



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Trabajo de titulación para obtención del título de Magister en Salud Pública

AUTOR: Katerine Lechón

TUTOR: Mgs. Kathy Bustamante

Conocimientos y el tipo de prácticas realizadas ante la alarma materna durante la atención intercultural por parteras certificadas del cantón Cotacachi, provincia Imbabura durante el año 2023

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Kathy Alexandra Bustamante Paredes, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado “Conocimientos y el tipo de prácticas realizadas ante la alarma materna durante la atención intercultural por parteras certificadas del cantón Cotacachi, provincia Imbabura durante el año 2023” de la maestrante Katerine Lechón, quien es autora exclusiva de la presente investigación, que es original y auténtica.

1103924898

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo, Katerine Lechón, en calidad de autor/a del trabajo de titulación denominado “Conocimientos y el tipo de prácticas realizadas ante la alarma materna durante la atención intercultural por parteras certificadas del cantón Cotacachi, provincia Imbabura durante el año 2023”, de acuerdo lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que abarca esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

1003677984

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, Katerine Lechón, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado “Conocimientos y el tipo de prácticas realizadas ante la alarma materna durante la atención intercultural por parteras certificadas del cantón Cotacachi, provincia Imbabura durante el año 2023” es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

1003677984

Acta de defensa de grado

Dedicatoria

“Dedico este trabajo a mis padres, Segundo Lechón y Trancito Tocagón, quienes han sido mi inspiración y amor incondicional a lo largo de mi vida. Gracias a por creer en mí y por alentarme a perseguir mis sueños académicos.

También dedico esta tesis a mis hermanas, quienes han estado a mi lado en cada paso del camino, brindándome ánimo y comprensión. Este logro también es suyo.

Por último, dedico este trabajo a la Magister Kathy Bustamante, tutora de la tesis, cuya guía experta y paciencia han sido fundamentalmente para llevar a cabo esta investigación, sin su orientación este logro no habría sido posible

A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento”

Agradecimiento

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de manera significativa a la realización de esta tesis. Sin su apoyo, orientación y estímulo, este logro no habría sido posible.

En primer lugar, deseo agradecer a mi tutora de tesis, Mgs Kathy Bustamante, por su orientación experta y su dedicación incansable a lo largo de este proceso. Sus valiosos consejos y conocimientos fueron fundamentales para dar forma a esta investigación y mejorar mi capacidad como investigador.

Agradezco a mi familia, en particular a mis padres, Segundo Lechón y Trancito Tocagón, por su amor incondicional, paciencia y constante apoyo a lo largo de mi educación. Siempre han sido un faro de inspiración y un sólido sistema de apoyo en los momentos difíciles.

Quiero expresar mi gratitud a mis amigos y seres queridos, quienes estuvieron a mi lado durante esta travesía académica. Sus palabras de aliento y comprensión fueron un bálsamo en los momentos de desarrollo.

Agradezco también a mis colegas y compañeros de estudio, quienes compartieron sus conocimientos y experiencias, enriqueciendo mi perspectiva y fomentando un ambiente de aprendizaje colaborativo.

No puedo pasar por alto el apoyo de la Lic. Cristina Lema, quien, de alguna manera mediante sus conocimientos y experiencia con los hombres y mujeres de sabiduría, hacen posible este trabajo.

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
1. Introducción	3
2. Justificación	6
3. Problema de investigación	10
3.2. Formulación	10
3.3. Sistematización.....	11
4. Objetivos	12
4.1. General	12
4.2. Específicos	12
5. Marco Teórico y Conceptual.....	13
5.1. Parto	13
5.2. Atención durante el parto.....	13
5.2.2. Exploración abdominal	13
5.2.3. Exploración vaginal.....	14
5.2.4. Posición del feto	14
5.3. Etapas Clínicas del Parto.....	14
5.3.1. Etapa de dilatación	14
5.3.2. Etapa Expulsiva	15
5.4. Molestias frecuentes durante el embarazo	15
5.4.1. Cambios en la alimentación y en el sueño.....	16
5.4.3. Cambios y molestias en el cuerpo	16
5.4.4. Cambios en los sentimientos y emociones	17
5.5. Signos del parto	18
5.6. Trabajo de Parto	19
5.6.1. Manejo del trabajo de parto	19
5.7. Mortalidad Materna.....	20
5.7.1. Situación de mortalidad materna a nivel mundial	20

5.7.2. Situación de mortalidad materna en Latinoamérica	21
5.7.3. Situación de mortalidad materna a nivel nacional y en Imbabura	22
5.7.4. Principales causas de mortalidad materna	22
5.7.5. Atención a la embarazada	24
5.7.6. Atención institucional	24
5.8. Parto Intercultural	25
5.8.1. Partería a nivel mundial	25
5.8.2. Partería en el Ecuador	26
5.9. Nivel de conocimientos en las parteras	27
5.10. Tipos de prácticas en parteras certificadas	28
5.11. Marco Normativo en el Ecuador	30
5.11.1. Guías de práctica clínica o estrategias para la atención institucional	30
5.11.2. Guía de atención intercultural	31
5.11.3. Código de Ética	32
5.11.4. Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales	33
5.11.5. Guía Técnica para la Atención de Parto Culturalmente Adecuado	34
5.12. Score MAMA	36
5.12.1. Frecuencia respiratoria	36
5.12.2. Presión arterial (PA)	37
5.12.3. Frecuencia cardíaca (FC)	37
5.12.4. Saturación de oxígeno	38
5.12.5. Temperatura corporal	38
5.12.6. Nivel de conciencia	39
5.12.7. Proteinuria	39
5.13. Signos de alarma materna	39
5.13.1. Sangrado vaginal durante el embarazo	40
5.13.2. Dolor intenso en el vientre	41
5.13.3. Salida del líquido amniótico	41
5.13.4. Cefaleas	42
5.13.5. Convulsiones	42
5.13.6. Falta de movimiento en el feto	44
5.13.7. Infecciones de las vías urinarias	45
6. Metodología y diseño de la investigación	46
6.1. Tipo de estudio	46

6.2. Área de estudio.....	46
6.3. Participantes	47
6.3.1. Criterios de inclusión	47
6.3.2. Criterios de exclusión	47
6.4. Métodos, Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	48
6.5. Plan de Tabulación y Análisis.....	49
6.6. Procedimientos	51
7. Resultados	52
7.1. Definición de alarma materna	52
7.2. Conocimientos adquiridos a partir de las capacitaciones	54
7.3. Signos y señales de alarma materna.....	58
7.4. Prácticas relacionadas con la alarma materna	61
7.5. Propuestas para mejorar la atención de las parteras certificadas	69
8. Discusión	73
9. Conclusiones	76
10. Recomendaciones	78
11. Bibliografía	79
12. Anexos	81

Índice de anexos

Resumen

Los signos de alarma materna permiten reconocer si la madre y el bebé se encuentran en peligro durante el parto, previo o posterior a la labor, las parteras certificadas del cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura atienden a las mujeres embarazadas de sus comunidades, aplicando los conocimientos, tanto de su cosmovisión, como lo que han ido aprendiendo en los últimos años a través de capacitaciones dictadas por el personal médico. Las parteras certificadas conocen estas señales de peligro y saben que, si una mujer presenta fiebre, mareos, ver luces o destellos, hinchazón de manos y pies, sangramiento, pérdida de líquido amniótico o falta de movimiento fetal, se debe proceder con criterio y rapidez, también son conscientes que hay casos en los que se requiere la ayuda del personal médico, al cual remiten si la situación lo amerita. Las prácticas se basan principalmente en el uso de plantas medicinales y algunas técnicas específicas cuando el bebé no está en la posición correcta. En el futuro, y con el objetivo de mejorar el servicio que las parteras brindan, es necesario facilitar la movilidad desde las comunidades, además de un justo reconocimiento económico por todo su trabajo, el cual debe ser preservado para el beneficio de nuestro país.

Palabras clave: parteras certificadas, signos, alarma materna, prácticas, cosmovisión, señales, Ministerio de Salud

Abstract

The maternal alarm signs allow to recognize if the mother and the baby are in danger during labor or prior to labor, the certified midwives of Cotacachi in the province of Imbabura attend pregnant women in their communities, applying the knowledge of their worldview, as well as what they have been learning in recent years through training given by medical personnel. The certified midwives know these danger signs and know that if a woman presents fever, dizziness, seeing lights or flashes, swelling of hands and feet, bleeding, loss of amniotic fluid or lack of fetal movement, they must proceed with judgment and speed. They are also aware that there are cases that require the help of medical personnel, to whom they refer if the situation warrants it. The practices are mainly based on the use of medicinal plants and some specific techniques when the baby is not in the correct position. In the future, and with the objective of improving the service midwives provide, it is necessary to facilitate mobility from the communities, in addition to a fair economic recognition for all their work, which must be preserved for the benefit of our country.

Key words: certified midwives, signs, maternal alarm, practices, cosmovision, signs, Ministry of Health.

1. Introducción

El parto, aún si es asistido por personal profesional de salud o por parteras certificadas, es un procedimiento sumamente riesgoso, tanto para la madre como para el bebé. Las causas de estos riesgos son variadas, no obstante, la mayor parte del personal médico de salud ha sido preparado para lidiar y resolver cualquier tipo de problema que pueda surgir durante el proceso de parto, además, si se realiza en domicilio de la futura madre, es posible que durante el procedimiento no se cuente con los implementos necesarios, y esto, sumado a la falta de conocimiento técnico por parte de las parteras, puede llevar a la mujer parturienta a una situación sumamente peligrosa y con consecuencias múltiples.

En la actualidad, según el estudio de Ortega et al. (1) existe cierta controversia acerca de la libertad de elección por parte de la mujer en elegir dónde va a dar a luz, situación debida a que el parto atendido en el domicilio incrementa el riesgo en caso de presentarse complicaciones, tanto materno como neonatal.

En nuestro país, “el parto en casa está integrado junto al sistema nacional de salud, y en muchas ocasiones esto invita a considerar el parto en casa como una opción viable y segura, principalmente en gestantes de bajo riesgo, en las que disminuye el número de intervenciones obstétricas, con una tasa de mortalidad perinatal similar al parto hospitalario en mujeres multíparas y escasamente en mujeres primerizas” (2).

Una de las situaciones que se presenta respecto a los partos atendidos por las parteras es que no todas tiene el mismo nivel de conocimiento de tipo profesional, ni

la experiencia necesaria ante una emergencia de tipo obstétrica de alarma materna por lo que es indispensable, que cada una de las parteras del cantón Cotacachi, tenga el conocimiento adecuado y puedan identificar de manera oportuna los signos de alarma materna y la manera en que puede evolucionar durante el parto y labor.

En una revisión sistemática publicada en 2019 que consideró catorce estudios previos, analizó la mortalidad perinatal y neonatal de aproximadamente medio millón partos en el domicilio. Los resultados mostraron que “entre las mujeres de bajo riesgo que tenían la intención de dar a luz en casa cuando comenzaba el trabajo de parto, no existía un aumento en la mortalidad o morbilidad perinatal y neonatal en comparación con las mujeres de bajo riesgo similar que tenían la intención de dar a luz en un hospital” (2).

Esto se aplicó en casos en que el parto en domicilio fue asistido tanto por parteras certificadas, como aquellas que no se encontraban integradas al sistema de salud. Aun cuando estos datos son relevantes en cuanto a la importancia del parto a domicilio, en la actualidad al FAME “Asociación de Federaciones de Matronas” (3) explica con seguridad que el parto hospitalario otorga beneficios y una oportuna capacidad de respuesta ante eventos que lleguen a ser de alto riesgo, sin embargo, también se reconoce el derecho de la mujeres de optar por un modelo distinto de atención en función de sus preferencias, cuando el parto es de bajo riesgo, desestimando un alto número de intervenciones obstétricas.

Además, y siendo esto una cuestión muy importante en lo que respecta a las culturas y tradiciones de cada individuo, existe cierta resistencia por parte de las parteras a aceptar recomendaciones que pretendan mejorar sus técnicas de trabajo, dicha resistencia se debe a lo arraigado que está en ellas la costumbre y el estudio que realizan de sus propios conocimientos ancestrales y la confianza que tienen en las mismas; este trabajo no pretende dejar en entredicho los saberes que seguramente superan en muchos aspectos a nuestra medicina convencional, sino de complementar y prevenir futuras situaciones relacionadas con la alarma materna, instruyendo a las parteras en la manera de actuar al presentarse algunos de estos eventos.

2. Justificación

La atención a un parto intercultural es una práctica importante en el Ecuador. Y es que su importancia está en función de la vida humana. La partera es quien trae la nueva vida al mundo. En la actualidad, es al campo de la medicina a quien le debemos esta tan noble función, pues una importante mayoría de los nacimientos ocurre en hospitales, clínicas y centros de salud. La calidad del servicio nos brinda ciertas garantías, por ejemplo, ante eventos adversos o complicados, pues aquí se cuenta con personas capacitadas y con el elemental necesario para lidiar con lo inesperado. Un parto domiciliario o intercultural involucra riesgos, tales como los que se indican en la alarma materna; por ello es que las parteras deben contar con el conocimiento y prácticas adecuadas con las que proceder en partos riesgosos.

La tasa de nacimientos, por sector del establecimiento y en lo referente al parto domiciliario, han disminuido drásticamente, para el año 1993, “el porcentaje de nacimientos en el domicilio ascendía casi el 40%; para el año 2021 este porcentaje disminuyó a un 3,6%, registrándose por tanto una disminución muy considerable durante los últimos 30 años” (4).

Durante el año 2021 “se registraron 155 199 nacimientos en instituciones de salud pública, representando más del 60% del total de nacimientos en Ecuador. Los nacimientos en casa fueron un total de 1 624 (0,6% total) además de casi 7 000 nacimientos de los cuales no se tiene información del lugar de ocurrencia” (4).

Según el INEC (4) del total de partos normales registrados ese año, 8 917 fueron nacimientos vivos que se realizaron en el domicilio de la madre, en varios casos atendidos por parteras con certificación del ministerio de salud pública, y en otros por parteras tradicionales que no se han incluido en la red nacional de salud.

En la actualidad, ante el peligro de un parto riesgoso no atendido en condiciones idóneas, un parto domiciliario puede tener consecuencias mortales en caso de que haya complicaciones y las parteras no cuenten con el conocimiento preciso para proceder en determinada situación. Las prácticas sobre la alarma materna deben ser las mejores, en base a un conocimiento del tema; la escasa familiaridad con el tema es un problema, pues ante un evento inesperado se está poniendo en una situación delicada la vida de la madre y el recién nacido.

