UNIDAD ACADÉMICA PUCE TEC AMBATO
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

Tema:

ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN PARTOS DOMICILIARIOS PARA PREVENIR RIESGOS OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES DE CHIBULEO.

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Técnico Superior en Enfermería

Línea de Investigación:

SALUD Y BIENESTAR

Autor:

Nancy Cenaida Sisa Telenchana

Director:

Mg. Ingrid Valeria Flores Zambrano

Ambato – Ecuador
Agosto 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **NANCY CENAIDA SISA TELENCHANA**, con CC**: 180482031-2**, autor del trabajo de titulación intitulado: "ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN PARTOS DOMICILIARIOS PARA PREVENIR RIESGOS OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES DE CHIBULEO", previo a la obtención del título profesional de **TÉCNICA SUPERIOR EN ENFERMERÍA** en la unidad académica **PUCE TEC.**

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de titulación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, agosto 2026



Nancy Cenaida Sisa Telenchana

CC: 180482031-2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN PARTOS DOMICILIARIOS PARA PREVENIR RIESGOS OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES DE CHIBULEO.

Línea de Investigación:

SALUD Y BIENESTAR

Autor:

Nancy Cenaida Sisa Telenchana

Ingrid Valeria Flores Zambrano, Lcda. Mg. f._____

CC. 0504245630

CALIFICADOR

Joselyn Thalía Pilicita Caiza, Lcda. Mg. f._____

CALIFICADOR

Ivon Daniela Abril Rivera, Lcda. Esp. f._____

CALIFICADOR

Ingrid Valeria Flores Zambrano, Lcda. Mg. f._____

COORDINADORA (E) PUCE TEC AMBATO

PUCE | AMBATO PROSECRETARÍA

Ana Cecilia Parra Ramos, Ab. Mg. f._____

PROSECRETARIA (E) PUCE AMBATO

Ambato – Ecuador

Agosto 2026

DEDICATORIA

Dedico este logro, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía y fortaleza durante este camino, por brindarme sabiduría, esperanza y la fuerza necesaria para superar cada dificultad y permitirme alcanzar esta meta tan anhelada.

A mi esposo, por su amor, paciencia y apoyo incondicional, por acompañarme en cada etapa de este proceso y motivarme a continuar cuando el cansancio y las dificultades estuvieron presentes.

A mis hijos, quienes son mi mayor inspiración y la razón de mi esfuerzo diario. De manera especial, a mi hijo Joel, quien a pesar de su corta edad asumió grandes responsabilidades, cuidando de nuestro hogar y acompañando a sus hermanas cuando mi tiempo estuvo dedicado a mi formación profesional. Gracias por tu comprensión, madurez y amor, porque tu apoyo silencioso fue una muestra de cariño que siempre llevaré en mi corazón. A mis hijas, gracias por ser mi alegría, mi fortaleza y el motivo que me impulsó a seguir luchando por este sueño.

A mis padres y hermanos, por su amor, apoyo y palabras de aliento durante este camino. Gracias por creer en mí, por acompañarme y recordarme que no estaba sola.

Con todo mi amor y gratitud, dedico este trabajo a quienes caminaron conmigo y fueron parte fundamental para alcanzar este sueño.

AGRADECIMIENTO

Con el corazón lleno de gratitud, elevo mi más sincero agradecimiento a Dios, por ser mi guía, mi refugio y mi fortaleza durante cada etapa de este camino. Gracias por regalarme la vida, la salud, la sabiduría y la perseverancia necesarias para superar cada obstáculo que se presentó en mi formación profesional. En los momentos de incertidumbre, cansancio y desánimo, fue su amor el que renovó mis fuerzas, iluminó mi mente y me permitió seguir adelante cuando pensé que no podía más.

A mi amado esposo, expreso mi más profundo agradecimiento por caminar a mi lado durante este largo proceso. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mis capacidades, por brindarme tu apoyo incondicional, por comprender mis ausencias, mis preocupaciones y los sacrificios que implicó alcanzar esta meta. Tu paciencia, tus palabras de aliento y tu amor fueron el impulso que necesitaba para no rendirme.

A mis queridos hijos, quienes han sido la mayor motivación de mi vida y la razón más grande para luchar por mis sueños. Gracias por comprender los momentos en los que no pude dedicarles todo el tiempo que merecían debido a mis estudios. Cada sacrificio realizado tuvo como propósito brindarles un mejor ejemplo y demostrarles que con esfuerzo, dedicación y perseverancia los sueños sí pueden hacerse realidad.

A mis padres y hermanos, les agradezco de todo corazón por su amor infinito, por sus enseñanzas y por estar presentes en cada etapa de mi vida. Gracias por creer siempre en mí, por brindarme su apoyo incondicional y por enseñarme, con su ejemplo, el valor del trabajo honesto, la humildad y la perseverancia.

Finalmente, manifiesto mi más profundo agradecimiento a mi docente, Lic. Ingrid Flores, por su valiosa orientación, paciencia, compromiso y dedicación durante el desarrollo de este trabajo de investigación. Gracias por compartir generosamente sus conocimientos, por cada enseñanza, observación y consejo brindado con profesionalismo y calidad humana.

RESUMEN

El presente proyecto tiene como finalidad diseñar una guía de intervención con estrategias educativas y de apoyo dirigidas a enfermeras, parteras, adolescentes y familiares, con el propósito de garantizar una atención de mayor calidad y reducir los riesgos obstétricos en el parto domiciliario en la comunidad de Chibuleo.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, lo que permitió comprender las percepciones y experiencias de las parteras tradicionales y profesionales de la salud mediante entrevistas semiestructuradas.

Los resultados evidencian que los principales riesgos obstétricos en adolescentes se relacionan con anemia, preeclampsia, pelvis en desarrollo, partos prematuros y bajo peso al nacer, además de signos de alarma como hemorragias, detención del trabajo de parto y sufrimiento fetal, que requieren atención inmediata.

Desde el punto de vista metodológico, se aplicaron métodos teóricos como la revisión bibliográfica y el análisis documental para fundamentar el marco conceptual sobre embarazo adolescente, riesgos obstétricos y estrategias de enfermería.

En el plano práctico, se emplearon entrevistas directas a parteras y profesionales de salud, lo que permitió obtener información empírica sobre prácticas culturales, medidas de bioseguridad y reconocimiento de complicaciones.

Con base en estos hallazgos se elaboró un plan de intervención estructurado en niveles formativo, educativo, preventivo y de seguimiento, orientado a fortalecer la seguridad materna y neonatal en partos domiciliarios. La propuesta integra además el respeto cultural, la participación comunitaria, la capacitación continua del personal de salud y parteras tradicionales.

Palabras clave: Plan de intervención, estrategias educativas, parto domiciliario.

ABSTRACT

This project aims to design an intervention guide incorporating educational and support strategies aimed at nurses, midwives, adolescents, and family members, with the purpose of ensuring higher-quality care and reducing obstetric risks associated with home births in the Chibuleo community.

The research was conducted using a descriptive qualitative approach, which made it possible to understand the perceptions and experiences of traditional midwives and healthcare professionals through semi-structured interviews.

The results show that the main obstetric risks among adolescents are related to anemia, preeclampsia, an immature pelvis, preterm birth, and low birth weight, as well as warning signs such as hemorrhage, arrested labor, and fetal distress, which require immediate attention.

From a methodological perspective, theoretical methods such as literature review and document analysis were used to support the conceptual framework concerning adolescent pregnancy, obstetric risks, and nursing strategies.

At the practical level, direct interviews were conducted with traditional midwives and healthcare professionals, making it possible to obtain empirical information regarding cultural practices, biosafety measures, and the recognition of complications.

Based on these findings, an intervention plan was developed and structured around training, educational, preventive, and follow-up components, aimed at strengthening maternal and neonatal safety in home births. The proposal also incorporates cultural respect, community participation, and ongoing training for healthcare personnel and traditional midwives.

Keywords: *Intervention plan, educational strategies, home birth.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD ii

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO iii

DEDICATORIA iv

AGRADECIMIENTO v

RESUMEN vi

ABSTRACT vii

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS viii

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA 11

1.1 Embarazo adolescente como problema de salud pública 11

1.2 Riesgo obstétrico en adolescentes 14

1.3 Parto domiciliario 28

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO 39

2.1 Consideraciones metodológicas 39

2.2 Grupo de Estudio 41

2.3 Técnicas de recolección de la Información 42

2.4 Procesamiento y análisis de la información 42

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 60

3.1 Propuesta. 60

CONCLUSIONES 61

RECOMENDACIONES 62

REFERENCIAS 63

ANEXOS 79

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano comprendida entre la niñez y la adultez, caracterizada por importantes transformaciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que influyen en la construcción de la identidad, autonomía y proyecto de vida de las personas. Durante este periodo se producen cambios relacionados con la maduración sexual y reproductiva, por lo que la educación, orientación familiar y acceso a servicios de salud adquieren un papel fundamental para garantizar decisiones responsables relacionadas con la sexualidad y reproducción. Sin embargo, cuando ocurre un embarazo durante esta etapa, especialmente en contextos de vulnerabilidad social, puede convertirse en un evento que genera importantes repercusiones en la salud de la madre adolescente, el recién nacido, la familia y la comunidad.

El embarazo adolescente continúa siendo una problemática de salud pública a nivel mundial, debido a su relación con mayores riesgos obstétricos, consecuencias sociales y limitaciones en el desarrollo integral de las jóvenes. La Organización Mundial de la Salud señala que aproximadamente 21 millones de adolescentes entre 15 y 19 años quedan embarazadas cada año en países de ingresos bajos y medianos, siendo una proporción considerable de estos embarazos no planificados. Esta situación evidencia que la maternidad temprana continúa asociada a desigualdades sociales, dificultades de acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, además de condiciones económicas y culturales que pueden limitar la capacidad de las adolescentes para recibir una atención adecuada durante el embarazo y nacimiento.

Desde la perspectiva sanitaria, el embarazo en adolescentes representa un desafío debido a que puede incrementar la probabilidad de presentar complicaciones maternas y neonatales. Aunque la evolución del embarazo depende de múltiples factores individuales y sociales, la edad materna temprana puede relacionarse con mayores necesidades de vigilancia durante la gestación debido a la inmadurez física, emocional y social que puede influir en la adaptación al proceso reproductivo.

Entre los principales riesgos obstétricos asociados se encuentran los trastornos hipertensivos del embarazo, preeclampsia, eclampsia, anemia gestacional, infecciones maternas, parto prolongado, hemorragias obstétricas y dificultades durante el nacimiento.

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materna a nivel mundial y requieren una identificación temprana para evitar complicaciones graves. En adolescentes gestantes, la falta de controles prenatales adecuados puede favorecer el diagnóstico tardío de alteraciones relacionadas con la presión arterial, limitando la posibilidad de establecer medidas preventivas oportunas. De igual manera, la anemia gestacional representa una condición frecuente durante el embarazo y puede relacionarse con deficiencias nutricionales, falta de suplementación y dificultades de acceso a controles de seguimiento.

Además de los riesgos maternos, el embarazo adolescente puede generar consecuencias en la salud del recién nacido. Los hijos de madres adolescentes presentan mayor probabilidad de presentar bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y complicaciones neonatales que requieren vigilancia especializada. Estas condiciones pueden estar relacionadas con factores biológicos, pero también con aspectos sociales como alimentación inadecuada, ausencia de controles prenatales, condiciones económicas desfavorables y dificultades para acceder a servicios sanitarios oportunos.

La problemática del embarazo adolescente adquiere mayor complejidad cuando se desarrolla en comunidades rurales e indígenas, donde intervienen determinantes sociales y culturales propios de cada territorio. En estas poblaciones pueden existir barreras relacionadas con la distancia geográfica hacia los establecimientos de salud, disponibilidad limitada de transporte, dificultades económicas, diferencias lingüísticas y prácticas culturales relacionadas con la maternidad y el nacimiento. Estas condiciones pueden influir en la búsqueda de atención sanitaria y en la elección del lugar donde se desarrolla el parto.

