

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**FACTORES PRECONCEPCIONALES Y PRACTICAS ALTERNATIVAS**  
**PARA LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DEL DISTRITO**  
**DE BELEN ZONA BAJA IQUITOS - 2010**

Tesis presentada por la Maestra:

**RUTH VILCHEZ RAMIREZ**

Para optar el Grado Académico de Doctora en  
Ciencias: Salud Colectiva

Asesora: Dra. Sonia Olinda Velásquez Rondón

**AREQUIPA – PERÚ**

**2010**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
B. OBJETIVOS	12
C. HIPÓTESIS	12
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES	13
B. BASE TEÓRICA	15
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	72
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	72
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	74
B. POBLACIÓN Y MUESTRA	76
C. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO	77
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	80
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	82
B. DISCUSIÓN	90
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. CONCLUSIONES	93
B. RECOMENDACIONES	94
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 01	CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010	83
TABLA 02	FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES DE LAS MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010	84
TABLA 03	PRACTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA - IQUITOS 2010	85
TABLA 04	CARACTERÍSTICAS DE LAS PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010	86
TABLA 05	EDAD VS. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010	87
TABLA 06	PARIDAD VS. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010	88
TABLA 07	INTERVALO INTERGENÉSICO VS. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010	89

## RESUMEN

El embarazo es un proceso que comprende desde la concepción hasta el nacimiento, dentro del cual existe la probabilidad de sufrir daño tanto para la mujer como para su hijo. Cuando se ha completado la edad gestacional, se desarrolla la labor de parto que está asociada al dolor, para lo cual la mayoría de mujeres refieren haberse preparado para este evento, utilizando prácticas alternativas, entre ellas, ingestión de bebidas a base de vegetales como la hoja de algodón, siendo las dosificaciones en frecuencia y cantidad desconocidas por cuanto son autoadministradas o administradas por algún familiar, más aún sin la evaluación profesional previa de las condiciones de la mujer en labor de parto, respecto a los factores de riesgo con el que enfrenta la labor de parto. El objetivo fue determinar la relación entre los factores de riesgo preconceptionales (edad, paridad e intervalo intergenésico) y las prácticas alternativas para la labor de parto. La investigación fue de tipo no experimental, diseño transversal/correlacional, la muestra fue de 308 mujeres, el muestreo fue aleatorio sistemático, se aplicó un cuestionario de 11 preguntas. Los resultados muestran que no existe relación entre la edad y prácticas alternativas para la labor de parto ( $\rho = 0.7428$ ), existe relación entre paridad y las prácticas alternativas para la labor de parto ( $\rho = 0.0000025$ ), existe relación entre el intervalo intergenésico y las prácticas alternativas para la labor de parto ( $\rho = 0.00026$ ).

**Palabras clave:** factores de riesgo preconceptionales, prácticas alternativas, labor de parto, edad, paridad, intervalo intergenésico.

## ABSTRACT

Pregnancy is the set of events from conception to birth, in each pregnancy there is a likelihood of pregnant women from harm (or your child) during playback. When the gestational age has been completed, labor that is associated with pain is developed, for which most women report having prepared for this event, using alternative practices, including ingestion of vegetable-based drinks such as cotton sheet, dosages in frequency and quantity unknown because they are self-administered or administered by a family member, even more without prior professional evaluation of the conditions of women in labor, regarding the risk factors faced labor. The objective was to determine the relationship between preconception risk factors (age, parity and birth interval) and alternative practices for labor. The research was non-experimental, cross-sectional design / correlation, the sample was 308 women was systematic random sampling was applied a questionnaire of 11 questions. The results show no relationship between age and alternative practices for labor ( $\rho = 0.7428$ ), a relationship between parity and alternative practices for labor ( $\rho = 0.0000025$ ), a relationship between birth interval and alternative practices for labor ( $\rho = 0.00026$ ).

**Keywords:** preconception risk factors, alternative practices, labor, age, parity, interval between births.

## INTRODUCCIÓN

La sociedad ha evolucionado debido a todos los avances tecnológicos y médicos que han ocurrido, pero esta transformación no ha impedido que la medicina tradicional recupere fuerza en su campo. Estos últimos 20 años, la medicina tradicional y la curación con hierbas son unas de las ocupaciones más antiguas que existen, de la cual se tienen datos de varias civilizaciones en donde sus orígenes se remontan a los primeros estadios del hombre prehistórico<sup>1,2</sup>.

Como medidas para aliviar el dolor de la labor de parto se conocen registros de prácticas de exorcismo en las antiguas civilizaciones de Babilonia, Egipto, China y Palestina. Los primeros intentos de aliviar el dolor se basaban fundamentalmente en la sugestión y la distracción de la paciente. La primera contemplaba el uso de anillos, collares, amuletos y otros encantos mágicos mientras que la última incluía la contra estimulación, es decir, la inducción a un estímulo de dolor tan fuerte que distraía a las mujeres del dolor original<sup>1</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las prácticas habituales, las habilidades profesionales, los protocolos y las políticas de cuidados deben estar avaladas por las mejores evidencias científicas disponibles y por estudios clínicos controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiados, además de actualizarlas regularmente<sup>1</sup>.

Entre los principios establecidos por la Oficina Regional Europea de la OMS, en 1998, destacan que el cuidado del embarazo y el parto normal deben ser no medicalizados y basados en el uso de tecnología apropiada. El manejo del dolor de parto debe ser a través de cuatro métodos no farmacológicos, como la deambulación, el cambio de posición, masajes, relajación, respiración; sin embargo, en los últimos tiempos se viene utilizando productos vegetales, que son ingeridos por la mujer en labor de parto, los cuales no han sido estudiados, a lo que se añade que hay falta de evaluación previa por profesional competente con respecto a los factores de riesgo reproductivo que pudiera presentar la parturienta, siendo que estas prácticas son autoadministradas o administradas por una persona conocida o un familiar<sup>1</sup>, pudiendo poner en peligro la vida de la mujer y el niño por nacer.

El objetivo de la investigación es analizar la relación de los factores de riesgo preconceptionales como edad, paridad e intervalo intergenésico con las prácticas alternativas en la labor de parto. La hipótesis es que los factores de riesgo preconceptionales como la edad, paridad e intervalo intergenésico están relacionados con las prácticas alternativas en la labor de parto en mujeres del distrito de Belén Zona baja, Iquitos 2010 y el tipo de investigación es descriptiva con un diseño de correlación, la población está constituida por 308 mujeres.

La conclusión es que el 82.47% de mujeres son de procedencia periurbana, 89.94% presentan estado civil con pareja, 83.77% presentan ocupación dentro del hogar y 70.78% presentan menor grado de instrucción; el 78.25% de las mujeres presentan la edad de bajo riesgo, la paridad en el 87.99% presentan bajo riesgo y en el intervalo intergenésico; el 86.36% presentan bajo riesgo; el 77.60 % de las mujeres realizaron prácticas alternativas para la labor de parto, el 95.82% utilizaron la hoja de algodón, el 95.82% uso como tipo de preparación la infusión y la cantidad que ingieren es menos de 2 tazas en el 85.77%. Los resultados muestran que no existe

relación entre edad con prácticas alternativas en la labor de parto ( $\rho = 0.7428$ ), existe relación entre paridad con las prácticas alternativas en la labor de parto ( $\rho = 0.000025$ ), existe relación entre el intervalo intergenésico con las prácticas alternativas en la labor de parto ( $\rho = 0.00026$ ).



## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

El embarazo es el conjunto de fenómenos desde la concepción hasta el nacimiento, que comprende un periodo de aproximadamente 266 días (38 semanas) después de la fecundación, o 280 días (40 semanas) considerando la fecha de última menstruación, en el cual tiene lugar el desarrollo: primero del embrión y luego del feto en el útero materno. En cada embarazo existe la probabilidad de la mujer gestante de sufrir daño (ella o su hijo) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio<sup>1</sup>.

El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado

de forma similar en cada caso, es decir que la misma condición de riesgo no repercute igual en cada mujer o pareja. Estos factores de riesgo pueden ser preconceptionales, del embarazo, parto, del recién nacido y posparto<sup>1</sup>. Entre los factores de riesgo de riesgo preconceptionales biológicos se consideran la edad, la paridad y el intervalo intergenésico<sup>1</sup>.

Finalizado el proceso del embarazo, se desarrolla la labor de parto que constituye uno de los momentos más intensos en la vida de la mujer y está asociado básicamente al dolor; el cual genera ansiedad en distintos grados de intensidad y en la mayoría de los casos, prolongación del tiempo de duración de la labor de parto; esta manifestación originó en la práctica, alternativas que permitían aliviar el dolor y acelerar el parto<sup>2</sup>.

La labor de parto es la etapa que se inicia con las primeras contracciones uterinas y termina con la expulsión del producto de la concepción y sus anexos (placenta y membranas) a través de un parto normal o por cesárea<sup>2</sup>. En la actualidad, las mujeres se enfrentan al trabajo de parto resistiendo al dolor tanto como les es posible, antes de pedir la administración de un analgésico. Esto es perfectamente comprensible y natural debido a que la intensidad del dolor durante el trabajo de parto es impredecible. Para algunas madres es posible atravesar la labor de parto confiando enteramente en sus recursos mientras que otras prefieren y necesitan la administración de analgésicos o de preparados a base de vegetales que se utilizan previamente al inicio de la labor de parto o cuando ésta ya se inició, siendo las dosificaciones en frecuencia y cantidad desconocidas por cuanto son autoadministradas o administradas por algún familiar, más aún sin la evaluación profesional previa de las condiciones de la parturienta respecto a los factores de riesgo con el que enfrenta la labor de parto<sup>2</sup>.

Las mujeres en su mayoría manifiestan haberse preparado para la labor de parto mediante prácticas alternativas, entre ellas, ingestión de bebidas a base de vegetales como la hoja de algodón, baños de vapor con diversas hierbas y otros, existiendo opiniones controversiales al respecto. Los profesionales de la medicina científica refieren efectos no deseados para la madre o el niño y las

parturientas que son las usuarias refieren que es muy útil para acelerar la labor de parto y de esta manera disminuir el dolor <sup>2</sup>.

A nivel local no existen estudios que evidencien la relación entre los factores de riesgo preconcepcionales con las prácticas alternativas para la labor de parto, basadas en la utilización de tallos y hojas de plantas en variadas preparaciones y dosificaciones, que son utilizadas a manera de preparación de la mujer para el parto en periodos variados de anticipación, no obstante, la alta frecuencia de complicaciones materno – perinatales durante el parto continúa latente. Es así que la Oficina de Estadística de la Dirección Regional de Salud Loreto, en el año 2008 informó la atención de 2,825 partos durante los primeros cuatro meses, de los cuales un total de 255 mujeres presentaron complicaciones materno-perinatales, siendo la más frecuente las hemorragias en las madres y la depresión moderada a severa en los recién nacidos, en partos aparentemente de bajo riesgo obstétrico<sup>3</sup>.

La importancia del tema radica en que va a contribuir a la búsqueda de alternativas en la mejora de la atención de la labor de parto, lo cual redundará en el bienestar de la madre, Del recién nacido y la familia a nivel local, proyectándose a nivel regional, además de brindar bases científicas para que los investigadores profundicen cada vez más en esta temática de tal manera que aporten evidencias de los riesgos y se establezcan las estrategias de intervención en la situación presentada.

Por lo motivos expuestos se plantea la siguiente interrogante:

**¿Cuál es la relación de los factores de riesgo preconcepcionales como edad, paridad, intervalo intergenésico con las prácticas alternativas en la labor de parto en mujeres del distrito de Belén Zona Baja, Iquitos, 2010?**

## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar la relación de los factores de riesgo preconceptionales como la edad, paridad e intervalo intergenésico con las prácticas alternativas en la labor de parto en mujeres del distrito de Belén Zona baja, Iquitos 2010.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.1. Identificar las características sociodemográficas de las mujeres de la población en estudio.
- 2.2. Establecer los factores de riesgo preconceptionales como la edad, paridad e intervalo intergenésico en la población en estudio.
- 2.3. Determinar las prácticas alternativas en la labor de parto de la población en estudio

## **C. HIPÓTESIS**

Los factores de riesgo preconceptionales como la edad, paridad e intervalo intergenésico están relacionados con las prácticas alternativas en la labor de parto en mujeres del distrito de Belén Zona baja, Iquitos 2010.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### A. ANTECEDENTES

**Villatoro E. (2001) Guatemala**, informó que las parteras son respetadas por su avanzada edad y por sus amplios conocimientos en la atención del embarazo, parto y postparto y utilizan los masajes, las hierbas medicinales (hierbabuena, altamiza y otros), y los baños de vapor (temazcal o Chuj) para que el parto sea más rápido y menos doloroso<sup>4</sup>.

**Pelcastre B. et al. (2005) México**, informaron que las parteras identifican que una mujer está embarazada a través de la palidez y el adelgazamiento, las motivan a visitarlas para el control de su estado para poder tener una adecuada atención de su parto, refieren también que perciben cuando el parto está próximo por las frecuencias de las contracciones, entonces les dan “unas yerbas

para que le den más dolores<sup>5</sup>.

**El grupo RANDI RANDI (2006) Ecuador**, dan a conocer que para la atención del parto utilizan plantas y productos de origen animal. Los materiales usados por las parteras durante el parto son: la sogá (cara waska) para apoyar a la madre; mentol para untar en el abdomen y mantener caliente el cuerpo; la faja (chumbi) para que tenga fuerza y puje; aceite de pollo (atallpa ira) que se coloca en la vagina para que el bebé resbale; una corteza de guadua con filo (huamak cara) para cortar el cordón umbilical; tabaco para masajear el vientre de la mujer cuando el parto tarda. Las parteras piden a las mujeres que durante la labor de parto inspiren y expiren continuamente, lo cual ayuda a disminuir el dolor. También le dan de beber trago puro (prendido con fuego) lo cual amortigua el cuerpo y también calma el dolor<sup>6</sup>.

**Amodio E. y Pérez L. A. (2006) Caracas**, manifiestan que la afirmación general es que las mujeres wayuu raramente se quejan de dolor, sobre todo en el caso de los hijos varones “porque tienen más fuerza y son más grandes”, por lo que a veces son preparadas para el parto con hojas de Kalekai, una planta que crece en la serranía de Jalaala. Cuando el parto se retrasa el Ouutchi (curandero) o la ootsú (curandera) determinan la causa; si es debido a algún contacto con los huesos de los muertos, se recoge un poco de tierra de la bóveda del entierro de algún familiar, se calienta con agua y se dan masajes con ella el abdomen de la embarazada; si el problema es por la expulsión del niño o niña se recurre a infusiones; si es por estar impresionada por haber visto un asesinato, se lava el orificio de una pistola y se le da de beber agua con restos de pólvora<sup>7</sup>.

**Cavero G. (2001) Perú**, refirió que el parto se desarrolla en el domicilio, asistidas por la madre, la suegra, nuera, hermana o por una mujer mayor de la familia y con la hierba no sienten dolor, utilizan infusiones de plantas (agua con ceniza y piri piri) para calmar el dolor del parto y para que el niño o niña resbale por el canal vaginal en el caso que la mujer haya comido pescado de tarrafa y el bebé quede atrapado<sup>8</sup>.

**Medina A. y Mayca J. (2006) Perú**, encontraron que en las comunidades del grupo étnico de los Awajun y los Wampis que pertenecen a la familia lingüística de los Jíbaro; cuando ya se inició el parto, se llama a la partera para que se encargue de todo este proceso, o las mujeres mayores o la pareja de la parturienta, siempre considerando asegurando un palo colocado de forma horizontal para servir de apoyo a la mujer durante el parto, darle de tomar a la parturienta clara de huevo crudo para que el parto sea más rápido. Si hay retención de placenta se utiliza el jenjibre en infusión y frotación, o también mikut (cáscara de tallo que se raspa, exprime y se toma). Cuando se pasa el frío (aire) durante el parto, se le da hierbas calientes, como matico, albaca, algodón<sup>9</sup>.

**Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (1994)** estudio sobre la Mujer Amazónica del Bajo Ucayali, informa que a los 5 ó 6 meses las gestantes acuden a la partera para que las masajee el abdomen, ésta les hace tacto vaginal para saber si esta derecho o no el niño, si no está derecho lo endereza dando masajes y cuando a la mujer le vienen los dolores la partera vuelve a masajearle y a hacerle tacto vaginal para ver si sigue derecho el niño, entonces para acelerar el parto le da de beber un preparado de hoja de algodón, agua florida y hoja de plátano seco, todo esto hervido y con una tableta de mejoral, esta bebida produce calor en el cuerpo y permite que el parto sea más rápido<sup>10</sup>.

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. PRACTICAS ALTERNATIVAS DE LA LABOR DEL PARTO**

#### **1.1. Medicina Alternativa, Complementaria o Tradicional**

La colaboración Cochrane, define a la medicina complementaria como a "todas aquellas prácticas y recursos de curación acompañadas de sus respectivas teorías y creencias, que no son intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad o cultura en un periodo histórico determinado". Para la OMS, el uso del término "medicina alternativa" y "medicina complementaria",

es una clasificación que le otorgan los países donde no existe integración entre medicina tradicional y medicina occidental. Por ello, la OMS, prefiere hablar en términos de medicina tradicional, indicando que este vocablo debe referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional, como a las diversas formas de medicina indígena no sistémicas. Aunque algunos se han sentido disconformes con esta propuesta, pues existen algunas escuelas de medicina, hospitales y otros servicios de salud norteamericanos que ofrecen medicina no convencional como alternativa terapéutica y de enseñanza<sup>11</sup>.

La medicina alternativa, según la define el NCCAM (National Center of Complementary and Alternative Medicine), es un conjunto diverso de sistemas, prácticas, productos médicos y de atención de salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional. Si bien existen algunos datos científicos contundentes sobre las terapias de la medicina complementaria y alternativa, todavía hay muchas preguntas esenciales que deben responderse mediante estudios científicos bien diseñados<sup>12</sup>.

Alternativa implica el escoger un enfoque diferente a la salud y a la enfermedad, del de la medicina convencional y científica; en otras palabras, un sistema paralelo y diferente. Así uno puede escoger, por ejemplo, la ciencia religiosa cristiana o la homeopatía como una manera de entender y tratar la enfermedad, rechazando parte o toda la medicina convencional<sup>13</sup>.

Complementaria implica un tipo de tratamiento que se utiliza además de la medicina convencional. Esto podrían ser las vitaminas y los suplementos nutritivos, la meditación, el magnetismo o la astrología, utilizados además de la medicina convencional. El sujeto puede aceptar la medicina convencional, pero añadir otros enfoques y medicinas que no forman parte de la misma<sup>13</sup>.

La lista de lo que se considera medicina complementaria y alternativa cambia continuamente, ya que una vez se comprueba que una terapia determinada es eficaz e inocua, ésta se incorpora al tratamiento convencional.

El NCCAM clasifica las terapias de la medicina complementaria en 5 categorías:



- a. Sistemas médicos alternativos. Se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica. A menudo estos sistemas han evolucionado de manera separada y antes del enfoque médico convencional.
- b. Enfoque sobre la mente y el cuerpo. Utiliza una variedad de técnicas diseñadas con el fin de afianzar la capacidad de la mente para afectar la función y los síntomas corporales. Algunas técnicas que se consideran medicina complementaria y alternativa anteriormente se han formalizado, por ejemplo grupos de apoyo a pacientes y terapia cognitiva y conductual). Otras técnicas que aún se consideran medicina complementaria, incluida la meditación, la oración, la curación mental y las terapias que emplean soluciones creativas como el arte, la música o la danza.
- c. Terapias biológicas. Emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza como hierbas, alimentos y vitaminas.
- d. Métodos de manipulación y basadas en el cuerpo. Hacen énfasis en la manipulación y en el movimiento de una o más partes del cuerpo. Ejemplo masajes, quiropráctica.
- e. Terapias sobre la base de la energía. Incluyen el empleo de campos de energía y comprenden dos tipos:
  - Terapias del biocampo: procuran afectar los campos de energía que supuestamente rodean y penetran el cuerpo humano. La existencia de tales campos no ha sido probada científicamente aún. Ej. Reiki, el chi gong.
  - Terapias bioelectromagnéticas: implica el uso de campos electromagnéticos<sup>12</sup>.
  - Así mismo la Medicina Natural es un concepto amplio que nos permitirá tratar una gran variedad de medicinas complementarias y alternativas, incluyendo: medicina herbaria, suplementos dietéticos, homeopatía, acupuntura, terapia neural, biomagnetismo, digitopuntura, y otras de las muchas medicinas alternativas que existen actualmente. Incluso, dentro de

la consideración de la Organización Mundial de la Salud, medicina natural es aquella que se basa en los sistemas de la medicina tradicional y también los métodos curativos que supieron emplear los aborígenes, tiempo atrás<sup>14</sup>.

