua que queda se la vierte suavemente, sin hacer ruido, en el piso para que el espíritu del bebé no se asuste, fortalece el sistema inmunológico de las personas, por lo que las comunidades indígenas acostumbran a coger agua en una tina y exponerla al sol durante toda la mañana, con esa agua bañan al recién nacido (13).

3.5.1 Cuidados de la Partera Durante el Embarazo

Durante el período de embarazo de una mujer es una etapa en donde que requiere de cuidados adecuados para que el desarrollo del niño durante su gestación. Si la madre cuenta con el apoyo de una comadrona, entre las dos mujeres surge un vínculo de confianza; de la embarazada hacia la mujer que la va a guiar durante este importante proceso del parto.

Una vez que la partera ha decidido ponerle la mano a la mujer preñada, las dos establecen una relación que cruza la frontera del conocimiento y aún de lo afectivo, nos traslada hasta un mundo mágico lleno de saberes ocultos. Aspectos que parecieran ser sencillos e irrelevantes, pero que trascienden nuestra lógica común (14).

El primer contacto que tiene la partera con la mujer embarazada es muy importante; sirve para determinar cuál es la posición del bebé y el estado general de la mujer, si necesitará reposo o si precisará de algún cuidado especial que pueda recomendar la partera siguiendo sus conocimientos y experiencia previa. “En el caso de las parteras ancestrales es el diagnóstico sensorial o contacto personal a través de sus manos y los masajes la principal herramienta de trabajo (14).

2.4.4 Trabajo de Parto con una Partera

Cuando la futura mamá siente las primeras contracciones se lo comunica a la partera quien acude a la casa una vez que la mujer siente que llegó la hora de requerir su compañía, sin duda, cuando el trabajo previo ha comenzado (15).

La partera se mantiene en constante comunicación con el obstetra para tenerlo al tanto de cuándo su presencia será requerida en la casa. En el momento en que empiecen los primeros dolores fuertes, será la partera quien recordará a la parturienta, cuál era su plan ideal, cuáles eran sus sueños para este momento, cuáles eran los pasos acordados en relación a respiración, relajación y actitud (15).

Luego, la ayudará a explorar las herramientas para poder hacerlo posible. Para que un parto en casa cumpla con las condiciones ideales, la partera elegida debe tener el don de la sensibilidad, la empatía y la apertura suficientes como para entender que cada parto y cada mujer son diferentes (15).

El éxito de esta mujer que en épocas pasadas se conocía como “matrona”, depende sobre todo de su habilidad para poner sus propios recursos a favor de un parto saludable (15).

3.4.1 Procedimientos Comunes de Cuidado en el Parto, Posparto y Puerperio de las Parteras

Las prácticas ancestrales en medicina son un factor que varía en sus usos de acuerdo a la región que analicemos. Los métodos tradicionales de tratamiento son normalmente propios de un país o de una determinada comunidad. Algunos de ellos, sin embargo, son utilizados en el mundo entero (16).

Dentro de las prácticas de las parteras no se encuentran protocolos ni manuales, sino que sus prácticas derivan del conocimiento empírico adquirido, muchas veces de sus propios partos y de la ayuda que ellas han brindado a lo largo de su vida a las mujeres de su comunidad (16).

Se ejecutará una labor descriptiva de algunas de los procedimientos presentes que realizan las parteras en cada actividad con la finalidad de realizar un acercamiento a la generalidad de esta actividad describiendo sus métodos para tratar a las embarazadas y madres (16).

3.4.2 Riesgos de la Labor de las Parteras

El embarazo es un fenómeno natural en la vida de las familias de la sociedad actual, independientemente de su cultura, costumbres, estrato económico, etc. y a pesar de ser un suceso común, puede acarrear complicaciones graves si es

que la parturienta o futura madre no recibe los cuidados necesarios durante su gestación y en el proceso de alumbramiento (17).

Aun cuando un embarazo resulta un acontecimiento tan normal, éste conlleva la probabilidad de ser la causa de muerte de la madre o el niño que está por nacer, en los peores casos; las probabilidades de que una emergencia médica surja lamentablemente son más grandes en las zonas rurales del país, áreas geográficas de difícil acceso, que no cuentan con los servicios básicos o acceso a los servicios de salud pública (17).

En los Módulos de Fortalecimiento de Conocimientos a Parteras Ancestrales, socializados por el Ministerio de Salud Pública del país desde el año 2011 entre las parteras ancestrales legitimadas por sus comunidades, se provee descripciones de casos clínicos muy comunes entre las mujeres del campo, casos con síntomas como falta de reacción del feto dentro del vientre, presencia de fiebre, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, hemorragias, etc. (17)

3.4.3 Plantas y Remedios Ancestrales Utilizadas por la Partera

Desde la antigüedad se ha mostrado una especial preocupación por preparar la musculatura abdominal y el canal blando para el momento del parto: preparar a la embarazada para el parto, cuales son todas aquellas cosas que relajan, ablandan, permitiendo que ensanchen, se amplíen, y faciliten el orificio de la matriz, para la salida de la criatura. En este sentido, los tratadistas españoles recomendaban una serie de cuidados: alimentación, aplicación de ungüentos, sahumeros y baños, especialmente destinados a mujeres primerizas (18).

3.4.3.1 Vómitos y náuseas

Jengibre: Desde hace muchos años se conocen las propiedades antieméticas del jengibre, que además posee propiedades antiinflamatorias y digestivas. El jengibre constituye el remedio botánico más estudiado para los vómitos y náuseas durante el embarazo. Una revisión sistemática de seis ensayos clínicos publicados encontró que el jengibre a dosis de 1.0 a 1.5 gramos es efectivo en la reducción de estos síntomas tan molestos durante el embarazo. Aunque por parte de las autoridades reguladoras de los medicamentos y complementos dietéticos ha existido cierta preocupación sobre la seguridad del jengibre durante

el embarazo. Por lo que respecta a la seguridad del feto, varios estudios han demostrado que si se utiliza a las dosis indicadas anteriormente no existe un riesgo superior de malformaciones fetales.

3.4.4 Prevenir Infecciones del Tracto Urinario en Mujeres Embarazadas

Arándanos: reduce la frecuencia de infecciones urinarias al evitar la adherencia de E. coli y otras bacterias al epitelio urinario. El arándano rojo y el jugo de arándano rojo es seguro de consumir durante el embarazo y la lactancia. Pero no se debe usar suplementos dietéticos que contienen productos de arándano rojo. No se sabe si estos son seguros durante el embarazo y la lactancia. No se objetivaron riesgos para el feto asociados al consumo de arándanos durante el embarazo. La dosis recomendada es de 0.12 litros de zumo de arándanos dos veces al día o 400 mg de extracto de arándanos dos veces al día (18).

La uva-ursi: es conocida también como gayuba, ha demostrado a su vez ser efectiva para infecciones/inflamaciones leves del tracto urinario. Sin embargo, el uso de esta planta está completamente contraindicado durante el embarazo y la lactancia debido a un componente (la hidroquinona) que puede producir toxicidad en el feto.

3.4.5 Inductores del Parto

La hoja de la frambuesa: se ha utilizado para ayudar a un “parto rápido”. Se puede encontrar en múltiples preparados de infusiones para embarazadas. Varios estudios (un estudio retrospectivo y un ensayo controlado con placebo, aleatorizado doble ciego) mostraron que no existen contraindicaciones o efectos adversos del consumo de esta hierba durante el embarazo o la lactancia (18).

Aceite de onagra. En algunos países, el uso del aceite de onagra en las últimas semanas de gestación para inducir el parto es extremadamente habitual. No se han notificado eventos adversos en el feto, pero se desconocen los efectos cuando se usa con otros fines o en otras etapas del embarazo, por lo que solo debe usarse por indicación médica. La administración a madres lactantes durante 8 meses, empezando en los meses 2 a 6 de la lactancia, condujo a una concentración de ácidos grasos esenciales en las mujeres frente al grupo control, sin que se notificaran efectos adversos ni en la madre ni en el lactante (18).

3.5 TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO

2.6.1 Hemorragia postparto

La actitud frente a la pérdida de sangre postparto es, como de otra gente, la de aceptar que después del parto “la sangre debe salir nomás”. Aquí se dice que limpia y más bien dan algunas cosas de tomar para que limpien la sangre, está bien nomás cuando va mucha sangre. Por el contrario, “si nosotros quisiéramos hacer parar, la sangre puede volverse como bola; se vuelve como un bulto dentro del vientre (19).

En estas situaciones se le da a la madre las pequeñas hierbas medicinales, recogidas por las mujeres parteras para tomar eso, hay que hacer hervir dos tacitas de agua y luego preparar dos infusiones de la planta. Otras hierbas para esta etapa, con las mismas propiedades de limpiar la sangre, son el pie de león, 10 con sus hojas rojas. Quinchamáli también se toma después del parto cuando ya la puérpera va a caminar. O algunas familias le hacen tomar orina clara o una infusión de ortiga macho (19).

Para detener una hemorragia abundante, se da a tomar un cocimiento de la ramita de higo. Otra hierba usada para detener la hemorragia es bibolituspa (higo) o mate de perejil. Luego, para recuperar de una hemorragia postparto, si la mujer está muy débil, se recomienda que la carne de una oveja y una gallina para alimentarla bien, hasta con cabeza de oveja, sin sal, con arroz, y un pedazo de carne seca (19).

3.5.1 La Recaída o Sobreparto

La fiebre de ‘sobreparto’ que viene 2 o 3 días después del parto o hasta dos semanas después, se debe, al descuido por parte de la mujer. Los síntomas son así: las manos están con calor, se sienten como una recaída, todo agujereado, tanto las manos como los dedos y todo su cuerpo. Las causas del sobreparto son varias: que las mujeres se levantan rápido después del parto y palpan el agua; y algunas no se ponen ni medias porque hay hombres malos que les hacen caminar a la fuerza (19).

Las consecuencias de caminar pronto después del parto son aún más graves en la época del aguacero; y así contraen el sobreparto. Alternativamente esta enfermedad surge cuando las mujeres se quedan sentadas después del parto,

más que todo cuando están sentadas en el sol. Por esta razón, advierte contra la costumbre de sentarse después del parto, “porque la sangre se reúne” y “poco a poco se va a endurecer, como está puesta ahí”. A veces a algunas esto les mata la enfermedad de sobreparto. Debido a esto, recomienda que la mujer esté tendida en la cama y que tome algunas hierbas “que limpian” el cuerpo de la sangre del parto (19).

Se trata de curar el sobreparto con un cocimiento de la hierba llamada chhijchhipa más la pezuña de un chanco colorado y la hierba rama dulce. Se hace hervir las hierbas y luego se agrega la pezuña quemada del chanco; hay que revolverlo y luego tomarlo. Es común que una mujer con sobreparto visite a una partera pidiéndole que se le meciera. Se mece a la mujer en un mantel, como se hace durante el embarazo y el parto mismo: Se hace mover de la mano, agarrando de los dos pies. Pero no hay que tocar con nuestra propia mano”, advierte ella, “porque nuestra mano es veneno (19).

3.6 BAÑOS DE HIERBAS POST PARTO

Se encontró el diferente uso de las plantas para purificar el cuerpo, sacar el frío, sacar los malos humores. Para ello se hace el baño del cuerpo con hierbas en agua tibia o caliente; de ninguna manera se debe utilizar agua fría porque se puede producir una enfermedad que no se quita con nada (20).

El baño es muy especial con muchas hierbas como rosa romero, albahaca, citronela, yerbabuena, sábila, etc. Las hierbas también se utilizan para calmar los dolores producidos por los entuertos o cólicos; para ello emplean tomas preparadas en forma de bebidas con canela, suelda con suelda, yerbabuena mezclada con poleo y apio, cebolla larga y muchas otras plantas a las que se atribuyen beneficios curativos (20).

Las plantas se utilizan también para el cuidado del cuerpo de la madre y del bebé. El baño del cuerpo lo hacen con agua de hierbas como romero, albahaca, manzanilla, hojas de naranjo agrio, perejil, eucalipto y ruda en agua hervida, con el fin de evitar el dolor de cabeza, pasmo y frío en la matriz (20).

Otra práctica es la de realizar los baños de asiento, colocando un recipiente en el suelo con agua hervida a la que se le incorporan hierbas para que la región

genital absorba los vapores desprendidos por las plantas, utilizados para sacar los coágulos y el frío de la matriz (20).

3.6.1 BENEFICIOS

- Ayuda a tener una mejor y más rápida recuperación.
- Eliminar toxinas, líquido y cansancio acumulados.
- Ayuda a que los tejidos y huesos vuelvan a su lugar después de haberse expandido y abierto durante el embarazo y parto vaginal o cesárea.
- Favorece a la producción de leche materna.
- Reduce el estrés y cansancio que implica el post parto.
- Favorece la recuperación de la mamá (21).

3.7 TÉCNICA DE MANTEO

Son técnicas de masaje, complementando con el ‘manteo’, para corregir la posición de la wawa dentro de la barriga. Esta técnica se llama susuña o susthapiña. En donde se la realiza, “haciendo mover a la wawa” con algunas fricciones en la cintura de la embarazada con un mantel blanco y liviano, o en una manta, aunque ella admite que esta técnica es difícil; no lo hace con una frazada o poncho, como en otros lugares lo realizan (22).

El propósito siempre es poner el feto en su lugar, “recto” en el cuerpo, o si no, “hacerle volver a su lugar” (22).

3.8 EQUIPO DE ATENCIÓN DE PARTO

El sistema nacional de Salud deberá garantizar formas de retribución no monetaria que las parteras ancestrales por las instituciones deberán recibir por el trabajo articulado que realizan con los servicios de salud (23).