Dentro de este contexto, el parto domiciliario constituye una práctica que continúa presente en diversas regiones del mundo, principalmente en comunidades donde el nacimiento es considerado un acontecimiento familiar, cultural y espiritual. Para algunas mujeres, el parto en el hogar representa una alternativa relacionada con la comodidad, privacidad, acompañamiento familiar y respeto hacia sus tradiciones. Sin embargo, desde la perspectiva de salud pública, la seguridad del parto domiciliario depende de múltiples factores, entre ellos la adecuada selección de gestantes de bajo riesgo, preparación del ambiente, disponibilidad de materiales esenciales, presencia de personal capacitado y existencia de mecanismos efectivos para la referencia ante emergencias.

El debate sobre el parto domiciliario se ha mantenido durante varios años debido a la diferencia entre los resultados obtenidos en contextos con sistemas sanitarios fortalecidos y aquellos donde existen limitaciones de acceso. Algunos estudios internacionales señalan que el parto domiciliario planificado puede presentar resultados favorables cuando se desarrolla en mujeres con embarazo de bajo riesgo y bajo la atención de personal preparado para identificar complicaciones. En estos casos, puede observarse una menor frecuencia de determinadas intervenciones obstétricas como episiotomías, partos instrumentales o cesáreas innecesarias.

No obstante, la atención del nacimiento en el hogar también puede presentar riesgos cuando no existen condiciones adecuadas de vigilancia y respuesta inmediata. Durante el trabajo de parto pueden aparecer situaciones impredecibles como hemorragia posparto, retención placentaria, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, distocia del parto, sufrimiento fetal, dificultad respiratoria neonatal, hipotermia e infecciones. Estas complicaciones requieren intervenciones rápidas que, en algunos escenarios, pueden superar la capacidad de resolución disponible dentro del domicilio.

Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud y diferentes organismos sanitarios destacan la importancia de garantizar una atención materna segura

basada en la identificación temprana de riesgos, vigilancia continua y establecimiento de redes de referencia. La seguridad del parto no depende únicamente del lugar donde ocurre el nacimiento, sino de la calidad de la atención proporcionada, la preparación del personal responsable y la capacidad del sistema sanitario para responder ante situaciones críticas.

En este sentido, el parto domiciliario en adolescentes representa un escenario que requiere especial atención debido a la combinación de factores biológicos, sociales y culturales. La adolescente gestante puede presentar necesidades específicas relacionadas con educación, acompañamiento emocional, vigilancia clínica y orientación durante el embarazo y parto. Cuando además existen barreras de acceso sanitario o ausencia de seguimiento prenatal, aumenta la posibilidad de que determinados riesgos obstétricos no sean identificados oportunamente.

La atención del parto domiciliario en comunidades indígenas incorpora además la dimensión intercultural, donde los conocimientos tradicionales y las prácticas ancestrales tienen un significado importante para las familias. Las parteras tradicionales representan figuras reconocidas dentro de muchas comunidades debido a su experiencia y cercanía con las gestantes. Su participación históricamente ha permitido brindar acompañamiento durante el proceso reproductivo; sin embargo, la coordinación con los servicios de salud resulta necesaria para garantizar una atención segura cuando se presentan complicaciones que requieren manejo especializado.

En América Latina, la atención del embarazo y parto en adolescentes continúa representando un desafío para los sistemas de salud debido a la persistencia de desigualdades sociales, económicas y culturales que afectan principalmente a poblaciones rurales e indígenas. En muchos territorios latinoamericanos, las prácticas relacionadas con el nacimiento se encuentran estrechamente vinculadas con la identidad cultural de los pueblos, donde la familia, la comunidad y las parteras tradicionales cumplen funciones relevantes durante el proceso reproductivo. Esta realidad evidencia la necesidad de desarrollar modelos de atención que permitan

integrar los conocimientos ancestrales con los servicios sanitarios institucionales, garantizando una atención respetuosa y segura para las mujeres gestantes.

En comunidades indígenas de América Latina, el parto domiciliario no representa únicamente una elección relacionada con el lugar del nacimiento, sino que forma parte de una visión integral de la vida, donde la gestación y el nacimiento son comprendidos como procesos naturales, familiares y comunitarios. La presencia de la partera tradicional adquiere un significado especial debido a que representa una persona de confianza para la gestante y su familia, acompañando no solamente el momento del parto, sino también brindando apoyo emocional, orientación y cuidados basados en conocimientos transmitidos culturalmente.

Sin embargo, la atención del parto domiciliario en contextos indígenas requiere considerar las condiciones sociales y sanitarias en las que se desarrolla. La distancia entre las comunidades y los establecimientos de salud, las limitaciones de transporte, la falta de comunicación, las condiciones económicas y la disponibilidad de recursos pueden influir en la oportunidad de recibir atención especializada cuando se presenta una complicación obstétrica. Estas dificultades adquieren mayor importancia en adolescentes gestantes, quienes pueden presentar una mayor necesidad de acompañamiento debido a su etapa de desarrollo y a los factores sociales que pueden acompañar la maternidad temprana.

En Ecuador, el embarazo adolescente constituye una problemática que continúa afectando a diferentes grupos poblacionales, especialmente en sectores donde existen condiciones de vulnerabilidad social. El país se caracteriza por su diversidad cultural y étnica, donde conviven diferentes pueblos y nacionalidades con prácticas propias relacionadas con la salud, enfermedad, embarazo y nacimiento. Esta diversidad requiere que la atención sanitaria considere aspectos culturales que influyen en la percepción de la salud y en las decisiones de las familias respecto al proceso reproductivo.

El embarazo durante la adolescencia en Ecuador se encuentra relacionado con múltiples factores, entre ellos la limitada educación sexual integral, dificultades para acceder a métodos anticonceptivos, desigualdad social, violencia basada en género y barreras culturales que pueden afectar la continuidad de los controles prenatales. Estas condiciones pueden favorecer que algunas adolescentes lleguen al momento del parto sin una valoración completa de su estado de salud, aumentando la posibilidad de identificar tardíamente factores que podrían representar un riesgo para la madre o el recién nacido.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, durante el año 2024 se registraron nacimientos de madres adolescentes en Ecuador. La mayoría de estos nacimientos fueron atendidos dentro del sistema sanitario por profesionales de salud; sin embargo, persisten prácticas de atención domiciliaria acompañadas por parteras tradicionales, especialmente en comunidades rurales e indígenas. Esta realidad evidencia que, pese al fortalecimiento de los servicios institucionales, el parto domiciliario continúa formando parte de las prácticas reproductivas de determinados grupos sociales debido a factores culturales, históricos y comunitarios.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha reconocido la importancia de incorporar el enfoque intercultural dentro de la atención materna, considerando que las prácticas tradicionales forman parte de la realidad de muchos pueblos y nacionalidades. La atención con pertinencia intercultural busca promover una relación de respeto entre los conocimientos ancestrales y la atención basada en evidencia científica, favoreciendo espacios donde las mujeres puedan recibir cuidados seguros sin perder sus valores culturales.

Desde esta perspectiva, la participación de las parteras tradicionales representa un elemento importante dentro de las comunidades indígenas, debido a la confianza que mantienen con las familias y al conocimiento que poseen sobre las prácticas locales relacionadas con el nacimiento. Las parteras cumplen funciones de acompañamiento durante el embarazo, preparación emocional de la madre, apoyo

durante el trabajo de parto y cuidados posteriores al nacimiento. No obstante, debido a las limitaciones existentes frente a ciertas emergencias obstétricas, es fundamental fortalecer los mecanismos de comunicación y referencia con los servicios de salud.

En este contexto, se realizaron un estudio relacionado con los conocimientos y prácticas de parteras tradicionales en comunidades indígenas del Ecuador, evidenciando que gran parte de sus conocimientos se adquieren mediante la experiencia acumulada durante años de atención de partos y la transmisión de saberes ancestrales entre generaciones. Además, identificaron que algunas parteras han participado en procesos de capacitación promovidos por el Ministerio de Salud Pública, lo que demuestra la importancia de fortalecer la articulación entre los sistemas comunitarios y los servicios sanitarios.

Los resultados de dicho estudio también evidenciaron que las parteras reconocen la necesidad de derivar oportunamente aquellos casos donde aparecen signos de alarma o situaciones que superan su capacidad de atención. Entre estas condiciones se mencionan hemorragias, alteraciones durante el trabajo de parto, dificultades relacionadas con la posición fetal o situaciones donde consideran necesario que la gestante reciba atención hospitalaria. Este reconocimiento demuestra que el acompañamiento comunitario puede complementarse con la atención profesional cuando existe coordinación adecuada entre ambos sistemas.

En las comunidades indígenas de la provincia de Tungurahua, las prácticas relacionadas con el embarazo y nacimiento mantienen una importante influencia cultural. Entre estas comunidades se encuentra Chibuleo, Tomabelas, Pasa, Quisapincha, Sawatoa y Salasacas donde las tradiciones ancestrales, la participación familiar y el acompañamiento comunitario forman parte del proceso reproductivo. Para muchas familias, el nacimiento representa un acontecimiento significativo que involucra aspectos físicos, emocionales, espirituales y culturales, donde la presencia de personas de confianza como las parteras tradicionales adquiere especial importancia.

La comunidad de Chibuleo posee características propias relacionadas con su identidad cultural indígena, donde se mantienen conocimientos tradicionales vinculados con la medicina ancestral y el cuidado comunitario. Dentro de este contexto, el parto domiciliario puede ser comprendido como una práctica asociada con la confianza hacia la atención tradicional, la cercanía familiar y la búsqueda de un entorno conocido para la madre durante el nacimiento.

No obstante, cuando el parto domiciliario ocurre en adolescentes, esta práctica requiere un análisis particular debido a que pueden coexistir factores que incrementan la vulnerabilidad materna y neonatal. La adolescencia puede estar acompañada de embarazos no planificados, dificultades familiares, limitaciones económicas, falta de preparación para la maternidad y menor acceso a controles prenatales. Estas condiciones pueden influir en la identificación tardía de riesgos obstétricos y en la capacidad de respuesta ante posibles complicaciones durante el parto.

Además, aunque las parteras tradicionales poseen conocimientos adquiridos mediante la experiencia comunitaria y desempeñan un papel importante en el acompañamiento de las gestantes, pueden presentarse situaciones que requieren intervención profesional especializada. Por ello, la atención del parto domiciliario en adolescentes constituye un fenómeno que debe ser comprendido considerando tanto los elementos culturales que sustentan esta práctica como las condiciones sanitarias necesarias para garantizar la seguridad materna y neonatal.

En este sentido, la problemática de investigación se centra en la atención del parto domiciliario en adolescentes de la comunidad de Chibuleo, debido a la presencia de factores que pueden incrementar la vulnerabilidad materna y neonatal, así como la necesidad de comprender cómo intervienen los aspectos culturales, sociales y sanitarios en la prevención de complicaciones obstétricas.

Por lo anteriormente expuesto, el problema de investigación se plantea de la siguiente manera: ¿Las estrategias de enfermería en partos domiciliarios permiten prevenir riesgos obstétricos en adolescentes de Chibuleo?

Ante esta problemática, la presente investigación tiene como objetivo general: Establecer estrategias de enfermería con enfoque preventivo e intercultural para fortalecer la atención del parto domiciliario en adolescentes de Chibuleo.

Para el cumplimiento del objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Fundamentar los referentes teóricos y científicos relacionados con el embarazo adolescente, parto domiciliario, riesgos obstétricos y el rol de enfermería dentro de la atención intercultural.
- Identificar los principales riesgos obstétricos que enfrentan las adolescentes durante el parto domiciliario en Chibuleo mediante la recopilación de información de profesionales de salud, parteras tradicionales y adolescentes gestantes.
- Describir las estrategias de enfermería en partos domiciliarios para prevenir riesgos obstétricos en adolescentes de Chibuleo, promoviendo una atención segura y efectiva.