Generalmente, la diferencia sustancial se encuentra entre los preparados que la medicina natural emplea para los tratamientos de salud. El punto de partida de este tipo de terapias, muchas veces, es buscar el mismo principio activo de los medicamentos, pero en su estado natural. De esa manera, se pueden buscar los beneficios naturales de los elementos que servirán de reemplazo del medicamento, sin tener que emplear químicos, ni otras sustancias nocivas para el organismo<sup>14</sup>.

La teoría del poder curativo de la naturaleza comenzó alrededor del siglo V y IV antes del Cristo y fue descrito por seguidores de Hipócrates y Galeno entre los años 460 y 200 A.C. La doctrina sostiene que la naturaleza dota al organismo humano con poderes internos para restaurarse a si mismo su salud. Esta teoría explica la diarrea, la inflamación y la fiebre (entre otros síntomas y signos fisiológicos) como intentos del organismo para alcanzar la homeostasis<sup>14</sup>.

Una teoría más moderna por Henry Lindlahr establece que la enfermedad es causada por la desviación de las leyes naturalezas, y que la enfermedad por si misma es una evidencia del intento del organismo por intentar corregir la situación retornando el organismo a su estado natural, es decir a la homeostasis con su ambiente. Lindlahr postula que la enfermedad tiene una de las siguientes causas: disminución de la vitalidad, intoxicación de la sangre e intoxicación de la linfa. Otro elemento importante de la Medicina Natural es el principio del tratamiento de la persona total. La Medicina Natural es el arte del tratamiento de la persona y no la enfermedad, mediante el tratamiento individualizado<sup>14</sup>.

## **1.2. Historia del Manejo del Dolor de la Labor de Parto**

En la historia de la medicina son muchos los tratamientos que se han aplicado para disminuir el dolor de la labor de parto, pero la mayoría ha sido poco efectiva. La incorporación de la anestesia y otros métodos de alivio del dolor

durante el parto en el siglo XIX y principios del XX fue muy utilizado, entre ellos, el cloroformo, opioides, 'el sueño crepuscular' que se utilizaron indiscriminadamente. El uso excesivo de sedantes y analgésicos durante el trabajo de parto a comienzos del siglo XX fue el preludio de la creación del movimiento llamado Movimiento en favor del parto natural. Este movimiento se originó en 1914 cuando Behan postuló: "Al igual que la menstruación, el parto debería ser un proceso indoloro. Fue el avance de la cultura lo que lo convirtió en doloroso ya que para las mujeres de razas primitivas el dolor no existía"<sup>15</sup>.

Grantly Dick-Read propuso el mismo argumento en 1933. Más tarde, la filosofía de Dick-Read sufrió modificaciones en otros países. Fue en 1947 que se describió el concepto de psicoprofilaxis por primera vez por un psiquiatra ruso llamado Velvovsky y fue años más tarde modificado por Lamaze y Vellay en París en 1952. La educación prenatal, las técnicas de respiración y la relajación ocuparon también un lugar de importancia con esta técnica. Recientemente, Le Boyer introdujo un enfoque algo más novedoso aunque sustentado en conceptos similares<sup>15</sup>.

Las técnicas del 'parto natural' que se sustentan en manejo del dolor por medios no farmacológicos están en su mayoría basados en prácticas que fueron descritas hace siglos. Estas técnicas gozan, en la actualidad, de la misma importancia tanto se utilicen solas o bien como aditamento del uso de drogas analgésicas. Sin embargo, no se utilizan de manera exclusiva o rígida como lo describieron Dick Read y Lamaze. En la actualidad, se alienta a las mujeres a 'sincronizar con su propio cuerpo' durante el trabajo de parto y a adoptar las técnicas que les resultan más apropiadas. Tales técnicas, que reciben el nombre de técnicas de 'parto natural', han tenido una gran influencia en el manejo del dolor del parto a pesar de que no resulta estrictamente preciso que reciban el calificativo de 'naturales' ya que la mayoría de ellas son adquiridas. Técnicas tales como la contra estimulación y la adopción de patrones de respiración especiales carecen de toda naturalidad (reacción instintiva). Toda esta búsqueda se basa en que la naturaleza no propicia situaciones benignas, especialmente durante el parto <sup>15</sup>.

El primer registro certero con que se cuenta del uso del opio, especialmente como calmante, se encuentra en los escritos de Theophrastus en el siglo III a.C.

Sin embargo, es casi seguro que se conocieran mucho antes de esta fecha los efectos analgésicos de las semillas de amapola; El opio fue introducido en Egipto desde Chipre a principios de la 18ª dinastía (1551-1436 a. C.). Al igual que ocurrió con otros productos del reino vegetal (alcohol, curare y cocaína) las poderosas propiedades del opio fueron descubiertas muchos siglos después. El componente más activo del opio, la morfina, fue aislado en 1806. La morfina se utilizó por primera vez durante el trabajo de parto en 1906 como uno de los componentes del 'sueño crepuscular'. En un intento por encontrar un analgésico potente pero no adictivo, se comenzó a utilizar la petidina en Alemania en 1939 y se administró por primera vez durante el trabajo de parto un año después. La petidina continuó siendo el narcótico más utilizado durante el parto. Desde la introducción de la petidina, se han producido muchas otras drogas que comparten algunas propiedades de la morfina y la petidina. Durante muchos años, drogas que cumplen la función que la morfina fue comúnmente llamada "narcóticos" (de narcosis: "adormecimiento"). Narcosis no es en realidad una descripción acertada de su efecto principal y en algunos casos hasta drogas como los barbituratos, sedantes y tranquilizantes han sido erróneamente llamados "narcóticos". Para evitar tal confusión, todas las drogas que se comportan como la morfina reciben ahora el nombre de "opioides" ya que actúan sobre los 'receptores opiáceos' del cuerpo<sup>15</sup>.

Las drogas opioides combinadas con sedantes se utilizaron por primera vez en Austria en 1902. Estas drogas se administraban en dosis tan altas durante el trabajo de parto que las mujeres tenían sólo recuerdos borrosos del trabajo de parto. Con el tiempo, se comenzó a administrar también barbituratos por vía endovenosa de manera que las mujeres estuvieran prácticamente inconscientes durante el trabajo de parto. Los opioides son drogas semejantes a la morfina en su acción. La morfina es una droga 'natural'. Esto significa que se extrae de una planta como cualquier otra medicina derivada de hierbas. La planta de la que se aparta la morfina es la adormidera de opio (*papaver somniferum*). Se puede encontrar morfina junto con una variedad de veinte sustancias similares (como la codeína) en cápsulas de semillas secas de esta planta. La mezcla recibe el nombre de opio<sup>15</sup>.

En la Edad Media, se comenzaron a utilizar varios preparados con hierbas como los extractos de amapola, mandrágora y cáñamo. Existen pruebas de que el alcohol también se utilizaba durante el trabajo de parto. A principios del siglo XIX, se introdujeron otros 'remedios'. En 1806, Miller presentó una tesis, titulada "Means of Lessening Pain of Parturition" (Medios para aliviar el dolor durante el parto) en la que recomendaba el ejercicio vigoroso, el sangrado y una variedad de medicaciones destinadas a inducir el vómito. Algunos médicos se vieron tan seducidos por los poderosos efectos de las drogas nuevas que tenían a disposición (cloroformo, opioides, 'el sueño crepuscular') que las utilizaban indiscriminadamente. El uso excesivo de sedantes y analgésicos durante el trabajo de parto a comienzos de este siglo fue el preludio de la creación del movimiento llamado Movimiento en favor del parto natural, debido a los efectos depresivos que ocasionaban en la madre y en el recién nacido<sup>15</sup>.

Según experiencias comentadas por la partera tradicional Zagal Avelina (México, 2008), la atención del parto generalmente estaba a cargo de la partera tradicional y cuando se iniciaba la labor del parto, si los dolores apenas comenzaban, la partera le indicaba a la mujer que se tomara un té de manzanilla lo más caliente que se pudiera, entonces, si realmente era labor de parto verdadero, con ese té las contracciones se hacían más frecuentes y efectivas y si todavía no era el momento de que estas fueran efectivas, el dolor se calmaba, en caso de que sí era el parto verdadero entonces se le continuaba dando el té, para que estas siguieran constantes y efectivas, cuando los dolores se detenían y ya era hora de que el bebé naciera, entonces se le daba té de manzanilla, pero ahora con la flor de pericón, pero ya para entonces la partera estaba lista para atender el parto, porque en ocasiones las contracciones eran tan fuertes que enseguida de tomar el té, se venía una contracción tan fuerte que nacía de inmediato el bebé<sup>16</sup>.

### **1.3. Prácticas Alternativas de la Labor de Parto desde el Enfoque Social**

El uso de las plantas medicinales tiene mucha importancia en los países en vías de desarrollo, como es caso de Pakistán, en el cual aproximadamente el 80% de las personas la utilizan, 40% en china. En países tecnológicamente desarrollados como los Estados Unidos la población también utiliza plantas

medicinales para ciertos problemas de Salud, 46% de los australianos, así como 49% de franceses y 70% de canadienses han utilizado alguna de esas terapias y en Japón hay alta demanda de plantas medicinales<sup>17</sup>.

El Perú posee alrededor del 10% de especies de la flora a nivel mundial, registrándose más de 1000 especies de plantas medicinales nativas, que se encuentran en la Amazonia, también en la zona andina. De aproximadamente 900 especies registradas en la Amazonia, 300 especies son las más conocidas, 22 de ellas se utilizan con más frecuencia<sup>18</sup>. Asimismo, el Perú tiene escuelas que ofrecen congresos de medicina tradicional y en EsSalud, posee un programa completo de medicina alternativa. En el caso peruano, un estudio ejecutado en un hospital de Lima de cuarto nivel encontró que cerca de 70% de pacientes utilizó alguna medicina tradicional<sup>11</sup>.

En el Perú se usa las plantas medicinales en el trabajo de parto, y puerperio, según la “Norma Técnica de Atención de Parto con Adecuación Intercultural”, pretendiendo empoderar a la población especialmente de la zona rural a reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios de salud, enfatizando que el parto sea institucional y humanizado valorando las costumbres y creencias, así mismo menciona que el personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía, tales como sopas, gelatinas, etc. Estos brindaran una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto. Asimismo, recomienda que el personal debe conocer la acción de algunas hierbas y prevenir el uso de aquellas que acentúen las contracciones uterinas. Existe una diversidad de preparaciones e infusiones que indican las parteras a las gestantes, ya que existe la posibilidad de no conocer sus efectos colaterales por lo que recomiendan brindar las más comunes, conocidos e inofensivos, tales como té o leche con canela y clavo de olor, una taza de chocolate caliente, un mate de albahaca, tres o cuatro hojas de ruda por taza de agua, una cucharadita de toronjil<sup>19</sup>.

Las parturientas en las comunidades tienen una preferencia en cuanto a la posición del parto vertical el cual les ofrece respeto a su intimidad, el acompañante es elegido por la parturienta para brindarles confianza y fuerza en el momento del parto. En cuanto a la utilización de hierbas medicinales lo hacen con el fin de brindarles fuerza, calor y facilitarles el parto<sup>20</sup>. En la selva peruana las parturientas reconocen el tipo de dolor que anuncia el parto avisando a los familiares y parteras. Las parteras calientan el cuerpo de la parturienta y ofrecen mates para acelerar el parto y durante el alumbramiento tienen la costumbre de arrojar la placenta al río para que el bebé sea independiente cuando sea adulto y para la sección del cordón utilizan un carrizo afilado<sup>21</sup>.

#### **1.4. Prácticas Alternativas de la Labor de Parto desde el Enfoque Cultural**

##### **1.4.1. Parto tradicional Aymara**

En la cosmovisión aymara que se encuentra en las zonas de Perú y Bolivia, el alma existe como ajayu, kuraji y animu. Cuando se pierde el ajayu la gente muere; cuando la persona se asusta se pierde el kuraji y él puede estar perdido semanas o meses y recuperarse después sin tener consecuencias fatales; para sanar hay que “llamar”; el animu, denota un estado como nervioso. La sombra revela los tres componentes, la sombra más oscura es el ajayu, el semioscuro es el kuraji y el más claro es el animu. El terapeuta aymara yatiri indica: “los doctores no tienen capacidad para curar el ajayu ni el animu”<sup>22</sup>.

El parto como un evento importante en la experiencia humana es abordado por las diferentes culturas en las cuales se desarrollan diferentes procedimientos y técnicas de acuerdo al modo particular de concebir el mundo, la salud y la enfermedad. Así, el parto tradicional Aymara refleja los pilares de la cosmovisión andina, en donde destacan la importancia de la organización comunitaria por sobre las personas individuales, el contacto íntimo y armonioso con los elementos naturales de su entorno y el respeto por la integridad física y ética de sus integrantes, estos conocimientos son fruto de muchos años de práctica y que son transmitidos de generación en generación. Se basa en un parto natural y domiciliario cuya base es la cosmovisión andina que le da sentido y coherencia

y diseñados para cuidar de la salud de la madre como del recién nacido<sup>23</sup>.

Respecto al embarazo, para la comunidad aymara , la base de la organización social la constituye la familia, por lo tanto el embarazo es un evento que no solo adquiere importancia en el ámbito fisiológico, sino también de gran connotación social, pues “cuando la familia sabe que la mujer está embarazada, dicen bueno vamos a tener un nuevo integrante más en la familia, y cuando se espera al hijo, se espera al nieto, se espera al sobrino, ¡se espera! o sea, están esperando que va a llegar, y se piensa colectivamente, no es solo una nueva wawa, sino un nuevo integrante, un niño que debe incorporarse a la comunidad y a la cultura”. En cuanto al nacimiento del bebé, se distinguen varios momentos, uno que va desde el inicio de las contracciones, dilatación del cuello uterino, hasta el nacimiento, y el periodo del alumbramiento<sup>23</sup>.

Durante la labor de parto, favorece el sentido de intimidad que este evento tiene, con una temperatura adecuada, dado que el calor proporciona seguridad, para ello generalmente se utiliza la cocina familiar, con luz tenue, ya que se considera la llegada de la wawa desde la oscuridad del mundo interno del útero materno hacia un mundo de sol, asegurando que dicho proceso para el recién nacido sea lo menos traumático posible<sup>23</sup>.

Referente al trabajo de parto, una vez iniciadas las contracciones, según la partera Reyna Cáceres, ella realiza el “acomodo de la wawa”, que consiste en una serie de masajes realizados sobre el útero materno para despegar la wawa de las paredes del útero y colocarla “derechita” para que el parto salga sin dificultad. Este procedimiento es tremendamente valorado por la mujer aymara y es muy importante que sea realizado al comienzo del trabajo de parto en espera de la aparición de tres tipos de contracciones, las cuales aumentan gradualmente en intensidad y duración. Cerca de un tercer grado de contracción, señala, le suministra a la parturienta un mate de hierbas, con el objeto de producir el calor en el cuerpo, hasta el momento en que llega el último grado de contracciones y el momento preciso en que nace el bebé. Las infusiones de hierbas o mejor conocidas como “mates”, son una práctica central tan importante como el “acomodo” de la wawa que realiza la partera al comienzo del trabajo de



parto. Para la mujer aymara es vital calentar el cuerpo con infusiones de diferentes hierbas como orégano, manzanilla, culen, albahaca, cilantro, etc. La elección depende de la experiencia personal de cada mujer o partera. Asimismo, es muy importante mantenerse abrigadas todo el tiempo y tomarse el pelo y la cabeza con un tocado característico. De esta manera, el trabajo de parto es más rápido y menos doloroso. Por otra parte, las parteras poseen una técnica que usan como masaje durante el trabajo de parto para así facilitar el nacimiento y evitar la formación del bulto de sangre, es decir, el coágulo sanguíneo. Dicha técnica consiste en masajear la espalda hacia delante de la barriga y sobre el vientre de la parturienta, como si estuviera torcelando suavemente. Generalmente la masajista empieza el masaje con ambas palmas en direcciones opuestas, pasando una mano sobre la otra. Esta técnica es altamente apreciada por las mujeres de la comunidad aymara. Ahora bien, es importante destacar que en el mundo andino el proceso de dilatación del cuello uterino no es observado directamente por la partera, sino que por medio de una técnica que respeta el pudor y las partes íntimas de la parturienta. En momentos que la madre realiza el mayor esfuerzo durante el trabajo de parto, se piensa que el espíritu del cuerpo puede salir del templo de la cabeza, debido a la alta presión de la sangre en las venas. Por esta razón, un familiar, generalmente el esposo que como se sabe suele sujetar la cabeza de la parturienta durante las contracciones y en el momento del parto, de modo que no salga el ánimo y no provoque la pérdida de control<sup>23</sup>.

#### **1.4.2. Parto tradicional en los pueblos Awajún y Wampis**

En las comunidades andinas y amazónicas tienen una visión del mundo en la que el bienestar, la salud y la enfermedad de las personas depende de su relación armoniosa con los otros miembros de la sociedad, la naturaleza y el mundo mágico religioso. Con esta visión se amplía la concepción biomédica del riesgo obstétrico y neonatal, incluyendo el ámbito emocional, espiritual, social y cultural. Existe una coexistencia complementaria de la medicina tradicional con la medicina convencional del Ministerio de Salud, a los cuales acuden en caso de complicaciones y cuando la medicina tradicional ya no puede resolver<sup>24</sup>.

En las comunidades rurales de Grau, hay una tendencia mayor a buscar la atención del parto institucional, mientras que en las comunidades nativas de Condorcanqui, la mayoría de partos son domiciliarios, probablemente debido a las multas e incentivos, así como la mayor accesibilidad al servicio que existe en Grau y sea que el parto sea domiciliario o institucional, las prácticas, rituales y las parteras, siguen siendo referentes importantes que dan confianza y tranquilidad a la mujer y su familia<sup>24</sup>.

Los Awajún (Aguarunas) y Wampis (Huambisas), pertenecen a la familia etnolingüística de los Jíbaro, tiene las mismas raíces culturales y comparten las mismas costumbres. Su población es aprox. De 60,000 habitantes, es el grupo étnico de mayor volumen después de los Asháninka. Se ubican en la provincia de Condorcanqui, el 85.09% de la población es rural y el 91% tiene como lengua materna una lengua nativa diferente al castellano, tiene un alto nivel de exclusión social y la de más difícil acceso, los medios de transporte más rápidos son las chalupas y deslizadores, los mismos que tienen un alto costo por lo que la mayoría no accede a este tipo de transporte<sup>24</sup>.

Respecto a la cosmovisión, que es la manera de ver al mundo, incluyendo las presuposiciones y conceptos básicos con los que se interpreta tanto sus dimensiones espirituales como materiales. Los Awajún y Wampis tienen una cosmovisión tripartita del mundo, donde habitan diferentes seres que actúan entre sí. Es así, que en el cielo vive el dios masculino Apajui (nuestro padre Dios), la deidad masculina Etsa (sol), los Ajútap (almas de los antiguos guerreros) que aparecen en las visiones como animales que dan conocimientos y poderes a los vivos, las almas *iwaji*, las estrellas y la Vía Láctea (Íwanchi Jínti), que son el camino que siguen los muertos para llegar al cielo; en la tierra viven los seres humanos, animales, plantas y algunos seres sobrenaturales y en el mundo subterráneo habita la deidad femenina Nugkui (espíritu de la tierra) y en las profundidades de los ríos lagunas y remolinos vive la deidad Tsugki (espíritu del río), que tiene la forma de la boa y es fuente de poderes chamánicos. Para los Awajún y Wampis, todos los seres que habitan en estos tres mundos tienen vida propia y pueden enviarles mensajes para orientar su diario vivir, a través de

sueños y visiones<sup>24</sup>.