A partir de datos obtenidos por el INEC (5) se muestra que la mortalidad materna es un problema que en Ecuador ocasionó 144 defunciones de mujeres durante el año 2022, esta cifra ha ido decreciendo a partir del año 2020, gracias a la calidad del servicio hospitalario y la asistencia oportuna de mujeres con embarazos de alto riesgo, se ha conseguido salvar más vidas de las que se han perdido.

Según el CIE-MM (6) las causas de muerte materna por grupos se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Enfermedades o condiciones clínicas afeveradas durante el tiempo de embarazo (diabetes, paludismo, VIH, obesidad) 24%,
- Hemorragias de carácter obstétrico 20%.
- Hipertensión durante el embarazo 20%.
- Parto detenido y complicaciones similares 19%.
- Complicaciones acontecidas durante un aborto 6%.
- Infecciones posparto 5%.
- Causas variadas sin especificar 5%.

En vista de la cantidad de complicaciones que pueden presentar, es vital que las parteras tengan el conocimiento adecuado y las prácticas correctas para lidiar de la mejor manera ante cualquiera de los casos presentados, y hacer todo aquello que su capacitación le permita, para salvaguardar el bienestar de la madre y el de su bebé.

La investigación se ha realizado en Cotacachi, un cantón con una importante población indígena que confía en sus saberes ancestrales, las parteras que han sido certificadas por el Ministerio de Salud se caracterizan por su espíritu colaborativo y su imperioso esfuerzo en hacer de la labor de parto algo exitoso. La capacidad que tienen para articular su propia cosmovisión, con los avances de la medicina convencional hace de estas mujeres seres muy especiales y sensibles, una sensibilidad que también va de la mano de un gran carácter y fortaleza.

Tanto los médicos como las parteras coinciden en algo: la meta es el bienestar tanto de la madre como del hijo. Esto es algo indiscutible. Que se consiga dirigir todos los esfuerzos hacia esta meta nos va a permitir beneficiar a una inmensa cantidad de madres. Es posible también un beneficio para los padres y los familiares más cercanos al estar juntos en un inolvidable y trascendental momento como lo es el nacimiento.

En el aspecto disciplinario, este trabajo contribuirá a otros estudios que se realicen a nivel nacional, y en particular para el cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura, sobre la manera de mejorar procesos de atención hacia las mujeres embarazadas que opten por la atención intercultural.

3. Problema de investigación

3.1. Planteamiento del problema

En vista de que no todas las parteras han experimentado una emergencia obstétrica de alarma materna, es indispensable reconocer si ellas cuentan con el nivel de conocimiento y prácticas necesarias para afrontar una situación de esta naturaleza. En función de esto, resulta vital que cada una de las parteras del cantón Cotacachi, tenga el conocimiento adecuado y puedan identificar de manera oportuna los signos de alarma materna que estos puedan evolucionar hacia una complicación obstétrica: una hemorragia obstétrica, hipertensión gestacional, infección, que son sumamente riesgosas sino se las aborda de manera correcta.

3.2. Formulación

Al evaluar el nivel de conocimiento al igual que las prácticas que realizan las parteras, se podrá establecer, los nudos críticos que estos pueden ser resueltos, y de esta manera las embarazadas se encuentren estables durante el periodo gestacional, puerperio. Las parteras pueden presentar dificultades al identificar una alarma materna, durante la etapa, prenatal y posnatal, ya que algunos signos pueden ser útiles y pueden no ser fáciles de reconocerlas por una persona sin experiencia médica, además en algunos casos los signos de alarma pueden ser similares a los

cambios normales que ocurren durante el parto, lo que puede hacer que sea difícil diferenciarlos.

3.3. Sistematización

Algunas dificultades específicas que pueden experimentar las parteras al identificar una alarma materna incluyen:

- Falta de experiencia en relación a un evento de dicha naturaleza
- Falta de capacitación en el tema de identificación de signos de alarma.
- Desconocimientos culturales y falta de claridad en la comunicación con las pacientes.
- Dificultad en acceder a pruebas médicas y equipos que faciliten identificar los problemas en la salud de la madre y el bebé.

Pregunta central:

¿Cuáles son los conocimientos y el tipo de prácticas sobre la alarma materna durante la atención intercultural por parteras certificadas del cantón Cotacachi, provincia de Imbabura durante el año 2023?

Preguntas secundarias:

¿Cuáles son los conocimientos ante un evento de alarma materna de las parteras certificadas que brindan la atención intercultural?

¿En qué consisten las prácticas ante la alarma materna durante atención

intercultural?

¿Cuáles serían algunas medidas que permitan mejorar el nivel de conocimiento respecto a las prácticas ante la alarma materna de las parteras certificadas?

4. Objetivos

4.1. General

Explorar los conocimientos y el tipo de prácticas realizadas ante la alarma materna durante la atención intercultural por parteras certificadas del cantón Cotacachi, provincia Imbabura durante el año 2023.

4.2. Específicos

Describir los conocimientos ante un evento de alarma materna durante la atención intercultural por parteras certificadas del cantón Cotacachi provincia Imbabura durante el año 2023.

Identificar las prácticas realizadas durante la alarma materna por las parteras certificadas de Cotacachi durante la atención intercultural en el año 2023.

Proponer medidas que permitan mejorar el nivel de conocimiento respecto a las prácticas que realizan las parteras en la atención intercultural, del cantón Cotacachi, provincia Imbabura durante el año 2023, de acuerdo a los resultados encontrados.

5. Marco Teórico y Conceptual

5.1. Parto

El parto se define como “el paso por el cual el feto es expulsado del útero. Específicamente el parto requiere de contracciones regulares y eficaces que conducen a la dilatación y el borramiento del cuello uterino” (7).

5.2. Atención durante el parto

5.2.1. Evaluación inicial

Comienza con la revisión de la historia prenatal para:

- a) Identificar complicaciones que se han presentado durante el embarazo.
- b) Se confirma la edad de gestación con el fin de distinguir un parto prematuro y un parto a término
- c) Revisar los datos obtenidos pertinentemente.

5.2.2. Exploración abdominal

Puede realizarse utilizando las maniobras de Leopold: “una serie de cuatro palpaciones del feto a través de la pared abdominal que ayudan a determinar exactamente la situación, la posición y presentación del feto” (8).

5.2.3. Exploración vaginal

Se busca determinar la consistencia, grado de borramiento y cuánto se ha dilatado el cuello del útero. El borramiento es la disminución en longitud del cuello uterino que desde un tamaño de dos centímetros se vuelve un pequeño agujero de bordes finos. Esta exploración no se hace cuando las mujeres han presentado una ruptura prematura de la bolsa con el líquido amniótico, en casos de placenta previa o hemorragia en la vagina.

5.2.4. Posición del feto

“La posición o estación fetal se determina mediante la identificación de la presentación fetal en el canal del parto en relación con las espinas ciáticas y posición cero cuando la cabeza del feto está encajada hacia la abertura vaginal, lo que constituye como referencia anatómica, funcional en el canal del parto” (8).

5.3. Etapas Clínicas del Parto

5.3.1. Etapa de dilatación

Se dispone en dos fases: latente y activa.

Fase latente: “Es el comienzo de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa, puede durar entre 4-5 horas en mujeres primerizas y entre 6-7

horas en las multíparas. La duración máxima de la fase latente es de 20 horas en nulíparas y 14 horas en multíparas” (9).

Fase activa: Comienza por el total borramiento del cuello uterino y con tres centímetros de dilatación, culmina cuando la dilatación llega a los 10 centímetros. Friedman (10) describió un proceso de tres etapas consecutivas: aceleración, etapa de pendiente máxima y la desaceleración.

5.3.2. Etapa Expulsiva

Carvajal (9) explica la segunda etapa desde una dilatación de diez centímetros considerada como completa, llegando a la expulsión del bebé. Hasta llegadas las dos horas en primerizas que no han usado anestésicos, y una hora en multíparas en la misma condición. Se completa la presentación fetal.

5.3.3. Etapa de Alumbramiento

Baskett (11) indica que es la etapa final del parto, se inicia cuando el nacimiento del neonato se ha dado por completo y culmina cuando se expulsa la placenta y las membranas completamente. Dura entre 5 y 15 minutos, aunque no existe un tiempo límite, sin que se evidencie una hemorragia activa, permanecen sin ser definidos. Es una etapa que ocurre generalmente con normalidad.

5.4. Molestias frecuentes durante el embarazo

El cuerpo de la mujer cambia durante el embarazo. A veces, los cambios pueden ser incómodos, aunque normales. A continuación, se describen algunos de los cambios y se ofrecen algunas sugerencias que pueden ayudar a las mujeres a sentirse mejor.

También se explica la manera para darse cuenta si una molestia podría indicar que está pasando algo peligroso con el embarazo.

5.4.1. Cambios en la alimentación y en el sueño

Klein et al. (12) nos dicen que algunas mujeres presentan náuseas durante los primeros meses del embarazo, particularmente por las mañanas. No se conoce con certeza a qué se deben las náuseas durante el embarazo, varias mujeres se ven afectadas por lo que comen y cuando lo hacen, de manera tal que da lugar a la aparición de molestias y cambios en el ánimo y en su carácter.

Ante esto se recomienda a las madres comer varias comidas pequeñas, ingerir proteína antes de acostarse por la noche, tomar vitamina B6. También son comunes los antojos, estos son deseos muy fuertes de comer algún alimento en particular, incluso cosas que no son alimentos. Se recomienda comer considerando el antojo y satisfacerlo, siempre y cuando se trate de algo nutritivo. Otros de los síntomas comunes en las mujeres embarazadas son “el ardor en el estómago o entre los pechos, excesivas ganas de dormir o dificultades para conciliar el sueño” (12).

5.4.3. Cambios y molestias en el cuerpo

Son numerosas las molestias que la mujer puede sentir durante el embarazo, a continuación, nombramos las más comunes:

- Los senos presentan hinchazón
- Manos y pies presentan hinchazón
- Formación de várices
- Constipación (dificultad para hacer las deposiciones)
- Hemorroides
- Ganas de orinar que se presenta de manera frecuente
- Flujos vaginales
- Dificultad para ponerse de pie y para sentarse
- Dificultad para tomar aire
- Sensación de calor y suda raciones constantes
- Presencia de manchas durante el embarazo (paño, cloasma y melasma)
- Manchas de color violeta en la piel
- Dolor articular en codos y rodillas
- Dolores repentinos en un constado de la parte baja del vientre
- Cólicos al inicio del embarazo
- Patadas del bebé que resultan dolorosas para la madre
- Dolor de cabeza y de espalda
- Calambres largos en las piernas

5.4.4. Cambios en los sentimientos y emociones

“El embarazo es una temporada muy importante en la vida de una mujer. Su bebé está creciendo dentro de su cuerpo, su cuerpo está cambiando y ella necesita más comida y más descanso. A medida que el cuerpo de la mujer cambia, sus relaciones,

su sexualidad y su forma de trabajar también pueden cambiar.” (12). Entre los cambios relacionados con esto notamos:

- Cambios repentinos de sentimientos y mayor grado de sensibilidad.
- Temores y preocupaciones infundados.
- Sueños extraños y pesadillas durante las noches.
- Tendencia a ser olvidadiza.
- Sentimientos contradictorios referentes a la sexualidad.

5.5. Signos del parto

“Semanas antes del parto, existe la posibilidad que el bebé baje en el vientre, que la madre sienta las contracciones o que se sienta diferente, también es posible que otros signos no aparezcan sino hasta 1 o 2 días antes del parto, la presencia de secreciones un poco sanguinolentas de la vagina puede ser un indicativo” (12).

Entre algunos de los eventos a considerar tenemos:

- El bebé se encaja en el vientre bajando su posición.
- Las contracciones uterinas son más intensas y en mayor frecuencia.
- La mujer embarazada se siente diferente consigo misma.
- Salida del tapón de moco del cuello del útero.
- Se rompe la bolsa que contiene el líquido amniótico.

Estos son algunos de los avisos que deben ser considerados por las parteras el momento del inicio de la labor, si estas condiciones se presentan es una buena señal,

y no indica que el cuerpo de la madre está listo para comenzar el proceso de alumbramiento.

5.6. Trabajo de Parto

Es un proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Este comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles, y finaliza con la expulsión de la placenta” (9). Durante el trabajo de parto se logra la expulsión del feto y de la placenta desde la matriz uterina. Para lograr esto “el trabajo de parto requiere de contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas, de manera que se produzca el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto” (9).

5.6.1. Manejo del trabajo de parto

Consiste en una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, efectuados por el médico o la partera, destinado a la correcta vigilancia del proceso de parto, desde el ingreso a la maternidad, hasta el momento del traslado al puerperio, Incluye los siguientes aspectos:

“Diagnóstico del trabajo de parto, evaluación materno-fetal al ingreso en labor de parto, indicaciones de preparación para el parto, evaluación materno-fetal durante la labor de parto, procedimientos en el parto y traslado a sala de parto” (13).

5.7. Mortalidad Materna

La mortalidad materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto y el posparto. La medición de este parámetro es un indicativo de los problemas estructurales, tanto del control de la natalidad, como de atención a la salud.

5.7.1. Situación de mortalidad materna a nivel mundial

La mortalidad materna ha sido excesivamente alta en años recientes. En 2020 “unas 287000 mujeres murieron durante o tras el embarazo o el parto. África y Asia representan alrededor del 87% del total de las muertes maternas acontecidas durante el año, el 70% corresponden en África y el 17% en Asia” (14).

La Organización Mundial de la Salud indica que: “el elevado número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las desigualdades en el acceso a unos de los servicios de calidad y pone de relieve la brecha entre ricos y pobres” (15). La razón de muertes maternas “en países con ingresos per cápita bajos durante el año referenciado fue de 430 por cada 100 000 nacimientos, frente a 12 por cada 100 000 nacimientos en los países de ingresos altos” (15).

5.7.2. Situación de mortalidad materna en Latinoamérica

Los datos más recientes con los que contamos de organismos oficiales publicados durante el año 2020, acerca de la mortalidad materna en América Latina y Caribe demuestran lo siguiente:

“Aproximadamente 8 400 mujeres, casi el 3% del total mundial, murieron por causas relacionadas con el embarazo y el parto en América Latina y Caribe; de este número, 1 300 fueron el Caribe y el resto en América latina” (16).

La Organización Panamericana de la Salud nos indica que “entre los años 1990 y 2015, la mortalidad materna en América Latina disminuyó 16,4%, pero entre el período 2016 y 2020 la tasa nuevamente se incrementó a un 15%” (16). Más de diez países latinoamericanos presentan una tasa materna de mortalidad menor de 20 por cada 100000 nacimientos.