La presente investigación se desarrolla el diseño cualitativo, debido a que busca comprender las experiencias, conocimientos y percepciones de los participantes respecto al parto domiciliario, los riesgos obstétricos y la atención brindada dentro del contexto comunitario indígena. Este enfoque permite analizar la realidad desde la perspectiva de las personas involucradas, considerando sus prácticas culturales, experiencias y necesidades relacionadas con el proceso reproductivo.

El estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo, debido a que permitirá caracterizar los factores relacionados con el parto domiciliario en adolescentes, identificar los principales riesgos obstétricos presentes y describir las

prácticas de atención desarrolladas por los diferentes actores participantes. Asimismo, se empleará un diseño de corte transversal, ya que la recopilación de información se realizará en un periodo determinado, permitiendo obtener una descripción del fenómeno estudiado en el contexto actual de la comunidad de Chibuleo.

La población de estudio estará conformada por profesionales de salud, parteras tradicionales. La participación de estos grupos permitirá obtener diferentes perspectivas sobre la atención del nacimiento, los factores de riesgo identificados, las dificultades existentes y las necesidades de fortalecimiento dentro del proceso de atención materna.

Para la recolección de información se utilizará la técnica de entrevista semiestructurada, debido a que permite obtener respuestas amplias y detalladas sobre las experiencias, conocimientos y opiniones de los participantes. El instrumento estará conformado por una guía de preguntas elaboradas de acuerdo con las categorías de estudio, considerando aspectos relacionados con la valoración inicial de la gestante, intervenciones realizadas, identificación de riesgos, limitaciones existentes y necesidades de atención dentro del contexto comunitario.

La información recopilada será organizada y analizada mediante categorías cualitativas, permitiendo interpretar los principales hallazgos relacionados con el parto domiciliario en adolescentes de Chibuleo. Este proceso facilitará la comprensión del fenómeno estudiado y proporcionará elementos fundamentales para el establecimiento de estrategias de enfermería con enfoque preventivo e intercultural, orientadas al fortalecimiento de la atención materna y neonatal dentro de la comunidad.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1 .Embarazo adolescente como problema de salud pública

La adolescencia constituye una etapa de transición entre la niñez y la adultez caracterizada por importantes cambios biológicos, psicológicos, emocionales y sociales que influyen directamente en el desarrollo integral del individuo. La (Organizacion Mundial de la Salud, 2024) define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años, etapa en la que se consolida progresivamente la madurez física, cognitiva y reproductiva. Aunque frecuentemente se asocia únicamente con el desarrollo biológico, la adolescencia representa un proceso complejo que involucra la construcción de la identidad personal, la autonomía, la adquisición de responsabilidades y la integración social.

La adolescencia suele clasificarse en tres etapas. La adolescencia temprana comprende entre los 10 y 13 años y se caracteriza por el inicio de la pubertad, la aceleración del crecimiento físico y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La adolescencia media se desarrolla entre los 14 y 16 años y se distingue por una mayor búsqueda de independencia, establecimiento de relaciones sociales más complejas y fortalecimiento de la identidad individual. Finalmente, la adolescencia tardía comprende entre los 17 y 19 años, período en el que existe mayor estabilidad emocional y capacidad para asumir responsabilidades propias de la vida adulta (Allen & Waterman, 2019).

En este contexto, el embarazo adolescente se define como aquel que ocurre en mujeres entre los 10 y 19 años. Actualmente constituye una de las problemáticas prioritarias para los sistemas de salud debido a las repercusiones que genera sobre la salud materna, neonatal, familiar y comunitaria. El embarazo durante esta etapa

ocurre cuándo muchas jóvenes aún se encuentran completando su desarrollo físico, emocional, educativo y social, situación que puede generar importantes desafíos para la madre y su entorno.

Según (Organización Mundial de la Salud), el embarazo adolescente continúa representando un desafío para la salud pública. La OMS que millones de adolescentes experimentan cada año, especialmente en países de ingresos bajos y medianos donde persisten desigualdades sociales y limitaciones en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Aunque durante las últimas décadas se han desarrollado políticas orientadas a la prevención del embarazo temprano, los avances continúan siendo insuficientes en diversos contextos de vulnerabilidad

En América Latina y el Caribe, el embarazo adolescente mantiene una elevada prevalencia en comparación con otras regiones del mundo. Diversos organismos internacionales han señalado que la región presenta importantes desafíos relacionados con el acceso a educación sexual integral, disponibilidad de métodos anticonceptivos, prevención de la violencia de género y fortalecimiento de programas dirigidos a adolescentes. Esta realidad evidencia la necesidad de implementar intervenciones integrales que aborden los determinantes sociales asociados a la maternidad temprana (Salud O. P., Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean. Technical brief, August 2020, 2020) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

En Ecuador, el embarazo adolescente continúa siendo una problemática de gran impacto sanitario y social. Las diferencias geográficas, económicas y culturales influyen significativamente en su comportamiento epidemiológico. Las adolescentes residentes en sectores rurales e indígenas presentan mayores condiciones de vulnerabilidad debido a barreras de acceso a servicios sanitarios, limitaciones educativas y condiciones socioeconómicas desfavorables. Estas

desigualdades contribuyen a mantener brechas importantes en materia de salud sexual y reproductiva (Rodríguez & Tobar, 2020).

Los factores asociados al embarazo adolescente son múltiples y responden a una interacción compleja entre determinantes individuales, familiares y sociales. Entre los principales factores identificados por la literatura científica se encuentran el inicio temprano de la actividad sexual, la escasa educación sexual, el acceso limitado a métodos anticonceptivos, la violencia sexual, las uniones tempranas, la pobreza, la deserción escolar y la falta de oportunidades de desarrollo. La combinación de estos factores incrementa significativamente la probabilidad de embarazos no planificados durante la adolescencia (Galarza & Inga, 2025).

En comunidades indígenas, el análisis del embarazo adolescente requiere considerar además factores culturales relacionados con la cosmovisión, las prácticas tradicionales y las formas de organización comunitaria. La maternidad suele estar influenciada por conocimientos ancestrales y por dinámicas familiares propias de cada comunidad. De la misma manera, las barreras lingüísticas, geográficas y económicas pueden limitar el acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva (Viñamagua, Lucas, & Cevallos, 2026).

Las consecuencias del embarazo adolescente trascienden el ámbito biológico y afectan múltiples dimensiones de la vida de las jóvenes. Desde el punto de vista educativo, la maternidad temprana se asocia frecuentemente con abandono escolar, disminución de oportunidades académicas y limitaciones para continuar procesos de formación profesional. En el ámbito económico, puede generar dependencia financiera y reducir las posibilidades de inserción laboral futura. Estas condiciones contribuyen a perpetuar ciclos de pobreza y desigualdad social que afectan no solamente a la madre adolescente, sino también a su familia y comunidad. (Pincay, Fuentes, Zavala, & Espinoza, 2024).

Por lo expuesto, el embarazo adolescente constituye una problemática compleja que involucra factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales. Su abordaje requiere estrategias integrales orientadas a la promoción de la salud, la educación sexual, el fortalecimiento de factores protectores y la reducción de desigualdades que afectan particularmente a poblaciones rurales e indígenas. Esta realidad adquiere especial relevancia en comunidades como Chibuleo, donde convergen condiciones socioculturales específicas que influyen tanto en el embarazo como en las prácticas relacionadas con la atención materna.

1.2 .Riesgo obstétrico en adolescentes

El embarazo constituye un proceso fisiológico complejo que genera importantes adaptaciones anatómicas, cardiovasculares, metabólicas, endocrinas e inmunológicas destinadas a garantizar el adecuado desarrollo fetal y preservar la salud materna. Sin embargo, cuando la gestación ocurre durante la adolescencia, estas adaptaciones pueden verse condicionadas por características biológicas propias de una etapa en la que el organismo femenino aún se encuentra en proceso de crecimiento y maduración. Como consecuencia, se incrementa la susceptibilidad a diversas complicaciones obstétricas que afectan la evolución normal del embarazo, parto y puerperio (Becerra, Huamani, & abanilla, 2026).

El concepto de riesgo obstétrico hace referencia a la probabilidad de que una mujer embarazada, el feto o el recién nacido presenten complicaciones capaces de comprometer su salud o supervivencia durante el proceso reproductivo. Estas complicaciones pueden derivar de factores biológicos, médicos, nutricionales, sociales o ambientales que influyen directa o indirectamente sobre el desarrollo de la gestación. La identificación temprana de estos riesgos constituye uno de los pilares fundamentales de la atención prenatal debido a que permite implementar intervenciones preventivas orientadas a disminuir la morbimortalidad materna y neonatal (Arroyo, Navas, & Hidrobo, 2023).

La adolescencia representa una etapa particularmente vulnerable desde el punto de vista obstétrico. Aunque la capacidad reproductiva se adquiere con la menarquia, diversos sistemas corporales continúan desarrollándose durante varios años posteriores. La pelvis ósea, el sistema cardiovascular, el sistema endocrino y múltiples mecanismos metabólicos aún no han alcanzado su completa madurez funcional, situación que puede influir en la adaptación fisiológica requerida por el embarazo. Esta condición adquiere mayor relevancia en adolescentes menores de 16 años, quienes presentan una mayor frecuencia de resultados obstétricos adversos en comparación con mujeres adultas (Martínez, Montero, & Zambrano, 2020).

La evidencia científica ha demostrado que las adolescentes presentan una mayor incidencia de complicaciones relacionadas con la gestación. Estudios epidemiológicos internacionales han reportado un incremento del riesgo de anemia gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer en comparación con mujeres entre 20 y 34 años. Asimismo, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto continúan figurando entre las principales causas de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial (Todhunter, Hogan-Roy, & Pressman, 2022).

Desde la perspectiva fisiológica, uno de los mecanismos que explica esta vulnerabilidad corresponde a la competencia nutricional entre el crecimiento materno y el desarrollo fetal. Durante la adolescencia continúan procesos de formación ósea, desarrollo muscular y expansión del volumen sanguíneo, los cuales demandan importantes cantidades de energía, proteínas, hierro, calcio y otros micronutrientes. Cuando estas necesidades coinciden con los requerimientos propios de la gestación, pueden producirse alteraciones nutricionales que afectan tanto a la madre como al feto (Coronel, Saldarriaga, Córdova, & Nieves, 2022).

Otro aspecto relevante corresponde a la adaptación cardiovascular. Durante el embarazo normal se produce un incremento aproximado del 40 al 50 % del volumen plasmático y un aumento significativo del gasto cardíaco para garantizar una adecuada perfusión uteroplacentaria. Las alteraciones en estos mecanismos adaptativos pueden favorecer el desarrollo de trastornos hipertensivos y otras complicaciones vasculares que comprometen el intercambio de oxígeno y nutrientes entre la madre y el feto (Carrillo, et al., 2021).

Los riesgos obstétricos presentes en adolescentes pueden clasificarse en riesgos maternos y riesgos fetales o neonatales. Entre los riesgos maternos destacan la anemia gestacional, la hipertensión gestacional, la preeclampsia, la eclampsia, las hemorragias obstétricas y las infecciones asociadas al embarazo y puerperio. Por otra parte, entre las principales complicaciones fetales y neonatales se encuentran el parto pretérmino, la restricción del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la asfixia neonatal y la mortalidad perinatal (García, et al., 2025).

La identificación temprana de estas complicaciones resulta esencial para disminuir su impacto sobre la salud materna y neonatal. En este sentido, el control prenatal constituye una estrategia fundamental para la vigilancia continua del estado de salud de la gestante, permitiendo detectar oportunamente alteraciones clínicas y establecer intervenciones dirigidas a prevenir desenlaces adversos. La educación sanitaria, el fortalecimiento del autocuidado y la vigilancia de signos de alarma forman parte de las acciones prioritarias dentro de la atención integral de las adolescentes embarazadas (Machala, Aucancela, & Minchala, 2026).