La salud está relacionada con la vivencia en armonía con la familia y la comunidad, los espíritus y la naturaleza, cuando hay un desequilibrio se produce la enfermedad, que es atribuido al arbusto, cocha, viento, que podemos identificar como sus causas indirectas.

Las prácticas de cuidado durante el embarazo y la atención del parto, así como los primeros cuidados brindados al recién nacido por los Awajún y Wampis, se relacionan con mitos que provienen de sus ancestros; como por ejemplo buscan el apoyo de los espíritus para cuidar a los recién nacidos, entre ellos la tierra (Nugkui), el agua (Tsugki) y los espíritus de plantas como el toé (asociado al mito de Bikut), que tienen poder para proteger al recién nacido de los espíritus malos, como el espíritu de algunos animales que dejan su olor por el lugar donde transitan . Este efecto se hace extensivo también al aroma de algunas plantas (frutos, flores, y semillas). Awajún y Wampis relacionan alma, esencia y aroma, asumiendo que el olor de estas plantas y animales es una manifestación de su espíritu, el cual puede dañar al bebido (“cutipar” o transmitirle sus características o energía). Con frecuencia utilizan plantas medicinales locales, dietas y rituales, las conocedoras del uso de plantas medicinales son las mujeres de mayor edad.

En cuanto a la atención del parto, la mayoría se dan en el domicilio y se considera un evento familiar y privado, las razones además de las preferencias culturales es que los establecimientos de salud de la zona no ofrecen la adecuación necesaria para cubrir las expectativas de las mujeres y su familia. Pese a que el Ministerio de Salud del Perú contempla entre sus normas el parto vertical con adecuación intercultural donde sea requerido. A las distancias culturales, se suma la poca confianza en los servicios de salud, las grandes distancias geográficas a mismos y los costos del transporte<sup>24</sup>.

Cando se aproxima la fecha del parto la persona que apoyará el parto (usualmente, su mamá, hermanas, o el esposo), se encarga de los preparativos para facilitar el parto y enfrentar posibles complicaciones, aplicando los

conocimientos, prácticas terapéuticas y plantas medicinales de uso local. Prepara el ambiente apropiado para el parto dentro de la casa o en la chacra. Allí, el marido construye un tambo (choza elaborada con palos y techo de yarina o palmera). También, se ubican las maderas o postes donde se puede sujetar la madre y presionar el vientre para la expulsión del niño. Otro de los preparativos más importantes es reunir las plantas medicinales que se utilizarán para facilitar el parto, reducir el dolor, o calmar las hemorragias. Entre estos vegetales tenemos: ajengibre, piri-piri (*Eleutherine bulbosa*) y toé (*Brugmansia sanguínea*)<sup>24</sup>.

Durante la labor de parto la madre asume un rol activo y protagónico, para lo cual puede recibir ayuda del esposo y parientes femeninos, muchas veces la mujer prefiere iniciar este proceso sola por la vergüenza de que le vean sus genitales, así como también de que los demás escuchen sus gritos debido a las contracciones durante el parto. En el periodo expulsivo la mujer se arrodilla sosteniéndose con los brazos de la madera acondicionada para ello. El bebé cae al piso sobre hojas de plátano, ropas, frazadas, o plástico previamente acondicionados para amortiguar su caída, lo cual está relacionada con el mito de Nugkui, por el cual se busca que el recién nacido caiga sobre la tierra como un primer contacto con su verdadera madre, para que Nugkui reconozca en el bebé a un hijo/a más, al cual protegerá y ofrecerá frutos para garantizar que nunca le falte alimento<sup>24</sup>.

#### **1.4.3. Parto tradicional en comunidades Quechuas de Grau**

La provincia de Grau, ubicada en el departamento sur-andino de Apurímac, es uno de los más pobres del Perú, con una tasa de pobreza de 65.9%, la provincia de Grau alberga a 25,060 pobladores, siendo el 60.22% rural y el 81.28%, tiene como idioma materno el quechua. El acceso es por vía terrestre. Las actividades productivas giran en torno a la agricultura, ganadería, artesanía y minería artesanal. El principal cultivo es la papa nativa, y están vigentes formas ancestrales de trabajo colectivo y solidario, como el *ayni*. La crianza de ganado ovino y otros animales se desarrolla bajo el sistema de libre pastoreo, con deficiente alimentación de los animales y sobrepastoreo en pastos naturales. La

producción agropecuaria es principalmente de autoconsumo. De modo complementario o adicional, se desarrolla la minería artesanal, siendo una zona donde está concentrada la actividad de búsqueda o extracción de oro. Cada vivienda comunera cuenta con instrumentos rudimentarios para realizar la molienda para la extracción de oro<sup>24</sup>.

Respecto a la cosmovisión, el sistema médico tradicional y las parteras, siguen vigentes y las brechas culturales entre los servicios de salud y la comunidad respecto a concepciones y prácticas relativas a la salud de la madre y el niño no se han reducido. El equilibrio y la reciprocidad son dos principios básicos para entender la cosmovisión andina y sus nociones de salud y enfermedad. Esto se aplica en la relación de los seres humanos con la sociedad, la naturaleza y el mundo mágico-religioso, ámbitos indesligables, que son parte de una visión holística e integradora del mundo. Es por ello que para la salud de la madre y de los recién nacidos no sólo son importantes los cuidados relacionados al cuerpo físico-biológico, sino también aquellos que los protegen de los malos espíritus. En la etiología y tratamiento de las enfermedades juegan un papel muy importante el equilibrio térmico y las concepciones de frío (fresco) y calor (cálido), los ritos y la explicación simbólica de algunos hechos haciendo uso de la analogía. Los ritos tienen como referente central los dioses andinos, dentro de los cuales la *Pachamama* o madre tierra tiene un lugar preponderante. La tierra es la gran madre cósmica y dadora de vida por excelencia, sirve a la madre como modelo de engendrar, parir y crianza de los recién nacidos<sup>24</sup>.

En el sistema médico andino, las parteras son las especialistas para dar consejos y ayuda relacionadas con la salud reproductiva de la mujer y la salud materno-infantil, manejan conocimientos y técnicas tradicionales sobre el cuidado y atención de la mujer y el niño durante el parto, y los procesos reproductivos de la mujer en general. Las parteras tienen una formación que se basa en la experiencia y la observación, incluyendo el conocimiento de las plantas. Además de ser depositarias de conocimientos ancestrales, varias de ellas han seguido incorporando otros conocimientos cuando han sido convocadas por los establecimientos de salud del sistema médico oficial. Los

*qhullawawa* (wawita muy tierna) así se llama a los recién nacidos, requieren protección permanente y cuidado especial de la madre, los cubren totalmente envolviéndolos con tres pañales, y dependen básicamente de la lactancia materna<sup>24</sup>. La atención del parto se da tanto de manera tradicional, en el domicilio de la gestante con apoyo de la familia o la partera, como en los servicios de salud oficiales, lo cual no implica el abandono de las prácticas tradicionales de salud de las comunidades andinas; pues muchas veces se siguen los rituales y otras prácticas tradicionales previas al parto<sup>24</sup>.

Referente a la preparación para el parto, previo al mismo, se practican ritos para determinar cuándo será el parto, el futuro de la wawita, darle apoyo emocional para fortalecer a la mujer y pedir protección para que el parto sea sin complicaciones. Los ritos permiten la intermediación entre lo material y lo espiritual, entre lo humano y lo divino, y obran en la parte inconsciente de mujeres y hombres mediante el uso de símbolos. También se hacen pagos a la tierra (*tirraman haywana*) mediante el esposo, para solicitar que el parto y el proyecto de vida del bebé sean exitosos. En otros casos, la madre parturienta es sahumada antes del parto para lo cual, le soplan tres veces para darle aliento y fuerza para el parto<sup>24</sup>.

En cuanto a la Preparación del ambiente físico, para el parto domiciliario, se acondiciona una habitación que sea agradable para la parturienta, donde ella tenga privacidad y esté protegida de las amenazas reconocidas según sus pautas culturales. Se trata de cuarto cerrado, en penumbras, cálido y silencioso, lo que podría ser comparado con el útero de la madre, para evitar el *wayra* (viento) o el mal de viento ingrese y detenga el trabajo de parto, trayendo diversas complicaciones. Se humea la habitación para brindar calidez y como parte de un ritual para agilizar el parto, se realiza con elementos considerados cálidos, como lana negra de oveja o lana de vicuña, paja, cuernos de chivo o cabra, incienso, azúcar y hierbas, entre otros. Existe un elemento simbólico particularmente valorado que es la lana y feto de la vicuña (*sullu*), pues la vicuña nace en menos de un minuto de trabajo e inmediatamente sale a correr por la puna, con su uso, se espera que por analogía suceda un parto rápido y sin

complicaciones<sup>24</sup>.

La preparación psico-física se inicia con masajes para relajar a la parturienta. Mientras se realizan los masajes, la partera sopla sobre la cabeza de la parturienta para darle aliento, reza e invoca a santos y dioses para que protejan el parto. También en este momento la partera cuenta historias felices de sus experiencias anteriores para inculcar confianza a la mamá. Respecto a las posiciones para dar a luz, algunas veces se aconseja estar sentada o de cuclillas, en otros casos, sosteniéndose de una soga que cuelga de la viga de la casa o un palo plantado en la misma habitación cuando el piso es de tierra. Todas las posiciones están en función de la parturienta, como también todas ellas tienen un punto de apoyo para la mujer y favorecen que concentre todas sus fuerzas en la expulsión del feto. La partera respeta la posición de la mujer y trabaja de rodillas esperando al bebé con sus manos bajo la falda, sólo por tacto externo, durante todo el proceso de parto las mujeres se encuentran vestidas, la partera nunca ve la vagina ni la palpa en el momento de la expulsión de la *wawa*<sup>24</sup>.

### **1.5. Prácticas Alternativas de la Labor de Parto desde el Enfoque Psicológico**

El parto, es un proceso fisiológico de la mujer, en el cual es aplicable los beneficios de la medicina alternativa y complementaria, a través de la meditación, el yoga, la aromaterapia, la acupuntura, la fitoterapia, homeopatía, cromoterapia, que entre otros actúan como relajantes, y atenuadores de los dolores, logrando que el cerebro, mente y cuerpo interactúen para influir en las funciones físicas y promover la salud, hasta llegar al equilibrio, a través de medios naturales<sup>25</sup>.

Por ello, es importante distinguir la diferencia de ambos conceptos, lo artificial se refiere a todo elemento cuya creación sea realizada por el hombre, lo natural “tiene en sí mismo la fuente de su propia formación”, mientras que en el caso de lo artificial, “la fuente es distinta y externa”. El término “natural” tenía aún otra connotación. Significaba algo orgánico, vivo, autónomo y espontáneo, mientras que “artificial” significaba algo muerto, sin alma y, en general, inferior a las cosas

naturales". Es así como los procedimientos e implementos de las medicinas alternativas utilizados al momento del parto, de acuerdo a la selección de terapias son considerados "naturales", pues su labor se basa principalmente en el acompañamiento del embarazo y durante el momento del parto, son estímulos que permiten a la mujer realizar su proceso naturalmente con la mínima intervención de terceros, entre las opciones para estas medicinas están la aromaterapia, cromoterapia, acupuntura, fitoterapia, natural terapia, hidroterapia e incluso las parteras, comadronas. Elementos como fórceps, espátula, ventosa, monitores fetales, ecógrafos, etc. utilizados en un embarazo y parto natural asistido clínicamente, se ubican en el marco de los artificiales, debido al impacto físico que ejercen sobre la madre y el neonato<sup>26</sup>.

Asimismo, es importante reconocer los conceptos de público y lo privado, los cuales se explican a través de tres actividades fundamentales: Labor, trabajo y acción. La primera, corresponde al proceso biológico del ser humano, en el proceso de vida, la segunda es la actividad que corresponde a lo no natural de la exigencia del hombre y la última, es única actividad que se da entre los hombres sin intervención de cosas o materia, corresponde a la acción humana de la pluralidad al hecho de que los hombres, no el hombre vivan en la tierra y habiten el mundo<sup>27</sup>, en la esfera privada, constituida básicamente por el ámbito del hogar y sus necesidades, incluida la reproducción, los seres humanos pueden resguardarse de la vida pública; sin embargo, no dejan de estar en el mundo ni pierden la potencialidad de ser políticos. Pues, si bien el nacimiento y con este el cuerpo a través del cual es posible la reproducción el nacimiento, pertenece a lo más privado del ser humano, también constituye el elemento fundamental de la esfera pública; pues el nacimiento es la máxima expresión de la acción y sin el cuerpo no es posible ni apariencia, ni espíritu, ni acción<sup>28</sup>.

Asimismo, Arenas y Nash, afirman que la cotidianidad continua ubicando el parto como una cuestión de la esfera privada que además se le relega únicamente a la mujer como un rol 'natural' -no solo para el alumbramiento, sino para la asistencia del mismo- que deben cumplir por medio de procedimientos en muchas ocasiones limitados y validados socialmente como lo son las medicinas



alopáticas, que se basa fundamentalmente en tratar enfermedades a través de drogas que actúen por el mecanismo de “los contrarios”, en esa medida la propuesta busca extender a un público diverso a través de la percepción sensorial el momento del parto sacándolo del ámbito privado y ubicándolo en la esfera pública con el propósito de que se apropie y comprenda el papel de las medicinas y sus diferencias metodológicas en la intervención de la natalidad<sup>29</sup>.

La sensación, es el proceso de detectar la energía física del ambiente que nos rodea y codificarla en señales de tipo nervioso. Procede de los sentidos primarios, es decir, vista, tacto, olfato, gusto y oído. Posteriormente, el proceso que organiza e interpreta todas nuestras sensaciones es la percepción. Para la teoría de Gestalt, consiste en un intento de agrupación de la información circundante dentro de unidades simples que le permitan a la conciencia adquirir noción de objeto y con ello afinar su capacidad abstracta. La percepción es entendida como un permanente acto de conceptualización. Los eventos del mundo externo son organizados a través de juicios categoriales que se encargan de encontrar una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos. Se puede afirmar que, de la enorme cantidad de datos arrojados por la experiencia sensorial (luz, calor, sonido, impresión táctil, etc.), los sujetos perceptuales toman tan sólo aquella información susceptible de ser agrupada en la conciencia para generar una representación mental<sup>30</sup>.

Las medicinas alternativas y complementarias más comunes para implementar en el embarazo y el momento del parto son la Acupuntura, Yoga, Medicina Quiropráctica y Quiromasaje, Reflexología, Aromaterapia, Remedios Herbales (fitoterapia), Hidroterapia, Cromoterapia. Otra forma de medicina alternativa para el caso del embarazo y el parto, son las Parteras Tradicionales.

### **1.5.1. Técnicas naturales de alivio del dolor de parto**

#### **1.5.1.1. Masajes**

Algunos masajes terapéuticos, como por ejemplo el shiatsu, se recomiendan para aliviar el dolor durante el proceso del parto. Suelen llevarse a cabo en la

zona lumbar para **relajar los músculos**, cuya tensión es, en parte, responsable de las molestias. Del mismo modo, también es útil masajear el resto del cuerpo para estimular la secreción de neurotransmisores analgésicos como son las endorfinas. En Estados Unidos cada vez es más común la figura conocida como "**doola**". Son mujeres que acompañan a la parturienta durante el alumbramiento y se encargan de proporcionarles estos masajes de relajación. En estudios realizados con grupos de parturientas que fueron acompañadas por "doolas", se observó un descenso importante en la petición de anestesia por parte de las madres en comparación al grupo que no dio a luz de esta forma<sup>31</sup>.

#### **1.5.1.2. Técnicas de relajación**

El trabajo de parto produce estrés. La relajación es importante para dominar esa ansiedad, que puede llegar a bloquear el papel de la madre durante el parto. Mediante diferentes técnicas, es posible reducir la tensión muscular y aliviar el dolor y el estrés del parto. Poder relajarse entre cada contracción permite recuperar energías y **contrarresta la fatiga**, por lo que la parturienta puede participar con más facilidad en el parto<sup>31</sup>. Entre estas técnicas podemos mencionar:

##### **a. Sofronización**

Se trata de una técnica que va dirigida a reforzar las estructuras de la personalidad potenciando el autocontrol y la seguridad en uno mismo. Este método de relajación profunda hace posible que el parto se produzca con un dolor relativamente tolerable ya que potencia las capacidades innatas de la mujer para que ésta alcance un mayor bienestar<sup>31</sup>.

##### **b. Acupuntura**

La medicina tradicional china es útil para bloquear los canales de la transmisión del dolor. La acupuntura se utiliza en los trabajos de parto, para ablandar el cuello uterino y lograr que el proceso sea menos traumático. También es muy útil durante el parto ya que el efecto de las agujas actúa como un analgésico<sup>31</sup>.

### c. Homeopatía

El empleo de la medicina homeopática ayuda a lograr el equilibrio emocional que es necesario para el momento del parto, además de favorecer la dilatación. Según el homeópata Diego Jacques, ésta es una medicina atóxica que no tiene efectos secundarios ni contraindicaciones y que se utiliza con éxito para aliviar las posibles molestias tanto del embarazo como del parto. “Es una respuesta eficaz para contrarrestar las náuseas, vómitos, hemorroides, trastornos urinario o el insomnio que se producen durante el embarazo. Además, facilita el proceso de parto y, lo que es muy importante, permite al bebé nacer sano y de un modo menos traumático”, asegura Jacques. Si se quiere utilizar la homeopatía para aliviar el dolor del parto, lo recomendable es iniciar el tratamiento a principios del embarazo, ya que de este modo resulta mucho más efectivo<sup>31</sup>.

### d. Música, imágenes, movimientos rítmicos

Algunos médicos indican que la música o la contemplación de determinadas imágenes durante el parto, potencia la relajación de la mujer, con lo que se alivia el dolor y aumenta su capacidad para participar activamente en el alumbramiento. Del mismo modo, practicar movimientos rítmicos o incluso bailar durante el alumbramiento, potencia la concentración y la relajación<sup>31</sup>.

### 1.5.3. Respiración

Las técnicas de respiración ayudan a la mujer a relajarse y a aliviar el dolor de las contracciones. **Inhalar y expulsar correctamente el aire** potencia la liberación de las tensiones musculares y emocionales que el parto provoca; por lo que la mujer está más preparada para recuperar fuerzas entre cada contracción y empujar en el momento adecuado. Además, respirar adecuadamente **también beneficia al bebé** puesto que aumenta el aporte de oxígeno al feto durante las contracciones. Normalmente, estas técnicas de respiración se aprenden en cursos de preparación al parto. Estos forman a la futura madre para que asuma el momento del parto como un algo excepcional y no como una experiencia dolorosa para olvidar<sup>31</sup>.

#### 1.5.4. Agua caliente

Para muchas mujeres el agua tiene un gran valor estimulante y terapéutico que ayuda a aliviar el dolor durante el parto. Este elemento proporciona relajación y comodidad, ya que la mujer se siente mucho **más ligera dentro de un medio líquido** y puede moverse mejor. Algunos expertos recomiendan que, si se tiene pensado dar a luz dentro del agua, es mejor permanecer fuera de ella en los primeros momentos del trabajo de parto para favorecer la dilatación. El movimiento y las posiciones verticales son más eficaces durante esta etapa ya que entrar demasiado pronto en la piscina de agua caliente podría frenar las contracciones. No obstante, no existe una regla de oro que determine qué momento es el adecuado para emplear el agua y cada mujer puede experimentar diferentes sensaciones<sup>31</sup>.

#### 1.5.5. Noesiterapia

Este método se basa en el poder mental de cada persona. Según su creador, Ángel Escudero, la noesiterapia permite a cada individuo manejar su cerebro para mejorar su calidad de vida a todos los niveles, y eso **incluye el control del dolor**.