Basado en estos datos el director de la OPS concluye que “todavía demasiadas mujeres, principalmente indígenas, afrodescendientes, migrantes, con bajos ingresos y poca escolaridad, mueren durante el parto. Por eso, es hora de invertir urgentemente en la salud materna para cambiar esta realidad inaceptable” (16). Podemos notar que el aumento de la mortalidad materna está ligado íntimamente con la disponibilidad de recursos que existe en cada país, siendo América Latina un lugar con altos índices de pobreza, resulta necesario tratar la problemática también desde un aspecto económico.

5.7.3. Situación de mortalidad materna a nivel nacional y en Imbabura

En Ecuador, durante el año 2021 “se registraron 144 muertes maternas, decreciendo en 47 defunciones con respecto al año 2020” (5), de esta manera se ha establecido que la razón de mortalidad materna es de 44 por cada 100000 nacimientos, decreciendo en más del 14% puntos respecto al año anterior.

La provincia de Imbabura, con más de un 50% de población indígena, y por lo tanto con una tendencia hacia la atención brindada por parteras y el reconocimiento de saberes ancestrales, durante el año 2017 se registró el mayor número de muertes maternas, un total de 20 casos. Castro et al. (17) indica que en el año 2018 se registraron 8 casos de defunciones maternas y para el 2019 está cifra disminuyó más, hasta solo reportar 3 muertes. Fue durante el año 2020, con contexto de la pandemia como fondo, que se dio un ligero incremento en el número de casos con un reporte de 10 y en el 2021 solo se reportó una muerte materna. Dentro de la provincia las principales causas de estos decesos fueron: enfermedades maternas que complican el embarazo, causas obstétricas, hipertensión gestacional y por hemorragias posparto.

5.7.4. Principales causas de mortalidad materna

En términos generales, cuando acontece el deceso de una madre, se debe a que las complicaciones que llegar a existir durante el embarazo o durante el parto superan a los medios con los cuales sobrellevarlas.

La OPS (15) muestra que la mayor parte de estas complicaciones que aparecen durante el embarazo se pueden prevenir o tratar; otras complicaciones existen ya desde antes del embarazo, pero se ven agravadas por la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la atención hacia la mujer. Las principales complicaciones durante el embarazo, causantes del prácticamente el 75% de todas las muertes maternas, son (18):

- Las hemorragias graves, especialmente tras el parto, pueden matar a una mujer sana en cuestión de horas si no recibe atención. Inyectar oxitócicos inmediatamente después del parto reduce de manera efectiva el riesgo de hemorragia.
- Las infecciones, generalmente tras el parto, pueden eliminarse mediante una buena higiene, reconociendo y tratando a tiempo los primeros signos de infección.
- La hipertensión arterial durante el embarazo, en preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de que aparezcan convulsiones (eclampsia), degenerando esto en una potencial muerte. La administración de fármacos tales como el sulfato de magnesio pueden reducir el riesgo de transformar la preeclampsia en eclampsia.
- Complicaciones en el parto.
- Abortos de alto riesgo.

5.7.5. Atención a la embarazada

Además de los cuidados profesionales que las mujeres embarazadas reciben en hospitales, es necesario reconocer también todo lo relacionado con el tratamiento previo a la labor de parto, tanto en las instituciones como en su domicilio.

5.7.6. Atención institucional

Según datos de la OMS (4) la mayoría de los 140 millones de nacimientos que ocurren cada año aproximadamente, no presentan factores de riesgo de tener complicaciones, ni para las madres o los bebés, en el comienzo y durante la labor. La mayoría de nacimientos en Ecuador ocurren en instituciones de salud públicas: durante el año 2021, el 69,8% de los nacimientos ocurrieron en hospitales y centros de salud, mientras que el 26,7% acontecieron en clínicas y centros privados. Es decir, que más del 95% de los partos son atendidos por entidades institucionales de salud.

Durante el año 2021, del total de nacimientos acontecidos en el sector público de la salud, el 36,1% fueron por cesárea, porcentaje que se ve duplicado en el sector de salud privado con más del 80% de nacimientos vía cesárea. Este procedimiento no es posible de ser realizado en el domicilio o por una partera al no contar no con el ambiente, ni con las herramientas y conocimientos necesarios.

5.8. Parto Intercultural

Se define como: “el resultado de un proceso mediante el cual, una familia y/o mujer embarazada, planifica su alumbramiento, para que el mismo se desarrolle en el seno de su hogar. Esto tiene como propósito, entre otras cosas, respetar los procesos naturales, tanto de la mujer como del niño, intentando evitar una experiencia que se encuentre centrada exclusivamente en el uso de la tecnología” (19).

El parto intercultural, respetuoso y de libre posición se inscribe dentro de las políticas del Ministerio de Salud Pública, que propone la atención integral tanto de la mujer como del bebé. La atención comienza desde los controles prenatales a la madre, con la prevención y advertencia de las señales de peligro durante el embarazo, enfermedades o condiciones preexistentes, además de brindar ayuda en la planificación del parto. El momento del parto apunta hacia una atención humanizada del mismo. Se le permite a la parturienta el deambular, el acompañamiento, el beber líquidos, que pueda elegir la posición del parto o usar la vestimenta de su cultura.

5.8.1. Partería a nivel mundial

A nivel mundial, existe una escasez de parteras que brinden su atención a mujeres embarazadas según estudios realizados por las Naciones Unidas. Según los análisis presentados, “el oficio de partería requiere una mejor financiación, y esto disminuiría en un 67% el porcentaje de muertes maternas, el 64% de las muertes de los recién nacidos y con esto salvar más de cuatro millones de vidas al año” (20).

La doctora Franka Cadeé (20) presidenta la confederación internacional de matronas explica que “Como profesionales autónomas de atención primaria, las matronas son continuamente ignoradas y ninguneadas. Ha llegado el momento de que los gobiernos reconozcan las evidencias que demuestran el impacto de los cuidados que prestan las parteras en la mejora y protección de vidas, y que actúen en relación con las recomendaciones del informe”, destacó en el informe publicado por la ONU.

5.8.2. Partería en el Ecuador

Tanto la Constitución como el Ministerio de Salud Pública reconocen el oficio de partería y mencionan su importancia dentro del contexto nacional, principalmente en lo referente al aspecto intercultural y de nacionalidades indígenas.

En Ecuador existen 14 nacionalidades y 19 pueblos indígenas, junto con pueblos afroecuatorianos, montubios y mestizos; cada una de estas nacionalidades y pueblo tienen sus propios sistemas médicos y medicinales, concepciones de la salud y de lo que se entiende por enfermedad.

En el país, la política de salud ancestral ha sido modernizada en función de las nuevas técnicas que aporta la medicina convencional, y de esta forma ofrecer un servicio a la población indígena y mestiza. Aunque no hay un registro oficial en años anteriores acerca de la cantidad de parteras que hay en Ecuador, o censos que comprueben cuales son certificadas y aprendices; de manera general, la partería es una práctica que está desapareciendo a nivel nacional.

El Ministerio de Salud Pública ha identificado a “97 mujeres que se dedican a esta labor en Quito y a nivel nacional, 2460. En base a esto, el propio MSP informa que, del total, 1434 son parteras certificadas articuladas (número que va en aumento) y no articuladas 1026 mujeres” (21).

5.9. Nivel de conocimientos en las parteras

Los conocimientos de las parteras incluyen todos los saberes y técnicas terapéuticas propias de su cosmovisión, y lo referente a la fisiología y atención al parto. Por esto las parteras son reconocidas socialmente como autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento. Es así que las creencias y tradiciones arraigadas en las comunidades y familias, influye fuertemente en la decisión de la mujer en la manera de ser atendida durante el embarazo y el parto.

En un estudio presentado por en 2022 por Pinguil (22) se analizó el nivel de conocimientos de las parteras en la parroquia Cañar, entre las parteras consultadas casi el 80% confirma que el parto en posición vertical es la mejor opción, el 75% tiene claro que la atención mejora cuando viene articulada con las entidades de salud, en la referente a la gestación se indica el control mensual, la inmunización, ecografía, comer alimentos ricos en hierro como cuestiones de suma importancia durante el embarazo. Una cuestión de interés de la investigación citada es que el 90% de las parteras no tienen una capacitación continúa por parte de las organizaciones de salud

parroquiales y cantonales; sin embargo, todas están de acuerdo en el uso de equipos de bioseguridad que eviten cualquier tipo de contaminación.

Entre las funciones que cumple una partera que trabaja en articulación con la Salud Pública tenemos:

- Seguimiento del embarazo normal.
- Preparación del parto para el nacimiento del bebé.
- Seguimiento de embarazos patológicos bajo la supervisión de un médico y colaborando con él durante el parto.
- Observación de la madre y su bebé.
- Seguimiento de las madres y el bebé después del parto con el objetivo de detectar posibles cuadros de depresión posparto.
- Aconsejar a la madre acerca de la alimentación que debe seguir ella y su bebé.

Gracias a la articulación realizada por el Ministerios de Salud Pública (23), además de los conocimientos ancestrales con los que las parteras cuentan por tradición, las parteras certificadas están capacitadas para, a través de mecanismo como el diálogo y el aprendizaje mutuo junto al personal de salud, lidiar con situaciones de alarma, parto limpio y emergencia.

5.10. Tipos de prácticas en parteras certificadas

“Las prácticas realizadas por las parteras se sustentan en su propia cosmovisión y la comprensión de la naturaleza. Por ejemplo, en un estudio realizado con parteras de

nacionalidad indígena” (24), la mayoría dijo que, al presentarse hinchazón, remitían a la paciente al médico del centro de salud, aunque una de ellas sugirió la aplicación de $\frac{1}{4}$ de cáscara de limón sublingual como un tratamiento efectivo. En medicina convencional, la resolución que se aplica en presencia de la circular de cordón se realiza “solo durante el trabajo de parto, siendo la maniobra de Somersault la más utilizada” (25).

Sin embargo, de las parteras consultadas, solo había una que conocía la maniobra, las demás indicaron que en caso de no haber desajuste de la circular, se procede a cortar o incluso se manda a cesárea. Los conocimientos técnicos que las parteras requieren deben ser actualizados continuamente, en vista de que la medicina mejora sus métodos y se adecua a las normativas establecidas por los organismos especializados.

Se indica que los diagnósticos y tratamientos que realizan las parteras son de efectividad elevada, no obstante, “es requerido complementar sus conocimientos con la finalidad de asegurar la identificación de los signos de alarma, así como de los efectos adversos, favoreciendo el diagnóstico oportuno y mejorando así las expectativas para acceder a un tratamiento efectivo” (24).

5.11. Marco Normativo en el Ecuador

5.11.1. Guías de práctica clínica o estrategias para la atención institucional

La guía de práctica clínica (GPC) establecida en 2015 por el Ministerio de Salud Pública (26) para la atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, establecen los siguientes criterios de admisión de la embarazada en labor de parto en los centros de salud:

1. Dinamismo en la actividad uterino de manera regular
2. Borramiento cervical > 50%
3. Dilatación de 3-4 cm durante la fase activa

El ingreso temprano de la embarazada, según lo establecido por el MSP (26) se dará si existen los siguientes antecedentes:

1. Partos repetidos (multíparas) o partos acelerados.
2. Enfermedades previas o durante el embarazo que requieren un control básico.
3. La mujer acude desde el área rural con difícil acceso al servicio de atención.

Los cambios de AFI (auscultación fetal intermitente) a MFEc (monitorización fetal electrónica continua) en una mujer con baja probabilidad de riesgo, se realiza en los siguientes casos:

1. El líquido fuente está teñido de meconio.
2. Alteraciones en el pulso cardíaco fetal al ser auscultado.
3. Fiebre en la madre.
4. Sangramiento en la labor de parto.

5. Usar oxitocina.
6. Hasta 30 minutos de establecido el anestésico epidural o después de la administración de cada dosis siguiente de analgésico.

En la guía del Ministerio de Salud (26) se establece que la fase latente del período de parto transcurre entre el comienzo de la contracción del útero regula, hasta los cuatro cm de estar dilatado. Existe un tiempo promedio de 6,4 horas en madres primerizas y 4,8 horas en multíparas Respecto a la fase activa puede hacer la siguiente distinción: en quienes son madres por primera vez, el promedio de duración es de ocho horas y en madres con más de un parto el promedio es de cinco. La posición de la parturienta durante la labor de parto es libre, quiere decir que la mujer puede adoptar la posición que le resulte más confortable en la fase activa, también en aquellas que utilicen analgesia de tipo epidural.

La etapa dos del parto, la fase expulsiva, depende de cada mujer en estado y de si se ha utilizado o no de analgesia epidural. Los riesgos en el proceso, tanto maternos y perinatales tienen un aumento directamente proporcional al tiempo de duración de la fase de expulsión, donde se debe tener sumo cuidado en aquellos casos donde dure más de tres horas en primerizas y hasta pasadas las dos horas en multíparas.

5.11.2. Guía de atención intercultural

Establece las condiciones de trabajo para los profesionales médicos que ejercen medicinas alternativas para el desarrollo de sus actividades:

1. Seguir los principios bioéticos y de responsabilidad en la profesión, que dictaminan las pautas para el desarrollo de la medicina.
2. Desarrollar los procedimientos de terapia acordes a su especialización y sus competencias correspondientes.
3. Considerar de manera respetuosa el uso de medicina alopática prescrita al paciente, haciendo de la medicina ancestral una forma complementaria de tratamiento.
4. Llenar los formularios de registro establecidos por la autoridad sanitaria, en los que se registrará aquellas consideraciones dictadas en la mejora del paciente.
5. Contar con el consentimiento informado del paciente el que será transmitido por escrito al paciente y también firmado por él.

5.11.3. Código de Ética

El “Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador” considera lo conocimientos tradicionales y su aplicación en función del principio de *Ayni*, de hacer siempre el bien:

“La medicina ancestral-tradicional no atentará contra la vida de las personas ni de la Madre Naturaleza porque es una medicina de la vida y para la vida. Si tenemos una necesidad de tomar una vida de nuestros hermanos minerales, vegetales y animales con propósitos de dar vida y bienestar, efectuaremos previamente ceremonias de

gratitud y bendición a estas vidas” esto con el objetivo de preparar al paciente antes del proceso de diagnóstico y cura.

El código también considera la práctica del ritual fundamento necesario para el desarrollo de la cura. Los rituales se efectúan de acuerdo a lo requerido por la persona, con el objetivo de propiciar la paz, la salud y el bienestar. Estos rituales responden a la cosmovisión de cada nacionalidad o pueblo. Se busca la reivindicación, recuperación y la revitalización de las vivencias de carácter espiritual, la actividad ceremonial de las nacionalidades y pueblos sumado a sus conocimientos para la atención el diagnóstico, la terapia y sanación. En definitiva, el código promueve abiertamente los estilos de vida de coexistencia con la Madre Naturaleza que conocemos en nuestras nacionalidades y pueblos, como métodos de prevención de la salud corporal y espiritual.