Anemia gestacional en adolescentes

La anemia gestacional constituye una de las alteraciones hematológicas más frecuentes durante el embarazo y representa un importante problema de salud

pública debido a sus repercusiones sobre la salud materna y fetal. La OMS (2023) define la anemia en el embarazo como una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/dL. A nivel global, se estima que aproximadamente el 37 % de las mujeres embarazadas presentan anemia, siendo las adolescentes uno de los grupos de mayor vulnerabilidad debido a las demandas nutricionales propias de esta etapa del desarrollo (González & Olavegoya, 2019).

La anemia se desarrolla cuando la disponibilidad de hierro resulta insuficiente para cubrir las necesidades de producción eritrocitaria. Durante la gestación se produce un aumento progresivo del volumen plasmático que supera el incremento de la masa eritrocitaria, generando una disminución fisiológica de la concentración de hemoglobina. Cuando este fenómeno se combina con reservas limitadas de hierro o una ingesta insuficiente, aparece la anemia gestacional (Milman, 2012).

Las manifestaciones clínicas dependen de la severidad del cuadro y pueden incluir fatiga, debilidad generalizada, cefalea, mareos, palidez cutánea y mucosa, intolerancia al esfuerzo físico, taquicardia y disminución de la capacidad funcional. En situaciones más avanzadas pueden observarse alteraciones cardiovasculares, disminución de la respuesta inmunológica y mayor susceptibilidad a infecciones (Castillo, Vilchez, & Becerra, 2023).

Las repercusiones obstétricas asociadas a la anemia son particularmente relevantes. Diversas investigaciones han demostrado que las adolescentes con anemia presentan mayor riesgo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y complicaciones hemorrágicas durante el parto. Asimismo, la disminución de las reservas de hierro maternas puede afectar el desarrollo neurológico fetal y aumentar la probabilidad de alteraciones cognitivas durante la infancia (Villalva & Villena, 2021).

El diagnóstico se establece mediante biometría hemática y evaluación de parámetros hematológicos complementarios, incluyendo hematocrito, ferritina sérica y saturación de transferrina cuando se requiere una valoración más específica. La detección temprana durante los controles prenatales permite instaurar medidas preventivas antes de que aparezcan complicaciones graves (Bosada, Aguirre, & Cañarte, 2026).

El tratamiento se basa principalmente en la suplementación con hierro y ácido fólico, acompañada de intervenciones orientadas a mejorar el estado nutricional de la gestante. La educación alimentaria desempeña un papel fundamental, promoviendo el consumo de alimentos ricos en hierro como carnes rojas, vísceras, leguminosas, vegetales de hoja verde y alimentos fortificados. En casos moderados o severos puede requerirse administración parenteral de hierro e incluso transfusión sanguínea cuando existe compromiso hemodinámico (Ermandraut & Di Rocco, 2025).

Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Se estima que afectan entre el 5 % y el 10 % de las gestaciones y son responsables de una proporción importante de complicaciones obstétricas graves, hospitalizaciones prolongadas y muertes maternas prevenibles. Este grupo de patologías comprende la hipertensión gestacional, la preeclampsia, la eclampsia, la hipertensión arterial crónica y la preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica (Carrión, Omaña, & Romero, 2022).

Durante la gestación normal se producen importantes modificaciones cardiovasculares destinadas a garantizar un adecuado aporte sanguíneo al útero, la placenta y el feto. Entre estos cambios destacan el incremento del volumen

plasmático, la disminución de la resistencia vascular periférica y el aumento del gasto cardíaco. Cuando estos mecanismos adaptativos se alteran pueden desarrollarse trastornos hipertensivos capaces de comprometer la salud materna y fetal (Hall, George, & Granger, 2013).

La hipertensión gestacional se define como la elevación de la presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, sin evidencia inicial de proteinuria ni daño orgánico asociado. Aunque inicialmente puede presentarse de manera asintomática, su progresión incrementa el riesgo de complicaciones maternas y fetales, por lo que requiere vigilancia continua y seguimiento especializado (Martínez, Manzano, & Loja, 2025).

Entre las principales manifestaciones clínicas pueden observarse cefalea persistente, edema de extremidades, alteraciones visuales, sensación de malestar general y elevación sostenida de la presión arterial. Sin embargo, algunas pacientes permanecen asintomáticas durante etapas iniciales, lo que resalta la importancia del monitoreo periódico durante el control prenatal.

Las complicaciones derivadas de los trastornos hipertensivos incluyen restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, parto pretérmino, insuficiencia placentaria, sufrimiento fetal agudo y aumento de la mortalidad perinatal. Desde la perspectiva materna, pueden evolucionar hacia formas más graves como preeclampsia, eclampsia, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar o eventos cerebrovasculares.

El diagnóstico se fundamenta en la medición sistemática de la presión arterial y la evaluación integral de la gestante. El tratamiento dependerá de la gravedad del

cuadro clínico e incluye modificaciones en el estilo de vida, seguimiento prenatal estricto, control farmacológico cuando esté indicado y vigilancia permanente del bienestar fetal. En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental mediante la valoración continua, identificación de signos de alarma, educación sanitaria y seguimiento del cumplimiento terapéutico. (Salud O. M., Organización Mundial de la Salud, 2020)

Preeclampsia y eclampsia

La preeclampsia constituye una de las complicaciones obstétricas más graves del embarazo y presenta una importante causa de mortalidad materna y neonatal. Se trata de un síndrome multisistémico caracterizado por la presencia de hipertensión arterial, después de haber cumplido la semana 20 de gestación acompañada de proteinuria o evidencias de daño orgánico materno. Su importancia radica en la capacidad de afectar múltiples órganos y sistemas, comprometiendo gravemente la salud del binomio.

Se origina a partir de alteraciones en el proceso de implantación placentaria. Durante las primeras semanas de gestación, la invasión inadecuada de las arterias espirales uterinas provoca una disminución del flujo sanguíneo hacia la placenta. Esta situación genera hipoxia placentaria y la liberación de mediadores inflamatorios que ocasionan daño endotelial generalizado, vasoconstricción sistémica y alteraciones en la perfusión de órganos maternos.

Las adolescentes primigestas constituyen uno de los grupos con mayor riesgo para desarrollar esta enfermedad. Diversas investigaciones han identificado que la edad materna temprana, la primera gestación, la obesidad, los antecedentes familiares de preeclampsia, las enfermedades autoinmunes y los trastornos metabólicos incrementan significativamente la probabilidad de aparición de esta complicación.

Las manifestaciones clínicas suelen desarrollarse progresivamente y pueden incluir hipertensión arterial persistente, edema generalizado, cefalea intensa, visión borrosa, fosfenos, hiperreflexia, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, náuseas y disminución de la diuresis. La presencia de estos signos requiere valoración inmediata debido al riesgo de progresión hacia formas graves.

Las complicaciones maternas asociadas a la preeclampsia incluyen insuficiencia renal aguda, edema pulmonar, hemorragia cerebral, desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada y síndrome HELLP, caracterizado por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Desde el punto de vista fetal, pueden presentarse restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia crónica, prematuridad y muerte perinatal.

La eclampsia representa la forma más severa de la enfermedad y se caracteriza por la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas no atribuibles a otras causas neurológicas. Constituye una emergencia obstétrica que requiere intervención inmediata debido al elevado riesgo de muerte materna y fetal.

Su manejo incluye estabilización hemodinámica, administración de sulfato de magnesio para prevención y control de convulsiones, control estricto de la presión arterial y valoración de la finalización del embarazo según la condición clínica de la paciente.

Desde la práctica de enfermería, la vigilancia de signos vitales, el monitoreo neurológico, la evaluación del bienestar fetal, la detección precoz de signos de alarma y la educación de la gestante constituyen intervenciones esenciales para

disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología. (Salud O. M., Organización Mundial de la Salud, 2025)

Hemorragias obstétricas

Las hemorragias obstétricas representan una de las principales causas directas de mortalidad materna a nivel mundial y constituyen una emergencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento inmediato. Se definen como pérdidas sanguíneas excesivas que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio y que comprometen la estabilidad hemodinámica de la mujer. Según la Organización Mundial de la Salud, la hemorragia posparto continúa siendo responsable de una proporción importante de muertes maternas, especialmente en países de ingresos bajos y medianos.

La más frecuentes de hemorragia durante el embarazo se encuentran la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y las alteraciones de la implantación placentaria. Por otra parte, la hemorragia posparto suele estar relacionada con atonía uterina, retención de restos placentarios, traumatismos del canal del parto y trastornos de la coagulación.

En las manifestaciones incluyen sangrado vaginal abundante, hipotensión arterial, taquicardia, diaforesis, palidez intensa, alteración del nivel de conciencia y disminución de la perfusión tisular. La gravedad de los síntomas dependerá de la cantidad de sangre perdida y de la capacidad de respuesta fisiológica de la paciente.

Las complicaciones maternas pueden incluir anemia severa, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, shock hipovolémico, falla multiorgánica y muerte materna. Desde la perspectiva fetal, las hemorragias graves

pueden ocasionar hipoxia intrauterina, sufrimiento fetal agudo, prematuridad y muerte perinatal.

El tratamiento requiere una actuación inmediata orientada a controlar la fuente del sangrado, restablecer el volumen circulante y estabilizar las funciones vitales. Entre las principales intervenciones se incluyen la administración de uterotónicos, reposición de líquidos intravenosos, transfusión de hemoderivados y procedimientos quirúrgicos cuando resulten necesarios. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador – Subsecretaría de Vigilancia & Epidemiológica, 2026)

Infecciones durante el embarazo y puerperio

Las infecciones durante el embarazo y el puerperio constituyen una importante causa de morbimortalidad materna y neonatal, especialmente en contextos donde existen limitaciones en el acceso a servicios de salud, controles prenatales insuficientes o condiciones inadecuadas de higiene. Estas patologías pueden alterar el curso normal de la gestación y favorecer la aparición de complicaciones obstétricas capaces de comprometer la salud de la madre y del recién nacido.

Durante el embarazo se producen modificaciones fisiológicas e inmunológicas destinadas a favorecer la tolerancia materna al feto. Sin embargo, estos cambios también incrementan la susceptibilidad a diversos procesos infecciosos. Entre las infecciones más frecuentes se encuentran las infecciones del tracto urinario, las infecciones cervicovaginales, las infecciones de transmisión sexual y las infecciones intraamnióticas. Se estima que entre el 2 % y el 10 % de las mujeres embarazadas presentan bacteriuria asintomática, condición que puede progresar hacia infecciones urinarias complicadas si no recibe tratamiento oportuno.

Las adolescentes embarazadas pueden presentar una mayor vulnerabilidad debido a factores relacionados con el acceso limitado a controles prenatales, desconocimiento de medidas preventivas, condiciones nutricionales deficientes y dificultades para identificar oportunamente signos de alarma. Las manifestaciones clínicas dependerán del tipo de infección y pueden incluir fiebre, dolor abdominal, disuria, polaquiuria, secreción vaginal anormal, malestar general y alteraciones en los signos vitales.

El diagnóstico se basa en la valoración clínica, exámenes de laboratorio y estudios microbiológicos cuando corresponda. El tratamiento depende del agente causal e incluye terapia antimicrobiana específica, hidratación, control de signos vitales y seguimiento continuo. Desde la práctica de enfermería, la educación sobre medidas de higiene, la promoción de controles prenatales periódicos, la identificación temprana de signos de infección y el seguimiento terapéutico constituyen intervenciones fundamentales para prevenir complicaciones maternas y neonatales. (Salud O. M., Organización Mundial de la Salud, 2021)

Parto pretérmino

El parto pretérmino se define como aquel que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación y constituye una de las principales causas de morbimortalidad neonatal a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año nacen aproximadamente 13 millones de niños prematuros, representando una de las principales causas de muerte en menores de cinco años.