La "anestesia psicológica" que se utiliza en la noesiterapia facilita la eliminación del dolor manteniendo intactas otro tipo de sensaciones. Es decir, durante una intervención, el paciente es consciente de todo el proceso; sin embargo, no siente dolor. La clave para conseguirlo, según los defensores de este método, es la voluntad del individuo. Él es el dueño de su cerebro y el único que es capaz de relajarse, concentrarse y pensar en positivo. Debido a sus características, la Noesiterapia también se emplea para **aliviar las molestias** del parto. El médico se convierte en un consejero que enseña a la parturienta a conocer mejor sus aptitudes innatas y a confiar en su capacidad para dar a luz de un modo no traumático. De cualquier modo, este método no está en contra del empleo de analgésicos o anestésicos en determinadas ocasiones. Lo que propugna es el fomento de las capacidades innatas del ser humano para controlar su propio cuerpo antes de recurrir a otros métodos artificiales<sup>31</sup>.

### 1.5.2. Otras terapias naturales para el parto

- a. **Flores de Bach:** Actúa muy bien a nivel emocional<sup>15</sup>.
- b. **Reflexología podal:** se puede a partir del tercer trimestre del embarazo, con un masaje suave, le ayudará a mejorar la pesadez de piernas, le dará relajación. En el parto se puede estimular la zona refleja de la Pituitaria para aliviar algo de dolor de las contracciones<sup>15</sup>.
- c. **Medicina Tradicional China:** Se puede aplicar en todo el embarazo, se puede usar Acupuntura, Moxibustión, Digitopresión, etc. Si el **niño viene de nalgas** un remedio muy eficaz es el uso de **moxibustión** (además ahorra mucho dinero a la sanidad ya que no hay que recurrir a la cesárea) <sup>15</sup>.
- d. **Fitoterapia:** se utilizan plantas medicinales para dar un mayor tono al útero, además dan energía y relajan<sup>15</sup>.
- e. **Aromaterapia:** podemos usar esencias relajantes o aromas que sean familiares, ej. lavanda<sup>15</sup>.
- f. **La luz y la temperatura:** la luz debe ser tenue casi a oscuras, la temperatura debe ser cálida ya que la futura mamá estará desnuda y el bebé recién nacido necesita calor. Podemos poner compresas templadas para aliviar el dolor en la zona lumbar y en el periné<sup>15</sup>.

### 1.6. Prácticas Alternativas de la Labor de Parto desde el Enfoque Epidemiológico

En el Perú existen alrededor de 72 grupos étnicos (65 en la Amazonía, y los siete restantes principalmente en la región andina), clasificados en 14 familias etnolingüísticas; en su mayoría, esos grupos están organizados como comunidades campesinas (5 069 en el área andina) y comunidades nativas (961 en la Amazonía). Se estima que la población indígena en el Perú representa alrededor de 40% del total aproximado de 28 millones de habitantes<sup>32</sup>.

En los años 1980 y 1990, han surgido y se han consolidado nuevos movimientos sociales, que encuentran su fundamento en reivindicaciones culturales, étnicas, de género y de orientación sexual, entre otras. En los países de la Región y en los foros internacionales, comienzan a participar los movimientos y organizaciones indígenas, que da lugar a las formulaciones políticas y académicas que plantean un proyecto de interculturalidad en las relaciones entre pueblos étnicamente diversos. En 1992, la OPS propone que se considere principalmente la salud y el bienestar de los indígenas. En 1993 se organizó una reunión en Winnipeg, Canadá, que congregó a representantes de los pueblos indígenas, de los gobiernos y otros interesados de 18 países de la Región<sup>32</sup>.

Es así, que una reunión de expertos de 19 países, realizada en Panamá en 2005, sirvió para mostrar una serie de logros y retos en materia de salud indígena, encontrándose que la mayoría de las naciones han aprobado actualmente al menos una directiva legal que sirve como marco de política sobre los pueblos indígenas, aunque ninguna tiene en cuenta las disparidades sociales y económicas<sup>32</sup>.

El Ministerio de Salud del Perú reorganizó sus programas en el año 2004 y definió diez Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN). Se estableció una ESN de Salud de los Pueblos Indígenas, y otra de Salud Sexual y Reproductiva, esta última directamente relacionada con la atención del parto vertical. El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), dependiente del Instituto Nacional de Salud (INS, organismo del Ministerio de Salud especializado en investigación) es responsable de la ESN de Salud de los Pueblos Indígenas. Su función es promover, coordinar y supervisar las acciones dirigidas a las poblaciones indígenas, con el propósito de disminuir la brecha de exclusión en salud<sup>32</sup>.

De acuerdo con la ESN de Salud de los Pueblos Indígenas, se ha constituido una Comisión Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y, según la Memoria 2001–2006 del Ministerio, se está trabajando en la adecuación cultural y la ampliación de la oferta de servicios bajo nuevas modalidades apropiadas para los pueblos indígenas; el “respeto al parto vertical”; la capacitación de los recursos humanos en interculturalidad; el fortalecimiento de la participación

comunitaria, y el mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica<sup>32</sup>.

Por su parte, también la ESN de Salud Sexual y Reproductiva ha introducido el enfoque intercultural en sus orientaciones programáticas. Propone, entre otras cosas, mejorar la calidad de la atención del parto y del recién nacido, la adecuación cultural de los servicios, el desarrollo de actividades de educación, y la prestación de servicios teniendo en cuenta “una perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad”<sup>32</sup>.

Otro organismo del Ministerio que trabaja estas cuestiones es la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, creada en 2005 y adscrita a la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS).. Finalmente, en la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud se establecieron un Grupo Temático de Salud de los Pueblos Indígenas, y una Unidad Técnica de Proyectos Especiales en Pueblos Indígenas, que han realizado una serie de estudios llamados Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en etnias específicas de la Amazonía, con la participación de las comunidades<sup>32</sup>.

Hoy el parto vertical se está difundiendo en muchos países, y esto ha impulsado un debate académico sobre las ventajas y desventajas de una u otra modalidad de parto. En el sistema de salud peruano, la atención del parto en posición vertical se realiza formalmente desde comienzos del decenio de 1990, aunque ya mucho antes se practicaba en el ámbito domiciliario. Hacia fines de ese decenio, el Proyecto 2000, una importante iniciativa de salud maternoinfantil, emprendió diversos estudios e intervenciones para evaluar e impulsar la atención del parto vertical. En 2005, el Ministerio de Salud publicó la norma técnica que establece el marco procedimental para la atención del parto vertical. Además, el sistema de salud ha implementado y difundido en diversas zonas algunas innovaciones que consideran la introducción de prácticas tradicionales de las culturas locales, y formas de participación de la comunidad, tales como el “acompañamiento” y las casas de espera<sup>32</sup>.

El acompañamiento se realiza a veces en lugares donde las distancias entre los

servicios de salud y el domicilio de las gestantes son muy grandes; en tales casos, el personal de salud puede, por ejemplo, ir a buscar a las mujeres “hasta la mitad del trayecto”. En otras ocasiones, los municipios u otros organismos costean el transporte. La segunda modalidad participativa, las casas de espera, integra una estrategia que incluye la intervención activa tanto de las autoridades sanitarias como de las organizaciones locales. Algunas de estas casas se autofinancian, mientras que otras funcionan con el apoyo del establecimiento de salud o de los municipios; con ellas se busca crear espacios comunitarios cercanos a los establecimientos de salud, que sirvieran para alojar a las gestantes durante los días previos al alumbramiento y atender posibles complicaciones, para ayudar a reducir la mortalidad materna. Las casas fueron incorporando elementos de la partería tradicional andina, como el parto vertical, la climatización del ambiente, las mantas de cuero, la preparación de mates o infusiones con distintas hierbas, y el acompañamiento de familiares u otros allegados. En las casas de espera las mujeres pueden seguir desarrollando muchas de sus actividades cotidianas, como lavar, cocinar o atender a su familia, y en algunos casos se organizaron talleres productivos de manuales o artesanías. Informes oficiales estiman que en el país funcionan unas 337 casas de espera. Los promotores de salud o agentes comunitarios de salud, que a veces son también parteros o parteras, desempeñan un papel importante al actuar como nexos entre la población y el sistema sanitario, y participan en forma activa en la atención de las gestantes para lo cual reciben capacitación del Ministerio<sup>32</sup>.

Desde los inicios de la humanidad el parto se realizaba en distintas variantes de la posición vertical, hasta que en el siglo XVII, el obstetra Mauriceau, acostó a las mujeres para “parir” para favorecer la aplicación del fórceps, luego para facilitar la administración de anestesia epidural como un intento de solucionar el dolor del parto. El uso de la posición horizontal se consolida en las mujeres por el enfoque biomédico de la atención de salud u la influencia de la cultura urbana<sup>19</sup>.

Posteriormente, la posición vertical que se utilizaba por diversas culturas y



numerosos grupos étnicos comienza a difundirse hacia los países occidentales como Estados Unidos, la región de América Latina como Uruguay, Brasil y más aún a partir de la consideración que le acredita la OMS. En el Perú, la práctica de la atención vertical del parto se ha ido implementando en los establecimientos de Salud que atienden poblaciones rurales, para facilitar el acceso a los servicios de atención materna. Es así, que la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Ayacucho reporta que los 2,300 partos domiciliarios ocurridos en el año 2004, que representa el 28% de partos ocurridos en la región Ayacucho tuvieron atención en posición vertical. En la DIRESA Cajamarca, en el año 2003, la atención de partos verticales alcanzó el 9.3% de todos los partos atendidos, el mismo que se incrementó a 14.8% en el año 2004<sup>19</sup>.

De acuerdo con la norma técnica, la atención del parto vertical debe incorporar elementos y prácticas de adecuación intercultural integrando saberes y procedimientos tradicionales en el plan de parto, la organización de los recursos, las intervenciones requeridas antes, durante y después del alumbramiento, el manejo de las complicaciones y también en la consejería. La adecuación intercultural se refiere al acondicionamiento del local (iluminación tenue, calefacción, cortinas, etc.), la presencia de parteras y de allegados o familiares elegidos por la parturienta, y la disponibilidad de materiales y equipos (vestimenta, fajas, camillas, etc.) y de medicinas tradicionales. Hay recomendaciones específicas relacionadas con las revisiones físicas, en particular el examen vaginal, así como con el manejo del dolor, los masajes, la relajación y la higiene. La parturienta podrá optar por alguna de las posiciones siguientes: en cuclillas, de rodillas, sentada o semisentada, tomada de una soga o apoyada en manos y pies. Los familiares o las parteras tradicionales también pueden participar en tareas como la preparación y administración de mates u otras infusiones, según costumbres locales, o la realización de ceremonias con valor simbólico para la madre y sus allegados, brindándole libertad de acción y expresión de acuerdo a sus costumbres<sup>19</sup>.

El personal de salud debe facilitar la entrega de la placenta a la familia para que disponga de ella según las costumbres locales, que a veces suponen su entierro

o incineración. De presentarse alguna complicación que amenace la vida de la madre o del recién nacido, se deberá recurrir a un establecimiento de salud de nivel superior<sup>19</sup>.

La norma señala que la atención del parto la realizará el “personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas”, que estará compuesto por médicos, obstetras y personal de enfermería. No considera como personal de salud a las parteras o parteros tradicionales o a los agentes comunitarios de salud. Sin embargo, de otro documento oficial se desprende que en algunos casos los parteros tradicionales pueden atender partos supervisados por profesionales de salud del Ministerio<sup>19</sup>.

## **1.7. Practicas Alternativas de Labor de Parto desde el Enfoque Sanitario**

### **1.7.1. Aspectos anatómo fisiológicos del parto**

#### **1.7.1.1. Elementos que intervienen en la fisiología del parto**

##### **a. Motor**

El motor del parto es el útero, que a través de unas contracciones características, provoca la dilatación del cuello uterino (cérvix), desde dentro hacia fuera. Complementariamente, la contracción de la musculatura abdominal de la madre puede contribuir al proceso. La mujer puede reforzar la fuerza expulsiva de la contracción, empujando con la musculatura abdominal, que se conoce con el nombre de “pujo” (voluntarias). La contracción uterina es el resultado de las contracciones acompasadas de las fibras miométricas. Las fibras musculares uterinas van a ser capaces de adquirir una disposición que provoca que se produzcan las contracciones características del parto y además unas van de un sentido a otro<sup>13</sup>.

Las fibras miométricas se contraen involuntariamente. En la contracción uterina se produce un acortamiento y engrosamiento transitorio de la fibra muscular lisa uterina. Después de la contracción uterina persiste cierto grado de retracción o acortamiento, ya que la fibra miométrica no se relaja por completo al final de la

contracción<sup>13</sup>.

El cuello uterino está formado por fibras musculares, tejido conectivo y colágeno. Con las contracciones, la pared del cuerpo uterino se engrosa y se acorta progresivamente y hace que las fibras del istmo y del cérvix se deslicen hacia arriba y hacia los lados, todo esto hace que esta zona se adelgace y amplíe formándose el segmento inferior (separación entre cuerpo y cuello del útero), lo que provoca el borramiento y la dilatación del cuello uterino<sup>13</sup>.

Las contracciones del parto aumentan en intensidad y frecuencia progresivamente y se presentan de forma rítmica. Las contracciones del parto se caracterizan por su regularidad dentro de un patrón de frecuencia (por ejemplo, dos contracciones cada 10 minutos), los intervalos se acortan de forma gradual y su intensidad y duración aumentan. Los elementos que hay que valorar en las contracciones uterinas son:

- Duración: tiempo que transcurre desde que se inicia una contracción hasta que finaliza. Se expresa en segundos.
- Intensidad: grado de contracción del útero. Es la diferencia entre el tono basal y el tono de ápice de la contracción (que es el periodo de máxima intensidad. Tanto la intensidad como el tono basal se expresa en mm de Hg.
- Intervalo: determina ritmo y frecuencia. Desde que acaba una contracción hasta que empieza la siguiente.
- Tono basal: es la presión uterina valorada en un momento en que no exista contracción. Es el punto de partida que aunque es sin contracción lo consideramos 20 mm de Hg.<sup>13</sup>

## **b. El canal del parto**

Son las estructuras que delimitan el trayecto que realiza el feto en su salida. Cuando decimos que un feto está encajado es que ha entrado en la pelvis, es la presentación fetal, si el feto no ha encajado la presentación es libre. Se distingue:

- **Canal óseo:** es la pelvis. Formada por cuatro huesos: dos huesos iliacos o coxales, el sacro y el cóccix. Están unidos entre sí por ligamentos y se articulan a nivel de la sínfisis del pubis, las articulaciones sacroiliacas, y las articulaciones sacrococcígeas. El canal óseo es irregular en sus dimensiones. La entrada al mismo la constituye el estrecho superior de la pelvis, con un diámetro de 11 cm. Más abajo se encuentra la excavación pélvica, con el estrecho medio. Aquí el diámetro es de 12 cm. Y el estrecho inferior con un diámetro que oscila entre 9-11 cm, según la posición del hueso cóccix. Considerando que el diámetro de la cabeza fetal es de 10 cm, pequeñas variaciones congénitas o adquiridas en la anatomía de la pelvis determinarán distocias mecánicas que habrá que resolver por vía vaginal o abdominal.
- **Canal blando:** consta de los siguientes elementos:
  - **segmento uterino inferior:** se va formando desde el final del embarazo y culmina en el periodo de dilatación.
  - **el cérvix:** durante la fase de dilatación se va a producir primero su desplegamiento longitudinal (borramiento) y luego su apertura transversal (dilatación), hasta permitir el paso de la cabeza fetal.
  - **la vagina:** a medida que desciende la presentación, la vagina se va distendiendo, permitiendo el paso fetal.
- **Músculos del periné:** ya en el estrecho inferior, la presentación alcanza los músculos del suelo pélvico, ejerciendo sobre ellos un empuje vertical que va a producir tanto su dilatación radial como su elongación axial<sup>13</sup>.

### c. El feto

Es el objeto del parto. Para que el parto transcurra con normalidad es muy importante el tamaño del feto y que éste adopte en el interior del útero una determinada posición o estática fetal. Para que se produzca el parto el feto debe estar en actitud de flexión<sup>13</sup>.

La estática fetal se refiere a la forma en que se halla situado el feto en el interior del útero materno. La estática fetal está determinada por los parámetros de actitud fetal, situación fetal, posición y presentación fetal. La estática fetal se determina mediante las maniobras de palpación abdominales denominadas maniobras de Leopold. O bien ecográficamente<sup>13</sup>.

### **Actitud fetal**

Al comienzo del embarazo, la cantidad de líquido amniótico es abundante en relación con el volumen ocupado por el feto, pero a medida que progresa el embarazo y, sobre todo, luego de la semana 32, la relación líquido amniótico-feto se modifica substancialmente con disminución del líquido y aumento del tamaño fetal. Estos cambios traen como consecuencia que el feto debe tomar una actitud especial que le permita acomodarse mejor al limitado espacio con el que cuenta, adoptando una forma ovoidea que corresponde a la forma de la cavidad uterina. La cabeza se flexiona tanto que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal, los brazos están flexionados sobre el tórax o paralelos a éste, el cuerpo se flexiona tanto que el dorso adopta una forma convexa, los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. Esta actitud, es la llamada “actitud de flexión”, que es la más frecuente y la que se considera normal. Existen las llamadas actitudes de deflexión, que corresponden a variaciones anormales de la antes mencionada. A medida que la cabeza fetal se extiende de manera progresiva, va pasando de presentación de vértice a las de bregma, frente y cara, que son las llamadas “actitudes de deflexión”<sup>13</sup>.

### **Situación fetal**

Consiste en la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno y son posibles las siguientes situaciones: longitudinal, transversa y oblicua. La primera es la más frecuente en los embarazos a término y puede ser longitudinal cefálica o longitudinal podálica. La razón por la que la situación longitudinal es la más frecuente, es porque la cavidad uterina tiene un diámetro longitudinal mayor que el transversal lo que permite un mejor acomodo del feto en su eje mayor, que es el longitudinal<sup>13</sup>.

## **Presentación fetal**

Es la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis y puede ser: cefálica, de nalga, de hombro, fúnica y compuesta.

### **- Cefálica**

Es aquella en la que la cabeza es la parte que se presenta en el estrecho superior. Constituye la forma de presentación más frecuente porque la cavidad uterina tiene una forma piriforme, con la parte más amplia hacia el fondo uterino y la más estrecha hacia el segmento uterino inferior.

Aunque la cabeza fetal es mayor que las nalgas, la actitud fetal de las extremidades inferiores flexionadas sobre el abdomen, hace que el polo fetal más voluminoso sea el podálico; de tal manera que, cuando se coloca en cefálica, se adapta mejor a la forma piriforme de la cavidad uterina normal.

Dependiendo del grado de flexión o deflexión de la cabeza se clasifican en: vértice, cara, bregma y frente.

### **- Nalgas**

Es aquella situación longitudinal del feto, en la que las nalgas se presentan en el estrecho superior y el punto de referencia es el sacro. Constituye, aproximadamente, el 3,5% de las presentaciones en embarazos a término; sin embargo, durante el embarazo se puede encontrar una incidencia de hasta 33,3%, entre las semanas 21 y 24; de un 27,8%, entre la 25 y 28; de un 14% entre la 29 y 32 y de un 8,8%, entre la 33 y 36 (Scheer and Nubar, 1976).

A medida que el embarazo progresa esta presentación se convierte espontáneamente, en la mayoría de los casos, en presentación de vértice. Cuando esta versión no ocurre, puede que existan factores fetales que impiden esta transición, como los tumores cervicales, las circulares múltiples de cordón, etc. y factores maternos como los fibromas, las anomalías congénitas de útero, etc. El hecho de que un porcentaje mayor de fetos está en presentación de nalgas antes de que la gestación llegue a su término, explica el porqué la

presentación de nalgas es más frecuente en prematuros que en fetos a término.

#### - **Hombros**

Es aquella postura fetal en la que su eje longitudinal es perpendicular al longitudinal materno formando un ángulo de 90°. Constituye la llamada situación transversa donde la parte fetal que se presenta en el estrecho superior de la pelvis es el hombro y el punto de referencia el acromion.

Es muy poco frecuente y el parto vaginal es imposible a menos que el feto sea muy pequeño o en los casos de muerte fetal intrauterina.

#### - **Fúnica**

Conocida también como prolapso de cordón, es aquella en la que el cordón umbilical se prolapsa hacia la vagina y se convierte en la parte fetal que se presenta. Es una condición con una elevada mortalidad fetal pero, afortunadamente, ocurre con muy poca frecuencia.