En los casos de paro inminente, la partera contará con un set de dispositivos médicos para que brinde atención a la mujer gestante, madre y niño en la comunidad (23).

Este set estará compuesto por lo siguiente:

1. Guantes estériles y no estériles
2. Gasas estériles
3. Toallas estériles
4. Hilo chillo esterilizado

5. Batas desechables
6. Esparadrapo de tela y de papel
7. Caja metálica con instrumental médico menor: tijeras, con previa capacitación e instructivo ilustrado
8. Alcohol etílico
9. Pera para aspiración de mucosidades
10. Toalla materna para medir sangrado post parto con instructivo ilustrado indicando señal de alarma
11. Campana de pinard
12. Cinta métrica
13. Pesa de tela (romana) (23).

3.9 MEDIDAS DE ASEPSIA

Higiene de manos: las manos deben lavarse/desinfectarse inmediatamente antes de cada episodio de contacto directo con la mujer y después de cualquier actividad o contacto que pudiera resultar en una potencial contaminación de las manos; de acuerdo a lo señalado anteriormente (24).

Vestimenta: la selección del equipo de protección deberá basarse en la evaluación del riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer y del riesgo de contaminación de la vestimenta de los profesionales de salud y de la piel por la sangre, fluidos corporales y excreciones o secreciones. Se recomienda la utilización de trajes impermeables de cuerpo entero cuando exista riesgo de salpicaduras frecuentes de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, excepto sudor, a la piel o a la vestimenta de los profesionales de salud, como es el caso de la asistencia al parto (24).

Se recomienda, en dependencia de la cultura de la mujer en trabajo de parto, se permita el uso de ropa/vestimenta que proporcione un adecuado abrigo a la mujer; en este sentido la mujer debe conservar su derecho a decidir sobre la vestimenta que utilizará durante su trabajo de parto reconociendo que la misma debe ser limpia (24).

Uso de guantes: los guantes serán siempre estériles, y deberán colocarse inmediatamente antes de un episodio en el que haya contacto con un paciente y retirarse tan pronto la actividad haya finalizado. Los guantes deberán ser

cambiados cada vez que se atiende a mujeres diferentes y entre actividades diferentes en un mismo paciente (24).

El uso de guantes en la prevención de infecciones relacionadas con la atención de salud está indicado para la protección de las manos de la contaminación con materia orgánica y microorganismos y para la reducción de los riesgos de transmisión de microorganismos entre las pacientes y el personal (24).

Uso de mascarillas: faciales y las protecciones oculares deberán ser usadas siempre por todo el personal de salud, cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre y fluidos corporales en la cara o en los ojos (24).

3.10 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería constituyen una herramienta fundamental en el mejoramiento de los procesos de salud-enfermedad a los diferentes niveles de atención.

Entre las acciones de intervención de enfermería que se pueden aplicar en el trabajo en conjunto con las parteras se pueden mencionar:

- Incrementar la confianza y la destreza en el desarrollo de las actividades del profesional de enfermería.
- Proporcionar atención continua a la mujer embarazada durante el parto, nacimiento.
- Prevenir la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto.
- Preparar al paciente para el parto
- Valorar signos vitales, medición de altura uterina y valorar la Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Identificar signos y síntomas que indiquen el inicio del trabajo de parto.
- Informar, orientar y brindar acompañamiento a la gestante en el reconocimiento de los signos del inicio del parto.
- Controlar el trabajo de parto cada 15 minutos.
- Motivar a la madre a realizar ejercicios de respiración y relajación.
- Preparación del área de materiales estériles

- Asepsia y preparación del área perineal.
- Favorecer contacto del recién nacido piel a piel sobre el pecho de la madre.
- Observación coloración de la piel (25).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue de tipo descriptiva, en ella se describen las normas de bioseguridad a implementar durante la atención al parto cultural, el llenado de las hojas de registro del MSP del Ecuador correspondientes, así como los signos de alarma durante la atención a la madre en el embarazo, parto y puerperio.

Se realizó además una investigación tipo bibliográfica debido a que se utilizó información encontrada en las fuentes electrónicas y bibliográficas consultadas para el sustento teórico del estudio.

De igual manera se considera una investigación de campo debido a que la información utilizada para el desarrollo de las actividades planificadas se obtuvo de la interacción directa con el objeto de estudio.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se aplicó el diseño no experimental, donde las variables del estudio no fueron modificadas, se realizó la interpretación del comportamiento de las variables mediante la observación para llegar a las conclusiones de la investigación teniendo en cuenta los objetivos planteados.

3.3 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Fue de carácter cualitativa al presentar la realidad y se modifica constantemente, ya que el investigador interpreta la realidad y obtendrá resultados subjetivos.

3.4 POBLACIÓN O MUESTRA

La población de trabajo estuvo conformada por la partera de la comunidad La Parroquia San Luis, no se determinó una muestra para el estudio debido a que la población estuvo conformada por una sola persona.

3.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el método analítico sintético el cual permitió analizar los datos obtenidos a través de la entrevista aplicada y de esa manera sintetizarlos y obtener las conclusiones del estudio planteadas.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUCCIÓN DE DATOS

Ficha Observación: se aplicó una guía de observación para identificar la problemática del estudio, los datos obtenidos fueron utilizados para el diseño del plan de capacitaciones de la investigación ejecutada.

Entrevista: se realizó una entrevista a la partera de San Luis que consistió en 12 preguntas abiertas, con el objetivo de evaluar su nivel de conocimiento en la atención prenatal, natal y postnatal e identificar las falencias en la atención prestada a las pacientes en la comunidad.

3.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Se aplicó el método estadístico porcentual que permitió el análisis de los datos cuantitativos mediante técnicas de recolección, descripción y análisis. A través de este método se logró describir las falencias de la atención que ofrece la partera de la parroquia San Luis para con estos datos diseñar y ejecutar un plan de capacitaciones como solución a la problemática identificada.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

Para la identificación de la problemática del estudio se aplicó una guía de observación a través de varias visitas realizadas en el lugar de trabajo de la pastera estudiada. Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

N°	Categorías	Frecuencia
1	Se informa del parto ancestral y sus procedimientos	Siempre
2	La paciente tiene confianza al recibir la atención de la partera	Siempre
3	Se utiliza el Score mama, al momento de la atención	Casi siempre
4	Tiene conocimientos acerca de signos de alarma durante el embarazo, parto y posparto	Casi siempre
5	La partera esteriliza con frecuencia el material que utiliza	Siempre
7	Utiliza el equipo de bioseguridad	Siempre
8	Usa con frecuencia los registros: Cupón de derivación y Score mama	Nunca
9	Realiza limpieza en el lugar de la atención de parto	Siempre
10	Utiliza medicamentos durante la labor de parto	Nunca

Análisis: En visitas realizadas al consultorio de la partera se pudo observar que a pesar de conocer los parámetros del Score Mama y medirlos no utiliza el registro correspondiente a su llenado ni el cupón de derivación, los instrumentos utilizados son esterilizados en una solución alcohólica que resulta insuficiente para garantizar una esterilización correcta de los instrumentos utilizados durante la atención del parto. La partera no identifica los signos de alarmas sin embargo los mismos son explorados como parte de la atención prenatal, natal y postnatal, de manera que se requiere reforzar los conocimientos teóricos acerca de este tema en particular.

Aunque no se tomó en cuenta en la elaboración de la guía de observación las características del lugar, cabe mencionar que a pesar de que la partera realiza una limpieza del lugar este no cuenta con las medidas de higiene adecuadas para la eliminación de los desechos biológicos y faltan implementos en el lugar para la comodidad de la atención y el trabajo que realiza la partera.

Se desarrolló además una entrevista para evaluar el nivel de conocimiento de la partera en temas relacionados con la atención prenatal, natal y postnatal y poder mediante sus respuestas identificar las falencias que se presentan en esta atención. Algunos elementos de la entrevista fueron evaluados a través de la guía de observación aplicada, y se argumentan de mejor manera en la entrevista para su interpretación adecuada. Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

1. ¿Cómo determina usted el tiempo de gestación de la mujer embarazada?

Respuesta: Observo el tamaño de la barriga y su colocación, además del pulso.

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
		1

El tiempo de gestación debe calcularse a través de la fecha de última menstruación o mediante la edad gestacional de la primera ecografía realizada.

2. ¿Cómo determina usted el sexo del niño?

Respuesta: Observo el ombligo de la mamá y las caderas si son anchas es varón y si es mujer se ve en la espalda.

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
	3	

El género del bebé no define la forma de la barriga o el ombligo de la madre, en algunos casos se acierta con este método y en otros no. Si bien no es un elemento de importancia en la evaluación de la paciente al contar con esta información se le debe facilitar a la madre.

3. ¿Qué posición es la más utilizadas durante el parto?

Respuesta: La posición que más utilizo es la de rodillas

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
5		

La posición para el trabajo de parto debe ser elegida junto a la madre según como se sienta más a gusto, la posición de rodilla suele ser de elección en la mayoría de las pacientes para dar a luz.

4. ¿Usted realiza controles a la mujer embarazada y con qué frecuencia?

Respuesta: Realizo controles cada mes y además verifico la posición del bebé con ayuda del Subcentro de salud.

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
	3	

La frecuencia de evaluación de las pacientes durante el embarazo depende de su estado de salud y los riesgos identificados, no es igual en todas; por lo que al seguirlas de igual manera en cuanto a frecuencia de los controles indica que no se evalúan de manera adecuada los riesgos durante la gestación.

5. ¿Qué tipo de productos naturales medicinales son utilizados en la labor de parto?

Respuesta: Los que más utilizo son la flor de alfalfa, la pepa de la chirimoya, la cáscara de coco, hoja de higo, hoja de aguacate.

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
4		

Las plantas seleccionadas son seguras dentro del periodo de gestación, sin embargo, no todas las pacientes responden de igual manera al efecto de estos productos. Se debe realizar una evaluación a cada paciente antes de utilizar cualquier producto, aunque sea de origen natural, para prevenir posibles efectos adversos.

6. ¿Qué tipo de material utiliza y con qué frecuencia realiza su esterilización?

Respuesta: Utilizo el alcohol para desinfectar dejando unos 15 minutos el material sumergido, este procedimiento lo realizo en cada labor de parto.

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
		1

El alcohol no esteriliza de forma confiable el material quirúrgico que debe ser utilizado para atender la labor del parto. Esta forma de esterilización constituye un riesgo de infecciones postparto y de contagio de enfermedades a la madre atendida en la comunidad.

7. ¿Usted realiza el control postparto?

Respuesta: Sí, hasta los 4 días.

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
		2

La atención a la púérpera debe realizarse según el tipo de parto y las posibles complicaciones que se puedan presentar teniendo en cuenta la evaluación de la madre. Y además debe ser examinada la madre durante el puerperio inmediato, mediato y tardío para garantizar su total recuperación y prevenir complicaciones en estas etapas.

8. ¿Con qué tipo de registros del MSP usted trabaja?

Respuesta: Por el momento no utilizo ningún registro

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
		1

Los registros del MSP que se llevan durante la atención a la madre en el embarazo, parto y puerperio permiten la evaluación de su estado de salud y la documentación de su evolución, de manera que puedan ser identificados los riesgos de complicaciones en estas etapas de la atención.

9. ¿Usted conoce sobre los signos de alarma durante el embarazo?

Respuesta: No conozco muy bien

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
		2

El desconocimiento de los signos de alarma durante el embarazo por parte de la partera pone en riesgo la vida de la madre y el niño durante el embarazo y el

parto atendidos en la comunidad.

10. ¿Qué tipo de medicamento administra usted durante el embarazo?

Respuesta: No utilizo ningún tipo de medicamento

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
5		

La partera no está autorizada para indicar ninguna medicación durante el embarazo ni en etapas posteriores. Esta actividad está facultada únicamente para los doctores.

11. ¿Cada que tiempo reciben capacitaciones por parte del Ministerio De Salud Pública?

Respuesta: A veces cada 6 meses y a veces cada año, y estas capacitaciones son solamente prácticas, no incluyen información adicional sobre el seguimiento o los controles a las madres gestantes.

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
	3	

12. ¿Reciben alguna ayuda por parte del Ministerio De Salud Pública?

Respuesta: Cada vez que no visitan en nuestro lugar de trabajo nos traen algunos materiales, unas 3 veces al año, pero no son suficientes para atender a todas las pacientes que nos llegan. Por eso pedimos algunos materiales a la familia de la mamita que va a dar a luz.

Evaluación:

Bien 4-5 puntos	Regular 3 puntos	Mal 1-2 puntos
	3	

Al no contar con los materiales necesarios para la atención a todas las madres de la localidad no se brinda una atención de calidad a las mismas.

Evaluación final de la entrevista realizada:

Para una mejor interpretación de los datos obtenidos de la encuesta aplicada se diseñó un sistema de evaluación de la siguiente manera:

NIVEL DE CONOCIMIENTO		
Alto 36-48 puntos	Medio 26 - 35 puntos	Bajo 25 o menos puntos

El puntaje obtenido por parte de la partera fue de 33 puntos para un nivel medio de conocimiento en las áreas exploradas durante la entrevista.

Teniendo en cuenta los resultados antes analizados se diseñó una guía de apoyo a la labor de la partera y se ejecutó un plan de capacitación dirigido a la partera de la comunidad San Luis con el objetivo de enriquecer su conocimiento en temas relacionados con las falencias detectadas mediante la entrevista y la guía de observación aplicadas.