El parto pretérmino constituye una complicación obstétrica de especial relevancia en adolescentes debido a la interacción de múltiples factores biológicos y sociales que pueden influir sobre la duración de la gestación. Entre los principales factores asociados se encuentran la anemia materna, las infecciones urinarias y

cervicovaginales, los trastornos hipertensivos del embarazo, las deficiencias nutricionales, la insuficiencia placentaria y el control prenatal inadecuado.

Desde el punto de vista fisiopatológico, diversos mecanismos inflamatorios, infecciosos y vasculares pueden desencadenar contracciones uterinas prematuras, modificaciones cervicales tempranas o ruptura prematura de membranas, favoreciendo el inicio del trabajo de parto antes del término de la gestación.

Las manifestaciones clínicas incluyen contracciones uterinas regulares, dolor lumbar persistente, presión pélvica, cambios cervicales y pérdida de líquido amniótico. La identificación temprana de estos signos resulta esencial para implementar medidas dirigidas a prolongar la gestación y mejorar el pronóstico neonatal.

Las complicaciones asociadas al parto pretérmino se relacionan principalmente con la inmadurez funcional de órganos y sistemas del recién nacido. Entre las más frecuentes se encuentran el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante, infecciones neonatales, alteraciones neurológicas y discapacidad a largo plazo. Cuanto menor sea la edad gestacional al momento del nacimiento, mayor será el riesgo de complicaciones y mortalidad neonatal. (Salud O. P., Premature birth, 2023)

Bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino

El bajo peso al nacer constituye uno de los indicadores más importantes del estado de salud materna y fetal. La (Organización Mundial de la Salud, 2025) un peso inferior a 2500 gramos al momento del nacimiento, independientemente de la edad gestacional. Esta condición representa un importante problema de salud pública

debido a su asociación con mayor morbimortalidad neonatal y alteraciones del crecimiento y desarrollo posteriores.

Los hijos de madres adolescentes presentan una mayor probabilidad de bajo peso al nacer en comparación con aquellos nacidos de mujeres adultas. Esta situación se encuentra relacionada con múltiples factores, entre ellos las deficiencias nutricionales, la anemia gestacional, los trastornos hipertensivos, las infecciones maternas y la prematurez.

Por su parte, la restricción del crecimiento intrauterino corresponde a una alteración del crecimiento fetal que impide alcanzar el potencial genético esperado para la edad gestacional. Generalmente se asocia con insuficiencia placentaria, alteraciones vasculares maternas, enfermedades hipertensivas y trastornos nutricionales que limitan el aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al feto.

Las consecuencias del bajo peso al nacer y de la restricción del crecimiento intrauterino pueden manifestarse desde el período neonatal y extenderse hasta la vida adulta. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran hipoglucemia, hipotermia, infecciones, dificultades respiratorias, alteraciones neurológicas y retraso en el crecimiento y desarrollo. Asimismo, diversos estudios han relacionado estas condiciones con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y endocrinas durante etapas posteriores de la vida.

La prevención de estas complicaciones requiere una adecuada vigilancia prenatal, valoración nutricional continua, identificación temprana de patologías maternas y monitoreo periódico del crecimiento fetal. Desde la enfermería, la promoción de hábitos saludables, el seguimiento del estado nutricional y la educación para el

autocuidado constituyen estrategias fundamentales para favorecer un adecuado desarrollo fetal.

Asfixia neonatal y mortalidad perinatal

La asfixia neonatal constituye una de las complicaciones más graves del período perinatal y representa una importante causa de mortalidad y discapacidad infantil. Se produce como consecuencia de una alteración en el intercambio gaseoso que ocasiona hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica, afectando la función de órganos vitales y comprometiendo la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

Diversas complicaciones obstétricas pueden incrementar el riesgo de asfixia neonatal, entre ellas los trastornos hipertensivos del embarazo, la insuficiencia placentaria, las hemorragias obstétricas, el sufrimiento fetal agudo, la restricción del crecimiento intrauterino y el parto pretérmino. La disminución del aporte de oxígeno durante el embarazo o el trabajo de parto puede generar daño neurológico permanente cuando no se instauran medidas de atención oportunas.

Las manifestaciones clínicas incluyen dificultad respiratoria, depresión neurológica, alteraciones del tono muscular, bradicardia, baja puntuación en la escala de Apgar y necesidad de reanimación neonatal avanzada. La gravedad del cuadro dependerá de la duración y magnitud de la hipoxia experimentada por el recién nacido.

La mortalidad perinatal comprende las muertes fetales tardías y las muertes neonatales ocurridas durante los primeros días de vida. Constituye uno de los indicadores más sensibles de la calidad de la atención materna y neonatal. Diversas investigaciones han demostrado que las complicaciones obstétricas presentes

durante el embarazo adolescente incrementan el riesgo de mortalidad perinatal debido a la mayor frecuencia de prematurez, bajo peso al nacer, infecciones y asfixia neonatal.

La prevención de estas complicaciones requiere una adecuada atención prenatal, vigilancia del bienestar fetal, identificación temprana de factores de riesgo y acceso oportuno a servicios especializados de atención obstétrica y neonatal. (Ecuador M. d., 2026)

1.3 .Parto domiciliario

El parto domiciliario es una modalidad de atención del nacimiento que ocurre fuera de instituciones hospitalarias o establecimientos de salud, generalmente en el hogar de la gestante o en un entorno comunitario previamente preparado para este propósito. Esta práctica puede realizarse de forma planificada, cuando existe una evaluación prenatal adecuada y un plan de atención previamente establecido, o de manera no planificada, cuando el nacimiento ocurre fuera de una institución sanitaria debido a circunstancias imprevistas o limitaciones en el acceso a los servicios de salud. (Sánchez J. I., 2022)

La Organización Mundial de la Salud señala que cada mujer tiene el derecho de participar en las decisiones sobre su embarazo y parto, lo que incluye poder elegir de manera informada el lugar donde desea dar a luz. Sin embargo, también recalca que la prioridad siempre debe ser la seguridad de la madre y del recién nacido. Por ello, el parto domiciliario solo se considera una opción adecuada cuando existe una evaluación previa del riesgo, acompañamiento de personal de salud capacitado y la posibilidad de traslado oportuno a un centro de salud si llegara a presentarse alguna complicación.

En muchas comunidades indígenas, el parto en casa no es solo una forma de nacimiento, sino una práctica que forma parte de su identidad cultural y de su forma de entender la vida. El embarazo y el parto se viven como procesos que van más allá de lo biológico, ya que también tienen un significado espiritual, familiar y comunitario. En este contexto, las creencias y los conocimientos ancestrales cumplen un papel importante, porque guían el acompañamiento de la mujer durante este momento tan significativo.

En Ecuador, diversos pueblos y nacionalidades indígenas han mantenido históricamente prácticas tradicionales de parto que continúan vigentes en muchas comunidades indígenas de la sierra y el oriente. Estas prácticas forman parte de los sistemas propios de cuidado y han sido transmitidas de generación en generación Antiguamente, las parteras aprendían principalmente de manera empírica, observando y acompañando a otras mujeres durante el parto, estos saberes fueron transmitidos madres y abuelas mediante la participación en el proceso del parto. En comunidades de la Sierra ecuatoriana, contamos con las siguientes comunidades que son: Chibuleo, Salasaca, Tomabela, Sawatoa y Quisapincha, las parteras continúan desempeñando un papel importante en el acompañamiento de las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio.

Requisitos para un parto domiciliario seguro

La seguridad del parto domiciliario depende de una adecuada valoración de las condiciones maternas, fetales y del entorno donde se desarrollará el nacimiento. Por esta razón, los organismos internacionales recomiendan que esta modalidad sea considerada únicamente en embarazos clasificados como de bajo riesgo obstétrico.

Entre los criterios más importantes se encuentran la presencia de una gestación única, feto en presentación cefálica, edad gestacional comprendida entre las 37 y 42 semanas, ausencia de enfermedades maternas graves y evolución prenatal

favorable. Asimismo, deben descartarse antecedentes de hemorragias obstétricas severas, trastornos hipertensivos graves, cesáreas previas complejas y otras condiciones capaces de incrementar el riesgo durante el parto. (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2020)

La preparación del entorno constituye otro requisito fundamental. El espacio destinado para la atención debe garantizar condiciones adecuadas de higiene, ventilación, iluminación y privacidad. También es necesario disponer de agua potable, materiales de bioseguridad, insumos básicos para la atención del parto y recursos destinados a la atención inmediata del recién nacido.

Asimismo, es importante la existencia de un sistema de referencia oportuno. Debe identificarse previamente el establecimiento de salud más cercano, los medios de transporte disponibles y las rutas de acceso que permitan una derivación rápida en caso de emergencia obstétrica. La disponibilidad de comunicación permanente entre la familia, la partera y los servicios de salud constituye un elemento esencial para garantizar una respuesta oportuna ante cualquier complicación.

Finalmente, para que el parto domiciliario sea seguro, es fundamental contar con una adecuada educación prenatal que ayude a la gestante y al personal de salud a reconocer a tiempo los signos de alarma y los posibles factores de riesgo, por ende, el trabajo en equipo como es la gestante, el personal de salud y la familia nos ayuda a mejorar la seguridad durante todo el proceso del embarazo y el nacimiento

Proceso del parto domiciliario

El proceso del parto domiciliario comprende una serie de eventos fisiológicos que culminan con el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta. Aunque se desarrolla fuera de una institución hospitalaria, su atención debe realizarse bajo condiciones que garanticen la seguridad materna y neonatal, mediante la vigilancia continua de la evolución del trabajo de parto y la identificación temprana de posibles complicaciones. La atención domiciliaria requiere una adecuada preparación del entorno, disponibilidad de materiales básicos de bioseguridad, apoyo familiar permanente y conocimiento de los signos de alarma que puedan requerir referencia inmediata a un establecimiento de salud. (Aliyu, Olamilekan, Bello, & Abdulbaki, 2025)

Fase de dilatación

Esta corresponde al inicio del trabajo de parto y se caracteriza por contracciones uterinas regulares, que modifican progresivamente el cuello uterino hasta alcanzar una apertura completa de aproximadamente diez centímetros. A medida que avanza esta etapa, las contracciones se vuelven más frecuentes, intensas y prolongadas, lo que facilita tanto el borramiento como la dilatación cervical, permitiendo el paso del feto por el canal del parto.

En un entorno domiciliario resulta esencial que la gestante se encuentre en un espacio seguro, limpio y tranquilo, con adecuada ventilación, que le brinde comodidad y acompañamiento durante el proceso. La vigilancia clínica en esta fase debe ser constante: se debe observar la dinámica de las contracciones, controlar periódicamente los signos vitales maternos y evaluar la frecuencia cardíaca fetal cuando sea posible. En caso de ruptura de membranas, también se debe valorar el aspecto del líquido amniótico. Además, se recomienda fomentar la hidratación, el

apoyo emocional y la libertad de movimiento o de adoptar diferentes posiciones, ya que estas medidas favorecen el bienestar materno y el progreso fisiológico del parto. Las técnicas de respiración y relajación son igualmente útiles para disminuir la ansiedad y facilitar el manejo del dolor.

Es importante reconocer signos de alarma como sangrado vaginal abundante, fiebre, hipertensión, disminución de movimientos fetales, líquido amniótico con meconio o alteraciones significativas en la frecuencia cardíaca fetal. La presencia de cualquiera de estas situaciones requiere atención inmediata y, de ser necesario, traslado a un establecimiento de salud para garantizar una atención especializada. (Salud O. M., Human reproduction programme hrp, 2023)

Fase expulsiva

La fase expulsiva inicia cuando se alcanza la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del recién nacido. Durante este período, las contracciones uterinas adquieren mayor intensidad y se combinan con los esfuerzos expulsivos de la madre para favorecer el descenso y la salida del feto. Esta etapa representa uno de los momentos más importantes del parto domiciliario, ya que requiere una vigilancia cuidadosa y la aplicación de medidas básicas de bioseguridad para prevenir complicaciones maternas y neonatales.