A: presentación fúnica. B: presentación compuesta. **130**

#### - **Compuesta**

Es aquella en la que alguna de las extremidades se prolapsa junto con la parte que se presenta, de tal forma que ambas entran en la pelvis al mismo tiempo. La forma más frecuente es la presentación cefálica con descenso de la extremidad superior y, al igual que la anterior, su frecuencia es muy baja.

En estos dos últimos casos, cuando las membranas están intactas, se denominan procúbito de cordón o de brazo y cuando están rotas, procidencia de cordón o de brazo<sup>13</sup>.

### **Movimientos cardinales del parto**

Para que el parto sea normal, es preciso que el feto ofrezca sus menores diámetros a los mayores de la pelvis materna.

Debido a que los diámetros mayores de la pelvis varían de acuerdo a los diversos planos, el feto debe seguir una serie de movimientos de adaptación y acomodación llamados “movimientos cardinales del parto”, que son los siguientes:

### **Descenso**

Se produce en todos los pasos del mecanismo del parto y es la condición indispensable para que suceda. Depende, fundamentalmente, de la contracción uterina que ejerce presión directa sobre el polo fetal que esté en el fondo, de la contracción de los músculos abdominales y del diafragma y, en menor grado, de la presión del líquido amniótico y de la extensión y estiramiento del feto. En las nulíparas sucede primero el encajamiento y luego el descenso, mientras que en las múltiparas el descenso comienza conjuntamente con el encajamiento.

### **Flexión**

Se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea del cuello uterino o de las paredes y piso de la pelvis. El mecanismo por el que ocurre se explica por las leyes de palanca, debido a la forma en que la cabeza se inserta en el tronco que obliga a la flexión, de tal manera que el mentón se pone en contacto con la horquilla esternal. Mediante este movimiento, el feto sustituye el diámetro occípito-frontal de 11,5 cm por el sub-occípito-bregmático de 9,5 cm (fig. 10-7). Durante las contracciones uterinas se produce una modificación de la actitud fetal, especialmente después que la cabeza ha descendido en la pelvis. El feto se estira y desaparece la convexidad dorsal y las extremidades se acercan al cuerpo. Esto ocasiona un cambio en la forma fetal de ovoide a cilíndrica que produce una disminución del diámetro fetal que pasa por la pelvis materna.

### **Encajamiento**

Se considera que la cabeza fetal está encajada, cuando el diámetro biparietal del feto está a nivel del estrecho superior y la parte más saliente del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas. El encajamiento sucede en



las últimas semanas del embarazo o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el trabajo de parto.

### **Rotación interna**

El feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde realiza una rotación.

Esta ocurre porque el diámetro mayor de la pelvis ósea a ese nivel es el antero-posterior y, además, porque la posición de los elevadores del ano es en forma de V invertida y la de los ileo-coxígeos en V, lo que le confiere una forma romboidal al canal del parto en la cual el diámetro mayor es el antero-posterior

En esta rotación, la cabeza fetal gira de manera que el occipital se mueve gradualmente hacia la sínfisis del pubis y de su posición original en variedad anterior o transversa, pasa a una variedad de posición occípito-púbica que es la más frecuente durante la expulsión. Con menor frecuencia, la rotación ocurre hacia el promontorio del sacro y es la llamada variedad de posición occípito-sacra que suele ocasionar una expulsión prolongada.

El proceso de rotación es progresivo a medida que la cabeza desciende y no está completo hasta que haya alcanzado el cuarto plano de Hodge. La rotación interna es indispensable para completar el parto normal a menos que el feto sea pequeño.

### **Extensión**

Es el producto de dos fuerzas: la de la contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera, y la del suelo perineal, hacia arriba y afuera. La bisectriz de ellas, hace que la base del occipucio se ponga en contacto con el margen inferior de la sínfisis púbica y la cabeza se dirija hacia adelante y un poco hacia arriba y afuera, buscando el orificio vulvar. Debido a la ubicación de la vulva hacia arriba y adelante, la extensión debe ocurrir antes de que la cabeza alcance el orificio vulvar.

## **Rotación externa**

Una vez que la cabeza está afuera, tiende a adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna y, por eso, se llama también “restitución”. Se produce porque, en esos momentos, el diámetro biacromial se encuentra siguiendo los mismos movimientos que hizo la cabeza y se completa cuando la cabeza adopta la posición transversa porque el biacromial se coloca en el diámetro antero-posterior del estrecho medio. De esta manera, habrá un hombro anterior, que es el que está en contacto con la sínfisis y otro posterior, en contacto con la concavidad del sacro. Este movimiento está ocasionado por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna. Si el occipucio se encuentra hacia la izquierda, el movimiento de rotación será hacia la tuberosidad isquiática izquierda y lo contrario, cuando está hacia la derecha.

## **Expulsión**

La expulsión de la cabeza es seguida por la expulsión de los hombros, primero el anterior, que aparece por debajo del pubis y luego el posterior, que distiende el periné. A continuación ocurre la expulsión del resto del cuerpo.

Para entender el mecanismo del parto normal hay que tener en cuenta que el feto, conocido como el pasajero, debe ofrecer sus diámetros menores a los diámetros mayores de la pelvis materna, que es el pasaje. El feto puede adoptar diferentes posiciones dentro del útero y debido a que el útero tiene una forma piriforme, con su diámetro mayor en la parte superior y el menor en la inferior, la situación más frecuente es la longitudinal, con presentación cefálica porque el polo más voluminoso del feto es el podálico. Así las nalgas ocupan la parte superior del útero y la cabeza la parte inferior que es la que se presenta en el estrecho superior de la pelvis<sup>13</sup>.

Debido a que la pelvis materna tiene tres planos y que los diámetros varían dependiendo del plano, el feto debe realizar una serie de movimientos, conocidos como “movimientos cardinales del parto”, para que ocurra por vía vaginal. Existen una serie de presentaciones, dependiendo de la parte fetal que

se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna y la más frecuente es la cefálica, seguida de la presentación de nalgas y, por último, la de hombros<sup>13</sup>.

### **1.7.2. Causas del parto**

El inicio del trabajo del parto es multifactorial y, aunque se desconoce la causa exacta, los factores últimos del inicio del parto son 5:

#### **- Uterinos**

Distensión abdominal, aumento en la producción de prostaglandinas 2 ( PGE 2), aumento de los receptores de oxitocina, todo ello hace que se desencadenen las contracciones uterinas. El feto a término ejerce presión sobre el cuello uterino, la vagina e indirectamente, estimulan la fibra muscular uterina.

Se produce un aumento de la producción de ACTH (hormona pituitaria adrenocorticotrópica) en la hipófisis materna, que determina un aumento en la producción de cortisol en las glándulas suprarrenales del feto, lo que causa una modificación de los niveles de producción hormonal de la placenta, con el consiguiente aumento de estrógenos y descenso de la progesterona. En la decidua hay un aumento en la producción de prostaglandinas, debido al aumento de estrógenos, provocándose así el inicio de las contracciones.

La modificación que supone el aumento de estrógenos, hace variar la relación de equilibrio existente entre estrógenos y progesterona y determinan un aumento en la producción de oxitocina, verdadero desencadenante de las contracciones uterinas.

El amnios posee receptores de la oxitocina y participa en el aumento de las prostaglandinas, el líquido amniótico maduro que contiene mucha prostaglandina E2, proveniente del riñón fetal; el factor activador de las plaquetas originado en el pulmón, también pasa al líquido amniótico y estimula la producción de prostaglandinas.

La contracción uterina actúa de forma traumática sobre la decidua y el amnios, a

esta acción traumática responde, con un incremento de la liberación de prostaglandinas aumentando a su vez la contractilidad uterina, hasta desencadenar el parto.

- **Placenta y anexos( son cordón y membranas ( amnios y corion)**

Contribuyen a la formación de prostaglandinas. Tanto el amnios como la decidua poseen receptores específicos para la oxitocina, que contribuyen a la formación de prostaglandinas de importante efecto contráctil.

- **Feto**

La influencia del feto en el desencadenamiento del parto tiene lugar por medio de su propia secreción de oxitocina ( hipófisis fetal), ante situación de hipoxia fetal.

- **Gestante**

El papel de la madre en el comienzo del parto tiene lugar fundamentalmente a través del **reflejo de Fergusson**: la estimulación por distensión del cuello uterino y del tercio superior de la vagina, igual que la estimulación del pezón, genera un reflejo ascendente por vía espinal que alcanza el hipotálamo y la hipófisis posterior, induciendo allí la secreción de oxitocina. Esto provoca la contracción, con lo que la presentación presiona en el cuello y así se cierra el reflejo. A medida que avanza el parto, el descenso de la cabeza irá incrementando la presión, con lo que las descargas de oxitocina y las contracciones serán más frecuentes y más intensas. El reflejo de Fergusson provoca el mantenimiento y progresión de la dinámica uterina.

- **Cérvix**

La estimulación del cuello provoca una descarga de prostaglandinas uterinas capaces de provocar dinámica uterina. Esto explica el efecto activador de las contracciones que pueden tener maniobras como el tacto exploratorio cervical o el despegamiento de las membranas o maniobra de Hamilton (se separan a ambos lados del segmento inferior y así se acomodan las membranas en el

endocérvix y se provocan las contracciones uterinas) <sup>13</sup>.

### **1.7.3. Periodos del parto normal**

#### **a. Periodo prodrómico (pródromo es inicio)**

Sus características son:

- Disminución de la altura uterina
- Maduración del cuello
- Inicio de la actividad uterina regular
- Expulsión del tapón mucoso (percibido o no). Durante la gestación, el tapón mucoso o limos separa el contenido de la gestación del exterior. Si la mujer no ha sido explorada antes este tapón mucoso sigue hasta este momento y es en este periodo cuando lo expulsa, esto significa que el cérvix se ha movilizado, favorece el inicio de la dilatación. A veces por los tactos vaginales se pierde antes. La expulsión del tapón mucoso cervical puede ocurrir de diferentes maneras, expulsándolo entero que forma un molde del canal cervical o bien desleído en los exudados de la vagina, apareciendo entonces como un moco sanguinolento, más o menos espeso y que la mujer puede no percibir. En este momento el cérvix madura, se moviliza e incluso se produce acortamiento.
- Polaquiuria, que se relaciona con un incremento de la presión uterina sobre la vagina
- Síntomas difusos: diarrea, vómitos, sudoración del labio superior, edema (estos síntomas se pueden presentar o no y no en todas las mujeres) <sup>13</sup>.

#### **b. Periodo de dilatación**

Se inicia cuando se establecen contracciones regulares y finaliza cuando hay una dilatación completa del cuello uterino. Las fuerzas que actúan en este periodo son las contracciones uterinas. Es el periodo más extenso del parto y en

él se distinguen dos fases: la fase de latencia y la fase activa.

- **-Fase de latencia:** Se produce el reblandecimiento y borramiento del cuello uterino (se acorta hasta que desaparece) y se inicia la dilatación. En las primíparas en el periodo de dilatación, primero borran y luego dilatan, en las multíparas el borrado y dilatación ocurre a la vez. Es la fase más larga. La dilatación del cuello uterino progresa de forma lenta hasta alcanzar 2-3 cm, esta fase puede durar hasta 12 horas. Normalmente una vez que el cuello uterino alcanza los 3 cm está totalmente borrado. Las contracciones no suelen alcanzar el umbral del dolor.
  
- **Fase activa:** Las contracciones son más frecuentes ( 2/10 minutos) y dolorosas. Es una fase de duración variable que está en relación con la paridad (es más rápida en las multíparas dilatan 1,5 cm/hora, mientras que las primigestan dilatan 1 cm/hora), la presentación (si es occipucio es más rápida) y la amniorexis (rotura de la bolsa que puede ser fisiológica o provocada por el explorador) . Finaliza la fase activa con dilatación completa (se produce unas subfases en función del ritmo de la dilatación: primero aparece una aceleración respecto a la fase de latencia, se pasa de 2 a 4 cm; luego el ritmo se acelera aún más ( fase de velocidad máxima) pasando de 4 cm a 6 cm y en la cual baja mucho la presentación; finalmente desde los 9 cm a la dilatación completa ( 10 cm), el proceso se enlentece ( fase de desaceleración), que en todo caso es la más breve de las tres).Dura entre 14 horas en primíparas, pero puede ser:
  - Cesárea si no ha avanzado nada el periodo.
  - Si rompe la bolsa y el líquido es teñido,
  - Si hay sufrimiento fetal por el estrés del parto.

Dura 8 horas en multíparas. Las modificaciones fisiológicas en el periodo de dilatación son:

- Formación del segmento inferior: al final de la gestación comienza a

formarse el segmento inferior en el istmo. Con el trabajo del parto, se adelgaza y amplía hasta quedar totalmente definida en el periodo de dilatación.

- Borramiento del cuello uterino: el cuello uterino tiene un canal de 1-2 cm de longitud con dos orificios, uno interno y otro externo. Con las contracciones este canal se acorta y desaparece quedando sólo el orificio cervical externo, proceso que se denomina borramiento. Esta modificación ocurre al mismo tiempo que la formación del segmento inferior.
- Dilatación del cuello uterino: con las contracciones uterinas y la presión ejercida por la bolsa de aguas o el feto, el orificio cervical externo se dilata (ensancha) progresivamente hasta alcanzar los 10 cm o dilatación completa. En las multíparas la dilatación y el borramiento del cuello uterino ocurre de forma simultánea.
- Formación de la bolsa de aguas: en el polo inferior de la pelvis, por delante de la presentación fetal queda retenida cierta cantidad de líquido amniótico en las membranas ovulares que, con la presión ejercida por las contracciones, se vuelve prominente y adquiere forma de bolsa. Durante el periodo de dilatación se suele producir la rotura espontánea de las membranas ovulares, con la consiguiente salida de líquido amniótico. Este suceso se denomina amniorraxis espontánea, cuando la rotura la realiza artificialmente, recibe el nombre de amniotomía o amniorraxis artificial. En ocasiones la rotura de estas membranas se produce antes de iniciarse el parto y entonces se denomina, rotura prematura de membranas, sin embargo, cuando la gestación es a término debe denominarse rotura de membranas anteparto. El periodo de dilatación presenta los siguientes signos clínicos:
  - Contracciones dolorosas.
  - Calambres en las extremidades. (porque el feto cada vez desciende más y comprime terminaciones nerviosas).

- Sudoración en el labio superior.
- Temblores en miembros inferiores.
- Sensación de pujo al final (en el momento que la presentación apoya en el estrecho inferior da la sensación de pujo).
- Aumento del flujo sanguinolento vaginal (con cérvix borrado y dilatación adecuada).

Una vez que la mujer alcanza la dilatación completa, comienza el periodo expulsivo<sup>13</sup>.

### **c. Periodo expulsivo**

Comienza con la dilatación completa y termina con la expulsión del feto. Para que el periodo expulsivo vaya bien es necesario que el feto realice movimientos adaptativos al atravesar el canal óseo y el canal blando. Son muy importantes los diámetros. Para que ocurra de manera fisiológica el feto realizará movimientos adaptativos:

- Entrada en el estrecho superior.
- Flexión.
- Descenso.
- Rotación interna.
- Deflexión.
- Rotación externa.
- Expulsión de los hombros. (primero el anterior y luego el posterior).

El periodo expulsivo presenta los siguientes signos clínicos:

- Contracciones intensas (porque son las que verdaderamente ayudan al feto



a seguir la trayectoria), que se presentan con menor frecuencia.

- Aparición de pujos.
- Abombamiento del periné (la sensación de pujo abomba el periné y es en este momento cuando se realiza la episiotomía, porque así no se sangra tanto). En un feto prematuro la episiotomía se hace siempre y amplia y rápida, para que el feto salga cuanto antes, hay que evitar el estrés fetal.
- Protusión y dilatación del ano.
- Congestión de la vulva. (la vulva cambia de color por éxtasis venoso por la presencia del feto).
- Visualización de la presentación. Es importante la protección del periné con la mano contraria a la que sujeta la presentación<sup>13</sup>.

#### **d. Periodo de alumbramiento**

Se inicia al terminar la salida del feto y finaliza con la salida de la placenta y membranas ovulares. Las fuerzas que actúan en este periodo son las contracciones uterinas y la prensa abdominal de la mujer. La duración máxima es de 30 minutos. Tiene dos periodos:

##### **- Desprendimiento de la placenta y membranas**

Con el nacimiento del niño el útero se vacía y sufre retracción para adaptarse a su menor contenido. Se produce una brusca disminución de su tamaño y un aumento de su grosor. Como consecuencia del acortamiento del cuerpo uterino, hay una importante reducción de la zona de inserción de la placentaria. Como la placenta carece de elasticidad, tiene que doblarse, con lo que se produce la separación y se forma un hematoma entre la placenta y la decidua del útero. El desprendimiento se produce a nivel de la decidua, quedando una parte de ella en el útero, a partir de la cual se regenerará el endometrio. Cuando la placenta está casi totalmente desprendida, se inicia el desprendimiento de membranas, que se produce por las contracciones del útero y por la tracción que ejerce la placenta.

El desprendimiento de la placenta se identifica cuando se observan los siguientes signos:

- Aparición de sangre oscura en la vagina.
- Descenso del cordón umbilical.
- Modificaciones del fondo del útero.
- Exteriorización placentaria.

Cuando sale el feto y se corta el cordón, queda una pinza hacia abajo, el desprendimiento de la placenta hace que esa pinza descienda hacia abajo y se produce una ligera hemorragia (hemorragia del alumbramiento). Para que salga la mujer debe empujar un poco. La matrona debe elevar el cordón (sin tirar) con una mano por encima del abdomen, se aprieta el abdomen un poco para ayudar. No se agarra la placenta, se deja que fluya, poniendo las manos por debajo, dejando que caiga por su propio peso. Cuando termina de salir hay que comprobar que las membranas están íntegras, que los cotiledones están completos. Existe un punteado blanquecino que son calcificaciones de la placenta, se hace vieja (en la cara materna. Cuando estos punteados son zonas más amplias en la cara fetal, son infartos (en la cara fetal se inserta el cordón).

- **Expulsión: de la placenta y membranas**

Su expulsión se produce como consecuencia de la presión ejercida por las paredes del útero, en el proceso de reducción de su tamaño, por las contracciones uterinas y por la prensa abdominal de la mujer.

Después del nacimiento del niño se produce una contracción tónica del útero, seguida de fuertes contracciones rítmicas que permiten la formación de las ligaduras vivientes de Pinard, mecanismo por el cual se cierran las boquillas vasculares de la zona de inserción placentaria, formándose así el globo de seguridad de Pinard. Este es un mecanismo fisiológico que asegura la hemostasia en el lecho placentario. El útero inmediatamente después del alumbramiento presenta a la palpación un grado de contractilidad intenso, se

halla situado dos traveses de dedo por debajo del ombligo, ligeramente desplazado a la derecha y su tamaño y consistencia se asemejan a las de un puño cerrado. Al décimo día el útero ha regresado a la sínfisis del pubis. A la semana entre el ombligo y sínfisis púbica. Otros mecanismos de hemostasia son la activación fisiológica de los mecanismos de coagulación durante e inmediatamente después de la separación de la placenta y el recubrimiento con un capa de fibrina de la zona de inserción placentaria<sup>13</sup>.