5.11.4. Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales

Las parteras certificadas, articulan a sus conocimientos y cosmovisión también las prácticas establecidas por el sistema nacional de salud:

- Para el bienestar de la mujer que ha dado a luz, un miembro elegido de su familia tendrá acceso libre durante el parto y todo el período postnatal.
- Brindar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución mantienen el derecho a utilizar la ropa típica de su tradición (la suya y la del bebé), alimentación, destino de la placenta y demás tradiciones culturales propias de la madre.

- Es recomendable el control de la frecuencia cardiaca fetal por auscultación en la primera etapa del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo, para lo que la partera ancestral podrá realizarlo con campana de pinard.
- No está indicado la rasuración del vello púbico o la administración de un enema previo al parto.
- No es recomendable ubicar a la mujer en labor de parto en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y ni en la fase expulsiva.
- caminares recomendable que la mujer camine durante la dilatación, y cada cual decide en libertad qué posición adoptar durante. La etapa expulsiva, y el cuidado del perineo debe ser el adecuado.
- En la fase expulsiva se evita la administración rutinaria de analgésicos o anestesia.
- Jamás se justifica que haya la ruptura artificial y precoz de las membranas como procedimiento de rutina.
- Es necesario un estudio donde considerar el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

5.11.5. Guía Técnica para la Atención de Parto Culturalmente Adecuado

Esta guía presentada en el 2005 tiene la intención de “mejorar la atención de la salud reproductiva a nivel nacional, adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población, de manera que pueda incidir en la disminución de los índices de

mortalidad materna y neonatal”. Entre los puntos que establece para conseguirlo, tenemos:

1. Dar el recibimiento a la mujer embarazada con respeto y cordialidad, evitar el uso de palabras que le resulten difíciles de comprender.
2. Establecer adecuadamente la relación e interacción con la partera y familiares de la paciente.
3. Evaluación inicial de la embarazada, determinándose realiza una serie de preguntas a manera de interrogaciones para ubicar los factores de riesgo y establecer el nivel de atención que requerido.
4. La explicación de los procesos debe ser sencilla y entendible y que haga conocer, a la embarazada y sus familiares, el lugar en donde se va a atender el parto.
5. Escuchar con atención y responder las inquietudes de la embarazada y sus familiares en forma sencilla, evite emplear tecnicismos.
6. Permita que la partera, partero y/o su acompañante realicen su intervención en los preparativos de la mujer, puede usar la ropa típica de su comunidad y cultura y debe ser respetado por el personal médico en todos los casos
7. Asegurar la disponibilidad de medicamentos, instrumentos y todos los insumos médicos que requerirá para la atención del parto deben estar listos para ser utilizados en cualquier momento.

5.12. Score MAMA

El score MAMA consiste en una herramienta con la que anotar los signos vitales en función de puntajes, para el reconocimiento las respuestas de manera temprana y así detectar el deterioro de signos clínicos y fisiológicos. identificarse dirige a la identificación, cualquier tipo de emergencia obstétrica, siendo los más relevante el primer nivel de atención en salud, y permite tomar oportunamente.

Con el propósito de identificar un potencial riesgo durante la atención obstétrica, el score mamá requiere de una herramienta objetiva para tomar las mejores decisiones.

En el protocolo de 2017 el Ministerio de Salud indica que: “es una herramienta complementaria para la identificación de casos de riesgo biológico, por lo tanto, su uso debe ser tomado como un apoyo en la toma de decisiones y para la transferencia oportuna de una paciente” (27).

Más adelante ubica que “se compone de seis indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa, la proteinuria. A estos indicadores se les dará una puntuación de 0 a 3, considerando 0 como valor normal” (27).

5.12.1. Frecuencia respiratoria

Institute of Obstetricians and Gynaecologists (28) acerca de la FC dice que su toma es obligatoria, se identifica como el indicador más precoz y sensible del deterioro en el bienestar de la paciente. Se documenta con un valor numérico en la hoja de evolución en la sección de signos vitales, y en el formulario 051 designado para este signo vital. Los valores normales de la frecuencia respiratoria en la mujer embarazada

o puérpera son de 12 a 20 respiraciones por minuto. La evaluación debe llevarse a cabo durante 60 segundos, después la evaluación de la frecuencia cardíaca, debido a una posible alteración por la toma de conciencia de la medición.

5.12.2. Presión arterial (PA)

Nathan et al. (29) nos dice que la PA se mide utilizando un brazalete de tamaño adecuado, es recomendable que la circunferencia media del brazo, se mida en todas las embarazadas, tomar correctamente la presión arterial es clave en la determinación de posibles padecimientos obstétricos, es por ello que el personal de salud debe dominar la técnica y así prevenir todo tipo de riesgo en la vida de la madre y del hijo.

Lowe (30) nos indica que debemos tomar en cuenta que, si la puérpera se encuentra acostada, se debe evitar la postura decúbito supino, por la compresión aorta-cava que provoca hipotensión. La mejor posición para la toma de presión arterial es en decúbito lateral izquierdo y en el brazo izquierdo. Es recomendable usar el tensiómetro con brazalete adecuado que cubra 1.5 veces la circunferencia del brazo. Si la PA es consistentemente más alta en uno de los brazos que en el otro, se usa la lectura más alta para todas las medidas de presión arterial.

5.12.3. Frecuencia cardíaca (FC)

La FC se mide en la arteria radial, debido a su fácil acceso. “La arteria braquial se utiliza en la medición de la presión arterial, y la carótida y femoral son arterias que

pueden ser palpadas en el caso de colapso. La arterial radial se palpa con el dedo medio e índice, en treinta segundos y se duplica si la tasa es regular, o 60 segundos si la tasa no lo es” (27).

Los parámetros normales de la FC se encuentran entre 60 a 100 latidos por minuto (lpm), cualquier valor por debajo o por encima de estos parámetros es una señal importante que puede indicar enfermedad subyacente grave y requiere ser investigada.

5.12.4. Saturación de oxígeno

Los niveles de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre y se conoce como SpO₂. Se mide de forma rutinaria a todas las mujeres y se presenta mayor intención cuando:

“La frecuencia respiratoria está fuera de los parámetros normales, si una condición médica obstétrica requiere de los niveles de saturación de oxígeno continuo, por ejemplo, un trastorno respiratorio. La SpO₂ se documentará como porcentaje y sus parámetros normales son de 94 a 100%” (27).

5.12.5. Temperatura corporal

Sajadi (31) nos dice que se debe registrar la temperatura axilar en todo caso que sea posible. La temperatura en la boca es de 36-37°C en la mañana, y 37,7°C en la tarde. La temperatura aceptada es de 35,6°C a 37,2°C tomada a nivel axilar. El aumento o caída de la temperatura más fiebre oscilatoria es un indicador de sepsis. La hipotermia

puede ser indicativo de infección y la pirexia puede esconderse cuando se han administrado antipiréticos.

5.12.6. Nivel de conciencia

Todo tipo de alteración a nivel de conciencia siempre es significativo y se le debe dar una respuesta inmediata. La conciencia se evalúa de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Alerta: paciente orientada en espacio – tiempo y persona.
- Da respuesta ante un estímulo verbal
- Da respuesta ante un estímulo doloroso
- Ausencia de respuesta

5.12.7. Proteinuria

Su medición está vigente, aunque no es un examen que brinde un diagnóstico exacto, permite al médico estar atento y da una guía para profundizar en la investigación de la historia clínica. Se define como: “la presencia de proteínas en orina, cuando está asociada a hipertensión puede significar preeclampsia – eclampsia, o podemos tener un resultado positivo en procesos fisiológicos y patológicos” (27).

5.13. Signos de alarma materna

El peligro durante el embarazo es que desemboque en un caso de muerte materna, este es un problema de salud pública que afecta a países subdesarrollados y presenta

un importante impacto individual, familiar, social y económico. Según la OMS, las muertes maternas son aproximadamente 800 por año. La clave está en identificar con anticipación las señales de peligro, evitar la demora al acudir al centro de salud para recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte.

Cuando en el embarazo se presenta alguno de los siguientes síntomas, se debe considerar que tanto la vida de la madre como la del bebé pueden estar en peligro; se recomienda asistir de inmediato al servicio de emergencia más cercano.

5.13.1. Sangrado vaginal durante el embarazo

Carvajal (9) explica que durante el primer trimestre el sangrado no representa una urgencia médica, tiene un amplio diagnóstico diferencial y debe ser evaluado con una historia clínica y examen físico completos, realizando los esfuerzos necesarios para descartar una enfermedad molar o un embarazo tubario. La paciente refiere dolor cólico hipogástrico sumado a metrorragia, sin historia de eliminación de restos ovulares ni pérdida de líquido amniótico. Se puede ofrecer un manejo expectante basándose esencialmente en el reposo en cama por 48 horas hasta que cese el sangrado. Además, se recomienda la abstinencia sexual por 10 días y antiespasmódicos sólo para manejo sintomático del dolor.

5.13.2. Dolor intenso en el vientre

Escobar (32) define que el dolor intenso de abdomen o vientre designa a un conjunto de afecciones cuya principal manifestación es el comienzo de una incomodidad en la zona del abdomen que se va acrecentando, y muchas ocasiones suele requerir una intervención quirúrgica de emergencia.

El mismo autor sugiere que “ciertos cambios anatómicos y fisiológicos específicos del embarazo pueden dificultar la determinación de la causa del dolor.” A medida que aumenta el tamaño del útero, se convierte en un órgano abdominal alrededor de las doce semanas y comprime las vísceras abdominales suprayacentes.

Este engrosamiento puede hacer difícil localizar el dolor, y también puede enmascarar o retrasar los signos peritoneales. Debe aplicarse un elevado índice de sospecha al momento de la evaluación de la mujer embarazada con dolor en el vientre.

5.13.3. Salida del líquido amniótico

El Ministerio de Salud (33) dice que la salida de líquido amniótico o del “agua fuente” puede ser normal cuando se comienza la labor de parto, cuando ocurre es importante acudir al centro de salud u hospital para la atención conveniente. Sin embargo, cuando la salida de líquido se da antes de las 38 semanas, en forma abundante o unas cuantas gotas, esto es anormal y puede traer complicaciones tanto a la madre como al bebé. Es prohibida la introducción de todo tipo de remedio vía vaginal debido

a que esto aumenta el riesgo de infección. No es recomendable realizar tactos vaginales si existe salida de líquido amniótico, se recomienda asistir a donde el médico.

5.13.4. Cefaleas

“Las cefaleas primarias y secundarias afectan aproximadamente 20% de las mujeres gestantes; y de este porcentaje el 90% son de causas primarias y el 10% restante son de causas secundarias” (34). La cefalea primaria más frecuente es tensional, ocasionada por factores desencadenantes como estrés y la falta del sueño, cuestiones a las que la mujer se halla expuesta durante el embarazo y el posparto.

No obstante, la cefalea primaria más estudiada en las mujeres embarazadas es la migraña. En este último caso, el tratamiento se enfoca en disminuir la recurrencia de los episodios. Entre las recomendaciones tenemos: “promover la regularización de los hábitos e incorporación de rutinas saludables, hábitos del sueño, prevenir el sobrepeso o el bajo peso, buscar los factores desencadenantes o exacerbantes de las migrañas, buena hidratación, rutina de ejercicio aeróbica, técnicas cognitivas conductuales, incluso acupuntura” (34).

5.13.5. Convulsiones

La convulsión durante el embarazo siempre es una situación de emergencia. Se debe proceder inmediatamente, movilizándolo a la madre a un centro de salud; estas pueden

presentarse como una complicación de la presión alta en el embarazo. “Las convulsiones son episodios breves de contracciones musculares que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsión parcial) o a su totalidad (convulsión generaliza) y en algunos casos se acompaña de pérdida de conciencia y del control de los esfínteres” (35).

Cuando hay convulsión generalizada durante la eclampsia esto indica una emergencia potencialmente mortal, por ello, requiere atención inmediata. La preeclampsia es caracteriza por la pérdida en la regulación del flujo sanguíneo cerebral y exudación de plasma en el cerebro. Aunque se conoce las características, se desconoce el mecanismo exacto de por qué ocurren.

Lee (36) describe que la eclampsia puede venir precedida de una preeclampsia, con presión arterial mínimamente elevada y si proteinuria o edema. Las convulsiones en esta etapa pueden durar entre 60 y 90 segundos, tiempo en que la mujer se encuentra sin esfuerzo respiratorio.

Una convulsión siempre es un evento dramático e inquietante. Es importante que el médico mantenga la calma y evite las intervenciones innecesarias que generen problemas paralelos. El abordaje del evento será multidisciplinario y dirigido a eliminar la convulsión inicialmente, se recomienda proteger las vías respiratorias y evitar la aspiración hacia la tráquea, colocando a la madre sobre su lado izquierdo y realizando

la aspiración de la boca. “El momento de un ataque de eclampsia puede ser anterior al parto (53%), durante el parto (19%) o después del parto (28%) (37).

5.13.6. Falta de movimiento en el feto

El movimiento fetal es de los primeros signos de vitalidad fetal, durante la gestación, este va apareciendo de forma gradual. Que el bebé tenga una adecuada adquisición y mantenimiento del movimiento durante la gestación, es indicativo de su correcto desarrollo neuromuscular y de bienestar fetal.

“Es uno de los primeros signos de viabilidad fetal, aunque no es detectado por la gestante hasta las 18 – 22 semanas. En multíparas se sucede antes, entre las 16 y 18 semanas, mientras que madres con obesidad pueden aparecer hasta las 24 semanas. Que no se perciba el movimiento hasta esta semana es un motivo de alarma” (38).

Palacio (39) acerca de la falta de movimiento indica que existe dos factores principales relacionados: episodios de hipoxia fetal, agravado por consumo de tabaco, alcohol y posición de decúbito supino al dormir, principalmente en el últimos trimestre del embarazo se denominada de riesgo; mientras que los factores sin riesgo son aquellos relacionados con un cambio en la percepción de madres respecto al movimiento fetal, las razones pueden ser varias y las más comunes son el uso de algunos tipos de medicación, episodios de estrés, ayuno incluso el exceso de actividad física.

Los signos de alarma respecto a los movimientos fetales son los siguientes:

- No percibir movimiento > 24 semanas.

- Ausencia total de movimientos que dura más de dos 2 horas.
- Disminución en la percepción habitual de los movimientos fetales que dure más de 12 horas.
- En cualquiera de los dos casos, no se debe esperar más de un día para realizar una revisión médica.