Antes del nacimiento, el área destinada para la atención debe encontrarse organizada y preparada con todos los materiales necesarios. La persona encargada de asistir el parto debe realizar un adecuado lavado de manos y utilizar guantes limpios o estériles. Durante el descenso fetal, es fundamental brindar apoyo emocional continuo, orientar a la gestante sobre la realización adecuada de los pujos y permitir que adopte la posición que le resulte más cómoda y segura. El

acompañamiento permanente favorece la confianza de la madre y contribuye al desarrollo adecuado del proceso.

A medida que la cabeza fetal se hace visible, debe permitirse una salida controlada para reducir el riesgo de lesiones maternas y neonatales. Tras el nacimiento, el recién nacido debe colocarse inmediatamente sobre el abdomen o el pecho de la madre, favoreciendo el contacto piel a piel y el mantenimiento de la temperatura corporal. Posteriormente, se realiza el secado cuidadoso del neonato, se verifica la permeabilidad de las vías respiratorias y se evalúa su adaptación a la vida extrauterina mediante la observación de la respiración, el color de la piel, el tono muscular y la respuesta a estímulos. (OPS IRIS Repository, 2022)

Alumbramiento

El alumbramiento corresponde al tercer período del parto y comprende la expulsión de la placenta y las membranas ovulares después del nacimiento del recién nacido. Aunque suele ser una etapa relativamente corta, representa un momento crítico debido al riesgo de hemorragia posparto, una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. Durante esta fase, las contracciones uterinas continúan favoreciendo el desprendimiento placentario y contribuyen a la disminución del sangrado mediante la compresión de los vasos sanguíneos uterinos.

Durante el parto domiciliario, es necesario observar cuidadosamente los signos que indican el desprendimiento de la placenta, tales como el alargamiento del cordón umbilical, la aparición de una pequeña cantidad de sangre y los cambios en la forma y posición del útero. Una vez expulsada la placenta, debe verificarse su integridad para confirmar que no existan restos retenidos dentro del útero. Paralelamente, debe mantenerse una vigilancia constante de la cantidad de sangrado y del estado

general de la madre. La presencia de hemorragia excesiva, retención placentaria o alteraciones del estado de conciencia requiere atención inmediata y referencia urgente hacia una institución de salud. (NCBI Bookshelf (publicación oficial OMS), 2023)

Personal que interviene en el parto domiciliario

La atención del parto domiciliario involucra la participación de diversos actores cuyas funciones contribuyen al bienestar materno y neonatal durante el proceso de nacimiento. La coordinación entre estos participantes resulta fundamental para garantizar una atención segura, especialmente en comunidades rurales e indígenas donde persisten prácticas tradicionales relacionadas con la maternidad. La adecuada articulación entre los conocimientos ancestrales y la atención sanitaria basada en evidencia científica permite fortalecer la capacidad de respuesta ante posibles complicaciones obstétricas y mejorar los resultados maternos y perinatales.

Partera tradicional

La partera tradicional o Yachak Warmis constituye una figura central dentro de los sistemas comunitarios de atención materna en numerosas poblaciones indígenas. Su labor se fundamenta en conocimientos ancestrales adquiridos mediante la observación, la experiencia práctica y la transmisión intergeneracional de saberes relacionados con el embarazo, parto y puerperio. En comunidades indígenas ecuatorianas, las parteras continúan desempeñando un papel relevante en la atención de las gestantes debido a la confianza que generan dentro de la comunidad y al profundo conocimiento que poseen sobre las prácticas culturales locales ancestrales.

Las funciones de la partera incluyen el acompañamiento durante la gestación, la identificación de cambios fisiológicos asociados al embarazo, la orientación sobre prácticas de autocuidado, la asistencia durante el trabajo de parto y el apoyo en los cuidados posparto. De la misma manera, constituyen un importante vínculo entre las familias y los servicios de salud, facilitando la detección de factores de riesgo y promoviendo la búsqueda oportuna de atención especializada cuando las condiciones clínicas así lo requieren.

La Organización Mundial de la Salud y diversos organismos internacionales han destacado la importancia de fortalecer la capacitación de las parteras tradicionales en aspectos relacionados con bioseguridad, identificación de signos de alarma obstétrica, atención neonatal básica y mecanismos de referencia. La integración de estos conocimientos contribuye a disminuir complicaciones prevenibles y favorece una atención intercultural. (Salud O. P., 2024)

Familia

La familia representa una fuente fundamental de apoyo emocional, social y práctico durante el embarazo y el parto. En el contexto del parto domiciliario, su participación adquiere una relevancia particular debido a que contribuye a generar un ambiente de seguridad, confianza y acompañamiento para la gestante. La presencia de familiares cercanos favorece la disminución del estrés, la ansiedad y el temor asociados al proceso de nacimiento, fortaleciendo el bienestar psicológico de la mujer.

Además del apoyo emocional, los familiares participan en actividades relacionadas con la preparación del espacio destinado al parto, la disponibilidad de materiales e insumos necesarios, la organización de medios de transporte para situaciones de emergencia y el cuidado posterior de la madre y el recién nacido. Su involucramiento también resulta fundamental para la identificación temprana de

signos de alarma y la toma de decisiones relacionadas con la búsqueda de atención médica cuando surgen complicaciones.

En adolescentes embarazadas, el acompañamiento familiar adquiere una importancia aún mayor debido a la necesidad de fortalecer las redes de apoyo durante una etapa caracterizada por importantes cambios físicos, emocionales y sociales. La participación de la familia contribuye al cumplimiento de las recomendaciones sanitarias y favorece la continuidad de los cuidados durante el embarazo y el puerperio. (Salud O. M., Cuidado materno y neonatal , 2022)

Enfermería comunitaria

La enfermería comunitaria desempeña un papel estratégico en la promoción de la salud materna y la prevención de riesgos obstétricos en poblaciones rurales e indígenas. Su intervención se orienta hacia la valoración integral de la gestante, la identificación de factores de riesgo, la educación para la salud y el fortalecimiento de capacidades individuales, familiares y comunitarias para el cuidado materno-neonatal.

Durante el embarazo, el profesional de enfermería participa en la captación temprana de gestantes, seguimiento prenatal, vigilancia del estado nutricional, control de signos vitales y educación sobre signos de alarma obstétrica. Estas acciones permiten detectar oportunamente alteraciones que podrían comprometer la evolución del embarazo y facilitan la implementación de intervenciones preventivas dirigidas a disminuir la morbimortalidad materna y neonatal.

Materiales e insumos utilizados durante el parto domiciliario

La preparación adecuada de materiales e insumos constituye un componente esencial para garantizar la seguridad materna y neonatal durante el parto domiciliario. La disponibilidad de recursos básicos permite reducir el riesgo de infecciones, facilitar la atención inmediata del recién nacido y mejorar la capacidad de respuesta frente a situaciones imprevistas que puedan presentarse durante el proceso de nacimiento.

La planificación anticipada de los insumos necesarios forma parte de las estrategias de prevención orientadas a disminuir complicaciones obstétricas y favorecer una atención organizada y segura. La selección de materiales debe considerar criterios de bioseguridad, funcionalidad y disponibilidad, garantizando que los elementos utilizados se encuentren en condiciones óptimas para su empleo.

Materiales de bioseguridad

Las medidas de bioseguridad tienen como objetivo prevenir la transmisión de microorganismos potencialmente patógenos entre la madre, el recién nacido y las personas involucradas en la atención del parto. La higiene de manos constituye la intervención más efectiva para reducir el riesgo de infecciones asociadas al nacimiento, por lo que debe realizarse antes y después de cualquier procedimiento.

Entre los materiales de bioseguridad se incluyen guantes estériles, mascarillas, soluciones antisépticas, jabón para higiene de manos, campos limpios o estériles, gasas, recipientes para desechos biológicos y toallas limpias destinadas a mantener condiciones adecuadas de asepsia durante todo el procedimiento.

La correcta utilización de estos materiales contribuye significativamente a la prevención de infecciones puerperales, sepsis neonatal y otras complicaciones asociadas a la contaminación durante el parto.

Instrumental para el parto

El instrumental básico utilizado durante el parto domiciliario debe permitir la atención segura del nacimiento y la resolución de procedimientos esenciales relacionados con el cuidado inmediato de la madre y el recién nacido. Entre los elementos más utilizados se encuentran tijeras estériles para el corte del cordón umbilical, pinzas o clamps umbilicales, jeringas, tensiómetro, estetoscopio, termómetro y dispositivos para la valoración clínica materna y fetal. La disponibilidad de estos instrumentos facilita el monitoreo de la evolución del parto y permite realizar intervenciones básicas orientadas a preservar la salud materna y neonatal. Asimismo, es indispensable verificar previamente la integridad, limpieza y funcionalidad de cada uno de los materiales antes de iniciar la atención.

Materiales para el recién nacido

La atención neonatal inmediata requiere disponer de materiales destinados a favorecer la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Entre ellos se incluyen mantas limpias y secas, gorros para evitar la pérdida de calor, pañales, gasas estériles y elementos destinados al cuidado del cordón umbilical El mantenimiento de la temperatura corporal representa uno de los principales objetivos durante los primeros minutos de vida, debido a que la hipotermia constituye un importante factor de riesgo para complicaciones neonatales. Por esta razón, la disponibilidad de materiales destinados al abrigo y secado inmediato del recién nacido resulta fundamental para garantizar una transición fisiológica adecuada.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 .Consideraciones metodológicas

Enfoque de la investigación

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, debido a que permitió comprender e interpretar las experiencias, conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas con los riesgos obstétricos presentes en los partos domiciliarios de adolescentes de la comunidad Chibuleo. Este enfoque facilitó el análisis de la realidad desde la perspectiva de los actores involucrados, considerando el contexto sociocultural en el que ocurre el fenómeno de estudio.

La investigación cualitativa se caracteriza por explorar fenómenos complejos dentro de su contexto natural, priorizando la comprensión de los significados que las personas atribuyen a sus vivencias. En este sentido, posibilitó obtener información detallada acerca de las prácticas tradicionales de atención del parto, los factores que influyen en la ocurrencia de riesgos obstétricos y las experiencias de los profesionales de la salud y parteras tradicionales, contribuyendo a una comprensión integral de la problemática investigada.

Asimismo, este enfoque permitió generar información relevante para fundamentar el diseño de estrategias orientadas al fortalecimiento de la atención materna desde una perspectiva intercultural, respetando las prácticas comunitarias y promoviendo acciones dirigidas a la prevención de complicaciones obstétricas.

Tipo de investigación

La investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, ya que tuvo como finalidad caracterizar y describir los riesgos obstétricos asociados a los partos

domiciliarios en adolescentes de la comunidad Chibuleo, así como las prácticas, conocimientos y experiencias de los actores involucrados en este proceso.

Este tipo de investigación permitió identificar las características del fenómeno estudiado sin manipular las variables, proporcionando una descripción detallada de la realidad observada. A través de la recopilación de información obtenida mediante entrevistas semiestructuradas, fue posible conocer los factores culturales, sociales y asistenciales relacionados con la atención del parto domiciliario, así como los principales riesgos obstétricos identificados desde la experiencia de los participantes.

La información obtenida constituye una base científica para comprender la problemática y sustentar el desarrollo de propuestas orientadas al fortalecimiento de la atención materna y la prevención de complicaciones obstétricas en el contexto comunitario.

Método

La investigación se desarrolló mediante un método transversal, debido a que la recolección de la información se realizó en un único momento durante el período de estudio, permitiendo conocer la situación existente respecto a los riesgos obstétricos asociados a los partos domiciliarios en adolescentes de la comunidad Chibuleo.