Si bien el parto es una de las experiencias más conmovedoras y gratificantes en la vida de una madre, el dolor que trae aparejado puede transformarla en un evento desagradable. Asimismo, las respuestas del organismo al dolor pueden producir daño a la madre o al feto. Las contracciones que producen la dilatación del cuello uterino pueden ser percibidas tan solo como una sensación fuerte, pero en la mayoría de las pacientes son dolorosas. La intensidad con la que se percibe el dolor varía entre las madres y se relaciona con variables como el número de partos anteriores y la presencia de compañía. Durante el postparto, una vez desaparecido el dolor, muchas madres subestiman la intensidad del mismo debido a la alegría que produce el nacimiento. Los estudios que se han desarrollado para conocer en forma objetiva la verdadera intensidad del dolor muestran que efectivamente puede ser muy severo, incluso insoportable. Pocas evidencias apoyan la idea de que experimentar dolor intenso durante el trabajo de parto que se relaciona con la predisposición psicológica de la madre. Los estudios científicos muestran que la preparación y entrenamiento para el parto y las técnicas sicoprofilácticas tienen como resultado una mínima reducción en la severidad de este dolor.<sup>5</sup>

#### **1.7.4. Origen del dolor durante la labor de parto**

El dolor del trabajo de parto incluye un componente "visceral" que es el dolor que se origina en el útero y un componente "somático" que se origina en los tejidos del piso de la pelvis, vagina y periné. Durante la primera etapa del trabajo de parto el dolor se origina por el borramiento y dilatación del cuello uterino. Las contracciones uterinas también provocan dolor por isquemia miometrial (falta de irrigación sanguínea del músculo uterino). El dolor en esta etapa es transmitido

desde el útero por vías nerviosas que alcanzan la médula espinal a nivel de las vértebras torácicas 10, 11 y 12 y de la primera lumbar. Durante la segunda etapa del trabajo de parto el dolor se origina en el periné (los tejidos que forman el piso de la pelvis) por estiramiento del mismo y no en el útero por lo que se le llama somático (a diferencia del visceral). Este dolor se transmite por fibras nerviosas que alcanzan la médula espinal a nivel de las vértebras sacras 2, 3 y 4 (más abajo que las fibras que se originan en el útero). Este dolor originado en los tejidos perineales usualmente aparece cuando el cuello uterino presenta una dilatación de entre 6 y 8 cm. <sup>5</sup>.

#### **1.7.5. Efectos negativos del dolor en la madre y el feto**

El dolor del trabajo de parto produce un sufrimiento evitable a la madre y puede ocasionar efectos negativos en el feto. El estrés que supone el dolor determina que aumenten las concentraciones sanguíneas de adrenalina y otras hormonas y durante las contracciones se produce hiperventilación materna. Estos hechos pueden derivar en descensos transitorios del aporte de oxígeno al feto y producir hipoxia fetal (bajos niveles de oxígeno en los tejidos fetales) y acidosis. Estos cambios pueden hacer que el recién nacido se presente deprimido, con dificultad para el inicio de la respiración y la circulación que le son característicos. En situaciones normales los cambios fisiológicos disparados por el dolor no suponen un riesgo de importancia para el feto y el gran beneficio de la analgesia es el bienestar materno<sup>5</sup>.

#### **1.7.6. Analgesia durante el la labor de parto**

##### **a. Analgesia intravenosa**

A las madres en trabajo de parto se les coloca una vía venosa para hidratación y administración de fármacos. La inyección de un analgésico por esta vía produce una disminución del dolor sin eliminarlo completamente. Las drogas a administrar son opiáceos derivados de la morfina como la meperidina que es la droga que se utiliza con más frecuencia en nuestro medio. Tiene la desventaja de que el alivio que produce es muy parcial y puede ser utilizada durante un

breve período del trabajo de parto ya que puede producir efectos adversos en el recién nacido y también en la madre<sup>31</sup>.

## **b. Anestesia local**

### **- Bloqueo de los plexos nerviosos paracervical y pudendo**

La idea es bloquear la transmisión del dolor inyectando un anestésico local en las cercanías de estos plexos nerviosos. Bloqueo paracervical: Se inyecta el anestésico en las cercanías del cuello del útero por vía vaginal. Cuando el bloqueo es exitoso es efectivo contra el dolor de la manipulación del útero y también contra el dolor de las contracciones. Tiene ventajas tales como la rapidez del inicio de acción, pocas complicaciones maternas, que no altera las fuerzas de la madre y que se mantiene el reflejo de pujo. Sin embargo numerosos reportes de efectos secundarios sobre el feto como bradicardia (frecuencia cardíaca lenta), acidosis e incluso muertes fetales hicieron que la técnica cayera en desuso. De todos modos en los casos en que se aplica se toman las medidas necesarias para minimizar estos riesgos. Bloqueo pudendo: En general se realiza en el momento del parto para dar analgesia perineal. Esto es analgesia vaginal, de los labios y clítoris que se extiende hasta el ano. Es útil en la segunda etapa del trabajo de parto y para la episiotomía y etapas de sutura. También se utiliza en algunos casos para el parto instrumental (cuando se utilizan fórceps o extracción con vacío), aunque ya quedó en desuso<sup>31</sup>.

### **- Bloqueo epidural o peridural**

Es la técnica analgésica por excelencia. Produce alivio completo del dolor del trabajo de parto y parto. Las mujeres perciben las contracciones uterinas y son capaces de pujar pero no sienten dolor por esto. El bloqueo genera un "nivel analgésico" a la altura del abdomen alto por debajo del cual los estímulos normalmente dolorosos como un pellizco no despiertan dolor. Se realiza mediante la inyección de un anestésico local cerca de la salida de las raíces nerviosas lumbares y sacras. Para esto se introduce un fino catéter a través de la espalda de la paciente y se deja hasta que finalice el parto<sup>31</sup>.

Algunos autores optan por la colocación de la técnica epidural tempranamente, otros prefieren en el momento que la dilatación del cuello uterino ha alcanzado los 4 cms<sup>31</sup>.

**Valoración parto:** Previo a la colocación del catéter epidural, hay que realizar la correcta evaluación preanestésica sobre los antecedentes, el estado médico de la paciente, así como la valoración del feto. Se deben discutir los riesgos de la analgesia epidural con la paciente y obtener el consentimiento informado<sup>31</sup>.

**Controles durante el procedimiento:** Durante el trabajo de parto con analgesia peridural se realizan controles clínicos y se monitorizan con aparatos las frecuencias cardíacas materna y fetal, la presión arterial materna y de ser posible la saturación de oxígeno de sangre materna. Ninguno de estos controles es molesto y tampoco implican un riesgo para la madre o el feto<sup>31</sup>.

**Técnica:** Para inyectar los anestésicos locales cerca de las raíces nerviosas se debe colocar un fino catéter de material plástico en un espacio alrededor de la médula espinal conocido como espacio epidural o peridural y de allí el nombre de la técnica. Dicho catéter se introduce por dentro de una aguja conocida con el nombre de aguja de Touhy. Por lo tanto primero se debe introducir la aguja en el espacio peridural. Para que no resulte doloroso esto se hace con anestesia local. El procedimiento puede realizarse con la embarazada sentada en decúbito lateral. Una vez que el catéter se encuentra en posición se retira la aguja de Touhy y se fija con material adherente a la piel. Después de esta etapa de colocación del catéter el anestesista comienza a realizar los controles descritos y las inyecciones de soluciones anestésicas por el catéter las cuales no son perceptibles por la madre. La inyección del anestésico puede ser en "bolos" o sea con una jeringuilla cada cierto período de tiempo o bien en forma continua con un dispositivo que empuja el anestésico y regula el flujo (bomba de infusión). También puede hacerse con una combinación de infusión continua y bolos en caso de necesitarse mayor alivio. Después de la primera inyección de anestésico se deben esperar de 10 a 20 minutos de acuerdo al tipo de anestésico utilizado para que el efecto sea perceptible por la madre. Una vez iniciada la analgesia, el

dolor puede haber caído de nivel 10 a nivel 0. La inyección de anestésico en forma continua o en "bolos" continúa hasta que se produce el parto luego de lo cual se retira el catéter en un procedimiento que es absolutamente indoloro y se coloca una gasa en la zona de punción<sup>31</sup>.

**Efectos adversos maternos y fetales:** Se entiende como efecto adverso un suceso no deseado y de consecuencias negativas más o menos importantes que ocurre en el transcurso de un acto terapéutico. En ausencia de complicaciones tales como la caída de la presión sanguínea materna, el bloqueo regional para el trabajo de parto no afecta a la madre ni al feto. Más aún, existen estudios que muestran que los recién nacidos de madres que recibieron analgesia peridural para el trabajo de parto presentan menor incidencia de acidosis metabólica (un marcador de sufrimiento fetal) en la primera hora de vida cuando se comparan con los recién nacidos de madres que recibieron analgesia intravenosa. Los test de Apgar (puntajes del 1 al 10 que se le da al recién nacido de acuerdo a su vitalidad al minuto y a los cinco minutos de vida) no muestran diferencias entre ambos grupos. Todavía no hay datos contundentes y los estudios hasta ahora realizados son controvertidos entre ambos grupos para los tests de estimulación neurológica. Se han observado cambios a nivel de la temperatura corporal y la frecuencia cardíaca fetal en los recién nacidos pero no se ha demostrado que afecten negativamente al recién nacido<sup>31</sup>.

**Fallos y Complicaciones:** El fallo de la técnica puede también entenderse como una complicación. La frecuencia de fallas de esta técnica está en los rangos del 1.5 % al 5 % dependiendo de la experiencia y destreza del anesthesiólogo. Si no aparece analgesia hay que sospechar que el catéter no se encuentra en la posición correcta; de confirmarse, el catéter deberá ser colocado nuevamente. También puede ocurrir que la analgesia sea insuficiente, que esté en un nivel muy bajo (altura del abdomen en el que empieza la analgesia) o lateralizada (sobre un solo lado del cuerpo). Los anestesistas valorarán cada situación y aplicarán soluciones acordes que pueden ser desde un simple cambio de posición de la paciente hasta inyectar más anestésicos o cambiar el catéter<sup>31</sup>.

Las complicaciones propiamente dichas son aquellas alteraciones en la fisiología materna que pueden perjudicar a la madre y/o al feto y que son consecuencia de la técnica. La caída en la presión arterial materna es una de estas complicaciones y puede determinar caída de la circulación placentaria que aporta oxígeno al feto. Se produce porque los anestésicos producen dilatación de los vasos sanguíneos. Se combate con el aporte de líquidos intravenosos o de drogas que producen constricción de los vasos sanguíneos lo que reestablece la presión del sistema. Otras de las complicaciones derivan de la inyección de anestésico dentro de un vaso sanguíneo o en el espacio subaracnoideo que se encuentra próximo al espacio peridural separado de él por las meninges. Estas eventualidades se evitan mediante una técnica correcta, confirmación permanente de la posición del catéter y el uso de drogas en concentraciones con baja toxicidad cardiovascular. Otra complicaciones que pueden presentarse son nivel analgésico muy alto, un bloqueo neuromuscular excesivo que impida la correcta movilización de los miembros inferiores, retención urinaria postparto y dolor de espalda postparto. Todas estas complicaciones en general remiten espontáneamente y no requieren tratamiento alguno<sup>31</sup>.

**Contraindicaciones:** Las contraindicaciones son por algunas patologías que pudiera presentar la madre e interesa destacar por lo frecuente de las alteraciones en la coagulación, las infecciones de la piel que puedan involucrar la zona del catéter, el aumento de la presión intracraneana (ejemplo tumores del sistema nervioso). La técnica no debe ser realizada en pacientes que tengan dudas para aceptar el procedimiento o por técnicos sin la experiencia adecuada<sup>31</sup>.

## **MODELOS TEÓRICOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

Desde la sociología, la psicología y la antropología se han producido modelos teóricos para explicar las creencias, los comportamientos y las razones por las cuales las personas toman decisiones relativas al cuidado de su salud. Los modelos más extensamente usados son el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model), la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo Explicativo, el



Constructivismo Social y la guía para ayudar a los pacientes en la toma de decisiones (Patient Decision Aid)<sup>33</sup>.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue desarrollado en 1950 y es el marco conceptual sobre el comportamiento individual en salud más extensamente usado. El Modelo afirma que las decisiones que las personas toman respecto a su salud, ya sea para prevenir las enfermedades, o para buscar un tratamiento, son determinadas por el peso que dan a cada uno de los siguientes elementos (a) susceptibilidad percibida. Es la percepción que cada individuo tiene sobre la probabilidad de experimentar una condición que afectaría adversamente su estado de salud; (b) severidad percibida. Es la percepción individual sobre la seriedad de las consecuencias de desarrollar una enfermedad o dejarla sin tratamiento; (c) ventajas percibidas. La conducta adoptada por un individuo en materia de salud depende de su creencia en la eficacia de las opciones disponibles para reducir la enfermedad y (d) barreras percibidas. Los individuos contrastan la eficacia prevista de la acción con sus percepciones sobre los costos, riesgos y efectos secundarios<sup>33</sup>.

La Teoría de la Acción Razonada, asume que los individuos toman decisiones haciendo uso sistemático de la información de que disponen y considerando las implicaciones y consecuencias de una acción antes de decidir o no comprometerse con ella. Según esta teoría, la característica que mejor predice cualquier acción de un individuo en materia de salud es su intención de ejecutarla. La intención es una combinación de dos aspectos: (a) la evaluación de los resultados del comportamiento y (b) las influencias del ambiente social. Estas influencias son específicamente los valores concedidos por su grupo social al comportamiento en consideración, además de la motivación del individuo para comportarse según los patrones culturales de su grupo social<sup>33</sup>.

El modelo explicativo se centra en los significados y las percepciones que las enfermedades y los aspectos relacionados con la salud tienen para los pacientes y para los profesionales de la salud. Su objetivo es facilitar el intercambio entre ambos grupos para hacer comprensibles las influencias sociales y culturales que cada una de las partes tiene cuando se encuentran en los servicios de salud<sup>33</sup>.

La guía para ayudar a los pacientes en la toma de decisiones (Patient Decision Aids) no es un modelo explicativo de los comportamientos en salud. Se trata de un conjunto de herramientas puestas al servicio de los pacientes para que tomen decisiones en salud con base en la evidencia científica. Es una estrategia para socializar los hallazgos de las investigaciones y convertirlos en herramientas prácticas que le ayuden al paciente a tomar decisiones informadas sobre la conducta a seguir. Se trata de cualificar la participación del paciente, incrementando su conocimiento sobre opciones de tratamiento y posibles resultados<sup>33</sup>.

Los modelos mencionados tienen implicaciones prácticas en materia de políticas públicas. Por ejemplo, la perspectiva de modelos como el de creencias en salud, implica que las personas toman decisiones con base en cálculos racionales, donde a cada factor se le da un peso específico dependiendo de la situación individual. Se trata de un cálculo de costo-beneficio aplicado al campo de las elecciones en salud. Algunos de esos modelos asumen que el conjunto de referentes culturales y condicionamientos sociales propios del grupo o sociedad en que las personas se desenvuelven, no cumplen un papel decisivo en las elecciones individuales<sup>33</sup>.

Una perspectiva diferente es la planteada por el constructivismo social. En el campo de la antropología médica, la teoría del constructivismo social indica que la salud, la enfermedad y el comportamiento en salud se deben considerar como productos sociales y culturales. Los conocimientos que soportan las prácticas en salud y las opciones terapéuticas escogidas por los individuos deberían ser considerados grupos de creencias que se crean en la interacción humana y con los significados preexistentes. Como producto de la creación humana, son contingentes y no responden a patrones universales válidos para todas las culturas<sup>33</sup>.

Siendo el modelo del constructivismo social en el cual se explica el comportamiento de las mujeres para buscar el alivio del dolor para la labor de parto, por cuanto la interacción de la mujer gestante con las experiencias de la madre y de otros familiares, así como la experiencia de otras mujeres (amigas y

otras). Estos comportamientos no responden a patrones válidos para todas las culturas por cuanto influye la facilidad para conseguir el producto y su bajo costo, así como la influencia de los medios de comunicación<sup>33</sup>.

Así mismo, es aplicable el fundamento teórico del modelo transcultural de Madeleine Leininger, que se sustenta en la teoría Antropológica y la Ciencia Enfermera y se basa en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información para orientar los cuidados que desean o requieren, de acuerdo a sus costumbres ancestrales, de tal manera que a través del cuidado comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos y grupos con respecto a las diferencias y similitudes en los valores culturales, creencias y prácticas, permiten proporcionar un cuidado de enfermería, que sea congruente, sensible, culturalmente competente a las mujeres parturientas, familia y comunidad de culturas diversas<sup>34</sup>.

Entre los supuestos principales, los cuidados son la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo, son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, así como para afrontar las discapacidades o la muerte y son los medios holísticos más amplios que permiten interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la Enfermería para orientar la práctica respecto al cuidado de la labor de parto<sup>34</sup>.

La teoría de los cuidados transculturales y el método de etnoenfermería basado en creencias **émic** (visión interna), permite acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en las personas, ya que se emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas **étic** (visiones externas) del cuidador. Esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso, y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado sol naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vista émic, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales. De acuerdo a esta teoría, la meta es suministrar

cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de las mujeres parturientas, la familia y la comunidad<sup>34</sup>.

Los cuatro componentes del paradigma enfermero, incluyen:

**a. Persona**

Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

**b. Entorno**

Leininger expone los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental, está muy relacionado con el concepto de cultura.

**c. Salud**

Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada.

Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos, incluyendo sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud.

**d. Enfermería**

Es una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o la recuperación de la enfermedad con un significado físico, psico cultural y social para aquellas personas que son asistidas.

Utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera y de acuerdo con la cultura y aplicando un enfoque de resolución de problemas que se centra en la

parturienta, familia y la comunidad a la cual pertenece, teniendo en consideración sus valores, creencias y las prácticas específicas de su cultura<sup>34</sup>.

## **2. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES**

La prevención de la enfermedad y muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el buen desarrollo de la Salud Reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin, es el manejo del concepto de riesgo reproductivo, el cual está basado en el enfoque de riesgo que es un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades sustentado en el enfoque de riesgo.

Este enfoque se basa en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que para algunas, esta probabilidad es mayor que para otras. La vulnerabilidad del daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas, políticas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como factores de riesgo reproductivo.<sup>1</sup>

Entre los factores de riesgo reproductivo se consideran los preconcepcionales, del embarazo. Del parto, del recién nacido y del posparto.

### **Concepto de riesgo preconcepcional**

Se conoce como *riesgo preconcepcional* a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.

Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo

preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.<sup>1</sup>

A continuación pasaremos a conceptualizar solo aquellos factores que se consideran como indicadores del presente estudio.

## **Antecedentes y condiciones generales**

### **a. Edad de la madre**

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas<sup>1</sup>.

La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con el posible daño del niño (muerte o enfermedad). Esto ha sido estudiado en diferentes países y verificado para la Argentina en un estudio donde se observa una clara asociación entre determinados grupos etáreos, el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil, durante el año 1989<sup>1</sup>.

Este tipo de estudios, permite cuantificar los grupos de riesgo, o sea aquellos grupos que tengan mayor posibilidad de daño (Alto Riesgo) o menor (Bajo Riesgo). Este enfoque basado en el concepto de riesgo, tiene gran trascendencia desde el punto de vista sanitario y con miras a encararlo de esta forma, se adopta en el estudio mencionado la clasificación propuesta por Buttler y Bonham en 1958 y utilizada con éxito en numerosos estudios ulteriores. Las madres son categorizadas en tres niveles de riesgo en relación con su edad:

- ALTO RIESGO - Menos de 20 años.
- BAJO RIESGO - Entre 20 y 34 años.

- RIESGOINTERMEDIO – Mayores de 34 años<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista de la atención materno infantil se define como RIESGO a la mayor probabilidad de producirse DAÑO (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia (en este caso el primer año de vida). La edad materna es un factor que se asocia significativamente con la posibilidad de daño del hijo (mortalidad) durante el primer año de vida y permite identificar y cuantificar dónde y de qué dimensión es el riesgo a que está sometido ese niño<sup>1</sup>.

Desde hace mucho tiempo se reconoce a la Edad Materna Avanzada como factor de riesgo asociado a las anomalías del desarrollo, el primer ejemplo descrito fue el Síndrome de Down. La edad de la madre es el más importante de los factores de riesgo en nuestra Región, su relación con el Síndrome de Down es la más destacada. En Latinoamérica, las mujeres de 40 años o más producen el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos con Síndrome de Down. Sin ignorar los Derechos Reproductivos, se puede asegurar que cualquier campaña que desestimule la concepción en mujeres mayores de 39 años, (lo cual no tendría impacto en la natalidad), podría prevenir casi la mitad de los casos de una enfermedad genética grave e incurable. La Edad Materna Baja (menor a 20 años), también es factor de riesgo para prematuridad y para algunas malformaciones específicas como Gastrosquisis y otros defectos. La Edad Paterna Avanzada (más de 45 años), aumenta el riesgo para mutaciones<sup>1</sup>.

### **Antecedentes obstétricos y reproductivos**

- a. Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.