CAPÍTULO V

PLAN EDUCATIVO DE ENFERMERÍA. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

INTRODUCCIÓN AL CONTENIDO

El plan educativo desarrollado contiene una propuesta para capacitar de forma directa con la partera, con el fin de aplicar acciones que ayuden a ampliar su nivel de conocimientos sobre temas que desconoce y existe una falencia.

Mediante el diagnóstico de niveles de conocimientos realizado a la partera y una vez obtenidos sus respuestas, se procede a seleccionar los temas más importantes a desarrollar en la capacitación.

Entre las actividades desarrolladas durante las capacitaciones fueron las siguientes: protocolos de seguimiento durante el embarazo, parto y puerperio; normas de bioseguridad de uso obligatorio durante la atención del parto, llenado de los formularios utilizadas en una mujer gestante.

La guía mencionada se presenta a continuación:

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “SAN GABRIEL”



CARRERA: ENFERMERÍA

GUIA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA



AUTORA:

BLANCA ROCÍO GUALLPA OJEDA

RIOBAMBA-ECUADOR

2021

ÍNDICE

1. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO	59
2. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL PARTO	64
2.1 Admisión o momento del ingreso al centro obstétrico	64
□ Primera etapa	64
□ Segunda etapa del parto (expulsivo) Duración y progreso	65
□ Tercera etapa (alumbramiento)	65
3. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL PUERPERIO	66
4. NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE USO OBLIGATORIO DURANTE LA ASISTENCIA DEL PARTO.....	70
Eliminación de desechos hospitalarios	72
Esterilización y conservación de los materiales	72
4.1 Métodos de esterilización.....	73
5. LLENADO DE LOS FORMULARIOS UTILIZADAS EN UNA MUJER GESTANTE.....	74
Bibliografía	76
Anexos.....	78

GUIA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una guía con la finalidad de brindar información a la partera de forma oportuna acerca de los protocolos a seguir durante el control de una mujer embarazada, parto y postparto y así prevenir los riesgos y lograr un buen resultado y evitar la muerte materna y neonatal.

CONTENIDO

1. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

Se sugiere un programa de seguimiento de entre 6 y 9 visitas en mujeres con bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo o el parto. Si usted está en buen estado de salud y no tiene factores de riesgo, lo más probable tenga consultas con el profesional de la salud es cada 4 semanas, hasta la semana 28 del embarazo, a continuación, las consultas serán cada 2 semanas; hasta la semana 36 después, todas las semanas, hasta el momento del parto. En cada control se debe recomendar (1):

- Realizarse por lo mínimo de ocho contactos recomendado para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención. Ver anexo pág. 80
- El asesoramiento sobre los hábitos de alimentación saludables y el mantenimiento de la actividad física durante el embarazo (1).
- La administración diaria por vía oral a las embarazadas de un suplemento que contenga entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, la insuficiencia ponderal al nacer y el parto prematuro (1).
- La vacunación con anatoxina tetánica para todas las embarazadas, en función de su exposición anterior a esta vacuna, para prevenir la mortalidad neonatal a causa del tétanos (1).

La realización de una ecografía antes de las 24 semanas de gestación (ecografía temprana) para estimar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías

fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del embarazo en las mujeres (1).

La obtención de información de la embarazada sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (anterior y actual) lo antes posible en el embarazo y en cada visita prenatal (2).

- En la primera visita prenatal se realiza una anamnesis registrando la información en una historia clínica estructurada con la finalidad de valorar el estado general de la mujer e identificar posibles factores de riesgo (2). Ver Anexo pág. 76.
- Se debe calcular el índice de masa corporal en la primera visita prenatal, para identificar a aquellas mujeres que requieran un seguimiento de la ganancia del peso durante su embarazo (2). Ver anexo pág. 84
- Se recomienda tomar la presión arterial en cada visita prenatal para detectar el riesgo de preeclampsia (2).
- Se realiza todos los exámenes de control para prevenir cualquier tipo de enfermedad (2).

Además, se debe realizar los siguientes exámenes en cada control:

Tabla 2: Exámenes de control de una mujer gestante

Trimestre	Tipo de exámenes	
PRIMER TRIMESTRE	Orina	Diagnosticar dos de las principales patologías obstétricas: la diabetes gestacional y la preeclampsia (tensión alta en el embarazo) .
	Sangre o Biometría hemática	Se extraerá sangre para analizar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • El grupo sanguíneo y el factor Rh. • Anemia: un recuento bajo de glóbulos rojos • Hepatitis B, sífilis y VIH • Inmunidad a la rubéola y a la varicela • Fibrosis quística

	Prueba del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)	Se realiza con frecuencia en las mujeres embarazadas, preferentemente en los primeros meses de embarazo, para evitar que una mujer embarazada está infectada este transmita a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.
	Torch	Sirven para evaluar algunas infecciones diferentes en un recién nacido. TORCH corresponde a las iniciales en inglés de toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH.
	Urocultivo	Es un análisis microbiológico de la orina que sirve para determinar si existe presencia de bacterias en la orina de la gestante.
	VDRL o RPR:	Examen de sangre que permite diagnosticar a las embarazadas portadoras de sífilis e instaurar tratamiento precoz. Se solicita al primer control, luego a las 28 semanas y repitiéndose a las 32 semanas.
	Perfil tiroides	Ayuda para evaluar la función de la glándula tiroides y en el diagnóstico de enfermedades tiroideas.
	Sudado vaginal	Es el examen que hacemos en fresco del 'flujo vaginal' para determinar la posible causa infecciosa de una vaginitis.
	Prueba del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)	Se realiza con frecuencia en las mujeres embarazadas, preferentemente en los primeros meses de embarazo, para evitar que

SEGUNDO TRIMESTRE		una mujer embarazada está infectada este transmita a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.
	Urocultivo	Es un análisis microbiológico de la orina que sirve para determinar si existe presencia de bacterias en la orina de la gestante.
	Sudado vaginal	Es el examen que hacemos en fresco del 'flujo vaginal' para determinar la posible causa infecciosa de una vaginitis.
	Sangre o Biometría hemática	Se extraerá sangre para analizar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • El grupo sanguíneo y el factor Rh. • Anemia: un recuento bajo de glóbulos rojos • Hepatitis B, sífilis y VIH • Inmunidad a la rubéola y a la varicela • Fibrosis quística
TERCER TRIMESTRE	Prueba del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)	Se realiza con frecuencia en las mujeres embarazadas, preferentemente en los primeros meses de embarazo, para evitar que una mujer embarazada está infectada este transmita a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.
	Urocultivo	Es un análisis microbiológico de la orina que sirve para determinar si existe presencia de bacterias en la orina de la gestante.
	Sudado vaginal	Es el examen que hacemos en fresco del 'flujo vaginal' para determinar la posible causa infecciosa de una vaginitis.

	Sangre o Biometría hemática	<p>Se extraerá sangre para analizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El grupo sanguíneo y el factor Rh. • Anemia: un recuento bajo de glóbulos rojos • Hepatitis B, sífilis y VIH • Inmunidad a la rubéola y a la varicela • Fibrosis quística Ver anexo pág. 88
--	-----------------------------	---

Elaborado por: Blanca Gualpa – Estudiante del Instituto Tecnológico “San Gabriel”

Otros exámenes que se realiza son:

Ecografía: Este estudio seguro e indoloro utiliza ondas sonoras para tomar imágenes que muestran la forma y la posición del bebé. Se puede hacer al principio del primer trimestre para calcular el tiempo de embarazo o durante las semanas 11 a 14 como parte del cribado del primer trimestre, se busca evalúa además la translucencia nucal misma que ayuda a diagnosticar síndromes genéticos como el síndrome de Down. A las mujeres con embarazos de alto riesgo tal vez se les hagan varias ecografías durante el primer trimestre (1). Ecografía del segundo trimestre de 20 a 23 semanas, es un ultrasonido morfogenético, en el cual se puede apreciar la anatomía del bebé y detectar malformaciones estructurales. Ecografía del tercer trimestre de embarazo se realiza entre la semana 32 y 36 y valora el tamaño del bebé y su bienestar, es importante para conocer el estado de madurez de la placenta.

Muestreo del vello coriónico: Este examen controla las células de la placenta para ver si tienen una anomalía cromosómica (como Síndrome de Down). Se puede hacer entre las semanas 10 y 13 y permite determinar con certeza si un bebé nacerá con un trastorno cromosómico específico (1). Se indica en pacientes con riesgo de cromosopatías.

Examen de ADN libre: En este análisis de sangre se examina el ADN fetal presente en la sangre de la madre. Se hace para ver si el feto está en riesgo de tener un trastorno cromosómico y se puede hacer a partir de la semana 10 del embarazo. No es un examen de diagnóstico. Si los resultados son anormales, se debe confirmar o descartar el diagnóstico con otro examen. Se suele ofrecer

a mujeres embarazadas que tienen un mayor riesgo por la edad o que han tenido un bebé con una anomalía cromosómica (1).

1.1 Interconsultas durante el primer trimestre de la gestación

- **Nutrición:** Con el objetivo de orientar a la madre sobre la alimentación que debe seguir para garantizar un desarrollo adecuado de su bebé y su propio bienestar teniendo en cuenta su valoración nutricional.
- **Psicología:** Con el objetivo de evaluar signos de riesgo de depresión postparto, o situaciones que comprometan la salud emocional de la madre, factor fundamental del desarrollo fetal.
- **Odontología:** Con el objetivo de hacer una evaluación y tratamiento de la paciente en la profilaxis odontológica garantizando la asepsia bucal teniendo en cuenta que las infecciones bucales constituyen un factor de riesgo de sepsis durante el parto y el postparto.
- **Obstetricia:** El especialista realiza el seguimiento de la paciente evaluando los resultados de los exámenes y realizando el examen físico correspondiente a la evaluación de la paciente. Se ofrece además a las mujeres embarazadas la posibilidad de elaborar un plan de parto y nacimiento a partir de la semana 28 que permita conocer y respetar las preferencias de la mujer (2).

2. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL PARTO

2.1 Admisión o momento del ingreso al centro obstétrico

- Los criterios de admisión de la embarazada en trabajo de parto en los centros obstétricos son los siguientes:

Dinámica uterina regular, Borramiento cervical > 50%, Dilatación de 3-4 cm. Es decir, que se encuentre en fase activa del parto (1).

➤ Primera etapa

Fase latente del trabajo de parto

- La fase latente es el período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación (1).

Fase activa del trabajo de parto

- La fase activa es el período del parto que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular (1).
- Tiempo de duración nulíparas y multíparas. La duración es de aproximadamente 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en las multíparas (2).

➤ Segunda etapa del parto (expulsivo) Duración y progreso

La duración normal del expulsivo depende de cada embarazada, y puede ser:

1. Hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural.
2. Hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural (1).

Medidas para la preparación del parto

Asepsia

- La higiene de las manos es la medida más importante de prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención de salud (1).

Ingesta de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto

- Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros (agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas durante el parto. La ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto no influye negativamente sobre la evolución del mismo, el tipo de parto, la duración y el empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del RN (1).

Posición de la embarazada durante el trabajo de parto

- Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres a la LIBRE POSICIÓN, que es la adopción de cualquier posición cómoda para la embarazada a lo largo de la fase activa y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo; incluso a las que utilizan analgesia epidural (1).

➤ Tercera etapa (alumbramiento)

La tercera etapa del trabajo de parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato (1).

Manejo del alumbramiento

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con oxitocina IM 10 UI. El manejo activo de la tercera etapa del parto disminuye el riesgo de hemorragia posparto (HPP) reduce la necesidad de administración de oxitócicos adicionales y acorta la duración de la tercera etapa del trabajo de parto (1).

3. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DURANTE EL PUERPERIO

Vigilancia de los loquios: Se trata de secreción postparto formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina. Existen distintos tipos de loquios:

Loquios rojos: duran de 2 a 3 días. Contienen sangre principalmente junto con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como lanugo, vérnix o meconio (3).

Loquios rosados o serosos: aparecen después de 3 o 4 días. Contienen menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua de degeneración grasa (3).

Loquios blancos: a partir del 10^o día, por el aumento de leucocitos. Alrededor de la 5^a semana postparto, cesa la expulsión de loquios (3).

Debe controlarse la cantidad de los loquios, así como su color y olor. La presencia de una hemorragia demasiado abundante continua, o de un olor demasiado intenso deben alertar para una revisión por una posible infección. Habría que valorar si puede existir **retención de restos de placenta**, una involución imperfecta de la región placentaria o ambos (3). Otro aspecto a evaluar es el olor de los loquios si son fétidos indican una posible infección.

Vigilancia de la involución uterina: La involución uterina es la definición médica con la que se conoce al proceso mediante el cual el útero vuelve a su tamaño habitual tras el parto (4).

Durante los meses de embarazo, el útero modifica su tamaño, altura y posición para acoger en su interior el desarrollo y la vida del bebé. El peso del útero en su estado normal suele ser de unos 70 gramos, cifra que aumenta durante el embarazo, llegando a alcanzar 1 kg. Su longitud también se ve alterada con la

llegada del embarazo. El útero suele medir unos 6,5 centímetros, aumentando en las últimas semanas de gestación hasta los 34 centímetros de longitud (4).

El proceso de involución uterina se divide en 4 etapas, conocidas como inmediata, mediata, alejada y tardía (4).

- **Inmediata:** Abarca las 24 horas posteriores al parto, en las que el útero todavía sigue dilatando (4). El nivel del útero debe ubicarse a nivel del ombligo.

- **Mediata:** Va desde el segundo día después del parto hasta el décimo. Durante la etapa mediata, el útero comienza a disminuir sus dimensiones alrededor de 2 cm diarios (4).