La información fue obtenida mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales de la salud y parteras tradicionales (Yachak Warmi), quienes aportaron información basada en su experiencia y conocimientos relacionados con la atención del embarazo, parto y puerperio dentro del contexto comunitario.

La aplicación del método transversal permitió describir el fenómeno de estudio en un momento específico, facilitando la identificación de los principales riesgos obstétricos, las prácticas tradicionales de atención y las experiencias de los

participantes, sin realizar seguimiento en el tiempo ni intervenir sobre las condiciones propias del fenómeno investigado.

2.2. Grupo de Estudio

El grupo de estudio estuvo conformado por seis participantes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por criterio o intencional, por ser informantes clave con experiencia en la atención del embarazo, parto y puerperio en la comunidad de Chibuleo.

Se incluyeron tres profesionales de la salud con experiencia en atención materna y tres parteras tradicionales (Yachak Warmi) reconocidas por su trayectoria en la atención de partos domiciliarios. La selección corresponde, que dentro de la comunidad estudiada tenemos tres parteras calificadas y certificadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, lo que nos permitió garantizar que la información obtenida previniera de personas con amplia experiencias y reconocimiento formal. De igual manera en el caso del profesional de salud, se limitó a aquellos que desempeñan en el sector de Chibuleo, debido a la zonificación territorial establecida para el estudio.

La participación de ambos grupos permitió integrar la perspectiva del sistema de salud y los conocimientos ancestrales, proporcionando información relevante para comprender los riesgos obstétricos asociados al parto domiciliario en adolescentes.

Las características específicas de los participantes, así como los criterios considerados para su selección, se presentan de manera detallada en los anexos 2 y 3 del presente trabajo.

Tabla 1:*Muestra*

Participantes	Criterios de selección	Número
Profesionales de la salud	Profesionales del primer nivel de atención con experiencia en control prenatal, atención materna y conocimiento de la realidad de la comunidad de Chibuleo.	3
Parteras tradicionales (Yachak Warmi)	Parteras con reconocimiento comunitario y experiencia en la atención de embarazos, partos domiciliarios y puerperio dentro de la comunidad.	3
Total		**6**

Fuente: Elaborado por Sisa (2026)

2.3. Técnicas de recolección de la Información

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada, por ser una técnica que permite obtener información amplia y detallada sobre las experiencias, conocimientos y percepciones de los participantes respecto a los riesgos obstétricos asociados al parto domiciliario en adolescentes de la comunidad de Chibuleo.

Las entrevistas fueron dirigidas a profesionales de la salud con experiencia en atención materna y a parteras tradicionales (Yachak Warmi), quienes, por su trayectoria y conocimiento del contexto comunitario, aportaron información relevante para el desarrollo de la investigación. La aplicación de esta técnica favoreció la profundización en la problemática estudiada, permitiendo identificar aspectos clínicos, culturales y comunitarios relacionados con la atención del parto domiciliario.

La guía de entrevista fue elaborada en función de los objetivos de la investigación y se incluye en los anexos 1 de las parteras tradicionales y 2 profesionales de la salud del presente trabajo.

2.4. Procesamiento y análisis de la información

La información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas fue organizada y analizada de manera sistemática para facilitar su interpretación. Inicialmente, las respuestas fueron revisadas y clasificadas de acuerdo con los objetivos de la

investigación, identificando los aspectos más relevantes relacionados con los riesgos obstétricos asociados al parto domiciliario en adolescentes de la comunidad de Chibuleo.

Posteriormente, la información fue agrupada en categorías de análisis, permitiendo identificar similitudes, diferencias y aportes relevantes de los participantes. Los resultados fueron interpretados de forma descriptiva y contrastados con la evidencia científica expuesta en el marco teórico, con el propósito de comprender la problemática estudiada y sustentar la propuesta de intervención desarrollada en el capítulo siguiente.

El análisis detallado de las respuestas obtenidas para cada una de las preguntas de la entrevista se presenta en los anexos del presente trabajo, donde se expone de manera organizada la información recopilada y su correspondiente interpretación.

Tabla 2: *Resultado de las entrevistas de las Parteras*

Categoría	Subcategoría	Códigos emergentes	Significado interpretativo
Valoración inicial	Criterios para determinar parto en casa	Trabajo de parto activo, dilatación avanzada, ausencia de sangrado, posición cefálica, signos vitales estables	El personal decide la viabilidad del parto domiciliario según signos clínicos visibles y experiencia práctica.
Intervenciones	Prácticas culturales y medidas de bioseguridad	Infusiones medicinales, masajes abdominales, posiciones verticales, acompañamiento familiar, lavado de manos, guantes estériles, desinfección del área	Se integran saberes ancestrales y medidas básicas de higiene, reflejando identidad cultural y prevención de infecciones.
Complicaciones	Reconocimiento de signos de alarma	Hemorragia, fiebre, sufrimiento fetal, parto prolongado, convulsiones	Existe conocimiento empírico para detectar riesgos, aunque depende de la experiencia y formación recibida.
Limitaciones y necesidades	Riesgos obstétricos y capacitación institucional	Anemia, preeclampsia, desproporción cefalopélvica, parto prematuro, talleres del Ministerio de Salud, cursos sobre parto limpio	Se reconoce la vulnerabilidad de las adolescentes y la importancia de la formación continua, aunque no todo el personal accede a capacitación.

Fuente: Elaborado por Sisa (2026)

Categoría 1: Valoración del parto domiciliario

Interpretación

La valoración del parto domiciliario constituye un proceso de toma de decisiones basado en la identificación de condiciones clínicas favorables que permitan considerar el nacimiento en el hogar como una alternativa viable. Los códigos identificados evidencian que el personal encargado del acompañamiento del parto utiliza principalmente signos observables durante la evaluación materna, como la evolución del trabajo de parto, el grado de dilatación cervical, la estabilidad hemodinámica y la presentación fetal, como elementos fundamentales para determinar la seguridad del proceso.

Estos criterios reflejan una valoración práctica sustentada en la experiencia y en el reconocimiento oportuno de condiciones fisiológicas del parto. La identificación de un trabajo de parto activo con adecuada progresión, ausencia de signos de alarma como hemorragia, presentación cefálica y estabilidad de los signos vitales permite diferenciar los procesos de bajo riesgo de aquellos que requieren derivación a un establecimiento sanitario. En este sentido, el parto domiciliario no se plantea como una decisión aislada, sino como resultado de una evaluación continua de la condición materno fetal y de la capacidad para mantener un entorno seguro durante el nacimiento.

Fundamentación teórica

La selección de mujeres candidatas para un parto domiciliario requiere una valoración integral basada en criterios clínicos que permitan identificar embarazos y trabajos de parto de bajo riesgo. Según las recomendaciones de (Palmer, Gordon, & Bronkema, 2026), la atención del parto debe centrarse en una evaluación individualizada de la mujer, reconociendo que el nacimiento puede desarrollarse fisiológicamente cuando no existen factores de riesgo maternos o fetales que comprometan la seguridad. Dentro de los elementos esenciales para valorar la evolución del parto se incluyen la dinámica uterina, la progresión de la dilatación

cervical, la presentación fetal, la vigilancia de signos vitales maternos y la identificación temprana de alteraciones que requieran intervención.

Categoría 2: Prácticas culturales en el parto

Interpretación

Los resultados evidencian que el parto domiciliario dentro de la comunidad se encuentra estrechamente relacionado con prácticas culturales transmitidas entre generaciones, donde los saberes ancestrales constituyen una forma de cuidado integral durante el proceso del nacimiento. El uso de infusiones medicinales, masajes abdominales y posiciones verticales refleja la confianza de las mujeres y familias en prácticas tradicionales orientadas a favorecer el confort, disminuir las molestias propias del trabajo de parto y acompañar fisiológicamente la evolución del nacimiento.

Asimismo, el acompañamiento familiar demuestra que el parto es concebido como un acontecimiento colectivo donde la participación de la red cercana proporciona apoyo emocional y seguridad a la gestante. Estas prácticas forman parte de la identidad cultural de la comunidad y evidencian la integración de conocimientos tradicionales dentro del modelo de atención del parto domiciliario.

Fundamentación teórica

En el estudio de Guzewicz y Sierakowska (2022), los saberes ancestrales constituyen sistemas de cuidado propios de los pueblos y comunidades, construidos mediante la experiencia colectiva y transmitidos culturalmente a través del tiempo. En el contexto indígena, las prácticas como el uso de plantas medicinales, la participación de la familia, los masajes y las posiciones verticales durante el parto representan elementos relacionados con la cosmovisión, autonomía y bienestar materno.

Así también, Cruz et al. (2025) argumenta que una atención del parto respetuosa debe considerar las preferencias culturales de la mujer, promoviendo un equilibrio entre los conocimientos tradicionales y las prácticas basadas en evidencia para garantizar una atención segura y humanizada.

Categoría 3: Identificación de complicaciones

Interpretación

Los hallazgos evidencian que el reconocimiento de signos de alarma durante el parto constituye un elemento fundamental dentro de la atención domiciliaria, donde el personal o acompañantes identifican manifestaciones clínicas que pueden indicar la presencia de complicaciones maternas o fetales. La identificación de hemorragia, fiebre, alteraciones en el bienestar fetal, prolongación del trabajo de parto y convulsiones refleja la existencia de conocimientos prácticos adquiridos mediante la experiencia y la atención continua de mujeres durante el proceso de nacimiento.

Sin embargo, este reconocimiento puede estar condicionado por el nivel de formación, experiencia y acceso a procesos de capacitación, generando diferencias en la capacidad para valorar la gravedad de una complicación y tomar decisiones oportunas de referencia. Por ello, aunque el conocimiento empírico representa un recurso importante dentro de la atención comunitaria, requiere complementarse con criterios técnicos que permitan una detección temprana y una respuesta segura ante situaciones de riesgo.

Fundamentación teórica

Aliyu et al. (2025) asegura que la identificación temprana de signos de alarma durante el parto es un componente esencial para prevenir complicaciones maternas y neonatales, debido a que eventos como hemorragia obstétrica, fiebre, convulsiones, trabajo de parto prolongado y alteraciones del bienestar fetal pueden evolucionar rápidamente y comprometer la vida de la madre y el recién nacido. La

atención segura del parto requiere la vigilancia continua de la condición materno-fetal y la capacidad del personal responsable para reconocer desviaciones de la normalidad, activar mecanismos de referencia y aplicar intervenciones oportunas. En contextos comunitarios donde participan parteras tradicionales o cuidadores con conocimientos ancestrales, fortalecer la articulación entre saberes tradicionales y capacitación basada en evidencia contribuye a mejorar la seguridad del parto domiciliario.

Categoría 4: Medidas de bioseguridad

Interpretación

Los resultados muestran que las medidas de bioseguridad son reconocidas como elementos esenciales para disminuir el riesgo de infecciones durante la atención del parto domiciliario. Las prácticas identificadas, como el lavado de manos, uso de guantes, limpieza del espacio y empleo de materiales adecuados, reflejan la incorporación de acciones preventivas orientadas a proteger tanto a la madre como al recién nacido durante el proceso del nacimiento.

No obstante, se evidencia que la aplicación de estas medidas puede variar según los recursos disponibles, la experiencia del acompañante o el nivel de formación recibido, lo que puede generar diferencias en la estandarización de los procedimientos. Por ello, la implementación de prácticas básicas de bioseguridad constituye un aspecto fundamental para garantizar una atención domiciliaria más segura.

Fundamentación teórica

Los resultados, se respaldan en el estudio realizado por Álvarez et al. (2026) quienes sostienen que la bioseguridad durante la atención del parto representa un conjunto de medidas destinadas a prevenir la transmisión de infecciones y reducir riesgos asociados al contacto con fluidos biológicos y procedimientos invasivos. La higiene de manos, el uso adecuado de barreras de protección, la limpieza del

ambiente y la utilización de materiales seguros son prácticas esenciales recomendadas para una atención obstétrica segura. En escenarios comunitarios, fortalecer los conocimientos y disponibilidad de insumos básicos permite disminuir eventos adversos y favorecer condiciones adecuadas para un parto limpio y humanizado.