La paridad ha sido descrita, como uno de los factores de riesgo para la mortalidad perinatal y morbi-mortalidad materna. La paridad elevada (cuatro o más embarazos) aumenta al doble el riesgo de muerte fetal intraparto. Ya que este es un factor de riesgo no modificable se deberá advertir a las mujeres sobre este riesgo, como forma de decidir si es adecuada una nueva gestación. En caso que opten por un nuevo embarazo, se deberá extremar el cuidado durante

el prenatal y especialmente en el parto y postparto.

- b. Intervalo Inter-genésico. Es corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que se considera hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.<sup>1</sup>

## **C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

### **1. VARIABLE PRINCIPAL**

Prácticas alternativas en la labor de parto.

### **2. Variable secundaria**

Factores de Riesgo Preconcepcional.

## **D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

### **1. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES**

Son características que representan para la mujer no gestante la probabilidad de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Se consideró 2 indicadores:

#### **1.1. Edad**

Tiempo transcurrido de vida que refiere la mujer en años hasta el momento de la aplicación del cuestionario. Se consideró dos índices:

- a. Alto riesgo: Cuando la mujer refiere edad menor de 20 y mayor de 34 años.
- b. Bajo riesgo: Cuando la mujer refiere edad de 20 a 34 años.



## **1.2. Paridad**

Se refiere al número de hijos que tuvo la mujer hasta el momento de aplicación del cuestionario, cuyo número mínimo fue de 2 hijos por mujer. Se consideró 2 índices.

- a. Alto riesgo: Cuando la mujer refiere más de 3 hijos.
- b. Bajo riesgo: cuando la mujer refiere de 2 a 3 hijos.

## **1.3. Intervalo intergenésico**

Se refiere al tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento del último hijo hasta la fecha del último embarazo, tomando como referencia el mes de última menstruación o la edad del último hijo. Se consideró 2 índices:

- a. Alto riesgo: Menor de 12 meses.
- b. Bajo riesgo: de 12 meses a más.

## **2. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS PARA LA LABOR DE PARTO**

Se refiere a la utilización de la medicina natural como alternativa a la medicina convencional, mediante el uso de productos de origen vegetal, animal o mineral por diversas vías de administración, sea autoadministrado o administrado por otra persona a la mujer de la muestra, con la finalidad de disminuir el dolor o para que el tiempo del primer periodo del parto sea igual o menor del promedio, referido por la mujer no gestante. Se consideró 2 indicadores:

- a. Con prácticas alternativas para la labor de parto: ES Cuando la mujer de la muestra refiere que recibió algún producto de origen animal, vegetal o mineral por cualquier vía de administración antes o al inicio de la labor de parto anterior.
- b. Sin prácticas alternativas para la labor de parto: ES Cuando la mujer de la muestra refiere que no recibió algún producto de origen animal, vegetal o mineral por cualquier vía de administración antes o al inicio de la labor de parto anterior.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

Se utilizó el tipo de estudio descriptivo con diseño correlacional, transversal.

#### **PROCEDIMIENTO**

1. Se solicitó autorización a los directivos de la Municipalidad del Distrito de Belén y a los dirigentes respectivos, a través del Decanato de la Facultad de Enfermería UNAP.
2. Una vez obtenida la autorización se procedió a medir la validez a través del juicio de expertos en la cual participaron 10 expertos y la confiabilidad del instrumento con un grupo de personas que no forman parte de la muestra,

que representa el 10% de la muestra.

3. Los datos fueron recolectados por la investigadora en horas de la tarde de 3:00 a 5:00 pm. Los días sábados y domingos. Antes de la aplicación del instrumento todas las mujeres se verificaba los criterios de inclusión y se brindaba una explicación de los objetivos del estudio y lo importante que representan sus respuestas más confiables y verídicas posibles, así mismo se les indicaba que los datos que nos brinden serán utilizados solo por la investigadora y exclusivamente para el desarrollo del estudio. La confidencialidad fue estricta, por lo que la información obtenida fue destruida después de su procesamiento.
4. Para la selección de las mujeres de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio sistemático, con un intervalo muestral de 5. El área geográfica se dividió en 4 zonas, las entrevistas se aplicaron desde la primera vivienda seleccionada al azar. Si en la vivienda se encontraba desocupada, no se encontraba ninguna mujer dentro de los límites de edades incluidas en el estudio o la mujer se encontraba imposibilitada para responder las preguntas, o simplemente no lo deseaba; se aplicó la encuesta en la vivienda siguiente, para luego continuar con el intervalo de muestreo.
5. Para el conteo de la vivienda se hacía el barrido siguiendo la ruta en zigzag para evitar confusiones. En el conteo se incluyeron solo viviendas familiares excluyéndose tiendas y otros lugares donde no vivieran familias.
6. Se aplicó el cuestionario estructurado elaborado por la investigadora, en el domicilio de la mujer. Los cuestionarios se aplicaron durante los días sábados y domingos desde las 3:00 pm. hasta las 5:00 pm.; con un promedio de duración de 20 minutos cada una.
7. Una vez completada la muestra se revisó los instrumentos con la finalidad de realizar la limpieza de datos antes de la elaboración de la base de datos.
8. Se procesó la información utilizando paquete estadístico SPSS.

## B. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por todas las mujeres que residen en belén zona baja, siendo 1546 viviendas que se tomó como referencia, según información de Instituto Nacional de Estadística e Informática sede Loreto.

Las unidades muestrales fueron las viviendas, las mismas que permitieron identificar las unidades de análisis que fue una mujer en edad fértil con una experiencia de parto normal, con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener entre 15 y 49 años de edad.
- Ser residente de Belén Zona Baja.
- Ser madre biológica de 2 hijos y haber tenido el primer parto normal.
- Manifestar su aceptación voluntaria para participar en el estudio.

El tamaño de la muestra se calculó con base en la fórmula de proporciones para poblaciones superiores a 10,000.

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 p * q}{E^2}$$

**Donde:**

**$Z^2 \alpha / 2$ :** Punto crítico bajo la curva normal para un nivel de significancia ( $\alpha$ ) establecido (1.96).

**p:** Proporción de estudiantes con características que tienen que tienen que ver con el inicio de relaciones sexuales (0.50).

**q:** Proporción de estudiantes con características de la autoestima y funcionalidad familiar no asociadas a su inicio de relaciones sexuales (0.5).

**E:** Error debido al muestreo fijado por el investigador. (0.05).

**n:** Muestra del estudio.

**Reemplazando la fórmula tenemos que:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 385$$

Como se conoce la población aplicamos la fórmula de ajuste.

$$nf = \frac{n; \quad \text{Si : } n/N > 0.10}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$nf = \frac{385}{1 + \frac{385}{1546}}$$

$$nf = 308.24 = 308 \text{ mujeres}$$

Se utilizó el muestreo aleatorio sistemático, para lo cual se dividió el distrito de Belén zona baja en 4 zonas para asegurar que cada vivienda seleccionada fuera visitada. El inicio fue aleatorio mediante el lanzamiento de una moneda para elegir la vivienda de la derecha o izquierda con un intervalo muestral de 5 (1546/308) siguiendo una dirección en zigzag, es decir se entrevistó a una mujer de cada 5 viviendas. Si en la vivienda se encontraba más de una mujer entre 15 y 49 años de edad y que sea madre biológica de parto normal, se procedía a elegir a una de ellas al azar para aplicar el cuestionario, utilizando también el lanzamiento de una moneda; solo en algunos casos se encontró más de una mujer que tuviera entre esas edades en una sola vivienda.

### **C. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que las complicaciones del embarazo y parto se producen mayormente en los países en vías de desarrollo, siendo las principales causas las hemorragias, las infecciones y las

enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Entre los factores relacionados con el embarazo y el parto se distinguen los factores endógenos que se asocia a las condiciones biológicas de la madre y los factores exógenos, asociados a condiciones del medio ambiente social y de calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida<sup>35</sup>.

Es así, que Montoya-Cabrera et al encontraron que ocho recién nacidos de madres que durante la labor de parto, tomaron infusiones de la planta yucuyahui (zoapatle-Montanoa tomentosa), que es una planta con propiedades oxitócicas, presentaron depresión cardiorrespiratoria que requirió de apoyo vital básico o avanzado para su recuperación. Encontraron una correlación negativa entre el número de infusiones administradas a las madres y la calificación de Apgar al minuto ( $r=-0.65$ ), sugiriendo que a mayor número de infusiones menor puntaje y por tanto mayor depresión<sup>36</sup>.

Así mismo, la OMS indica que lo "Natural no significa necesariamente seguro", siendo este el mensaje para promover el buen uso de las medicinas alternativas. Refiere que muchos medicamentos farmacéuticos son derivados de las plantas, pero para ello, han pasado por un proceso de depuración y eliminación científica de otros productos que se asocian al mismo en la planta natural. Los productos naturales que se ofrecen en el mercado no han pasado por ese proceso y contienen aparte de la sustancia que indican, otras sustancias químicas más que podrían dar lugar otros efectos no previstos<sup>13</sup>.

La OMS considera que el mal uso de estos remedios supone "una amenaza sanitaria global", por lo que ha abogado por una regulación más estricta. Entre los problemas más frecuentes que pueden aparecer destacan la contaminación de remedios herbales con metales pesados, ciertos casos de parálisis derivados de manipulaciones llevadas a cabo por personal no cualificado y sobre todo las reacciones adversas provocadas al combinarlos con otros fármacos prescritos<sup>13</sup>.

Según Xiaorui Zhang, coordinador del área de Medicina Tradicional de la organización, en muchas partes del mundo este tipo de medicina sigue sin estar sometida a controles sanitarios. En países como Alemania, China, Canadá o

Australia, estos productos deben pasar los mismos controles que los fármacos producidos en un laboratorio, mientras que, por ejemplo, en Estados Unidos son considerados meros suplementos dietéticos, lo que significa que escapan al control de la FDA (Food and Drug Administration: Administración de Medicamentos y Alimentos)<sup>13</sup>.

La situación es aún más peligrosa en los países en desarrollo, donde el 80% de la población confía sus cuidados sanitarios a la medicina tradicional. La OMS reconoce, y así lo ha manifestado en esta ocasión su director general, Lee Jong-wook, que muchos tipos de medicinas naturales y complementarias "han demostrado su utilidad en el tratamiento de ciertas patologías con mínimos riesgos"<sup>13</sup>.

Sin embargo, su creciente popularidad y la falta de control médico hacen temer que muchos consumidores no consulten el uso de estos productos con sus médicos, provocando situaciones de peligro para su salud. La medicina no convencional está creciendo exponencialmente; ya no es patrimonio de sociedades con historia cultural tradicional; su uso está muy extendido tanto en el mundo industrializado como en el preindustrial. Esto es debido a la supuesta "validación" reciente de las terapias alternativas por parte de la ciencia. La cantidad de investigación biomédica sobre medicina alternativa está en aumento, el número de ensayos aleatorios se duplica cada quinquenio<sup>13</sup>.

Frente a esta avalancha de "pruebas", quizá la filosofía proporcione una visión más crítica y certera. Karl Popper nos enseña que contrario a lo que pueda pensar cualquier materialista o positivista ingenuo, la confirmación repetida de efectos o hipótesis no asegura la veracidad de una teoría. Así la "evidencia" por confirmación no validaría un conjunto de creencias, en este caso, un conjunto de creencias acerca de la terapéutica y diagnóstico de determinados males<sup>13</sup>.

En su obra "La Lógica de la Investigación científica", Popper demuestra que la confirmación por casos, como herramienta de validación, no es viable, aún apelando a las probabilidades. Dado que el universo es infinito o casi infinito, las

veces que se puede repetir una observación puede ser también infinita, sin embargo, la capacidad humana para ejecutar estas observaciones es muy limitada<sup>13</sup>.

Una teoría para que sea científica y contrastable debe expresar claramente enunciados prohibitivos, es decir, enunciados que nieguen la existencia de observaciones no compatibles con la teoría, de tal forma que, si se encontrasen refuten la teoría<sup>13</sup>.

El conjunto de medicinas alternativas no constituye teorías sistemáticas que expresen enunciados prohibitivos; son por ello “teorías” no contrastables. Además su ontología no naturalista y su gnoseología no realista impiden la contrastación de sus enunciados. Por último sus efectos empíricos no han sido contrastados, a pesar de la cantidad de estudios que conformarían sus efectos, no han sido replicados, los estudios son contradictorios unos a favor y otros en contra, por lo tanto no está demostrada la validez de estas terapias<sup>13</sup>.

#### **D. METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se utilizó el método de la encuesta, que permitió obtener los datos directamente de la fuente primaria.

La técnica fue el cuestionario y el instrumento fue un formulario semiestructurado que incluyó las variables de estudio, y las características de las mujeres de la muestra.

La validación de los instrumentos del presente estudio se realizó de la siguiente manera:

##### **1. Cuestionario sobre Factores de riesgo Preconcepcionales y prácticas alternativas para la labor de parto en mujeres de Belén Zona Baja, Iquitos, 2010.**

Para determinar la validez del instrumento se utilizó el juicio de expertos, para lo



cual se solicitó la colaboración de 10 expertos (entre médicos y enfermeras expertos en el área), quienes realizaron algunas observaciones de forma y de orden en las preguntas, obteniéndose una validez del 91%.

Respecto a la confiabilidad, se obtuvo la autorización de cada mujer para participar en la prueba, se midió utilizando la prueba estadística del Test-Retest, donde se aplicó el instrumento en dos oportunidades, con un intervalo de 15 días (en el domicilio de cada mujer), en un 10% de tamaño de la muestra (31 mujeres) siendo seleccionadas a través del muestreo aleatorio simple, las cuales no serán parte de la muestra. Se necesitó 3 días para completar la aplicación del instrumento, luego se calculó la confiabilidad utilizando el coeficiente de correlación y se interpretó de acuerdo a los criterios sugeridos por Landis y Koch cuando se analizan variables nominales utilizando el estadístico Kappa. Esta interpretación de la concordancia puede hacerse extensiva a la  $r$  de Pearson:

- 0.00 = Pobre correlación o concordancia.
- 0.00 -0.20 = Escasa correlación.
- 0.21 – 0.40 = Leve correlación.
- 0.41 – 0.60 = Moderada correlación.
- 0.61 – 0.80 = Sustancial correlación.
- 0.81 – 1.00 = Casi perfecta correlación.

En la prueba de confiabilidad del cuestionario se encontró que el total de mujeres presenta en sus respuestas concordancia de 92% entre la primera y la segunda aplicación. No fueron necesarios hacer reajustes.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## ANÁLISIS UNIVARIADO

TABLA 01

### CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010

n= 308

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
<b>Procedencia</b>		
Urbano	54	17.53
Periurbano	254	82.47
<b>Estado civil</b>		
Con pareja	277	89.94
Sin pareja	31	10.06
<b>Ocupación</b>		
Dentro del hogar	258	83.77
Fuera del hogar	50	16.23
<b>Grado de instrucción</b>		
Menor grado	218	70.78
Mayor grado	90	29.22
<b>Total muestra</b>	<b>308</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Datos recolectados por la investigadora.

La presente tabla muestra el perfil sociodemográfico de la población en estudio, observándose que el 82.47% son de procedencia periurbana, 89.94% tienen estado civil con pareja, 83.77% tienen ocupación dentro del hogar y 70.78% tienen menor grado de instrucción.

**TABLA 02**

**FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES DE LAS MUJERES DE BELÉN  
ZONA BAJA IQUITOS - 2010**

**n=308**

<b>FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Edad: Md = 27, M =25		
Alto riesgo (Menor de 20 y mayor de 34)	67	21.75
Bajo riesgo (20 – 34)	241	78.25
Paridad:		
Alto Riesgo (Más de 3)	37	12.01
Bajo riesgo (2 – 3)	271	87.99
Intervalo intergenésico:		
Alto riesgo (Menor de 12 meses)	42	13.64
Bajo riesgo (de 12 meses a más)	266	86.36
<b>Total muestra</b>	<b>308</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos recolectados por la investigadora.

Con respecto a los factores preconcepcionales en la presente tabla la mayoría de las mujeres de la muestra presentan edad de bajo riesgo (78.25%), con una media de 25 años y una mediana de 27 años, respecto a la paridad 87.99% presentan paridad de bajo riesgo, igualmente en lo referente al intervalo intergenésico la mayoría (86.36%) presentan bajo riesgo.

**TABLA 03**

**PRACTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE  
BELÉN ZONA BAJA - IQUITOS 2010**

**n=308**

<b>PRÁCTICAS ALTERNATIVAS PARA LA LABOR DE PARTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Con prácticas alternativas para la labor de parto	239	77.60
Sin prácticas alternativas para la labor de parto	69	22.40
<b>Total muestra</b>	<b>308</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos recolectados por la investigadora.

Referente a las prácticas alternativas en la labor de parto 77.60 % de las mujeres presentan con prácticas alternativas.

**TABLA 04****CARACTERÍSTICAS DE LAS PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010**

<b>CARACTERÍSTICAS DE LAS PRÁCTICAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Producto utilizado:		
Hoja de algodón	229	95.82
Otros	10	4.18
Tipo de preparación:		
Infusión	229	95.82
Infusión más baño de vapor	10	4.18
Cantidad:		
Menos de 2 tazas	205	85.77
2 a más tazas	34	14.23
<b>Total muestra</b>	<b>239</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos recolectados por la investigadora.

En cuanto a las características de las prácticas alternativas en la labor de parto el 95.82%) refieren que como producto utilizan la hoja de algodón, el tipo de preparación más frecuente es la infusión en un 95.82% y la cantidad que ingieren es menos de 2 tazas en un 85.77%.

## ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 05

### EDAD VS. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010

EDAD	PRÁCTICAS ALTERNATIVAS PARA LA LABOR DE PARTO				TOTAL	
	Con Prácticas		Sin Prácticas		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Alto riesgo	51	16.56	16	5.19	67	21.75
Bajo riesgo	188	61.04	53	17.21	241	78.25
<b>TOTAL</b>	239	77.60	69	22.4	308	100%

$$\chi^2_c = 0.1076 \quad df = 1 \quad \alpha = 0.05 \quad p = 0.7428$$

Al relacionar la edad de la mujer y las prácticas alternativas en la labor de parto el 100% de la muestra, se encontró 61.04% con edad de bajo riesgo con prácticas alternativas y 17.21% con edad de bajo riesgo sin prácticas alternativas. Por otro lado 16.56% presentó edad de alto riesgo con prácticas alternativas y 5.19% con edad de alto riesgo sin prácticas alternativas. Para probar la hipótesis se aplicó la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrada obteniéndose  $\chi^2_c = 0.1076$ ,  $df = 1$  para una  $p = 0.7428$ , resultado que permite concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre la edad de la mujer y las prácticas alternativas en la labor de parto, por lo que se rechaza la hipótesis planteada “Existe relación entre la edad y las prácticas alternativas en la labor de parto”.

**TABLA 06**

**PARIDAD VS. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010**

PARIDAD	PRÁCTICAS ALTERNATIVAS PARA LA LABOR DE PARTO				TOTAL	
	Con Prácticas		Sin Prácticas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto riesgo	22	7.14	15	4.87	37	12.01
Bajo riesgo	217	70.45	54	17.53	271	87.99
<b>TOTAL</b>	239	77.60%	69	22.4%	308	100%

$\chi^2_c = 22.10$      $df = 1$      $\alpha = 0.05$      $p = 0.0000025$

Al relacionar la paridad de la mujer y las prácticas alternativas para la labor de parto de 308 (100%) de la muestra, se encontró 70.45% con paridad de bajo riesgo con prácticas alternativa y 17.53% con paridad de bajo riesgo sin prácticas alternativas. Por otro lado 7.14% presentó paridad de alto riesgo con prácticas alternativas y 4.87% con paridad de alto riesgo sin prácticas alternativas. Para probar la hipótesis se aplicó la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrada obteniéndose  $\chi^2_c = 22.10$ ,  $df = 1$  para una  $p = 0.0000025$ , resultado que permite concluir que existe relación estadísticamente significativa entre la paridad de la mujer y las prácticas alternativas en la labor de parto, por lo que se acepta la hipótesis planteada “Existe relación entre la paridad y las prácticas alternativas en la labor de parto”.