5.13.7. Infecciones de las vías urinarias

Constituyen una de las complicaciones de carácter infeccioso más comunes durante el embarazo y se les atribuye un importante porcentaje de morbimortalidad materna, principalmente en lugares de bajos recursos.

Conocidas en diagnóstico médico como IVU, se producen por la existencia de agentes patógenos en la orina provenientes de la vejiga o del riñón, “los síntomas cambian de acuerdo al lugar de la infección y en algunos casos llegan a ser asintomáticos. De acuerdo al sitio de la proliferación de las bacterias se clasifican en: bacteriuria asintomática, cistitis o pielonefritis” (40).

Las mujeres embarazadas desarrollan fácilmente infecciones de vías urinarias, esto se debe a los cambios funcionales, hormonales y anatómicos, también “a la localización del meato uretral, expuesto a bacterias uropatógenos y de vagina que acceden al tracto urinario” (40).

En definitiva, estas infecciones pueden producir disminución del crecimiento del bebé o que se adelante el parto; por eso, es de gran importancia acudir al control prenatal para que sean detectadas a tiempo y brindar el tratamiento médico adecuado a la mujer parturienta.

6. Metodología y diseño de la investigación

6.1. Tipo de estudio

Con el objetivo de explorar los conocimientos y prácticas ante la alarma materna de parteras certificadas se realizó un estudio cualitativo, orientado a aprender de las experiencias de las parteras y de sus puntos de vista, y así generar teorías, basadas en las perspectivas de las participantes, además nos permite obtener un contexto sobre el tema a profundidad.

El estudio cualitativo permite interpretar los datos recolectados, acerca de los conocimientos y prácticas ante la alarma materna de las parteras, a partir del relato de sus vivencias personales, y contrastarlos con los referentes establecidos previamente.

6.2. Área de estudio

El estudio se realizó con la participación de parteras certificadas del cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura, las mismas han sido instruidas en saberes ancestrales por familiares predecesores y/o chamanas con experiencia en la atención del parto; al ser certificadas también han recibido instrucción continua por partes de las entidades de Salud del Estado Ecuatoriano. Dos de ellas se comunican exclusivamente en kichwa, por lo que hemos requerido la ayuda de un traductor que nos permita comunicar la intención de la entrevista y que las preguntas se entiendan y puedan ser respondidas con claridad.

6.3. Participantes

Las participantes estaban conformado por las parteras certificadas del cantón Cotacachi, mismas que habitan en las diferentes comunidades pertenecientes a las parroquias del cantón, para lo cual se tuvo que asistir a sus domicilios en las cuales se da a conocer los objetivos del estudio, quienes acceden de manera voluntaria a la investigación, además mencionan que el nivel de escolaridad de la mayoría de las participantes es primaria, y que no solo se dedican a la partería sino también tienen conocimientos como hierbatera, curanderas, limpiadora de malaires.

Este estudio se lo realizo hasta que se llegó a una saturación de categorías.

6.3.1. Criterios de inclusión

- Parteras tradicionales que han sido certificadas por el Ministerio de Salud.
- Parteras certificadas que hayan atendido partos desde su certificación.
- Que tengan una experiencia mínima de 3 años y sean reconocidas por la comunidad.
- Parteras que quieran participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

6.3.2. Criterios de exclusión

- Parteras tradicionales que no hayan sido certificadas por el Ministerio de Salud, no cuentan con el tiempo de experiencia y no acuden a las capacitaciones.

6.4. Métodos, Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos

Se realizó una entrevista como técnica de recolección de datos. La entrevista se diseñó con preguntas abiertas y neutrales sobre alarma materna, con la intención de obtener una perspectiva acerca de los conocimientos y las experiencias relacionadas con las prácticas durante eventos de este tipo.

La entrevista estuvo constituida por una guía de diez preguntas, enfocadas en proporcionar la opinión detallada de las parteras. Este instrumento fue de elaboración propia y validado por expertos en el tema.

En torno a la aplicación de la entrevista, se siguió algunos pasos previos a en su aplicación, los cuales están detallados de forma secuencial a continuación:

- Validación del instrumento por los expertos en el tema, referente a los conocimientos y prácticas de alarma materna.
- Desarrollo de una prueba piloto, el mismo que se aplicó a una participante del universo total, los datos obtenidos aquí todavía no son considerados como parte de la recolección.
- Elaboración del consentimiento informado para las parteras certificadas que forman parte de la investigación. El mismo ha sido elaborado tomando como base el del Ministerio de Salud Pública.
- Realización de las entrevistas a las parteras certificadas que cumplen con los criterios de inclusión.

6.5. Plan de Tabulación y Análisis

En este punto ya ingresamos en el proceso de investigación de campo. Se siguió los siguientes pasos:

- Acudir al lugar de encuentro determinado con las parteras que aceptaron voluntariamente participar de la entrevista.
- Explicar de manera detallada a cada una de las parteras certificadas los motivos de la entrevista y los objetivos a cumplir.
- Presentar el consentimiento informado, indicando a las parteras que una vez firmado se garantiza la total confidencialidad y anonimato de sus datos y opiniones vertidas durante el proceso de entrevista.
- Adecuar el lugar para la entrevista y así lograr un estado ameno y confiable para la partera. En algunos casos, la entrevista se realizó en la casa de la partera, lo que facilita su comodidad y disposición.
- Iniciar la entrevista, estableciendo un tiempo aproximado de 20 minutos. Se siguió un orden en la formulación de las preguntas, así comenzamos por preguntas generales y fáciles, acerca de la alarma materna, luego pasamos a otras más complejas respecto al conocimiento. A continuación, se realizó preguntas acerca de las prácticas que son más sensibles, pues hablan directamente de su experiencia y así culminar con preguntas que nos permitan obtener conclusiones y dar el cierre adecuado.
- Una vez realizada la recolección de datos, el proceso continuó con la identificación de la información necesaria para responder a los objetivos específicos y preguntas planteadas acerca del problema, mediante la interpretación fundamentada en los conocimientos y prácticas establecidas por

la medicina ante la alarma materna, y así compararlos con los indicados por las parteras certificadas.

Las entrevistas se grabaron y se realizó el uso de una bitácora, en donde se anotó ciertas observaciones puntuales que permitieron dar un mejor contexto, al momento de interpretar los datos y cumplir con los objetivos.

Previo a la presentación de resultados se realizaron los siguientes procesos relacionados antes de realizar la encuesta:

- Presentación del investigador y de los procedimientos.
- Sensibilizar e informar a las parteras certificadas sobre la importancia del estudio en la atención hacia las mujeres embarazadas.
- Introducción breve acerca de en qué consiste la alarma materna.
- Lectura del consentimiento informado.
- Inicio de la entrevista a la participante para la recolección de datos.

Antes de la realización de las entrevistas a las parteras certificadas, se realizó una breve introducción acerca del tema consultado que es la alarma materna, en este pequeño diálogo se evitó dar conceptos técnicos y se lo abordó de una forma general con el fin de no influir en las respuestas generadas.

Gran parte de las entrevistas fueron realizadas en las zonas rurales del cantón, confirmando así que todas las parteras viven en zonas alejadas y rurales de difícil acceso, así mismo la mayoría de los partos que estas mujeres han atendido, también

han sido en el área rural. Para las entrevistas nos movilizamos en algunos casos a las viviendas de las parteras y en otros a lugares acordados previamente con ellas.

Los gastos fueron por financiación propia completamente.

6.6. Procedimientos

A partir de la información recolectada a través de las entrevistas, se realizó la transcripción de los audios con la ayuda del software Express Scribe, considerando aquellos conceptos ubicados con mayor exactitud respecto a los estándares establecidos por la medicina en cuanto a los conocimientos y procedimientos de alarma materna.

La presente investigación requirió de cierta información personal de las personas certificadas, la misma que para algunas de ella puede resultar incómodo de compartir o divulgar. Por esto, se ha proporcionado a las mujeres encuestadas un acuerdo de confidencialidad que permite asegurar que los datos e información brindada se mantenga reservada solamente para el estudio y no sea de dominio público o utilizado con algún otro fin. La quinta revisión de la declaración de Helsinki (41) ha actualizado y mejorado de forma sustantiva las consideraciones referentes a los aspectos éticos; además de proteger la vida, la salud, la dignidad y la integridad, da suma importancia a la confidencialidad de la información personal. Es así que, con la autorización y aprobación de la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) se proporcionó un consentimiento informado a las parteras, con el objetivo de brindar las pautas de la investigación y preservar el anonimato de las mujeres encuestadas.

7. Resultados

Se llevó a cabo una recolección de información a través de las entrevistas realizadas a las parteras certificadas, la información se organizó en dos categorías principales; una relacionada con los conocimientos acerca de la alarma materna y la otra enfocada en el tipo de prácticas que ellas han realizado ante casos de alarma materna. Es así que las respuestas se organizaron de la siguiente manera para conseguir una mejor comprensión del tema:

- Definición de alarma materna
- Conocimiento acerca de alarma materna adquirido a partir de las capacitaciones del Ministerio de Salud
- Signos y señales de alarma materna
- Prácticas relacionadas con la alarma materna
- Propuestas para mejorar la atención brindada por parteras certificadas a mujeres en condiciones de alarma materna

A continuación, detallamos los resultados obtenidos de acuerdo a la clasificación recién situada.

7.1. Definición de alarma materna

El término “alarma materna” de por sí, ya da claves de su definición, aún para personas que no estén relacionadas con el trabajo de partería, sin embargo, dentro de las entrevistas se han obtenido las siguientes respuestas acerca de su definición, las cuales citamos a continuación:

“Son signos de dolor o de fiebre que se presentan en la mujer embarazada, o cuando se presentan sensaciones de adelanto del parto o incluso alguna señal de aborto, en estos casos es recomendable enviar a la madre al hospital para que sea atendida por el doctor” R.B.

Es claro para las parteras certificadas que la alarma materna está relacionada con ciertas señales que se presentan como síntomas, previo al momento del parto o posterior. En otros casos las definiciones aportadas son mucho más concretas:

“La alarma materna es un conjunto de señales que indican que la madre y su bebé se encuentran en peligro” F.C.

Además de las definiciones, algunas parteras aportaron medidas a las cuales ellas recurren cuando la mujer al que se atiende, presenta alguna complicación o señal de peligro:

“Como parteras ayudamos a las compañeras cuando presentan riesgo de muerte materna o cuando presenta molestias continuas. Nosotras recurrimos a medidas para que vaya muy bien la madre, por ejemplo, cuando el bebé no se mueve, y también cuando la madre presenta elevada temperatura, a veces hay sangrado y en otras ocasiones la cabeza les duele mucho” C.C.

Ya desde un principio de las entrevistas, varias de las parteras certificadas relacionan la definición de alarma materna con una serie de síntomas que la mujer presenta a lo largo del embarazo, son conscientes de que cuando la alarma se presenta, deben actuar rápidamente, y si el malestar persiste se deben mandar directamente al hospital a la embarazada para que sean atendidas por especialistas.

Básicamente todos los criterios obtenidos en las entrevistas coinciden en afirmar que la alarma materna es algo a considerar de forma oportuna:

“Son señales de peligro que pueden poner en riesgo la vida de la madre y del bebé”. A.C.

“Son molestias que se presentan durante el embarazo de una mujer y ponen en peligro la vida de ella y de su bebé si no es atendida oportunamente” M.C.

A continuación, se ubica los aportes que las parteras certificadas han obtenido a partir de las capacitaciones recibidas, por parte del Ministerio de Salud Pública, los cuales refuerzan las definiciones y en cierto grado los conocimientos que las mujeres tenían previamente.

7.2. Conocimientos adquiridos a partir de las capacitaciones

El Ministerio de Salud Pública se encuentra continuamente brindando capacitaciones a las parteras, además de incentivar a que las mujeres consigan la certificación y así puedan trabajar de manera articulada junto a los médicos, cuando las situaciones lo

ameritan; las parteras reconocen que los conocimientos que el MSP les ha dado, han sido muy útiles para mejorar su proceder en casos de alarma materna:

“En las capacitaciones nos explican la manera de proceder cuando la madre está en peligro, a veces tenemos miedo porque no sabemos que hacer, nos explican que siempre en estos casos debemos mandar a la embarazada al hospital, manteniendo la calma y tranquilizando a la madre” M.S.

Hay ocasiones en que la atención del parto se ve limitada por la falta de conocimientos en cómo proceder ante una determinada situación, es importante aquí la función de las capacitaciones, pues además de fortalecer el aprendizaje el Ministerio deja claro el apoyo ante cualquier contingencia:

“Durante los cursos y capacitaciones aprendemos muchas cosas de cómo tratar a la mujer embarazada, como tranquilizarla, también recurrimos a nuestras técnicas tradicionales como aguas de plantas para tratar los síntomas, pero cuando los malestares siguen, mandamos al hospital para que los doctores las atiendan, cuando están muy asustadas nosotras mismo las acompañamos y les presentamos a quienes les van a atender porque sí las conocemos” M.C.

Es gracias también las capacitaciones que las parteras certificadas han conseguido preservar el bienestar de las mujeres y prevenir conmensurablemente los casos de muertes maternas:

“Gracias a las capacitaciones que nos han dado las doctoras hemos aprendido a ver si la embarazada y el bebé están en peligro. Hace ya diez años que no ha habido algún caso de muerte ni de la madre y ni del bebé”. A.C.

El conocimiento ancestral con el que las parteras cuentan es muy amplio, es algo que vienen fortaleciendo durante generaciones y aplican con total confianza, no obstante, también reconocen que lo aportado por parte de las entidades de salud también les ha ayudado a aprender nuevas cuestiones de las cuales no tenían un concepto previo:

“Hemos aprendido con nuestras compañeras a identificar los riesgos y peligros en los que pueden estar la madre y el bebé, a través de algunos síntomas que pueden llegar a presentar, había cosas que no sabíamos y ahora entendemos bien”. C.C.

Los especialistas que capacitan, además de aportar conocimientos generales también brindan técnicas prácticas a realizar cuando la mujer embarazada presenta alguna molestia específica, durante las capacitaciones los médicos realizan estas explicaciones detalladamente:

“Durante las charlas que recibimos en los hospitales nos explicaron con mucha paciencia como se debe tomar la bebé cuando sale, aprendimos la manera correcta de limpiar, la distancia a la que debemos cortar el cordón umbilical desde el ombligo, también fueron muy amistosas al

capacitarnos y si teníamos dudas, nos respondían todo aquellos que preguntábamos, estamos muy complacidas con lo que estamos aprendiendo por parte del Ministerio de Salud” R.B.