- **Alejada:** Como su propio nombre indica, en esta etapa el parto ya no está tan reciente, aunque siguen presentes las consecuencias de la fase posparto. La mujer vive la etapa alejada hasta los 40 o 50 días posteriores al nacimiento del bebé (4).

- **Tardía:** Es la última fase, el final del proceso. En la etapa tardía la mujer consigue la total recuperación del útero. Pueden pasar 6 meses hasta que se alcance este estado (4).

La involución uterina se mide a través de la palpación abdominal, en la que el ombligo es el punto de partida y referencia, siendo el lugar más alto en el que se encontrará el útero durante las 24 horas posteriores al parto (4).

Vigilancia de la lactancia materna: Las posiciones para amamantar son importantes, en especial en los primeros días y en el primer mes de vida; a partir de ese momento, el binomio madre - hijo se acomoda, o mejor, se acopla, y se amamanta como ambos desean y se sientan más cómodos; pero en los primeros días después del parto, de la posición correcta y del agarre adecuado depende que el bebé reciba la leche que necesita, lo que no se logra si se producen grietas o algunos otros problemas asociados a la lactancia materna (5).

Una correcta observación del acto de amamantar resulta imprescindible, pues permite realizar un diagnóstico sobre si la posición y el agarre son correctos o no, lo cual es vital para ofrecer ayuda práctica; se puede utilizar una guía de observación del acto de amamantar, pero si no está disponible, se debe realizar un análisis de algunos aspectos fundamentales en el binomio madre-bebé, en la

familia y hasta en los vecinos. La madre debe estar cómoda y, siempre que sea posible, acompañada; deben ser priorizadas las posiciones y un buen agarre, los signos que nos indicarán un buen agarre son: el mentón del bebé toca el pecho, la boca está bien abierta y abarca gran parte de la areola, los labios están hacia fuera (evertidos) y las mejillas están redondas (no hundidas) cuando succiona. Si el bebé se coge bien al pecho la lactancia no duele (5). Ver anexo pág. 92

Signos y síntomas de infección: Los síntomas de las infecciones uterinas suelen consistir en dolor en la parte inferior del abdomen o la pelvis, fiebre (habitualmente de 1 a 3 días después del parto), palidez, escalofríos, sensación general de enfermedad o malestar y, a menudo, cefalea y pérdida del apetito. La frecuencia cardíaca es a menudo rápida. El útero se encuentra hinchado, doloroso a la palpación y de consistencia blanda. Por lo general se produce una secreción vaginal maloliente, que varía en cantidad. Esta secreción puede contener sangre o no contenerla. Pero a veces el único síntoma es una fiebre baja (6).

Cuando los tejidos que están alrededor del útero se infectan, se hinchan y producen un malestar considerable. La mujer suele experimentar dolor intenso y fiebre alta (6).

Aunque son poco frecuentes pueden aparecer algunas complicaciones graves. Se incluyen los siguientes:

- Inflamación de las membranas que recubren el abdomen (peritonitis) (6).
- Coágulos de sangre en las venas pélvicas (tromboflebitis pélvica) (6).
- Coágulos que viajan hasta el pulmón y obstruyen una de sus arterias (embolia pulmonar) (6).
- Concentraciones elevadas de sustancias tóxicas (toxinas) en sangre producidas por las bacterias que causan la infección, lo que lleva a una septicemia (infección generalizada) o choque séptico (6).
- Una acumulación de pus (absceso) en la pelvis (6).

Cuando sobreviene una septicemia o un choque séptico, la presión arterial desciende de manera notable y la frecuencia cardíaca se acelera mucho. En estas circunstancias se pueden provocar una lesión renal grave e incluso la

muerte. Dichas complicaciones son infrecuentes, especialmente cuando la infección puerperal se diagnostica y se trata con prontitud (6).

Signos y síntomas de depresión postparto: La mayoría de las madres primerizas sienten melancolía posparto después del nacimiento del bebé, que generalmente incluye cambios en el estado de ánimo, episodios de llanto, ansiedad y dificultad para dormir. La melancolía posparto generalmente empieza dentro de los primeros dos o tres días después del parto, y puede durar hasta dos semanas.

La depresión posparto no es un defecto de carácter o una debilidad. A veces, se trata simplemente de una complicación del parto. Si tienes depresión posparto, un tratamiento inmediato puede ayudarte a controlar los síntomas y a crear un vínculo con tu bebé.

La depresión posparto puede confundirse con la melancolía del bebé al principio, pero los signos y síntomas son más intensos y duran más tiempo y, eventualmente, pueden interferir en la capacidad para cuidar al bebé y realizar otras tareas diarias. Los síntomas generalmente se desarrollan dentro de las primeras semanas después del parto, pero pueden comenzar antes, durante el embarazo, o más tarde (hasta un año después del nacimiento) (7).

Los signos y síntomas de la depresión postparto pueden incluir los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido o cambios de humor graves
- Llanto excesivo
- Dificultad para relacionarse con el bebé
- Aislarse de familiares y amigos
- Pérdida del apetito o comer mucho más de lo habitual
- Incapacidad para dormir (insomnio) o dormir demasiado
- Fatiga abrumadora o pérdida de energía
- Interés y placer reducidos en las actividades que solías disfrutar
- Irritabilidad y enojo intensos
- Miedo a no ser una buena madre

- Desesperanza
- Sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o insuficiencia
- Disminución de la capacidad de pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones
- Inquietud
- Ansiedad grave y ataques de pánico
- Pensamientos acerca de lastimarte a ti misma o al bebé
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (7).

Planificación familiar: La planificación familiar permite la elección del método anticonceptivo para cada situación. El objetivo final de la planificación familiar es mejorar la salud materna y de los hijos en general (8).

4. NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE USO OBLIGATORIO DURANTE LA ASISTENCIA DEL PARTO

Higiene de manos

- Término genérico referido a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos” ya sea por fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón, “con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos (9).

Equipo de protección personal

- “Se refiere a una serie de barreras que se utilizan solas o combinadas para proteger las membranas mucosas, las vías respiratorias, la piel y la ropa del contacto con agentes infecciosos. La selección del equipo de protección personal se basa en la naturaleza de la interacción entre el paciente y/o el modo probable (s) de transmisión”. “El personal debe trabajar protegido con el equipo de protección personal para prevenir de manera crítica la exposición percutánea y por mucosa de sangre y otros materiales” potencialmente peligrosos (9).

Uso de guantes

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los guantes médicos se definen como insumos desechables utilizados durante los procedimientos, e incluyen:

- Guantes de manejo (estériles o no estériles) para procedimientos del personal de salud (9).
- Guantes quirúrgicos estériles que tienen características específicas de grosor, elasticidad y resistencia (9).

En general, se recomienda usar guantes por parte de los trabajadores de la salud por dos razones fundamentales:

- Para disminuir la probabilidad y el riesgo de contaminación de las manos (sangre y otros fluidos corporales) (9).
- Para reducir el riesgo de diseminación de gérmenes y microorganismos al medio ambiente, la transmisión de éstos del trabajador de la salud al paciente, del paciente a los trabajadores de la salud y de paciente a paciente. Se recomienda usar guantes en toda actividad que pueda llevar a exposición a sangre y otros fluidos corporales y/o contacto con membranas mucosas y piel no intacta (9).

Dispositivos de protección respiratoria

El personal debe usar los respiradores conforme a las normas del programa integral de protección respiratoria (9).

Uso de protección ocular

Es obligatorio cuando se realizan procedimientos que generen salpicaduras, esquirlas, gotas o aerosoles, con el fin de proteger los ojos y la piel del rostro, de infecciones en los ojos ocasionadas por la carga microbiana (9).

Uso de gorro

El cabello facilita la retención y posterior dispersión de microorganismos que flotan en el aire de los establecimientos de salud (estafilococos, corinebacterias), por lo que se considera como fuente de infección y vehículo de transmisión de microorganismo (9).

Uso de protección corporal (bata)

Permite establecer una barrera mecánica entre la persona que lo usa y el paciente. Deben reunir las condiciones idóneas que impidan el traspaso de microorganismos (9).

1.1 Eliminación de desechos hospitalarios

Los desechos sanitarios son aquellos generados en todos los establecimientos de atención de salud humana, animal y otros sujetos a control sanitario, cuya actividad los genere (9).

Área de gineco-obstetricia

Por practicarse procedimientos invasivos en esta área, el riesgo de contacto con sangre, fluidos corporales, órganos y tejidos es muy alto. Utilice durante los procedimientos: gorro, guantes de manejo, mascarillas y mandil impermeable o blusón descartable, gafas según el caso. Lavado de manos de acuerdo al procedimiento a realizarse. Al atender el parto vaginal o por cesárea, mantenga el equipo de protección personal hasta que el cordón umbilical esté cortado y ligado; hayan retirado la placenta y la sangre de la piel del niño (9).

1.2 Esterilización y conservación de los materiales

Deberán ser profundos, con el fin de evitar salpicaduras durante la tarea y permitir la correcta inmersión de los elementos, un factor clave para la correcta limpieza de los mismos (9).

Factores involucrados en el proceso de lavado

Agua

En todas las tomas de la central de esterilización, el agua debe ser desmineralizada o ablandada para evitar la corrosión o incrustación de los minerales que producen la capa de biofilm (9).

Detergentes

Un detergente para uso de los establecimientos de salud debe tener capacidad de eliminar la suciedad orgánica e inorgánica sin producir daño en los equipos, no dejar residuos (facilidad de enjuague), ni ser tóxicos para el personal que los manipula. Se debe utilizar detergentes específicos para material de uso médico y que no produzcan daño como los neutros o enzimáticos (9).

Tomar en consideración lo siguiente

- Usar detergentes líquidos ya que se disuelvan mejor y no obstruyen lúmenes o canales.
- Diluir a la concentración indicada por el fabricante.
- En caso del uso de lavadoras descontaminadoras usar detergentes de espuma controlada compatible con el equipo. Pues la espuma impide el impacto del agua sobre el instrumental, disminuyendo su efectividad; independientemente si el lavado es manual o mecánico.
- El nivel de pH de un detergente mide su acidez o alcalinidad. Para la mayoría de las aplicaciones de limpieza se prefiere detergentes con pH neutro (9).

Pasos:

1. **Pre-lavado:** Tiene como objetivo remover la materia orgánica visible o suciedad de gran tamaño aún con el uso de las máquinas lavadoras de instrumental. Debe realizarse en el área donde fueron utilizados los dispositivos médicos. El prelavado consiste en sumergir el material en agua con detergente enzimático previo al lavado (9).
2. **Lavado:** El lavado del material puede efectuarse a través de métodos manuales, automáticos o una combinación de ambos. El lavado automático es la mejor alternativa pues facilita la estandarización y certificación de los procesos y porque en la mayoría de las ocasiones es más efectivo, rápido y ahorra tiempo. Cada artículo es diferente con relación a sus indicaciones de lavado (9)
3. **Secado:** El secado de los dispositivos médicos, constituye parte fundamental durante el proceso de limpieza (9).
4. **Lubricación:** Tiene como objetivo proteger el instrumental del óxido, corrosión y picaduras. Para estos efectos se deben utilizar lubricantes de origen vegetal solubles en agua e idealmente agua desmineralizada (9).

2 4.1 Métodos de esterilización

Calor Seco: Es importante tener siempre en cuenta que la acción microbicida del calor, está condicionada por la presencia de materia orgánica o suciedad en

los materiales, por ejemplo, aceite o grasa en casos en los que los microorganismos son protegidos de la acción del calor. El calor seco penetra lentamente en los materiales por lo que se requieren largos períodos de exposición (9).

Calor húmedo o vapor: La esterilización a vapor es el procedimiento de esterilización más común (excepto para los materiales que no pueden resistir el calor y la humedad), y al equipo que se utiliza se le denomina autoclave (9).

5. LLENADO DE LOS FORMULARIOS UTILIZADAS EN UNA MUJER GESTANTE

- **SCORE MAMA:** El registro del Score Mamá en las mujeres gestantes y puérperas es obligatorio y deberá ser colocado en la historia clínica perinatal, así como en la hoja de evolución de la paciente (10).

El Score MAMÁ, consta de 6 (seis) signos vitales, y 1 (un) signo cuantitativo tal como se describió anteriormente:

Frecuencia Cardíaca (FC)

Presión arterial dividida en - Sistólica – Diastólica

Frecuencia Respiratoria (FR)

Saturación de Oxígeno (Sat)

Estado de Conciencia Proteinuria (10). Ver anexo pág. 98

6. DERIVACIÓN Y CONTRAREFERENCIA COMUNITARIA

Derivará a las embarazadas, mujeres en proceso de parto y postparto al establecimiento de salud para controles prenatales, atención del parto y control postparto (10).

En la primera cara desprendible se registrarán los datos de la embarazada, de la partera y de la comunidad a la que pertenece; y, es respaldo de la partera (10).

En la segunda cara desprendible se registrará el motivo por el que se refiere al establecimiento de salud, pudiendo ser los siguientes:

Control de embarazo- atención de parto- control postparto- control del recién nacido – complicación de la madre – complicación del recién nacido - Planificación familiar (10).