**TABLA 07**

**INTERVALO INTERGENÉSICO VS. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010**

INTERVALO INTERGENÉSICO	PRÁCTICAS ALTERNATIVAS PARA LA LABOR DE PARTO				TOTAL	
	Con prácticas		Sin prácticas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto riesgo	29	9.42	13	4.22	42	13.64
Bajo riesgo	210	68.18	56	18.18	266	86.36
<b>TOTAL</b>	239	77.60%	69	22.4%	308	100%

$\chi^2_c = 13.33$

$df = 1 \alpha = 0.05 \rho = 0.00026$

Al relacionar el intervalo intergenésico de la mujer y las prácticas alternativas para la labor de parto de 308 (100%) de la muestra, se encontró 68.18% con intervalo intergenésico de bajo riesgo con prácticas alternativas y 18.18% con intervalo intergenésico de bajo riesgo sin prácticas alternativas. Por otro lado 9.42% presentó intervalo intergenésico de alto riesgo con prácticas alternativas y 4.22% con intervalo intergenésico de alto riesgo sin prácticas alternativas. Para probar la hipótesis se aplicó la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrada obteniéndose  $\chi^2_c = 13.33$ ,  $df = 1$  para una  $\rho = 0.00026$ , resultado que permite concluir que existe relación estadísticamente significativa entre el intervalo intergenésico de la mujer y las prácticas alternativas en la labor de parto, por lo que se acepta la hipótesis planteada “Existe relación entre el intervalo intergenésico y las prácticas alternativas en la labor de parto”.

## B. DISCUSIÓN

Las mujeres de la muestra presentan con mayor frecuencia (82.47%) procedencia periurbana, estado civil con pareja (89.94%), ocupación dentro del hogar (83.77%) y grado de instrucción menor grado (70.78%), estos hallazgos son similares a lo informado por Camacho, Henry y Dávila Famny (2003) realizado en mujeres del distrito de Belén. En cuanto a la procedencia periurbana estos hallazgos explican la característica de la población clasificada como pobre y de extrema pobreza, lo cual indica que se mantienen en el mismo medio social. El estado civil con pareja asegura el apoyo a las mujeres en cuanto a la crianza de los hijos y el sostenimiento de la familia, por cuanto la ocupación de la mayoría muestra que no aportan económicamente debido a que probablemente no están capacitadas para realizar algún trabajo lo cual se relaciona con el menor grado de instrucción de la mayoría cuyo máximo grado de educación formal recibido es la primaria, lo cual dificulta el acceso a algún puesto de trabajo por la falta de capacitación.

Respecto a los factores de riesgo preconceptionales, las mujeres de la muestra presentan en su mayoría edades entre 20 y 34 años (78.25%), con una mediana de 27 años lo cual indica la presencia de mujeres jóvenes en edad fértil con una gran posibilidad de incrementar el número de hijos, estos resultados son similares a lo encontrado por Camacho, Henry y Dávila Famny (2003) en su estudio sobre variables maternas y del niño asociadas al crecimiento y desarrollo en el preescolar del distrito de Belén. Así mismo se encontró que la mayoría de mujeres (87.99%) presentaron paridad de 2 a 3 que implica bajo riesgo, sin embargo si comparamos el promedio de edad el tiempo de vida reproductiva es largo lo que permite afirmar la alta probabilidad de incrementar el número de hijos antes de finalizar su vida reproductiva; estos resultados son contrarios a lo informado por Camacho Henry y Dávila Famny (2003). En relación al intervalo intergenésico, la mayoría de mujeres de la muestra ((86.36%) presentaron bajo riesgo es decir de 12 meses a más.

Referente a la variable prácticas alternativas para la labor de parto se encontró 77.60% de mujeres de la nuestra con prácticas alternativas en la labor de parto, ,

siendo el producto utilizado con mayor frecuencia las hojas de algodón (95.82%), en infusión (95.82%) y la cantidad ingerida por la mayoría de mujeres (85.77%) es menos de 2 tazas; estos hallazgos son similares a lo informado por Perea E y otras, en su estudio sobre medidas caseras y su relación con la duración del periodo de dilatación del trabajo de parto en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo César Garayar García y y el Hospital Apoyo II de la Seguridad Social (1987) y a los hallazgos del CAAAp (1994) en mujeres del Bajo Ucayali, pero son contrarios a los encontrados por Cavero G (Perú, 2003) en mujeres asháninkas, que utilizan infusiones de plantas como el piri piri, igualmente a nivel internacional Villatoro, E (Guatemala, 2006) encontró que las mujeres mayas utilizan hierbabuena, el grupo Randi Randi (Ecuador, 2006), en la que las mujeres Kichwas utilizan corteza de guadua y productos de origen animal como aceite de pollo y Amodio, E. y Pérez, L. (Caracas, 2006) encontró que las mujeres Wayuu, utilizan hojas de kalekai; lo cual nos muestra que las mujeres de cada pueblo utilizan diversos productos de acuerdo a sus tradiciones y costumbres.

Al relacionar las variables edad y prácticas alternativas para la labor de parto se obtuvo  $p = 0.7428$ , hallazgos que son similares a lo informado por Perea, Elsa y otras (1987), es decir las prácticas alternativas son independientes del factor de riesgo preconcepcional edad, debido a que la labor de parto causa temor a la mujeres de todas las edades y están dispuestas a probar cualquier alternativa que les disminuya o les permita que todo el proceso del parto se lleve a cabo con mayor rapidez. Considerándose la edad un factor de riesgo preconcepcional y las prácticas alternativas en la labor de parto un probable riesgo por la falta de evidencias científicas que permitan la seguridad del uso de los productos (infusión hoja de algodón) y por lo tanto no está establecida la dosificación se considera importante verificar estos hallazgos a través de estudios de mayor complejidad.

Respecto a la relación del factor de riesgo preconcepcional paridad y las prácticas alternativas para la labor de parto se encontró  $p = 0.0000025$ , es decir la paridad no es independiente de las prácticas alternativas para la labor de

parto, estos resultados son similares a los obtenidos por Perea, Elsa y otras (1987), observándose que se incrementa progresivamente conforme se incrementa la paridad, por cuanto la experiencia del parto normal anterior influye en la decisión de las prácticas alternativas en la labor de parto, por lo tanto probablemente el riesgo de daño es mayor en la cual se suman los riesgos que pudieran ocasionar efectos negativos en la mujer y su hijo, por que amerita un estudio de mayor complejidad que confirme estos resultados.

En lo referente a la relación del factor de riesgo intervalo intergenésico y las prácticas alternativas para la labor de parto se encontró  $p = 0.00026$ , es decir ambas variables no son independientes, estos hallazgos son contrarios a lo informado por Perea, Elsa y otras (1987), probablemente al igual que el factor preconcepcional paridad la experiencia de la madre sobre el proceso de la labor de parto influye en su decisión de las prácticas alternativas, lo cual también podría incrementar el riesgo para ella y su hijo, a pesar del bajo riesgo del intervalo intergenésico.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** El 82.47% de las mujeres son de procedencia periurbana, 89.94% presentan estado civil con pareja, 83.77% presentan ocupación dentro del hogar y 70.78% presentan menor grado de instrucción.

**SEGUNDA:** El 78.25% de las mujeres presentan la edad de bajo riesgo, la paridad en el 87.99% presentan bajo riesgo y en el intervalo intergenésico el 86.36% presentan bajo riesgo.

**TERCERA:** El 77.60 % de las mujeres realizaron prácticas alternativas para la labor de parto, el 95.82% utilizaron la hoja de algodón, el 95.82% uso como tipo de preparación la infusión y la cantidad que ingieren

es menos de 2 tazas en el 85.77%.

**CUARTA:** No se encontró relación entre la edad de la mujer con las prácticas alternativas para la labor de parto ( $\rho = 0.7428$ ), existe relación entre paridad con las prácticas alternativas en la labor de parto ( $\rho = 0.0000025$ ), existe relación entre el intervalo intergenésico con las prácticas alternativas para la labor de parto ( $\rho = 0.00026$ ).

## **B. RECOMENDACIONES**

1. La realización de campañas de promoción sobre embarazo saludable en las mujeres ya que presentan bajos niveles educativos.
2. La realización de visitas domiciliarias a la población en riesgo para fomentar hábitos saludables en su conducta sexual y reproductiva.
3. El fomento de control de embarazo con realización del profesional competente para disminuir el uso de prácticas innecesarias en la labor del parto.
4. El desarrollo de investigaciones sobre los beneficios y contraindicaciones del uso de plantas durante la labor de parto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez R, Díaz AG, Salas Mainegra. J, Lemus Lago. ER, Batista Moliner. R, Álvarez Villanueva. R, y col. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas 2001; Vol. I (5): 257-78.
2. Coacalla A y Cotacallapa E. (2001). Perlas de Obstetricia y Ginecología. The Student'S Text Book. Juliaca. P. 29.
3. Dirección Regional de Salud Loreto. 2010. Dirección de epidemiología.
4. Villatoro E. (2001). Promoción de la Medicina y terapias indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Maya. OPS/Organización, Asociación, Promoción, Investigación y Educación de Salud (PIES). Washington D.C. Disponible desde Internet en: [http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/HS007/indi15\\_esp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/HS007/indi15_esp.pdf).
5. Pelcastre, B et. al. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Rev. esc. enferm. USP vol.39 no.4. Disponible desde Internet en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf>
6. Randi Randi (2006). Saberes y Prácticas de las Mujeres Kichwas del alto Napo en torno a la curación de Enfermedades y la Atención del parto. Ecuador. Disponible desde Internet en: <http://www.iucn.org/places/orma/documentos/Equidad/tena.pdf>
7. Amodio, E, Pérez, LA. (2006). Las Pautas de Crianza del pueblo Wayuu de Venezuela. Disponible desde Internet en: [http://www.unicef.org/venezuela/spanish/pautas\\_wayuu\(1\).pdf](http://www.unicef.org/venezuela/spanish/pautas_wayuu(1).pdf).
8. Cavero G. (2003). Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: Percepción, Problemas y Prioridades definidos por mujeres Asháninkas del río Ene. Perú. Disponible desde Internet en: [www.geocities.com/acpweb/salud.htm](http://www.geocities.com/acpweb/salud.htm)
9. Medina A y Mayca J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis.

Perú; *Rev. med. exp. salud publica*, vol.23, n.1. Disponible desde Internet en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342006000100004&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342006000100004&script=sci_abstract)

10. Centro Amazónico De Antropología Y Aplicación Práctica. (1994). Amazonía Peruana-Mujer Amazónica. Edic 1ª. Tomo 2. Edit. CAAP. Iquitos.
11. Peña A y Paco O. (2007). Medicina alternativa: Intento de análisis. Perú. *An Fac Med*; 68 (1) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible desde Internet en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a12v68n1.pdf>
12. Balverde M, Solla G (2003). Manejo del dolor. *Rev. Tlahui-Medic.* No. 25, México. I/2008.
13. Schwarcz R. et. al (1999). *Obstetricia*. 5ta. Edic. Edit El Ateneo. Argentina. Pp. 9 – 64.
14. Valerio M. (2007). La OMS advierte los riesgos de la Medicina alternativa. E-mail: [elmundosalud@elmundo.es](mailto:elmundosalud@elmundo.es)
15. Hervias R. (2008). La medicina natural y su demanda. E – mail: [a05137716@usmp.edu.pe](mailto:a05137716@usmp.edu.pe)
16. Ramírez ML, López CN y Valentín JY. (2004). El parto tradicional según la partera empírica Avelina Zagal Espinoza. *Medicina Tradicional*. Escuela de Enfermería Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México.
17. Magaña M, Gama A y Mariaca R. El uso de las plantas medicinales en las comunidades Maya chontales de Nacajuca, Tabasco, México. *Polibotánica*, num. 29, marzo, 2010; p. 213-262.
18. Mendoza M., Quemé A. Prácticas utilizadas por comadronas durante la atención del trabajo de parto. Estudio realizado en el municipio de San Martín Sacatepéquez, Quetzaltenango y San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. Guatemala, octubre; 2010.



19. Ministerio de Salud. Norma Técnica N° 033-MINSA/DGSp-V.01. (2005). Norma Técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural. Disponible desde Internet en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM598-2005.pdf>
20. Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi Navarra y Salud sin Límites. "Cerrando brechas aproximando culturas. un modelo de atención materno perinatal" 1° ed. Perú: editorial y graficas Ebral E.I.R.L.; 2009.
21. Ministerio De Salud. El parto de la vida en los andes y la amazonia del Perú. Lima, Imprenta Prinley S.R.L.; 2000. Disponible desde Internet en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1150/TP-UNH.OBST.00084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Organización Panamericana de la salud. Medicina Indígena Tradicional y Medicina convencional. Costa Rica; 2006. Disponible desde Internet en: [https://www.academia.edu/24987343/INSTITUTO\\_INTERAMERICANO\\_DE\\_DE\\_RECHOS\\_HUMANOS\\_ORGANIZACION\\_PANAMERICANA\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_medicina\\_indigena\\_tradicional\\_y\\_medicina\\_convencional](https://www.academia.edu/24987343/INSTITUTO_INTERAMERICANO_DE_DE_RECHOS_HUMANOS_ORGANIZACION_PANAMERICANA_DE_LA_SALUD_medicina_indigena_tradicional_y_medicina_convencional)
23. Equipo Maternidad Hospital de Iquique. Sistematización parto humanizado en población Aymara. Chile; 2006. Disponible desde Internet en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/05-Parto-aymara.pdf>.
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Agencia Española de cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del Recién nacido en un área rural andina y amazónica del Perú. Perú, Edic; 2010. Disponible desde Internet en: [https://www.academia.edu/29246875/Estudio\\_sobre\\_dimensi%C3%B3n\\_cuantitativa\\_y\\_concepciones\\_y\\_cuidados\\_comunitarios\\_de\\_la\\_salud\\_del\\_reci%C3%A9n\\_nacido\\_en\\_un\\_%C3%A1rea\\_rural\\_andina\\_y\\_amaz%C3%B3nica\\_del\\_Per%C](https://www.academia.edu/29246875/Estudio_sobre_dimensi%C3%B3n_cuantitativa_y_concepciones_y_cuidados_comunitarios_de_la_salud_del_reci%C3%A9n_nacido_en_un_%C3%A1rea_rural_andina_y_amaz%C3%B3nica_del_Per%C)

3%BA.\_Componente\_Antropol%C3%B3gico

25. Melgar MÚ y Olivera FP. Nivel de información sobre técnicas complementarias y alternativas y su aplicación en el proceso de gestación y trabajo de parto que tienen los alumnos del pre-grado de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - año 2005. (tesis doctoral) Universidad Nacional San Marcos; 2005. Disponible desde Internet en : [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1154/Melgar\\_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1154/Melgar_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
26. Fehér M. Lo natural y lo artificial. Un ensayo de clarificación conceptual. México; Teorema. Rev. Internacional de Filosofía. Vol. XVII, n°3. 1998. <https://www.oei.es/historico/salactsi/teorema04b.htm>
27. Arendt H. La Condición Humana. Buenos Aires, Edic. ISBN 978- 950 – 1254 14 – 3. Quinta reimpresión, Edit. Paidós; 2009. Disponible desde Internet en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Arendt%20Hanna%20-%20La%20Condicion%20Humana.pdf>
28. Tapias NR. Lo privado y lo público en el pensamiento de Hannah Arendt. Colombia. Edic. Pontificia Universidad Javeriana. Universitas Philosophica, núm. 44-45, julio-diciembre, 2005, pp. 71-86. Disponible desde Internet en: <https://www.redalyc.org/pdf/4095/409534407005.pdf>
29. Monográficos de divulgación del pensamiento feminista. Mujeres en situaciones de conflicto. Diálogos N°2. Acsur Las Segovias, Hegoa. Bilbao., 2009. Disponible desde Internet en: [http://www.bantaba.ehu.es/obs/files/view/dialogos\\_2\\_definitivo.pdf?revision%5fid=79124&package%5fid=79109](http://www.bantaba.ehu.es/obs/files/view/dialogos_2_definitivo.pdf?revision%5fid=79124&package%5fid=79109)
30. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría de Gestalt. Revista de estudios sociales. Facultad de ciencias sociales. ISSN 1900-5180. [on line](08-2004)(S.F.)(05-10-2015). Disponible desde internet en: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/375/index.php?id=375>

31. Cunningham G et.al. (2002) Williams Obstetricia. 21ª edic. Edit. Médica panamericana. España. Pp. 489 – 655.
32. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4):368–76. Disponible desde Internet en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n4/368-376>
33. Peña A. Medicina y Filosofía: Abordaje Filosófico de algunos problemas de la medicina actual. Anales de la Facultad de Medicina Año/vol 65, Número 001. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pp. 65 – 72.
34. Huamán P. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Tema 11. Modelos y Teorías en Enfermería (IV). Modelo de Madeleine Leininger. Universidad de Cantabria. [https://www.academia.edu/40430217/Bases\\_Hist%C3%B3ricas\\_y\\_Te%C3%B3ricas\\_de\\_la\\_Enfermer%C3%ADa](https://www.academia.edu/40430217/Bases_Hist%C3%B3ricas_y_Te%C3%B3ricas_de_la_Enfermer%C3%ADa)
35. Peña E y Martínez M. Principales complicaciones obstétricas en un Hospital General con Servicio de Obstetrica, Distrito Nacional, 2005. República Dominicana. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Ciencia y sociedad. 2010; XXXV (1): 87-101. Disponible desde Internet en: <https://www.redalyc.org/pdf/870/87014544005.pdf>
36. Montoya-Cabrera MA, Simental-Toba a, Sánchez-Rodríguez S, Escalante-Galindo P y Aguilar-Contreras A. Depresión cardiorrespiratoria en ocho recién nacidos cuyas madres ingirieron infusiones de yucuyahui (zoapatle-Montanoa tomentosa) durante el trabajo de parto. México; Gac Méd Méx Vol. 134 No. 5,1998. Disponible desde Internet en: [http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1998-134-5-611-615.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1998-134-5-611-615.pdf)

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, doy mi disposición y consentimiento para participar en el estudio sobre los factores de riesgo preconceptionales y las prácticas alternativas en la labor de parto en mujeres de Belén Zona Baja, Iquitos 2010.

Declaro que he sido informada del estudio por el cual se me aplicará un cuestionario. Para constancia de lo expuesto anteriormente firmo este documento en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 200\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO

#### “FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES Y PRÁCTICAS ALTERNATIVAS EN LA LABOR DE PARTO EN MUJERES DE BELÉN ZONA BAJA IQUITOS - 2010”

##### I. DATOS GENERALES

Fecha de la entrevista .....

Nombre y apellidos .....

Dirección .....

##### 1. Estado civil

Con pareja .....

Sin pareja .....

Casada ..... Soltera ..... Unión consensual .....

##### 2. Grado de instrucción

Menor grado ....

Mayor grado ....

Analfabeta ..... Primaria sin terminar .....

Primaria terminada ..... Pre - Secundaria terminada .....

Secundaria terminada ..... Universitario terminado .....

##### 3. Ocupación

Dentro del hogar .....

Fuera del hogar .....

##### 4. Procedencia

Urbana .....

Periurbana .....

##### II. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES

##### 5. Edad .....

Alto riesgo (menor de 20 y mayor de 34) .....

Bajo riesgo (20 34 años) .....

6. Paridad

Número de hijos: .....

Alto riesgo (más de 3) .....

Bajo riesgo (de 2 a 3) .....

7. Intervalo intergenésico

Meses .....

Fecha de nacimiento del antepenúltimo hijo .....

Mes de última menstruación del último hijo o edad del último hijo .....

Alto riesgo (menos de 12 meses) .....

Bajo riesgo (más de 12 meses) .....

**III. PRÁCTICAS ALTERNATIVAS PARA LA LABOR DE PARTO**

8. Usted utilizó algún tipo de preparación en el parto de su último hijo (bebidas, vaporización, "ligadas", otros)

- Sin prácticas alternativas para la labor de parto .....

- Con prácticas alternativas para la labor de parto .....

9. Si la respuesta es "con prácticas alternativas para la labor de parto" ¿Qué producto utilizó?

.....  
.....  
.....

10. ¿Qué tipo de preparación utilizó?

.....

11. ¿Qué cantidad tomó?

.....

**MUCHAS GRACIAS**

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---