Además de las charlas y capacitaciones respecto al aporte de nuevos conocimientos y técnicas, el personal médico deja claro en todo momento que las parteras siempre pueden recurrir a ellos si la situación con la madre embarazada la rebasa, para esto las parteras remiten directamente al doctor para que la mujer sea atendida inmediatamente, esto es importante porque queda claro que no están solas, y siempre pueden recurrir al apoyo de las entidades de salud:

“Cuando hay cosas que no sabemos nos recomiendan que un caso de esa naturaleza remitamos directamente el hospital, a veces las madres tienen miedo de ir solas porque les han dicho que los doctores no atienden bien, es así que nosotras las acompañamos directamente en varias ocasiones, las calmamos y explicamos que los doctores son muy buenos y saben bien lo que hacen”. F.C.

Es así que podemos comprobar mediante las respuestas aportadas durante las entrevistas, la utilidad de las capacitaciones continuas que favorecen principalmente la manera de proceder de las parteras certificadas ante situaciones complicadas, también los doctores explican el procedimiento que se debe seguir al momento de remitir a la paciente al hospital para que sea atendida rápidamente en caso de urgencia.

7.3. Signos y señales de alarma materna

Los signos y señales de alarma materna son de conocimiento generalizado por parte de las parteras certificadas, los cuales conocían previamente en algunas ocasiones antes de las capacitaciones, no obstante, las mismas han fortalecido la capacidad de identificación es estas señales. Como las parteras hacen un seguimiento de las embarazadas mucho tiempo antes del momento del parto, es importante el reconocimiento de cualquier señal de peligro, y entre más temprano se identifique, se preservará de mejor manera la integridad de la embarazada y del bebé:

“Son señales de peligro cuando el bebé está en mala posición, la fiebre, algunas madres señalan una sensación de que se les va a salir el corazón, lo cual nos han enseñado a interpretar como pulso acelerado o presión alta, cuando la respiración de la madre esta acelerada o cuando hay sangramiento debemos enviar inmediatamente al doctor”.

M.S.

Es muy común escuchar, principalmente por aquellas parteras con muchos años de experiencia, que los partos que han atendido se han desarrollado con total normalidad, sin embargo, incluso las parteras más experimentadas reconocen los peligros que pueden existir, y están conscientes que hay situaciones en las cuáles no pueden proceder adecuadamente al no contar con los implementos necesarios:

“He sido partera por más de 30 años y casi no he atendido a mujeres que hayan presentado señales de peligro. De todas maneras, conozco que se deben considerar como un signo de alarma cuando el bebé está

quieto, cuando la madre ve luces volando o destellos, cuando tiene una fiebre elevada, la presencia de sangramiento o de hemorragia, la hinchazón de pies y manos, también de la cara, o cuando la madre tiene un intenso dolor de cabeza o de la barriga”. A.C.

Las parteras certificadas han aprendido a complementar sus saberes ancestrales con lo aprendido a partir de la medicina tradicional, todas las parteras entrevistadas reconocen las señales y signos de alarma materna, y también han aprendido a proceder de una manera que en muchos casos se asemeja con la atención que se pueden esperar recibir en un hospital:

“Hemos aprendido que cuando hacemos el control durante el embarazo hay que hacer preguntas de cómo se han sentido durante las últimas semanas, si han tenido dolor de cabeza que ha sido constante y fuerte nos lo informan, también cuando ven luces de colores rojo o verde mientras caminan esto es una señal de peligro. También es importante considerar cuando detectamos que tienen temperatura alta, la hinchazón de las piernas, manos o de la cara. También preguntamos si han tenido sangrado o algo de líquido está bajando, por cuantas horas o días ha venido ocurriendo, al principio utilizamos plantas medicinales para tratar estos malestares, pero en caso de que continúe remitimos al hospital, mandamos referencia y así no hemos tenido durante más de diez años casos de muerte materna”. F.C.

No es un dato menor el considerar la eficacia de las parteras certificadas en prevenir los casos de muerte materna, estos son gracias a conocer los signos y señales de alarma materna de manera oportuna, el trabajo articulado junto a los médicos y el trato asertivo hacia las mujeres embarazadas en un estado especialmente vulnerable, las parteras certificadas son muy conscientes de cuando deber remitir al hospital y cuando pueden resolver la situación por propia cuenta:

“Debemos prestar mucha atención cuando la embarazada presenta dolores fuertes de cabeza, cuando la fiebre no baja con facilidad, el sangrado es muy peligroso. También es un signo de alarma cuando hay hinchazón de las manos y pies, cuando tiene la visión borrosa o ve colores, las mujeres que tienen más de 40 años corren riesgos durante el momento del parto. Cuando se presentan estos casos se necesita el apoyo de un médico al cual enviamos a la madre para que la atienda, a veces nosotras las acompañamos personalmente por si tiene miedo o no sabe a dónde llegar o dirigirse”. M.C.

Las parteras certificadas conocen sus limitaciones y saben cuándo requieren el apoyo del personal médico hospitalario, en muchos casos las parteras conocen a este personal pues son de quienes también aprenden a través de las capacitaciones y por ello hay un alto nivel de confianza y de respeto mutuo hacia la profesión y trabajo de cada cual.

7.4. Prácticas relacionadas con la alarma materna

Las prácticas desarrolladas por las parteras certificadas se basan principalmente en su conocimiento ancestral, mediante el uso de plantas medicinales en forma de infusiones o aplicaciones directas sobre el cuerpo, técnicas utilizadas para el acomodamiento del bebé si esto es requerido, y otras actividades previas a labor de parto que se detallarán a continuación de acuerdo al tipo de señal que se presente.

Comenzamos ubicando las prácticas realizadas en caso de fiebre:

“Si la embarazada presente fiebre de forma continua se prepara infusiones con plantas medicinales como la siempreviva, llantén, hojas de granadilla, caballo chupa, a veces las mezclamos y se usa de tres a cuatro hojitas, cuando la infusión está preparada añadimos unas gotas de limón y administramos tres veces al día durante tres días”. C.C.

El uso de plantas es una constante durante estadios de fiebre, bien sea en forma de infusiones o de emplastos aplicados en la frente con el objetivo de bajar la temperatura:

“Cuando hay fiebre acompañada de dolor de cabeza, lo primero que hacemos es una limpia, la que consiste en pasar un huevo con agua de ruda, y observamos que muestra, pues en ocasiones es mal de ojo y con la limpia se alivia. En caso de que la fiebre continúe, se toma infusiones de plantas de linaza, aleluyo, diente de león, zambo tierno u hojas de granadilla. Se debe cocinar como mínimo tres de estas plantas juntas y se administra como agua de tiempo, es decir, la embarazada debe

tomarla continuamente durante todo el día. Esto suele funcionar, pero en caso de que la fiebre siga, la remitimos hacia el hospital". R.B.

Las plantas utilizadas suelen ser las mismas, aunque las parteras no se conozcan entre sí y pertenezcan a comunidades diferentes y hasta lejanas entre sí; se entiende que esto es así por lo que tienen en común los saberes ancestrales provenientes de la nacionalidad kichwa:

"Utilizamos plantas cuando tienen fiebre, en forma de infusiones o colocando el agua en trapos que se ponen en la frente para bajar la calentura". M.C.

También se recurre al uso de emplastos de las mismas plantas nombradas:

"Agua de llantén, pelo de choclo, escancel, caballo chupa y siemprevivas acompañadas de unas gotas de limón que sirven para potenciar la infusión, también se ponen emplastos de estas mismas plantas, además del uso de hojas de granadilla. F.S.

La fiebre suele venir acompañada de dolor de cabeza, además de las prácticas previamente ubicadas, el tratamiento del dolor de cabeza se complementa de las siguientes formas:

“Se hace una limpia a la mujer y esto casi siempre alivia los dolores de cabeza, a veces acompañamos la limpia con la toma de infusiones de plantas medicinales”. R.B.

El uso de medicina ancestral se complementa con lo aprendido en las capacitaciones impartidas por el personal del Ministerio de Salud Pública, prácticas que podemos apreciar a continuación:

“En las capacitaciones hemos aprendido que los dolores de cabeza están relacionados con situaciones estresantes que las mujeres embarazadas están pasando, el dolor puede ser ocasionado por la presión alta o baja, aunque en este último puede dar lugar a la aparición de mareos, se recomienda en estos casos disminuir o suspender el consumo de sal y de azúcar. Esto suele ayudar mucho y aliviar el malestar que las mujeres presentan”. F.S.

La presencia de mareo suele ser tratado de manera similar a los dolores de cabeza o fiebre por parte de las parteras certificadas, mientras que en el caso de ver luces o destellos se recurre rápidamente a la atención hospitalaria:

“Cuando la madre está viendo luces, hacer una limpia no suele ser suficiente. Nosotras administramos plantas medicinales en infusiones y si las visiones continúan acompañamos personalmente a la madre al

hospital y estamos con ella hasta que el personal médico la atiende”:

A.C.

La misma partera nos indica un tipo de protocolo que ella sugiere a la embarazada con el objetivo de mejorar su situación, a través de la confianza que existe entre ambas mujeres:

“En caso de ver luces le sugiero a la embarazada requerir la valoración de un doctor, cuando no tienen la referencia se anota en un cuaderno para saber cuántas embarazadas se han atendido en el mes, los síntomas que pueden haber presentado y así informar al distrito. A.C.

Cuando se ven destellos es en muchos casos considerado como algo grave por las parteras certificadas y remiten inmediatamente a la atención médica profesional:

“Cuando la embarazada manifiestas estar viendo luces, lo que le hacemos es un limpia y la mandamos directamente al hospital, en este tipo de situaciones no esperamos demasiado porque puede ser algo malo”. M.S.

La hinchazón de la cara, manos y pies es una señal que las parteras detectan como algo de peligro y que debe ser considerado y tratado lo más pronto posible:

“Si la hinchazón no disminuye cuando se han aplicado los emplastos en las áreas afectadas, mandamos directamente al hospital”. M.C.

Es aquí donde nos encontramos con uno de los signos que las parteras certificadas prefieren no tratar directamente, porque han aprendido lo urgente que es disminuir la hinchazón, y aunque el uso de las plantas medicinales si aporta beneficios, el tiempo de acción suele ser más lento de lo que la situación lo amerita. Las parteras certificadas han aprendido a relacionar la hinchazón con cambios en los niveles de presión arterial, y es por ello que sugieren medidas similares a aquellas cuando se presentan dolores de cabeza en principio, pero de manera general siempre remiten a un centro hospitalario.

Es una situación conocida para las parteras certificadas la falta de movimiento fetal, lo que es una cuestión que preocupa mucho a las futuras madres, para estos casos, además de la tranquilidad que la partera transfiere a la mujer atendida, hay una serie de prácticas que son puestas en acción, efectivas cuando se trata de acomodar al bebé en la posición correcta para el parto y similares entre sí:

“Nosotras aprendimos a sentir la posición en la que se encuentra el bebé palpando el vientre de la madre, si sentimos que está de lado o con los pies hacia abajo lo acomodamos tocando, usando unas telas o un manto, en ocasiones usamos aceites o alguna crema para masajear, pero esto es poco común”. M.C.

Las parteras también han aprendido a relacionar la falta de movimiento del bebé con una mala posición dentro del útero, por eso es que en algunas ocasiones el movimiento puede retornar si se corrige la posición:

“Si la embarazada nos dice que no siente el movimiento del bebé, lo primero que hacemos es asegurarnos si el bebé está con la cabeza hacia abajo, como posición correcta. Si no es así, hacemos unos amarres con una sábana y se jala con el dorso de la mano, no con demasiada fuerza. Esto suele funcionar bien, pero en caso de que le falta de movimiento continúe, mandamos al hospital”. R.B.

Las otras parteras entrevistadas recurren a técnicas similares como lo son el amarre con sábanas y así conseguir la ubicación correcta del bebé dentro del útero, sin embargo, cuando esto no es suficiente, se opta por enviar inmediatamente al doctor para que la mujer sea atendida:

“Si no hay movimiento fetal, la mandamos directamente al hospital con referencia, seguimos teniendo comunicación directa con el hospital”.

C.C.

“Hemos aprendido que la falta de movimiento en el bebé es una señal de peligro para ambas partes, por eso cuando no hay movimientos acompañamos al hospital para que sea atendida por el médico inmediatamente”. A.C.

Uno de los signos de alarma que las parteras certificadas han aprendido a identificar como señales de peligro son el sangramiento y la pérdida de agua fuente, ambas cuestiones son tratadas en principio con plantas medicinales que ayudan a mitigar los dolores que siente la madre, pero en la mayoría de casos, la presencia de estas señales indica la urgencia de recurrir a la atención médica:

“Si la embarazada está sangrando la ponemos en una posición con los pies hacia arriba, le damos agua de ruda y le hacemos un amarre con mantas, solo cuando hacemos esto enviamos al hospital con la intención de que pueda resistir hasta ser atendida”. R.B.

Es un poco común que, en las comunidades rurales, principalmente en aquellas que quedan más alejadas de sectores urbanos, exista un miedo hacia los hospitales, esto debido a cuestiones que han escuchado de parientes o personas allegadas, lo cual coacciona a que las embarazadas se predispongan a recibir atención hospitalaria. En caso de haber sangrado las parteras suelen actuar de la siguiente manera:

“Cuando la embarazada llega le preguntamos qué es lo que le sucede, preguntamos hace cuanto tiempo que presenta el sangrado o pérdida de agua fuente, procedemos a tranquilizarla y a explicarle que, si hay solución pero que es necesario recurrir al hospital, si aún dicho esto se niega, nosotras mismo las acompañamos para que sea vista por el doctor”. F.S.

Como se indicó a un principio, las parteras certificadas han aprendido a complementar lo ancestral con las técnicas utilizadas en la medicina convencional, y son conscientes de que preservar la vida de las mujeres es lo primordial y es desde donde se debe tomar las decisiones acertadas:

“Había una compañera con 5 meses que estaba sangrando, nosotras revisamos y notamos que el útero ya estaba abierto y por eso el sangrado, ante eso toca hacer el control. Cuando el bebé está muy abajo hay que alzarlo. Gracias a Dios hora va cerca de dar a luz, cuando a los 5 meses estaba casi abortando. Hay que subir al bebé un poco mediante técnicas de masajes que realizamos y siempre se las manda al hospital amarradas. El tomar leche con paico, o caso contrario comer aguacate frena el aborto. Cuando aún no es el momento del parto hacemos pomadas con eucalipto o yerbamora, se administran durante tres días pasando un día, o hasta el momento de llegar el parto”. C.C.

En la partería ancestral, la pérdida de agua fuente es un claro indicativo de que es momento del parto:

“Cuando hay la pérdida del agua de fuente antes de hora, entonces indica que el parto se ha adelantado. Si no es tan prematura y el bebé viene de cabeza lo atendemos en la casa mismo, y en caso de que la mujer no tenga suficiente fuerza le damos comer chochos, mote y otros granos para que así consiga pujar adecuadamente, si esto no funciona también la mandamos al hospital”. M.C.