El tercer desprendible es para ser llenado por el establecimiento de salud con el fin de realizar la contrareferencia a la partera ancestral, cuando se haya resuelto la condición de salud (10)

3 Bibliografía

1. MSP. GUIA DE SEGUIMIENTO DEL PARTO. GUIA. QUITO: MSP, SALUD; 2015. Report No.: 1.
2. MSP. Guía de práctica clínica de atención al parto. Guia. Quito: MSP, Salud; 2015. Report No.: 1.
3. Guadalupe B. complejo hospitalario. [Online].; 2018 [cited 2021 06 25. Available from: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf.
4. AGE. AGE. [Online].; 2018 [cited 2021 junio 26. Available from: <https://www.agrupacionginecologica.es/es/actualidad/involucion-uterina-proceso-por-pasan-todas-las-mujeres---138>.
5. Cielo. Cielo. [Online].; 2015 [cited 2021 Junio 26. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400003.
6. SD M. Manual SD. [Online].; 2020 [cited 2021 Junio 26. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/el-puerperio-per%C3%ADodo-posparto/infecciones-uterinas-posparto-despu%C3%A9s-del-parto-puerperales>.
7. medic M. Mayo medic. [Online].; 2018 [cited 2021 Junio 26. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>.
8. Topdoctors. topdoctors. [Online].; 2018 [cited 2021 Junio 26. Available from: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/planificacion-familiar>.
9. MSP. Medidas de bioseguridad. guia. Quito: MSP, Salud; 2016. Report No.: 1.

10 MSP. MSP. guia. Quito: MSP, salud ; 2015. Report No.: 1.

.

11 MSP. PROTOCOLO Score mama y claves obstetricas. GUIA. QUITO: MSP,
. SALUD; 2017. Report No.: 1.

4 Cronograma de Capacitación

Una vez concluido la guía se da paso a la capacitación en donde se trabaja los días del 27 de febrero al 17 de marzo del 2021, en donde se tuvo en cuenta la disponibilidad de tiempo de la señora partera, así como la accesibilidad al lugar de trabajo, una parte de las capacitaciones se brindó en el consultorio de la partera; dando lugar a la planificación de la capacitación que lo podemos observar a continuación:

Fecha/ lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
27-02-2021 Casa de la partera barrio La Libertad	10: 00 a 11:30	- Evaluar el conocimiento de la señora partera	- Nivel de conocimiento de la partera	- Entrevista a la partera	- Blanca Guallpa (investigadora)	- Mediante la entrevista se pudo determinar el nivel de saberes que tiene la señora partera definidos en un 8/10 según los elementos abordados.	- Hojas - Esferos - Computadora - Impresora
03-03-2021 Casa de la partera barrio La Libertad	10:00 a 12:30	- Identificar los signos de peligro durante el embarazo y el parto.	- Protocolo de seguimiento durante el embarazo.	- Taller acerca de los signos de peligro durante el embarazo y el parto.	- Blanca Guallpa (investigadora)	- Se logró aumentar el nivel de conocimientos sobre los signos de peligro durante el embarazo.	- Hojas del Ministerio de Salud Pública - Esferos - Computadora

		<ul style="list-style-type: none"> - Estudiar las plantas medicinales utilizadas en la labor de parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de seguimiento durante el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taller práctico sobre las plantas que se utiliza en la labor de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sra. Luisa Alcocer (Partera) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante la práctica se conoció cada una de las plantas que son utilizadas y sus formas de uso, logrando un intercambio de saberes entre la partera y la investigadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plantas medicinales - Platos - Esferos - Calculadora - Cuaderno
10-03-2021 Casa de la partera barrio La Libertad	10:00 a 11:00	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la técnica de manto - 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de seguimiento durante el puerperio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taller sobre la técnica de manto 	<ul style="list-style-type: none"> - Sra. Luisa Alcocer (Partera) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante este taller se conoció la técnica de ubicación determinación de la posición del bebé y cómo devolverlo a una posición adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manta - Pomadas - Brazada
17- 03-2021	10:00 a 12:00	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer acerca de la asepsia en el procedimiento de labor de parto y postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas de bioseguridad de uso obligatorio durante la asistencia del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación acerca de la asepsia en el procedimiento de labor de parto y postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Blanca Gualpa - (investigadora) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se logró aumentar el conocimiento acerca de la asepsia en el procedimiento de labor de parto y postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bata - Mascarilla - Guantes - Botas

<p>Casa de la partera barrio La Libertad</p>	<p>15:00 a 17:00</p>	<p>- Explicar el uso de las hojas de registro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador</p>	<p>- Llenado de los formularios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador</p>	<p>- Capacitación acerca del llenado de las hojas de registro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el proceso de atención del parto.</p>	<p>- Blanca Guallpa (investigadora)</p>	<p>- Se incrementó el nivel de conocimientos sobre el llenado de las hojas de registro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el proceso del parto.</p>	<p>- hojas de registro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Esferos</p>
--	--------------------------	---	---	--	---	---	--

Tabla 3: Cronograma

En estas capacitaciones se logró la unión de conocimientos y aprendizajes de la medicina ancestral y de la medicina convencional debido a que la partera tenía ausencia de conocimientos para desarrollar sus actividades en su labor profesional desde el punto de vista médico. Se le explicaron los signos de alarma durante el embarazo (VER ANEXO PÁG.107), seguidamente se realizó un taller acerca del manejo adecuado de las hojas utilizadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en mujeres en estado de gestación (VER ANEXO PÁG. 110); se demostró de manera práctica acerca de las plantas que se utiliza en la labor de parto (VER ANEXO PÁG. 112), se realizó una capacitación sobre la técnica correcta de esterilización de los materiales que utiliza en la labor de parto y post parto (VER ANEXO PÁG. 114), se desarrolló una demostración acerca de la técnica del manto que se realiza a una mujer en estado de gestación (VER ANEXO PÁG.125); finalmente la partera brindó una demostración acerca de los rituales que se realiza a un recién nacido basándose en su conocimiento ancestral (VER ANEXO PÁG. 126).

Una vez terminada la jornada de capacitaciones a la partera se aplicó una encuesta para evaluar su nivel de satisfacción con el trabajo realizado y ver su valoración acerca de la contribución en materia de conocimientos que se pueden lograr a través de este estudio, como resultado se obtuvo una total satisfacción y efectividad en el trabajo realizado. A pesar del estudio realizado y los resultados obtenidos aún faltan algunas falencias materiales que resolver por parte del MSP que serán tramitadas posterior al desarrollo del estudio con el objetivo de colaborar a la solución de las mismas. (Ver anexo 16)

CONCLUSIONES

- Se pudo identificar que entre las falencias en la atención a las madres por parte de la partera se encuentran la falta de reconocimiento de los signos de alarma durante el embarazo, la esterilización inefectiva de materiales, el no uso de hojas de registro que brinda el Ministerio de Salud Pública y los diferentes protocolos que tiene el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para una adecuada atención en el embarazo, parto y post parto.
- Teniendo en cuenta las falencias identificadas en la atención que se brinda por parte de la partera en la localidad de estudio se diseñó una guía con información acerca de protocolos de seguimiento durante el embarazo, parto y puerperio, normas de bioseguridad de uso obligatorio durante la atención del parto y llenado de los formularios utilizados en una mujer gestante, misma que fue socializada con la partera en el desarrollo de la investigación.
- Mediante la ejecución de la intervención planificada y con el apoyo de la guía diseñada se brindó información a la partera sobre el reconocimiento de los signos de alarma durante el embarazo, el uso adecuado del equipo de bioseguridad, el uso de hojas de registro que brinda el Ministerio de Salud Pública y los diferentes protocolos que tiene el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para la atención en el embarazo, parto y post parto. La partera refirió estar satisfecha con la información recibida y presta a mejorar su trabajo siguiendo las indicaciones del MSP.

RECOMENDACIONES

- Promover la labor de la partera, y unirla al sistema de salud pública del país y capacitarles cada cierto tiempo para no exista falta de conocimiento sobre temas actualizados en Sistema Nacional de Salud y pueda ejercer su profesión cumpliendo con todos protocolos.
- Realizar estudios similares en un mayor grupo de parteras para evaluar la información que presentan acerca de asepsia o higiene en el proceso de parto, además de determinar si las mismas cuentan con herramientas y materiales para la atención correcta del parto y postparto.
- Conocer los factores de riesgo que existen para la salud de las madres y sus hijos desarrollando capacitaciones por parte del Ministerio de Salud del país y así siga apoyando las iniciativas de fortalecer la vinculación de medicina tradicional y los saberes ancestrales, con la finalidad de que reciban la mejor atención posible, teniendo siempre en cuenta sus requerimientos, costumbres y cosmovisión.

Bibliografía

- 1 MSP. Articulación de prácticas y saberes. [Online].; 2016 [cited 2021 Marzo 14]. Available from: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00000070_2016%2019%20jul.pdf.
- 2 MSP. Por un parto culturalmente adecuado. [Online].; 2008 [cited 2021 Marzo 14]. Available from: <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2020/07/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>.
- 3 Artal R. MSD. [Online].; 2019 [cited 2020 04 17. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/fisiolog%C3%ADa-del-embarazo>.
- 4 UNAE. Unae. [Online].; 2016 [cited 2021 04 17. Available from: <https://unae.edu.ec/wp-content/uploads/2019/12/primer-trimestre-embarazo.pdf>.
- 5 n/a. slideshare. [Online].; 2016 [cited 2021 04 17. Available from: <https://es.slideshare.net/lacolina84/complicaciones-en-el-embarazo-24896194>.
- 6 Pública MdS. Atención del trabajo de parto, y postparto. [Online].; 2015 [cited 2021 Marzo 30. Available from: file:///C:/Users/BLANCA/Desktop/TESIS/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_pos_parto_y_parto_inmediato.pdf.
- 7 salud Md. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. In 1 , editor. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. Quito : 1; 2008. p. 64.
- 8 Pública MdS. MSP. [Online].; 2015 [cited 2021 Marzo 30. Available from: <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/index.php/sala-de-prensa/756-ministerio-de-salud-certifica-a-parteras-ancestrales>.
- 9 Hora L. Parteras, exponentes de la medicina ancestral. 2004 Enero: p. 1.
- 10 Endara V. El telégrafo. [Online].; 2016 [cited 2021 Marzo 30. Available from: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional/1/el-parto-indigena-un-ritual-de-vida#:~:text=Dentro%20de%20la%20cosmovisi%C3%B3n%20ind%C3%ADgena,la%20bienvenida%20al%20reci%C3%A9n%20nacido.&text=Apenas%20nace%20el%20beb%C3%A9%20la,dice%20las%20palabr>.
- 11 ARROYO JIM. Saberes y conocimientos sobre el parto. Tesis. Guayaquil: FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES ECUADOR, Tesis ; 2016. Report No.: 1.

1 Huggies. huggies. [Online].; 2018 [cited 2021 Marzo 30. Available from:
2 [1 Castro K, Rocío López CO. SABERES ANCESTRALES. Tesis. Cuenca:
3 UNIVERSIDAD DE CUENCA, Tesis; 2014. Report No.: 1.](https://www.huggies.com.ec/el-parto/insomnio-y-cansancio-durante-el-post-
. parto.</p></div><div data-bbox=)

.

1 Katherin Chillogallo RLCO. Saberes ancestrales. Tesis. Cuenca: Universidad de
4 Cuenca , Tesis; 2018. Report No.: 1.

.

1 médicos P. Portales médicos. [Online].; 2017 [cited 2020 Marzo 11. Available
5 from: [https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plantas-
. embarazada/2/.](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plantas-
. embarazada/2/)

1 Mina J. saberes ancestrales. Tesis. Esmeraldas : facultad latinoamerica de
6 ciencias sociales , Prácticas. Report No.: 1.

.

1 IVAN REE. Cuidado en el peripuerio. Tesis. Perú: Universidad Nacional Pedro
7 Ruiz Gallo, Tesis; 2016. Report No.: 1.

.

1 Hernández V. Vania Hernández. [Online].; 2017 [cited 2020 Marzo 30. Available
8 from: [https://vaniahernandez.com/bano-de-hierbas-post-parto-para-que-sirve/.](https://vaniahernandez.com/bano-de-hierbas-post-parto-para-que-sirve/)

.

1 ninguno. n/a. [Online].; 2017 [cited 2021 Marzo 30. Available from:
9 https://www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/wawas/wawas_12practicass.pdf.

.

2 Pública MdS. MSP. [Online].; 2016 [cited 2020 Marzo 13. Available from:
0 TESIS/ac_00000070_2016%2019%20jul%20%20%20%20PARTERAS.pdf.

.

2 MSP. Sin muertes maternas. [Online].; 2017 [cited 2021 Marzo 30. Available
1 from: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Muerte-
. materna.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Muerte-
. materna.pdf).

2 MSP. Claves obstetricas. Salud. Quito: MSP, Salud; 2017. Report No.: 1.
2

.

2 MSP. MSP. [Online].; 2017 [cited 2021 Marzo 30. Available from:
3 <slideshare.net/MAHINOJOSA45/cone-2017-v20-71759539>.

.

2 MSP. MSP. [Online].; 2017 [cited 2021 Marzo 30. Available from:
4 [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimient
ento/1141/GPC%20PARTO%20Final.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimient
ento/1141/GPC%20PARTO%20Final.pdf).

2 Narvaez A. [Online].; 2014 [cited 2020 Marzo 15. Available from:
5 <https://es.slideshare.net/anta890414/actividades-de-enfermera-durante-el-trabajo-de-parto>.

2 NIH. NIH. [Online].; 2017 [cited 2020 Marzo 4. Available from:
6 <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/trabajo>.

2 Pública MdS. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2017 [cited 2020 Marzo 7.
7 Available from: 1) <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/index.php/sala-de-prensa/756-ministerio-de-salud-certifica-a-parteras-ancestrales>.

ANEXOS

**. ANEXO 1: MODELO
DE CARNET
OBSTÉTRICO**

.

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



HCU:

C.C.:

Nombres:

Apellidos:

Teléfono domicilio:

Teléfono celular:

Dirección domiciliaria:

Zona:

Distrito:

Cantón:

Provincia:

Establecimiento de salud:

Unicódigo:

Seguro de salud:

Seguro de la Policía:

Seguro de las Fuerzas Armadas:

IESS/Seguro social campesino:

Otro:

Ninguno:

Salud materna





RECUERDA:

- Por tu salud y la de tu bebé, realízate el primer control en los tres primeros meses de tu embarazo.
- Debes acudir al menos a 5 controles prenatales durante todo tu embarazo.
- Es importante que te realices los exámenes para saber si tienes anemia, bajo peso o alguna enfermedad.
- Debes realizarte al menos dos pruebas para la detección de VIH durante tu embarazo.
- Toma tabletas de ácido fólico más hierro desde el inicio del embarazo para prevenir la anemia y malformaciones en tu bebé.
- Asegúrate que tu dieta diaria contenga frutas, verduras y cereales.
- Tienes derecho a recibir asesoramiento sobre planificación familiar para que puedas elegir el método que más te convenga.
- Las embarazadas en su adolescencia y después de los 35 años tienen más riesgo de presentar complicaciones en el embarazo, parto y después del parto.
- Tu leche es el alimento más completo, seguro y nutritivo para el crecimiento de tu bebé. No hay nada como la leche materna.

CONTROLES

PRENATALES

Fecha			Observaciones
día	mes	año	

POSPARTO

Fecha			Observaciones
día	mes	año	

Esquema de vacunación mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y embarazadas

Tipo Vacunas	Dosis	Fecha de Aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y Apellidos del vacunador	Unicódigo E.S	Establecimiento de Salud
		día	mes	año					
Toxoide diftérico tetánico (dT) *	1a. Dosis								
	2a. Dosis								
	3a. Dosis								
	4a. Dosis								
	5a. Dosis								
Otras vacunas	Dosis	Fecha de Aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y Apellidos del vacunador	Unicódigo E.S	Establecimiento de Salud
		día	mes	año					

* Aplicar siempre y cuando no exista evidencia de vacunación anterior (pentavalente, DPT y DT)

PLANIFIQUEMOS TU PARTO desde el inicio con tu familia y con el personal de salud

a. ¿Quién me acompañará al establecimiento de salud para el parto o emergencia?



b. ¿Quién cuidará, mi casa, mis hijos y mis animales?



c. ¿Cuál es el establecimiento de salud más cercano en caso de parto o emergencia?



d. ¿Quién me acompañará durante el parto?



¿Qué necesitaré para el parto o emergencia?

Durante mi parto desearía usar mi propia ropa:

Desearía tener contacto piel a piel con mi bebé inmediatamente después del parto:

Tengo las siguientes necesidades por motivos de cultura e idioma:



¿Cómo he decidido dar a luz?

Arrodillada De pie

En cuclillas Sentada

De lado Acostada

Otro:

Nombre y apellido del profesional: Nombre y apellido de la madre:

SEÑALES DE PELIGRO

Durante el embarazo parto y después del parto



Fuerte dolor de cabeza
y visión borrosa



Fuerte dolor
de barriga



Hemorragia vaginal
durante el embarazo



Hemorragia vaginal
después del parto



Salida de
agua de fuente



Fiebre alta en el embarazo
y después del parto

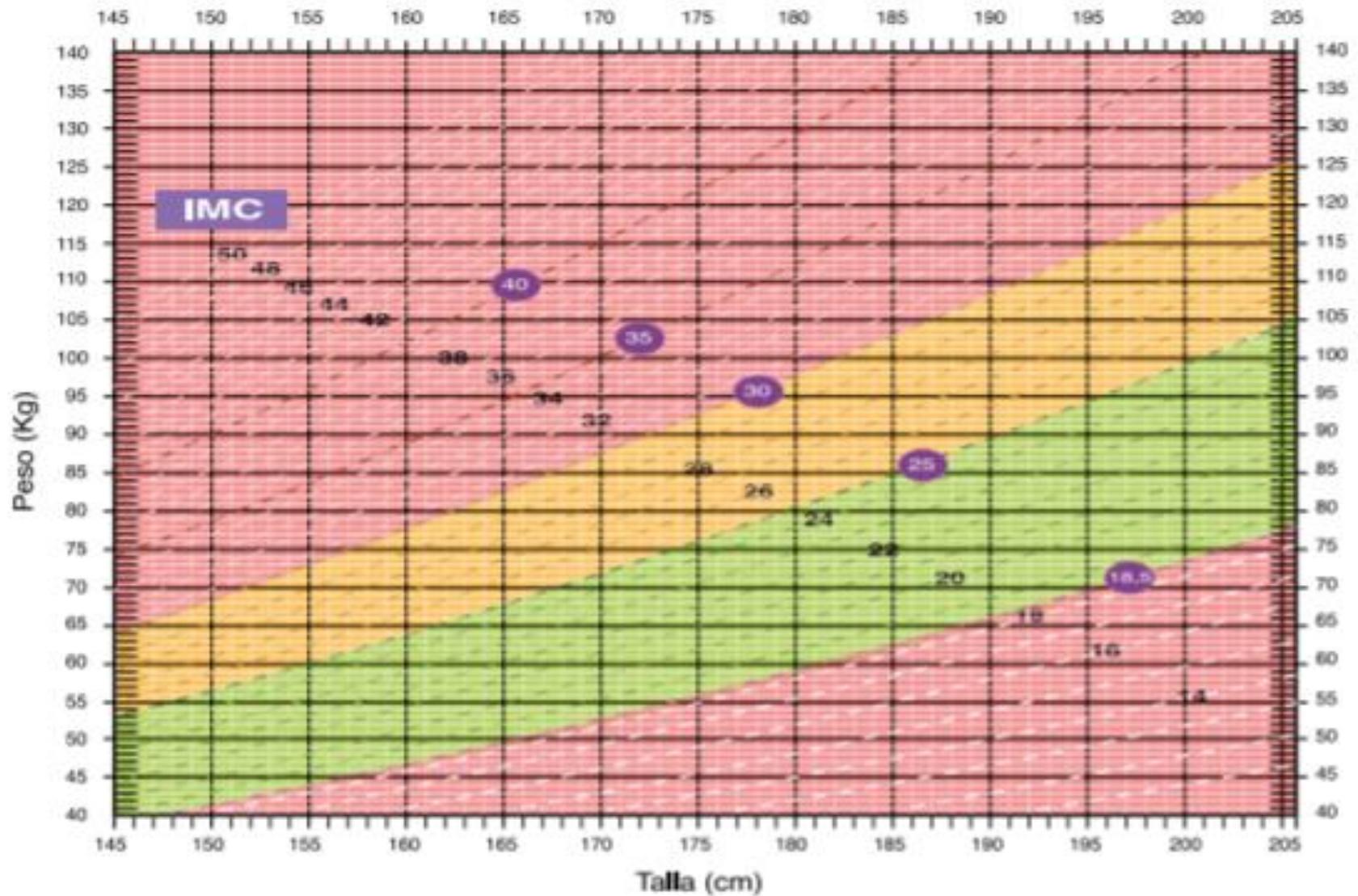


Falta de movimiento
del bebé

Ante cualquiera de estas señales
acude inmediatamente a la unidad
de salud más cercana o llama al
ECU-911

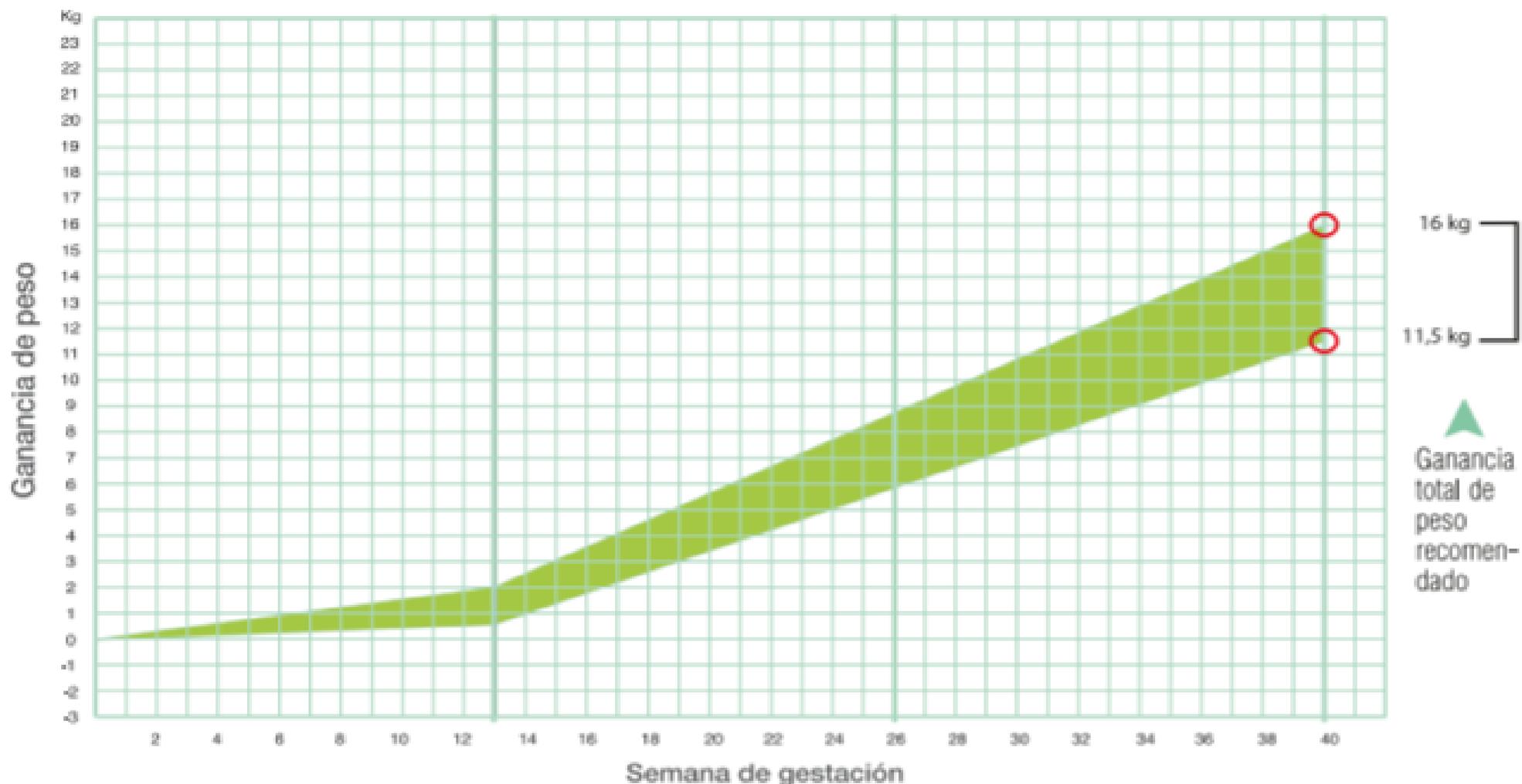


Tabla para determinación de **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)** para la mujer gestante





Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL NORMAL / 18,5 - 24,9

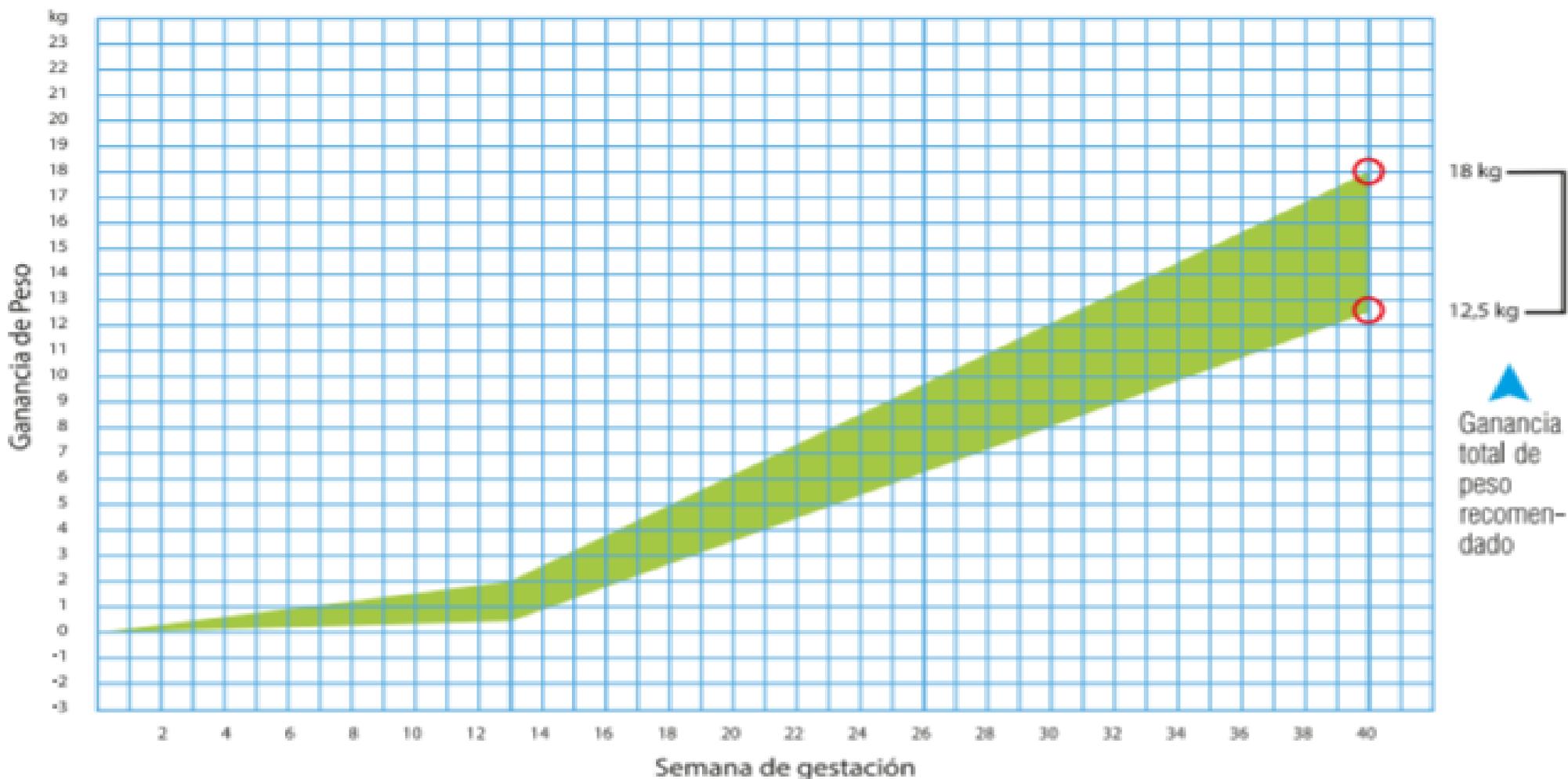


Ganancia semanal 0.35 a 0.50 Kg. en el segundo y tercer trimestre, mujeres embarazadas de fetos múltiples deben ganar de 17 - 25 kg. (kilo = 2,2 libras)