Todas las parteras entrevistadas también han aprendido a través de las capacitaciones, los protocolos requeridos para que las embarazadas que están atendiendo sean consideradas inmediatamente cuando son remitidas al hospital:

“Si hay sangramiento o pérdida de líquido fuente se remite al hospital para que sea valorada por el médico, la acompañamos hasta que sea atendida o la mandamos con la hoja que el distrito remite, aunque a veces las embarazadas se olvidan de este papel y por ello no llegan al hospital con el documento. Aun así, siempre nos han informado que han sido bien atendidas en el hospital”. A.C.

El sangrado es una de las señales de mayor peligro durante el embarazo, y es cuando las parteras certificadas deben ser demasiado cuidadosas con las mujeres que atienden, tanto en el aspecto directamente médico, haciendo todo lo que esté en sus manos para disminuir o evitar el sangrado, como en el aspecto humano, generando un ambiente de tranquilidad que evite que dicho síntoma se vea agravado.

7.5. Propuestas para mejorar la atención de las parteras certificadas

Las propuestas que hacen las parteras certificadas van dirigidas principalmente a mantener las capacitaciones de manera continua, mejorar el acceso a recursos o implementos utilizados durante la atención del parto y facilitar la movilidad de las parteras hacia los hospitales para recibir el aprendizaje:

“Sugiero que continúen los cursos y que nos faciliten en acceso a implementos como alcohol o algodón, porque es difícil para nosotras ir en cada momento hacia el distrito a por estos materiales. También requerimos guantes y mascarillas para atender los partos en casa, preservar la higiene y evitar contaminaciones. Que nos ayuden con facilidades en el transporte sería de gran ayuda, para cuando necesitamos movilizar a una madre hacia el hospital”. M.C.

Varias de las parteras coinciden en la necesidad de implementos básicos para la atención durante el parto, cuestión que es completamente razonable:

“Queremos pedir al Ministerio de Salud Pública que nos ayuden con materiales como el alcohol que se nos acaba pronto, también necesitamos batas y mascarillas para que así no haya infecciones durante la atención del parto. Además, se requiere de dinero básicamente para transporte, tanto para llevar a las madres al hospital cuando se requiere que las revise un doctor, como para cuando tenemos que movilizarnos a las capacitaciones, si esto fuera así podríamos capacitarnos de una manera más continua y aprender nuevas cosas y mejorar nuestra atención”. A.C.

Las parteras certificadas reconocen la importancia de la capacitación continua y también se dan cuenta de la necesidad que las nuevas parteras se articulen al Sistema de Salud:

“Hemos recibido capacitaciones ya durante 10 años, hemos aprendido muchas cosas y lo complementamos con nuestra sabiduría. Nosotras invitamos a las parteras que no están certificadas a seguir aprendiendo y también los médicos aprenden de nuestra sabiduría, pero hay quienes dentro de la comunidad que no quieren que estos saberes se aprendan. Que se busque un proyecto para capacitar a los nuevos, y que se nos de algún respaldo económico y así dedicarnos por entero al trabajo de la partería”. C.C.

Para algunas parteras es difícil admitir que pueden seguir aprendiendo nuevas cosas, porque son mayores o por respeto a su propia cultura:

Recomiendo a las parteras más nuevas que sigan aprendiendo, yo siento que no tengo algo nuevo por aprender porque ya soy mayor, nosotras hemos aprendido a trabajar con plantas medicinales y ayudado a muchas madres a tener a sus bebés. Todas las cosas las debemos hacer con conciencia, viendo e indicando lo que hay que hacer, hay que evitar cualquier tipo de infecciones, y usar el alcohol con algodón correctamente, ahora no tenemos y nos hace falta”. F.S.

Es así que las parteras certificadas están a favor de adquirir nuevos conocimientos, aunque siempre considerando como eje primordial su cosmovisión andina:

“Se debe continuar con la enseñanza del oficio de partería, primeramente, y los médicos también deben informarse respecto a nuestras creencias, pue hay mucho de lo que aprender.” M.C.

Es importante entender que gran parte de las mujeres que deciden optar por ser parteras lo hacen por vocación y también por tradición, la ayuda y asistencia que brindan a las mujeres embarazadas durante el parto hasta el posparto. La situación económica de las mujeres parteras no es muy buena, y en muchas ocasiones lo que cobran por su trabajo es el pago voluntario que las mujeres hacen, las cuales cuentan con recursos limitados también. Facilitar el acceso hacia los centros de salud, tanto para las capacitaciones como para las mujeres embarazadas que requieren de atención médica es una cuestión fundamental, además de facilitar el acceso a los materiales e implementos necesarios, hará que el trabajo de parto domiciliario sea más fácil. Existe comunicación entre las parteras y el personal de salud, incluso buenas relaciones, esto debe seguir siendo fortalecido, porque las mujeres embarazadas en muchos casos desconfían del hospital, por opiniones que han escuchado de sus allegados, la partera es el nexo entre la embarazada y el médico, porque una vez generada la confianza, la atención tendrá una mejora muy considerable.

8. Discusión

El trabajo de las parteras se desarrolló principalmente en el ámbito rural, y como se ha podido observar en el análisis de los resultados, existen ciertas limitaciones por parte de las parteras certificadas para atender a mujeres que presentan signos de alarma materna, tanto en el aspecto de conocimientos, como en la necesidad de ciertos implementos, que para una situación de esta naturaleza son indispensables.

En el trabajo titulado “Procedimientos realizados por parteras para la atención de embarazos de riesgo en una comunidad indígena de Amixtlán (México)” se evidencia que “los procedimientos realizados por las parteras muestran limitaciones dentro de las zonas rurales, asociadas por un lado a la cosmovisión y ausencia de material o

personal médico capacitado, y por otro, la reducida participación de las parteras en los centros de salud u hospitales” (42). El mismo informe concluye que, de conseguir una correcta articulación entre la medicina ancestral y convencional, permitirá que los procedimientos, bien sean en casa o en el hospital, sean mucho más eficientes y reduzcan la mortalidad materna y también neonatal.

Con las parteras entrevistadas no se han presentado casos de muerte materna, la mayoría de partos que han atendido se han desarrollado con normalidad, y ante la más mínima señal de alarma materna, las mujeres no dudan ni un instante en recurrir a la atención que los médicos brindan en los centros de salud, con el consejo de las parteras certificadas, en las cuales tienen una gran confianza.

Algo que ha llamado la atención durante la investigación es la apertura por parte de las parteras ancestrales en aprender de los médicos profesionales, y la buena disposición en complementar sus saberes con lo aportado durante las capacitaciones. De cierta forma no hemos encontrado que exista un conflicto entre saberes, y esto también es debido al respeto que los profesionales de la salud tienen hacia las parteras, complementando de una forma adecuada para la atención de las mujeres embarazadas. En el contexto occidental en el que vivimos, es normal que sean las perspectivas de comprobación científica las que se impongan dentro del paradigma del tratamiento de la salud.

En un estudio titulado “Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años” se evidencia que a lo largo de la historia hasta la época actual “ha habido

un desplazamiento de la partería, valiéndose de justificaciones tales como la incapacidad de las parteras, además la continua lucha por el espacio laboral, económico y de reconocimiento social entre una profesión antigua y una emergente” (43). De acuerdo a lo investigado, esta cita es algo con lo que no se puede estar de acuerdo, el avance de la tecnología favorece a que la atención durante el parto sea más fácil y seguro, sin embargo, las mujeres que tienen un parto en casa atendido por una partera certificada lo hacen por decisión propia y en pleno uso de sus facultades. En caso de presentarse los signos de peligro, las parteras son capaces de reconocerlos rápidamente, y también hay un mérito en ellas en hacer entender a las mujeres embarazadas lo urgente que es recurrir al hospital al estar en condiciones desfavorables.

En los últimos años no se han presentado casos de muerte materna en las comunidades de Cotacachi, y esto es gracias a la atención de las parteras en articulación con los centros de salud. Ante una situación de alarma materna, es importante la velocidad con la que la partera diagnostica y remite al hospital más cercano. En un estudio publicado con el título de “Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí” se cuentan que las complicaciones más comunes con las que las parteras se han encontrado son” la caída de la matriz, el bebé parado (posición podálica), nacimiento de gemelos y rompimiento de la fuente (ruptura prematura de membranas” (44). Las parteras reconocen abiertamente que este tipo de situaciones resultan un desafío y no siempre pueden solventarlas de la forma más adecuada; a veces sus conocimientos tradicionales son de ayuda, pero cuando la situación las rebasa no dudan en referir a la institución de salud más cercana. Las parteras en Cotacachi son conscientes de las limitaciones con las cuales se pueden encontrar, y saben que sino recurren a la ayuda

del personal médico pueden poner en riesgo la vida de la madre y su bebé. Por otro lado, la localización puede llegar a ser un problema, en parte por la lejanía y también por la falta de recursos económicos para contratar un medio de transporte, que no en pocas ocasiones es pagado por la misma partera. En el mismo estudio recién situado se indica que “el acceso a los centros de salud es un problema frecuentemente referido. Para trasladar a las mujeres embarazadas de una manera oportuna a un centro de salud u hospital los recorridos no suelen ser breves” (44).

Además, las parteras tienen que convencer a las mujeres embarazadas, pues muchas de ellas tienen desconfianza hacia el servicio prestado por las instituciones de salud, sienten miedo a quedarse solas, y en vista que muchas de ellas no dominan el idioma castellano, dudan de poder contar con un traductor durante esos momentos.

9. Conclusiones

Se ha descrito los conocimientos con los que las parteras certificadas cuentan ante un evento de alarma materna, las participantes durante las entrevistas han descrito cuales son las características que se presentan durante un evento de dicha naturaleza, reconociendo signos tales como la fiebre, el dolor de cabeza, la hinchazón de manos y pies, ver luces o destellos, mareos, la pérdida de agua fuente, la falta de movimiento del bebé y el sangrado. Todas las parteras identificaron estas señales sin problema alguna, y reconocen que estos es gracias también en parte a las capacitaciones que han venido recibiendo de manera continua, complementadas con los saberes ancestrales que se han transmitido durante generaciones hasta la actualidad.

Se ha identificado el tipo de prácticas que las parteras certificadas realizan durante un evento de alarma materna, siendo que conocen bien los signos de peligro, cuentan con las técnicas necesarias para contrarrestar estas situaciones en la mayoría de los casos. Las prácticas son de naturaleza y visión ancestral, se recurre principalmente al uso de una gran variedad de plantas medicinales en forma de infusiones o emplastos que son útiles en casos de fiebre, dolores de cabeza, mareos o presión alta, también usan técnicas de amarrado o masajes para reubicar al bebé en la posición correcta para que pueda acontecer el parto, también reconocen cuando la situación amerita la intervención de un profesional de la salud y saben actuar de manera oportuna cuando la embarazada requiere ser remitida a un Centro de Salud.

Es necesario mejorar el nivel de conocimiento en las parteras certificadas, y este proceso debe realizarse de manera continua, el personal encargado de capacitar y las parteras deben tener una relación cercana en la que puedan comunicarse siempre que se requiera. El proceso de aprendizaje también debe ser dirigido hacia el personal de salud, desde la perspectiva de las parteras, así como ellas han aprendido a articular su sabiduría con las técnicas propias de la medicina actual, también es necesario considerar facilitar en todo aspecto el acceso a la movilidad y a los recursos económicos que estén enfocados en la mejora de las capacitaciones, bien sea llevando a las parteras hacia los centros de salud o que el personal de salud se acerque personalmente a las comunidades y desarrolle allí las capacitaciones.

Una conclusión importante del presente trabajo es la importancia que tienen las capacitaciones por parte del personal del Ministerio de Salud Pública hacia las parteras en su proceso de obtención de la certificación, esto ha ayudado de manera

sustancial prevenir incidentes de muerte materna, y si ha logrado preservar la integridad de madre e hijo dentro las comunidades del cantón Cotacachi, la comunicación entre el personal que trabaja en el hospital y las parteras de las comunidades se ha desarrollado de manera eficaz, consiguiendo con prontitud la atención de las embarazadas que están en peligro en cuanto llegan al hospital. Es importante, y se considerará más a detalle a continuación, ayudar en el aspecto económico a las mujeres que ejercen este trabajo, pues son guardianas de una sabiduría de gran importancia para nuestro país.

10. Recomendaciones

Con la finalidad de mejorar el nivel de conocimiento de las parteras certificadas y aquellas nuevas parteras que entren en el proceso de certificación se propone facilitar el acceso de las mujeres hacia los centros de capacitación donde se imparten las capacitaciones, pues por lo aquí ubicado, sí existe una buena predisposición de las parteras en seguir aprendiendo por parte de los profesionales de salud, con quienes tienen una buena relación y existe una admiración mutua. El MSP debe entonces facilitar medios de transporte y los recursos económicos para que conseguir la movilidad hacia los hospitales, y también cuando acompañan a las embarazadas en situaciones vulnerables.

Se debe considerar la posibilidad de mejorar el nivel de comunicación hacia las parteras, pues varias de ellas se comunican solo en kichwa. Para ello, sería recomendable incentivar en los médicos locales el aprendizaje de esta lengua, o

trabajar de manera cercana con traductores que tengan nociones de medicina y consigan transmitir de la forma más acertada los conocimientos de medicina.

Para el desarrollo de las prácticas durante la alarma materna, se sugiere por parte del personal de salud perteneciente al MSP, facilitar el acceso de implementos médicos básicos, tales como alcohol, gasas, guantes, mascarillas y batas, que, según las parteras, se terminan rápidamente, en todo caso, se debe hacer llegar estos implementos directamente a las comunidades o cuando las parteras se movilizan hacia las capacitaciones.