Reporte de Ganancia de Peso durante el Embarazo: Re-examinando las Guías, Instituto de Medicina Academia Nacional IOM 2009



Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL BAJO (< 18,5)

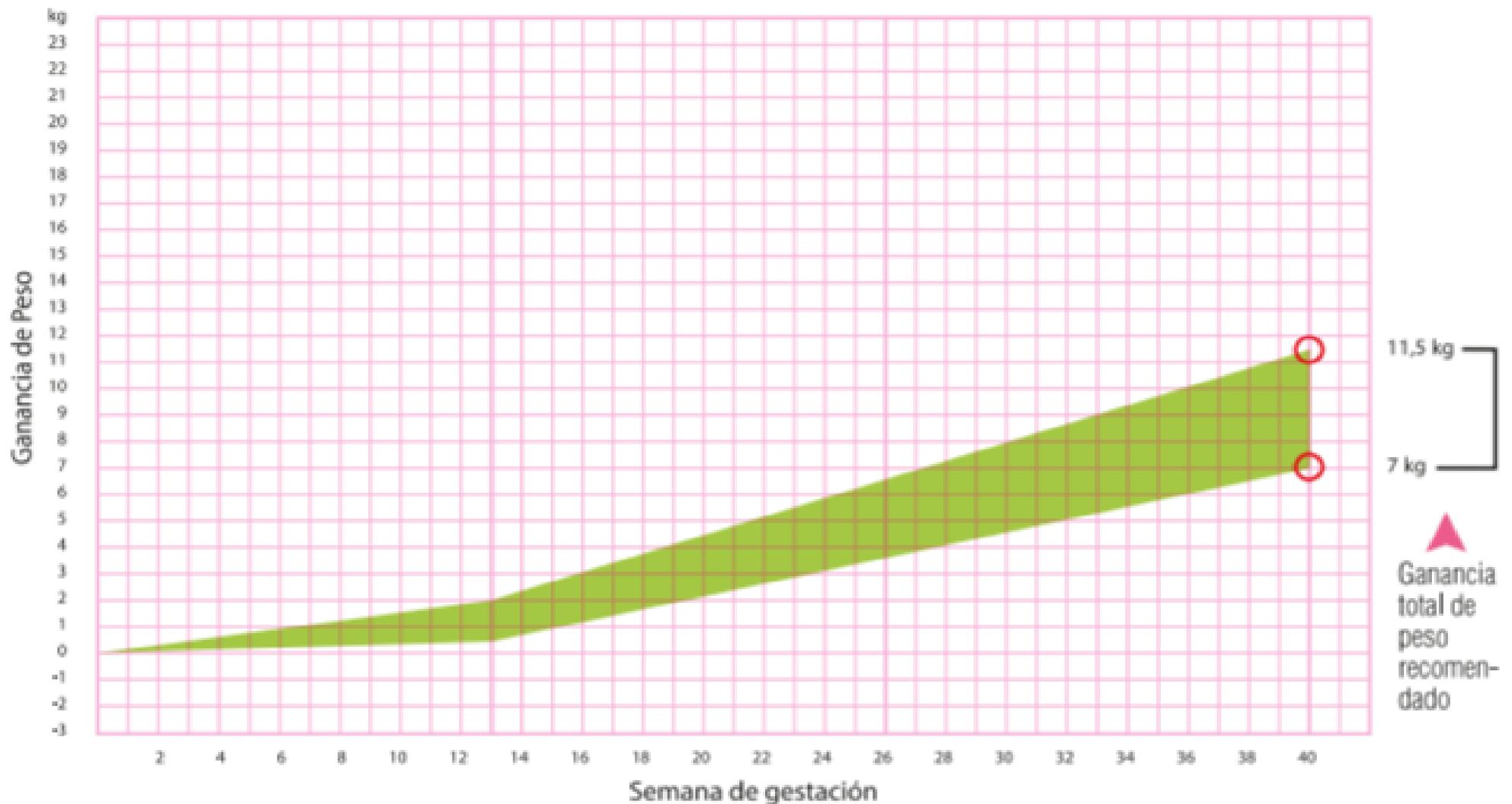


Ganancia semanal 0.44 a 0.58 Kg. en el segundo y tercer trimestre - (kilo = 2,2 libras)

Reporte de Ganancia de Peso durante el Embarazo: Re-examinando las Guías. Instituto de Medicina Academia Nacional IOM 2009



Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO de 25 a 29,9

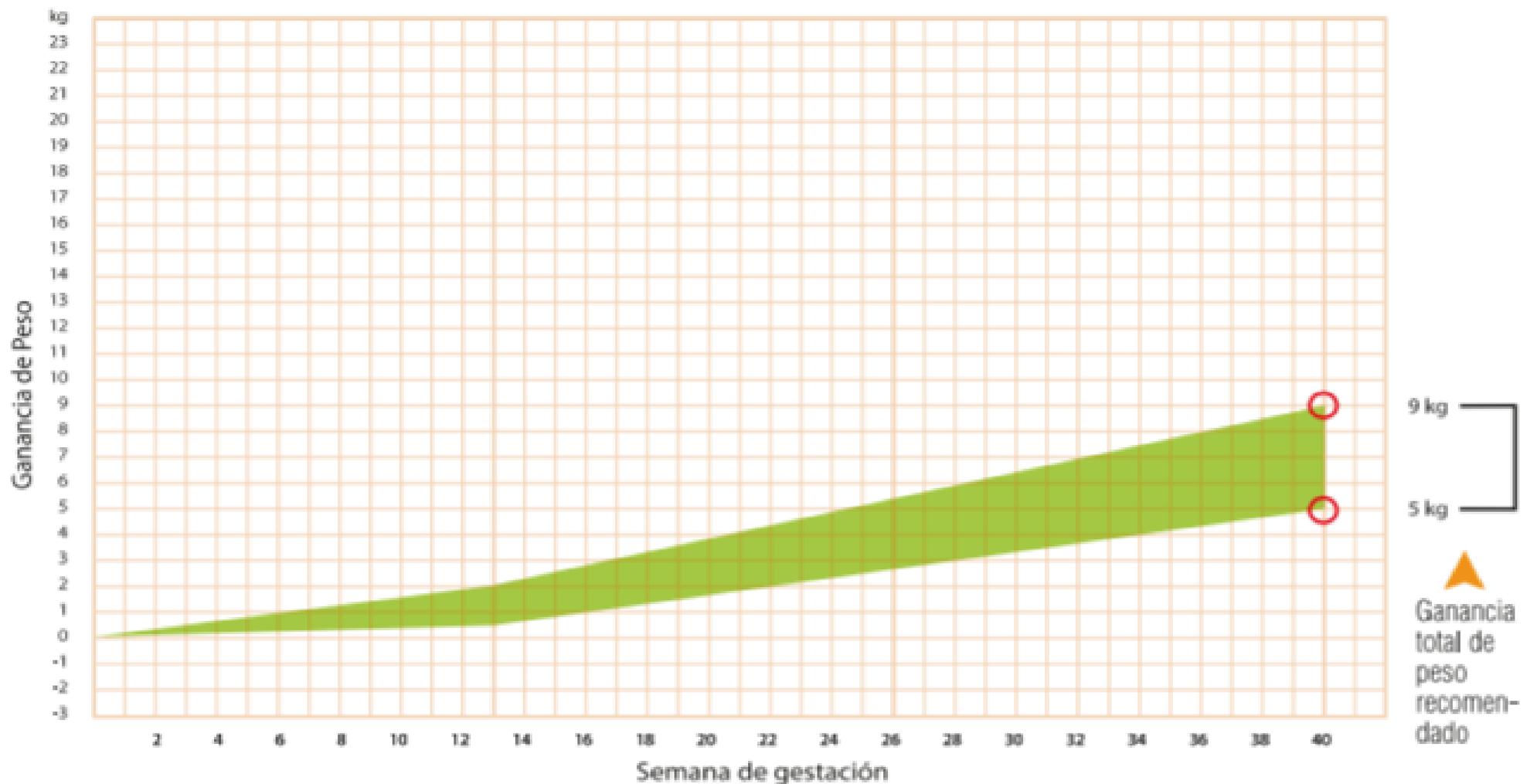


Ganancia semanal 0.23 a 0.33 Kg. en el segundo y tercer trimestre embarazadas de fetos múltiples debe ganar de 14 - 23 kg. (kilo = 2,2 libras)

Reporte de Ganancia de Peso durante el Embarazo: Re-examinando las Guías. Instituto de Medicina Academia Nacional IOM 2009



Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL OBESIDAD > 30



Ganancia semanal 0.17 a 0.27 Kg. en el segundo y tercer trimestre embarazadas de fetos múltiples debe ganar de 11- 19 kg. (kilo = 2,2 libras)

Reporte de Ganancia de Peso durante el Embarazo: Re examinando las Guías. Instituto de Medicina Academia Nacional IOM 2009

**ANEXO 2: VALORES DE
REFERENCIA DE
EXÁMENES DE
CONTROL DE UNA
MUJER GESTANTE**

<i>Hematología</i>		<i>Valores normales</i>
Leucocitos:	11.500 mm	5.000 – 10.000 mm
Neutrófilos:	70.9 %	60 – 70 %
Linfocitos:	19.5 %	20 – 30 %
Monocitos:	4.4 %	2 – 6 %
Eosinófilos:	5.2 %	1 – 4 %
Basófilos:	0.0 %	0 – 1 %
Hemoglobina:	12.5 gr. %	12 – 16 gr. %
Hematocrito:	39.0 %	38 – 45 %
Plaquetas:	253.000 mm ³	150.000 – 400.000 mm ³

<i>Química sanguínea</i>		<i>Valores normales</i>
BUN:	3.5 mg./dl	5 - 8 mg./dl
Creatinina:	0.4 mg./dl	0.2 – 0.7 mg./dl
Glicemia:	60 mg./dl	70 – 110 mg./dl
Bilirrubina indirecta:	0.8 mg./dl	0.2 – 0.7 mg./dl
Bilirrubina total:	0.4 mg./dl	0.3 – 1.0 mg./dl
Bilirrubina directa:	0.4 mg./dl	0.1 – 0.3 mg./dl
ALT:	17.2	5.0 U/L
AST:	22.5	9.0 – 48.0 U/L

<i>Tiempo de protrombina</i>		<i>Valores normales</i>
Tiempo control:	12.6 seg.	11 – 15 seg.
Tiempo paciente:	11.3	
Relación P/C:	0.89	
Fibrinógeno:	443 mg./dl	200 – 400 mg./dl

<i>Tiempo parcial de tromboplastina</i>		<i>Valores normales</i>
PTT control:	25.0 seg.	60 – 85 seg.
PTT paciente:	24.7	

Valores de laboratorio normales durante el embarazo

Creatinina	70 y 100 $\mu\text{mol/L}$
Urea	Entre 5.5 y 6.5 mmol/L
Ácido Úrico	Hasta un 30% inferior
Filtración Glomerular estimada	Entre 30 a 40% superior al basal
Proteinuria en 24/horas	Máximo de 300 mg
pCO ₂	10 mm Hg por debajo del basal
HCO ₃	18-20 mEq/l

Figura. Valores de laboratorio normales durante el embarazo

**ANEXO 3: GUÍA DE TABLA DE
INTERPRETACIÓN DE
VALORES DE INDICE DE
MASA CORPORAL EN UNA
MUJER GESTANTE**

Categoría de IMC pregestacional	IMC	Ganancia de peso (kg) recomendada
Baja	< 19,8	12,5 a 18
Normal	19,8 a 26	11,5 a 16
Alta	≥ 26 a 29	7 a 11,5
Obesa	> 29	Menos de 7

IMC = índice de masa corporal

** Tabla adaptada de Human Energy Requirements, FAO/OMS/NU, Roma 2004*

**ANEXO 4: TÉCNICA
CORRECTA PARA DAR DE
LACTAR**

Posiciones para amantar

Posición clásica



Posición de balón de rugby o debajo del brazo



Posición clásica cruzada



Acostada de lado



**ANEXO 6:
ENTREVISTA
DIRIGIDA A LA
PARTERA**



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR
"SAN GABRIEL"

Registro Institucional: 07020 CONESUP



ENCUESTA DIRIGIDA A LA PARTERA DE LA PARROQUIA SAN LUIS, LA INMACULADA, CANTÓN RIOBAMBA, PROVINCIA CHIMBORAZO

TÍTULO. - Intervención de enfermería en el proceso de atención al parto según la cosmovisión andina de la partera, parroquia San Luis, La Inmaculada, cantón Riobamba, Provincia de Chimborazo, período marzo – julio 2020

OBJETIVO: Desarrollar un plan de intervención de enfermería en el proceso de atención al parto según la cosmovisión andina de la partera en la parroquia San Luis, la Inmaculada, cantón Riobamba, provincia de Chimborazo, período marzo – julio 2020.