11. Bibliografía

1. Ortega Barreda E, Rojas Linares C, Pérez González A. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. ENE Revista de Enfermería. 2017; 11(1).
2. Hutton K, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review an meta-analyses. EClinicalMedicine. 2019; 14.
3. Federación de Asociaciones de Matronas (FAME). [Online].; 2022. Acceso 22 de Junio de 2023.
4. INEC. Estadísticas Vitales: Registro de estadísticas de nacidos y vivos y defunciones fetales 2021. [Online].; 2022. Acceso 22 de Junio de 2023. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2021/Principales_resultados_ENV_EDF_2021%20.pdf.
5. INEC. Estadísticas Vitales: Registro de Defunciones Generales 2021. [Online].; 2022. Acceso 23 de Junio de 2023. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf.
6. Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Gerencia Institucional de Muerte Materna. Propuestas al CES Muerte Materna. [Online].; 2017. Acceso 23 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/ESTRATEGIA-REDUCCION-MUERTE-MATERNA.pdf>.
7. Gabbe S. Obstetricia: embarazo normales y de riesgo. Octava ed. Madrid: Elsevier; 2022.
8. Beckmann C, Ling F. Obstetricia y Ginecología. Octava ed. Mendoza C, editor. Barcelona (España): Wolters Kluwer; 2019.
9. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. Octava ed. Santiago: Publicaciones Adventure Works; 2017.
10. Friedman E. Labor: Clinical Evaluation and Managment. Cuarta ed. California: Appleton-Century-Crofts and Fleschner Pub. Co; 1998.
11. Baskett T. Complications of third stage of labour. Tercera ed. Press C, editor. Londres: Bristol; 1999.
12. Klein S, Miller S, Thomson F. Un libro de parteras: Atención del embarazo, el parto y la salud de la mujer. Primera ed. California: Herperian; 2013.
13. Andina E. Trabajo de parto y parto normal: Guías de prácticas y conocimientos. Resvista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2022; 21(2).
14. Fragile States Index. The Fund for Peace. [Online].; 2021. Acceso 23 de Junio de 2023. Disponible en: <https://fragilestatesindex.org/data/>.
15. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Online]; 2023. Acceso 23 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/maternal-mortality>.

16. Organización Panamericana de la Salud. [Informe].; 2023. Acceso 23 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-opssocios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-maternaamerica#:~:text=El%20a%C3%B1o%20pasado%2C%20la%20raz%C3%B3n,por%20cada%20100.000%20nacidos%20vivos>.
17. Chachalo M, Mler C, Castro A. Análisis de la mortalidad matern en la provincia de Imbabura en el período 2017-2021. *Medisur*. 2022; 20(6).
18. Say L, Chou D, Gemmill A. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014; 2(6).
19. Ferra M. Parto Domiciliario: La experiencia de las mujeres que lo requirieron. [Online].; 2016. Acceso 15 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/ispui/bitstream/20.500.12008/8477/1/Ferra%2C%20Marianangel.pdf>.
20. Organización de las Naciones Unidas. Naciones Unidas alerta sobre la falta de 900000 parteras a nivel mundial. [Online].; 2021. Acceso 18 de Junio de 2023. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/05/1491642>.
21. Zarchi D. La situación actual de la partería en el Ecuador Quito; 2018.
22. Zaruma Pinguil M. Saberes ancestrales y tradicionales en parteras de la parroquia cañar. Un instrumento para su medición. *Más Vida*. 2022; 4(2).
23. Pública MdS. [Online].; 2021. Acceso 20 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-combina-la-medicina-y-conocimientosancestrales-para-certificar-a-1351-parteras/>.
24. Vásquez I, Pérez J, Parra T, Mendoza G. Procedimientos realizados por parteras para la atención de embarazos de riesgo en una comunidad indígena de Amixtlán (México). *Index de Enfermería*. 2022; 303.
25. Reynolds L. Somersault maneuver for a tight umbilical cord: *Can Fam Phys*; 1999.
26. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. [Online].; 2015. Acceso 27 de Junio de 2023. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf.
27. MSP. Score MAMÁ y claves obstétricas. [Online].; 2017. Acceso 19 de 06 de 2023. Disponible en: <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>.
28. Institute of Obstetricians and Gynaecologists. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. Royal College of Physicians of Ireland, The Irish Maternity Early Warning System.
29. HL N, Duhig K, Hezelgrave NCLSA. Blood pressure measurement in pregnancy. [Online].; 2015. Acceso 19 de Junio de 2023. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/tog.12173>.
30. Lowe S, Bowyer L, Lust K, McMahon L, M M. The somanz guideline for the management of hipertensive disorders of pregnancy; 2014.
31. Sajadi M, Mackowiak P. Principles and Practice of Infectious Diseases. Octava ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015.
32. Escobar I, Nuñez H. Obstetricia: Abdomen agudo en el embarazo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013; LXX(606).
33. Ministerio de Salud Pública. Señales de Peligro en el Embarazo. [Online].; 2020. Acceso 21 de Junio de 2023. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf.
34. Chaves E, Silva R, Solis J. Actualización en cefaleas durante el embarazo (Update on headaches during pregnancy). *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(1).
35. Berg A, Berkovic S, Brodie M. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009..ISBN/ISSN.
36. Songg Lee C. Convulsiones y Embarazo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2014; LXXI(611).
37. Sibai B. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Evidence from randomized trial. *En.: Clin Obstet Gynecol*; 2005. p. 48.
38. Illa M, Muniesa M, Palacio M, Figueras F. Protocolo: Disminución de los movimientos fetales (DMF). [Online].; 2021. Acceso 21 de Junio de 2023. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/diminucion%20movimientos%20fetales.pdf>.
39. Illa, M; Muniesa, M; Palacio, M; Figueras, F. Protocolo: Disminución de los movimientos fetales (DMF). [Online].; 2021. Acceso 21 de Junio de 2023. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/diminucion%20movimientos%20fetales.pdf>.
40. Ministerio de Salud Pública. Guía práctica clínica de infecciones de vías urinarias. [Online].; 2013. Acceso 21 de Junio de 2023. Disponible en: http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2013/Guia_infeccion_v_u.pdf.
41. De Abajo F. La Declaración de Helsinki V: Una revisión necesaria, pero ¿suficiente? *Revista Española de Salud Pública*. 2001; 75(5).
42. Vásquez I, Pérez J, Parra N, Geu M, Almonte M. Procedimientos realizados por parteras para la atención de embarazos de riesgo en una comunidad indígena de Amixtlán (México). *Index de Enfermería*. 2022; 30(3).
43. Arguello H, González A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? *Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años*. *LiminaR*. 2014; 12(2).
44. Pelcastre B, Norma V, León V, Ortega D, Santillana M. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2005; 39(4).

45. Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social. Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural. [Online] Acceso 27 de Juniode 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/parto-respetuoso-en-libre-posicion-y-con-pertinencia-intercultural/>.
46. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Intercultural. [Online].; 2021. Acceso 12 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/CODIGO-DE-ETICA-Aprobado-20-abril-2021.pdf>.
47. Ministerio de salud pública. Atención de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud, Manual. Primera ed. Quito; 2016.
48. Ministerio de Salud Pública GplAdPCA. [Guía].; 2008. Acceso 17 de Junio de 2023. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2022/09/Guía_Tecnica_Para_Atencion_Partos_Culturalmente-Adecuado-2008.pdf.
49. Hernández R, Fernández C, Baptista MdP. Metodología de la Investigación. Quinta ed. Ciudad de México: McGraw Hill; 2010.
50. Ortega C. QuestionPro: ¿Qué es el muestreo por conveniencia? [Online]; 2018. Acceso 2 de Juliode 2023. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-por-conveniencia/>.
51. Coronel C. Las variables y su operacionalización. Revista Archivo Médico de Camaguey. 2023; 27.
52. FAME. Federación de Asociaciones de Matronas. [Online].; 2022. Acceso 22 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/la-vida-de-las-asociaciones-18-1.pdf>.
53. Chachalo M, Mier C, Castro A. Análisis de la mortalidad matern en la provincia de Imbabura en el período 2017-2021. Medisur. 2022; 20(6).
54. Ministerio de Salud Pública. [Online]; 2021. Acceso 20 de Juniode 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-combina-la-medicina-y-conocimientos-ancestrales-para-certificar-a-1351-parteras/>.
55. Lee C. Convulsiones y Embarazo. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014; LXXI(611).
56. Sibai B. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Evidence from randomized trial. National Institutes of Health. 2005;; p. 48.

12. Anexos

Anexo 1. Entrevista sobre los conocimientos y tipo de prácticas ante la alarma materna de parteras certificadas durante la atención intercultural en el cantón Cotacachi durante el 2023

Fecha: _____ **Hora:** _____

Lugar: _____

Entrevistadora: Dra. Katerine Lechón

Entrevistada: _____

Introducción

El propósito de la presente entrevista es recolectar información acerca de los conocimientos y tipo de prácticas durante la alarma materna en parteras certificadas, por esto es que las participantes seleccionadas son mujeres dedicadas a brindar atención intercultural antes, durante y después del parto, que cuentan con saberes ancestrales y han sido certificadas por Ministerio de Salud.

Características de la entrevista

Todas las respuestas aquí dadas son de carácter confidencial, la duración total de la entrevista será entre diez y quince minutos aproximadamente, las preguntas son acerca de los conocimientos y los tipos de prácticas ante la alarma materna.

Preguntas

1. ¿Qué entiende por alarma materna?

2. ¿Qué conocimientos acerca de alarma materna a adquirido a partir de las capacitaciones con el Ministerio de Salud?
3. ¿Cuáles son las señales que usted conoce que indican que una mujer embarazada está en peligro durante el embarazo y parto?
4. ¿Cuáles son los signos de alarma materna que usted conoce?
5. ¿Qué tipo de prácticas ante la alarma materna ha aprendido a partir de las capacitaciones con el Ministerio de Salud?
6. ¿De qué manera intervendría usted si una mujer embarazada presenta sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico?
7. ¿De qué manera intervendría usted si una mujer no presenta movimiento fetal durante el embarazo?
8. ¿De qué manera intervendría usted si una mujer embarazada presenta fiebre, mareos o ve luces y destellos?
8. ¿De qué manera convencería a las parteras ancestrales para que obtengan la certificación?
10. ¿Qué propondría al Ministerio de Salud para mejorar los conocimientos y tipos de prácticas ante la alarma materna de las parteras certificadas?

Anexo 2: Consentimiento Informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conocimiento y tipo de prácticas realizadas ante la alarma materna durante la atención intercultural por parteras certificadas del cantón Cotacachi, provincia de Imbabura durante el año 2023.

NOMBRE DE LA INVESTIGADORA: Dra. Katerine Lechón

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Universidad Internacional del Ecuador (UIDE)

INTRODUCCIÓN: Una de las situaciones que se presenta respecto a los partos atendidos por las parteras es que no todas tiene el mismo nivel de conocimiento de tipo profesional, ni la experiencia necesaria ante una emergencia de tipo obstétrica de alarma materna por lo que es indispensable, que cada una de las parteras del cantón Cotacachi, tenga el conocimiento adecuado y puedan identificar de manera oportuna los signos de alarma materna que estos puedan evolucionar hacia una complicación obstétrica.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar los conocimientos y el tipo de prácticas realizadas ante la alarma materna por parteras certificadas, identificando las prácticas realizadas durante este acontecimiento, cuáles son los conocimientos que tienen y así, proponer medidas que permitan mejorar la atención que brindan las parteras durante la atención intercultural y en casos de alarma materna.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR: El procedimiento consiste en una entrevista de cinco preguntas enfocadas a cumplir con los objetivos situados en el apartado anterior. El tiempo estimado es de 20 minutos y se grabará el audio durante toda la entrevista.

RIESGOS Y BENEFICIOS: Entiendo que los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales. Además, entiendo que los beneficios generados con el uso de mis datos personales y respuestas proporcionadas a la entrevista serán para que futuras generaciones puedan beneficiarse de los resultados de este estudio.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PACIENTE: Al aceptar que de mis datos personales y datos proporcionados en la entrevista sean utilizada con fines de investigación, no renuncio a ninguno de los derechos que por ley me pertenecen. Estoy consciente de que la información contenida en mis datos personales o la información que se genere del análisis de mis muestras biológicas humanas o los de mi representado/a serán utilizadas únicamente para este fin y nunca se colocarán o publicarán datos que permitan revelar mi identidad o la de mi representado/a, debido a que los investigadores me garantizan que anonimizarán (codificarán) los datos con la finalidad de respetar mi confidencialidad.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: Entiendo que al autorizar el uso de mis datos y respuestas a la entrevista no recibiré ninguna compensación.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: Entiendo que, mis datos personales y respuestas a la entrevista serán anonimizados (codificados) con el objetivo de precautelar la confidencialidad de mi información. Además, he sido informado que, tanto mis datos y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a, serán utilizados exclusivamente para la investigación propuesta, y solo eventualmente para

investigaciones científicas posteriores relacionadas a la misma línea de investigación, para lo cual deberán pasar por la evaluación y aprobación de un Comité de Ética de Investigación avalado por el Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de asegurar que se respeten en todo momento los principios bioéticos y se me informe sobre el uso futuro de los datos personales.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Entiendo que en cualquier momento puedo comunicarme con el establecimiento de salud, institución pública y/o privada donde reposan o almacenan mis datos personales y/o muestras biológicas humanas o los de mi representado/a, para que a su vez sirva como canal de comunicación con los investigadores que hagan uso de mi información de salud o la de mi representado/a en sus investigaciones. Para lo cual, puedo comunicarme a los siguientes teléfonos _____ y correos electrónicos _____ de Comité de Ética de Investigación que aprobó el estudio.

Anexo 3. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____, comprendo que **mis datos personales y la información que he proporcionado durante esta entrevista** serán utilizados con fines de investigación científica cuyo objetivo previamente me fue explicado. Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de la información que he proporcionado durante la entrevista en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento la investigadora tomará las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de **mis datos personales y de la información que he facilitado**. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas con la misma línea de investigación, para las que se otorgue explícitamente y en su momento, un nuevo consentimiento informado escrito previo a la aprobación del protocolo respectivo por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos reconocido por el Ministerio de Salud Pública. En virtud de lo cual, voluntariamente (Marque con una X):

ACEPTO

NO

ACEPTO

Nombres completos de la entrevistada _____

Cédula de ciudadanía de la entrevistada

Firma/huella digital de la entrevistada

Fecha y lugar _____

Nombres completos del testigo _____

Cédula de ciudadanía del testigo _____

Firma del testigo _____ Fecha y lugar _____

Nombres completos del responsable de tomar este documento _____

Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento _____

Firma del responsable de tomar este documento _____

Fecha y lugar _____

Anexo 4. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____, a pesar de haber aceptado inicialmente que **mis datos personales y la información que he proporcionado** sean utilizados en investigaciones **REVOCO** lo antes mencionado, y solicito que **mis datos personales y la información que durante la entrevista he proporcionado**, así como la información obtenida de la misma, sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley **me corresponden**.

Nombres completos de la entrevistada _____

Cédula de ciudadanía de la entrevistada _____

Firma/huella digital de la entrevistada

Fecha y lugar _____

Nombres completos del testigo _____

Cédula de ciudadanía del testigo _____

Firma del testigo _____ Fecha y lugar _____

Nombres completos del responsable de tomar este documento _____

Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento _____

Firma del responsable de tomar este documento _____

Fecha y lugar _____

-

*Nombres y apellidos del investigador
investigador*

Firma física del

Cédula de ciudadanía