CUESTIONARIO

13. ¿Cómo determina usted el tiempo de gestación de la mujer embarazada?

14. ¿Cómo determina usted el sexo del niño?

15. ¿Qué posición es la más utilizadas durante el parto?

16. ¿Usted realiza controles a la mujer embarazada y con qué frecuencia?

17. ¿Qué tipo de hierbas medicinales son utilizados en la labor de parto?

18. ¿Qué tipo de material utiliza y con qué frecuencia realiza su esterilización?

19. ¿Usted realiza el control postparto?

20. ¿Con qué tipo de registros del MSP usted trabaja?

21. ¿Usted conoce sobre los signos de alarma durante el embarazo?

22. ¿Qué tipo de medicamento administra usted durante el embarazo?

23. ¿Cada que tiempo reciben capacitaciones por parte del Ministerio De Salud Pública?

24. ¿Reciben alguna ayuda por parte del Ministerio De Salud Pública?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Actividad N°1: Llenado de la entrevista dirigida a la partera



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Roció Gualpa Ojeda



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Roció Gualpa Ojeda

ANEXO 7: FICHA DE OBSERVACIÓN



Objetivo: Mejorar y fortalecer el proceso de la maternidad en la cosmovisión andina de la partera, parroquia San Luis, la Inmaculada, cantón Riobamba, provincia de Chimborazo, período marzo – julio 2020.

N°	Categorías	Siempre	Casi siempre	Nunca
1	Se informa del parto ancestral y sus procedimientos			
2	La paciente tiene confianza al recibir la atención de la partera			
3	Se utiliza el Score mama, al momento de la atención			
4	Tiene conocimientos acerca de signos de alarma durante el embarazo, parto y posparto			
5	La partera esteriliza con frecuencia el material que utiliza			
7	Utiliza el equipo de bioseguridad			
8	Usa con frecuencia los registros: Cupón de derivación y Score mama			
9	Realiza limpieza en el lugar de la atención de parto			
10	Utiliza medicamentos durante la labor de parto			

Tabla 4: Ficha de observación
Elaborado por: Blanca Gualpa

Actividad N°2: Realización del llenado de la ficha de observación



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis

Elaborado por: Blanca Roció Gualpa Ojeda

Mediante esta actividad me permitió observar e identificar las falencias que tiene la partera y me permitió brindar capacitaciones acerca de nuevos conocimientos.

ANEXO 8: CUPÓN DE DERIVACIÓN



CUPÓN DE DERIVACIÓN



Nombre de usuario/a: _____ Fecha: _____

Nombre de la partera o partera: _____ Establecimiento de Salud: _____

Control del embarazo	Atención del parto	Control del parto	Control del recién nacido	Planificación familiar / anticoncepción	Complicación de la madre	Complicación del recién nacido

Observaciones: _____



CONTRAFERENCIA COMUNITARIA



Nombre de usuario/a: _____ Fecha: _____
Nombre de partera/a: _____

- Convoque a nivel nacional y acompañamiento especializado a la partera y la familia durante los controles de embarazo y parto
- Atención durante el parto
- Encuentro con la familia
- Encuentro con la familia
- Plan y diagnóstico
- Atención integral (pre, parto y postparto)
- Atención del parto (control de la fuerza y estado fetal)
- Atención del primer hijo del bebé
- Atención del parto de la madre

Observaciones: _____

ANEXO 9: SCORE MAMA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA INSTITUCIONAL DE DISMINUCIÓN ACELERADA DE MUERTE MATERNA
SCORE MAM

PAR METRO	PUNTAJE							PAR METRO	Puntaje parcial por par metro
	3	2	1	0	1	2	3		
FC	≤ 50	-	51-59	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≤ 70	71-89	-	90-139	-	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 11	-	-	12-22	-	23-29	≥ 30	FR	
T (°C) (*)	-	≤ 35,5	-	35,6-37,2	37,3-38,4	-	≥ 38,5	T (°C)	
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93*	94-100	-	-	-	Sat	
Estado de conciencia	-	Confusa / agitada	-	alerta	Responde a la voz / somnolienta	Responde al dolor / estuporosa	No responde	Estado de conciencia	
Proteinuria (***)	-	-	-	(-)	Positivo	-	-	Proteinuria	
PUNTAJE TOTAL POR PAR METRO									

La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.

Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales podrán alterarse.

(*) Temperatura axilar.

(**) Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0. La saturación se tomará sin ayuda de oxígeno suplementario.

(***) Sobre las 20 semanas de gestación.

Nota: Transcribir el puntaje total del Score MAM a las 008

Unidades tipo A, B, Puestos de Salud y Prehospitalario		Unidades Tipo C y Hospitales Básicos	
Puntaje	Pasos a Seguir	Puntaje	Pasos a Seguir
0	EVALUAR Y ANALIZAR FACTORES DE RIESGO, BIENESTAR MATERNO-FETAL Y SIGNOS DE ALARMA	0	EVALUAR Y ANALIZAR FACTORES DE RIESGO, BIENESTAR MATERNO-FETAL Y SIGNOS DE ALARMA
1	EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO 1. Aplique Score MAM c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales y signos de peligro maternos. 3. Evalúe factores de riesgo. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista. 6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (agendamiento).	1	EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO 1. Aplique Score MAM c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales y signos de peligro maternos. 3. Evalúe factores de riesgo. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista. 6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (agendamiento).
2-4	TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO 1. Aplique Score MAM c/hora y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de peligro maternos. 3. Realice diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard. 5. Aliste, active y aplique D.E.R.: AZUL, o ROJO según sea el caso. 6. Llame hoja de referencia (053) y envíe a nivel de capacidad resolutive. 7. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior. 8. Active cadena de llamadas: comuníquese al Director del Establecimiento de Salud y ste al Director Distrital. 9. Realice el seguimiento del caso.	2-4	TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO 1. Aplique el Score MAM c/hora y registre. 2. Evalúe signos vitales más signos de peligro maternos. 3. Realice diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Comuníquese al médico tratante quien debe evaluar en máximo 30 minutos. 5. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL, ROJA o AMARILLA según sea el caso. 6. Si no revierte puntaje en una hora, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica. 7. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior. 8. Active cadena de llamadas: comuníquese al Director del Establecimiento de Salud y ste al Director Distrital o Zonal. 9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.
≥ 5	TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO 1. Aplique Score MAM c/30 minutos y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de peligro maternos. 3. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard. 4. Aliste, active y aplique D.E.R.: AZUL, o ROJO según sea el caso del diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 5. Llame hoja de referencia (053) y envíe al establecimiento de salud de mayor complejidad según la emergencia obstétrica. 6. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior. 7. Active cadena de llamadas: comuníquese al Director del Establecimiento de Salud y ste al Director Distrital o Zonal. 8. Realice el seguimiento del caso.	≥ 5	TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO 1. Aplique Score MAM c/30 minutos y registre. 2. Evalúe signos vitales más signos de peligro maternos. 3. Realice diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Comuníquese al médico tratante, quien debe evaluar a la paciente en máximo 15 minutos. 5. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL, ROJA o AMARILLA según sea el caso. 6. Si no revierte puntaje en 30 minutos, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica. 7. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior. 8. Active cadena de llamadas: comuníquese al Director del Establecimiento de Salud y ste al Director Distrital o Zonal. 9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.

El Score Mam se realiza desde el primer control prenatal



**ANEXO 10:
SIGNOS DE
ALARMA
DURANTE EL
EMBARAZO**

Señales de peligro

En la madre durante el embarazo, parto o posparto



Fuerte dolor de cabeza



Fuerte dolor de barriga



Sangrado vaginal o secreción de mal olor



Salida de agua de fuente



Fiebre alta



Falta de movimiento del bebé



Mala presentación del bebé



Parto demorado

Tú y tu pareja deben acudir al centro de salud para los controles médicos mensuales durante el embarazo, así se puede prevenir posibles complicaciones y solucionarlas a tiempo. Yo realizaré los exámenes médicos gratuitos y te entregaré un libro más ácido fólico que ayudará a mantenerte sana.

Actividad N°3: Capacitación sobre los signos de peligro



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Rocío Gualpa Ojeda

En esta actividad me permitió desarrollar una capacitación en donde se reconoció las señales de alarma durante el embarazo para evitar una muerte materna y neonatal.

ANEXO 11: PLAN DE PARTO



PLAN DE PARTO



Si decides dar a luz en el hospital, debes conocer:

A. ¿Quién te va a acompañar y cómo vas a ir al hospital para el parto?

.....

B. ¿Quién cuidará de tus cosas y tus hijos cuando estes en el hospital?

.....

Si decides dar a luz en la casa debes:

A. Tener una partera o persona capacitada para atender el parto y al bebé.

.....

B. Plan para llevar al bebé al centro de salud u organizar la visita domiciliaria al segundo día de nacido.

.....

Debes tener listo para llevar al hospital o para dar a luz en la casa:

- a. Ropa y útiles de aseo para la madre.
- b. Ropa y útiles de aseo para el bebé.
- c. Dinero previsto para gastos de movilización e imprevistos.



Es derecho del bebé:

1. Tener contacto inmediato e ininterrumpido piel con piel con la madre.
2. Lactar en la primera hora de vida.
3. Que el cordón umbilical no sea retirado antes de que deje de latir.
4. Permanecer junto a la madre durante su estancia en la unidad de salud.

Decide cómo dar a luz

Da cuenta Sentada Arrodillada

de costado En posición horizontal

Otro:



Actividad N° 4: Taller acerca de la identificación del plan de parto



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Roció Gualpa Ojeda



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Roció Gualpa Ojeda

Durante esta actividad me permitió brindar información acerca del plan de parto, ya que la embarazada tiene la opción de expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto.

**ANEXO 12:
TALLER ACERCA DE
LAS PLANTAS
UTILIZADAS EN EL
PARTO**

Actividad N° 5: Taller acerca de la utilización de las plantas en la labor del parto



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Roció Gualpa Ojeda

En el desarrollo de esta actividad me permitió conocer las diferentes plantas, su uso, sus efectos adversos y su cantidad necesaria para su administración, ya que hay que saber cuál es la cantidad necesaria porque cada mujer embarazada es diferente y debemos evitar algún efecto adverso.

**ANEXO 13:
CAPACITACIÓN
ACERCA DE LA
ESTERILIZACIÓN DE
LOS MATERIALES**

Actividad N° 6: Capacitación acerca de la correcta esterilización de los materiales



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Rocío Gualpa Ojeda

En esta actividad me permitió brindar información necesaria para la partera sobre la correcta esterilización de los materiales usados durante el parto para evitar que exista alguna complicación en el parto y la madre contraiga alguna infección que incluso puede provocar la muerte.

ANEXO 14:

TÉCNICA DE MANTEO

Actividad N°7: Taller acerca de la técnica de manto



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Roció Gualpa Ojeda

Durante el desarrollo de esta actividad me permitió conocer acerca de esta técnica del manto en donde ayuda a iniciar el trabajo de parto, y también para la colocación del bebé en su posición normal.

ANEXO 15:
RITUALES QUE SE
REALIZA AL RECIÉN
NACIDO

Actividad N°8: Rituales al recién nacido



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis
Elaborado por: Blanca Rocio Gualpa Ojeda

Mediante esta actividad me permitió conocer los diferentes rituales que la partera realiza con el recién nacido, ya que para ellas estas actividades son sagradas en su cultura.

ANEXO 16:
LLENADO DE LAS
ENCUESTAS DE
SATISFACCIÓN

Actividad N° 9: Llenado de la encuesta a la partera



Realizado en: En la casa de la partera en la parroquia San Luis

Elaborado por: Blanca Roció Gualpa Ojeda

En el desarrollo de esta actividad pude comprobar si la partera obtuvo los conocimientos esperados y que brindé la atención con los protocolos mencionados en cada capacitación.

ENCUESTA PARA EVALUAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS LUEGO DE LA CAPACITACIÓN

1. **Considera usted que la capacitación recibida sobre los signos de alarma durante el embarazo fue:**
 - a) Interesante
 - b) No muy interesante
 - c) Aburrida
2. **La capacitación recibida de las hojas de registro que se utilizan en mujeres embarazadas logró incrementar su conocimiento sobre este tema:**
 - a) Si
 - b) No
 - c) Talvez
3. **¿Está usted dispuesta a cambiar la forma de realizar la asepsia en el procedimiento de labor de parto y postparto?**
 - a) Si
 - b) No
 - c) Nunca
4. **¿Le gustaría recibir más información sobre los temas tratados en la capacitación?**
 - a) Si
 - b) No
 - c) Tal vez
5. **¿Antes de esta capacitación, contaba con conocimientos sobre los temas tratados?**
 - a) Si
 - b) No
 - c) Talvez
6. **¿Considera que los conocimientos adquiridos aportan a su desempeño profesional?**
 - a) Si
 - b) No
 - c) nunca