Categoría 5: Conocimientos sobre riesgos obstétricos en adolescentes

Interpretación

La identificación de riesgos obstétricos en adolescentes evidencia el reconocimiento de que el embarazo durante esta etapa presenta condiciones particulares que pueden incrementar la posibilidad de complicaciones maternas y neonatales. Los participantes relacionan factores como anemia, trastornos hipertensivos, dificultades mecánicas del parto y nacimiento prematuro con la vulnerabilidad propia de las gestantes jóvenes.

Estos conocimientos reflejan una percepción sobre la necesidad de vigilancia y acompañamiento especializado durante el embarazo y parto adolescente. Sin embargo, la presencia de estos riesgos requiere no solo su reconocimiento, sino también la capacidad de realizar una valoración oportuna y establecer mecanismos de referencia cuando las condiciones superan la atención domiciliaria.

Fundamentación teórica

En contraste, evidencia empírica como la presentada por la ACOG (2017), el embarazo adolescente constituye una condición asociada a mayores riesgos obstétricos debido a factores biológicos, sociales y económicos que pueden influir en la evolución del embarazo y parto. Complicaciones como anemia, preeclampsia, parto prematuro y alteraciones relacionadas con la pelvis materna han sido descritas como eventos que requieren vigilancia continua y atención oportuna. Por ello, el reconocimiento temprano de estos factores permite fortalecer la toma de

decisiones clínicas y garantizar una atención segura, especialmente en contextos comunitarios donde pueden existir limitaciones para la referencia inmediata.

Categoría 6: Capacitación institucional

Interpretación

La capacitación institucional aparece como un elemento determinante para fortalecer la seguridad y calidad de la atención del parto domiciliario, debido a que proporciona conocimientos técnicos para la valoración materno-fetal, prevención de complicaciones y actuación ante emergencias obstétricas. La participación en talleres, cursos y procesos de actualización evidencia la importancia de la formación continua como herramienta para complementar la experiencia práctica.

Sin embargo, los resultados sugieren que el acceso a estos procesos formativos no siempre es constante para todos los responsables de la atención, generando diferencias en los conocimientos y habilidades disponibles. Esto destaca la necesidad de fortalecer programas permanentes de capacitación que integren conocimientos clínicos, prácticas seguras y pertinencia cultural.

Fundamentación teórica

Como parte del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2020) ha llegado a certificado a 1351 parteras, esto con la finalidad de trabajar coordinadamente entre la medicina y los saberes y prácticas ancestrales. Por su parte, Hallor et al. (2024) señala que en el Ecuador integra a parteras tradicionales con el sistema de salud, con formación continua del personal involucrado en la atención del parto es un componente clave para garantizar prácticas seguras y reducir eventos adversos maternos y neonatales.

La capacitación en parto limpio, identificación de signos de alarma y manejo inicial de emergencias permite mejorar la capacidad de respuesta ante situaciones críticas. En contextos donde participan agentes comunitarios o parteras

tradicionales, la educación permanente y la articulación con los servicios de salud favorecen una atención intercultural basada en la seguridad, evidencia científica y respeto por las prácticas culturales.

Categoría 7: Recursos disponibles

Interpretación

Los resultados evidencian que la disponibilidad de un kit limpio constituye un elemento fundamental dentro de la atención del parto domiciliario, debido a que permite contar con materiales básicos destinados a mantener condiciones adecuadas de higiene y seguridad durante el nacimiento. La presencia de guantes, material estéril para curación, instrumentos para el corte y cuidado del cordón umbilical, así como elementos de desinfección, refleja una intención de disminuir riesgos relacionados con infecciones maternas y neonatales.

Sin embargo, la existencia de estos recursos no garantiza por sí sola una atención segura, ya que su efectividad depende del uso correcto, conservación adecuada y conocimientos del personal que los emplea. Por ello, la disponibilidad de insumos debe estar acompañada de capacitación continua y seguimiento de prácticas seguras para fortalecer la calidad del parto domiciliario.

Fundamentación teórica

Conforme los establecido por la OMS (2023), tener acceso a los recursos materiales necesarios para atender el parto es fundamental, ya que son esenciales para la prevención de infecciones de la madre o el neonato, especialmente cuando el parto es atendido en el domicilio, en este contexto, Bellini et al. (2025) menciona que la utilización de materiales limpios y estériles durante la atención del parto es una estrategia esencial para prevenir infecciones asociadas al nacimiento, especialmente aquellas relacionadas con la manipulación del cordón umbilical y el contacto con fluidos biológicos.

La implementación de prácticas de parto limpio incluye medidas como higiene de manos, uso de guantes, instrumentos adecuados y materiales seguros para el cuidado materno-neonatal. En contextos domiciliarios, garantizar la disponibilidad de estos recursos constituye un componente básico para reducir complicaciones prevenibles y mejorar las condiciones de seguridad durante el parto.

Categoría 8: Coordinación interinstitucional

Interpretación

Los hallazgos muestran que la coordinación entre la atención domiciliaria y los servicios formales de salud representa un factor determinante para la seguridad materna y neonatal. Las barreras identificadas, como dificultades de comunicación, distancia geográfica, retrasos en el transporte y diferencias culturales, pueden limitar la capacidad de respuesta ante complicaciones que requieren atención especializada.

Estas condiciones evidencian que la decisión de atender un parto en domicilio no depende únicamente de la valoración clínica, sino también de la existencia de redes efectivas de referencia y contrarreferencia. La desconfianza cultural hacia los servicios sanitarios y la limitada articulación entre actores comunitarios e institucionales pueden retrasar la búsqueda de ayuda, aumentando la vulnerabilidad de la madre y el recién nacido.

Fundamentación teórica

Por su parte, Bohren et al. (2014) menciona que la referencia oportuna de complicaciones obstétricas constituye un componente esencial dentro de los modelos de atención segura del parto, especialmente en escenarios comunitarios donde la capacidad resolutiva puede ser limitada. Factores como la distancia, disponibilidad de transporte, comunicación efectiva y aceptación cultural de los servicios de salud influyen directamente en el tiempo de respuesta ante emergencias. Por ello, la coordinación interinstitucional y el fortalecimiento de

estrategias interculturales permiten mejorar la continuidad del cuidado, integrando los conocimientos comunitarios con la capacidad técnica del sistema sanitario.

Tabla 3: *Resultado de la entrevista a profesionales de la salud*

Categoría	Subcategoría	Códigos emergentes	Significado interpretativo
Valoración inicial	Evaluación integral de la gestante adolescente y condiciones del parto domiciliario	Control prenatal, valoración materno-fetal, identificación de riesgos, antecedentes obstétricos, condiciones del hogar	La valoración inicial permite identificar oportunamente factores de riesgo y determinar las condiciones necesarias para una atención segura de la madre y el recién nacido.
Intervenciones y coordinación	Acciones de enfermería, participación de parteras y articulación con servicios de salud	Capacitación, comunicación, coordinación intercultural, kit obstétrico, referencia oportuna	Las intervenciones coordinadas entre profesionales de salud, parteras y comunidad fortalecen la prevención de complicaciones y mejoran la respuesta ante emergencias obstétricas.
Factores de riesgo y acceso	Riesgos obstétricos y dificultades para acceder a servicios sanitarios	Hemorragia, preeclampsia, infecciones, parto prematuro, barreras geográficas, transporte limitado	Los riesgos obstétricos y las dificultades de acceso pueden incrementar las complicaciones durante el parto domiciliario, requiriendo vigilancia continua y sistemas efectivos de referencia.
Limitaciones y necesidades	Recursos disponibles y requerimientos para fortalecer la atención domiciliaria	Falta de insumos, necesidad de educación comunitaria, registros obstétricos, protocolos interculturales	Las limitaciones identificadas evidencian la necesidad de fortalecer recursos, capacitación y estrategias comunitarias para garantizar una atención materno-neonatal segura.

Fuente: Elaborado por Sisa (2026)

Categoría 1: Técnicas

Interpretación

Los profesionales de salud reconocen que la atención de un parto domiciliario requiere la aplicación de técnicas básicas orientadas a garantizar la seguridad materna y neonatal, destacando la importancia de una valoración clínica adecuada, vigilancia de la evolución del trabajo de parto y empleo de materiales seguros. La identificación de prácticas como la protección perineal, manejo del dolor y utilización de un kit limpio evidencia la necesidad de mantener procedimientos organizados y basados en principios de atención obstétrica segura.

Asimismo, los participantes resaltan que la disponibilidad de materiales estériles y la correcta ejecución de técnicas disminuyen la posibilidad de complicaciones como infecciones, lesiones maternas o riesgos neonatales. Sin embargo, la seguridad del parto domiciliario depende no solo de los recursos disponibles, sino también de la preparación, experiencia y capacidad del personal para reconocer cambios en la condición materno fetal.

Fundamentación teórica

Estudios como el realizado por Dwan et al. (2024), señalan que la atención del parto domiciliario requiere la aplicación de prácticas clínicas seguras que permitan acompañar el proceso fisiológico del nacimiento y detectar oportunamente cualquier desviación de la normalidad. La valoración materno fetal, el control del trabajo de parto, las medidas de higiene, el uso de materiales estériles y la preparación para responder ante complicaciones forman parte de los elementos esenciales para reducir riesgos. La evidencia señala que la seguridad del parto fuera del establecimiento sanitario depende principalmente de la selección adecuada de las gestantes, la capacitación del personal y la existencia de mecanismos efectivos de referencia., y otras acciones que sean necesarias según cada caso.

Categoría 2: Parto domiciliario

Interpretación

Los profesionales entrevistados identifican que la elección del parto domiciliario en adolescentes responde a una combinación de factores sociales, familiares, económicos y culturales que influyen en la percepción del lugar más adecuado para el nacimiento. La preferencia por el hogar puede estar relacionada con la confianza en los conocimientos comunitarios, el acompañamiento familiar, las experiencias previas y la percepción de inseguridad o temor frente a la atención institucional.

Además, se evidencia que las barreras de acceso, como limitaciones económicas, dificultades geográficas o experiencias negativas en los servicios de salud, pueden favorecer la decisión de permanecer en el domicilio durante el parto. Esto demuestra que la elección del parto domiciliario no depende únicamente de aspectos clínicos, sino también del contexto social y cultural en el que vive la adolescente gestante.

Fundamentación teórica

Truong et al. (2023) señala que la decisión sobre el lugar del nacimiento es un fenómeno complejo influenciado por factores individuales, familiares, culturales y relacionados con el sistema sanitario. En comunidades donde predominan prácticas tradicionales, el hogar puede representar un espacio de confianza, privacidad y acompañamiento emocional. Sin embargo, la evidencia resalta que la elección del parto domiciliario debe estar acompañada de una adecuada valoración del riesgo obstétrico, personal capacitado y acceso oportuno a servicios de emergencia para garantizar la seguridad materna y neonatal.

Categoría 3: Riesgos obstétricos

Interpretación

Los profesionales de salud reconocen que los partos domiciliarios en adolescentes pueden presentar complicaciones obstétricas que requieren vigilancia permanente y capacidad de respuesta inmediata. La identificación de eventos como hemorragia posparto, preeclampsia, sufrimiento fetal, infecciones y parto prematuro evidencia la preocupación por condiciones que pueden evolucionar rápidamente y comprometer la vida materna y neonatal.

Esta categoría refleja la importancia del conocimiento técnico para diferenciar un parto fisiológico de una situación de riesgo que requiere intervención institucional. Los profesionales destacan que la ausencia de recursos especializados en el domicilio puede incrementar la vulnerabilidad cuando no existen mecanismos de

referencia oportunos, por lo que la detección temprana constituye un elemento clave para disminuir resultados adversos.

Fundamentación teórica

Según Macedo et al. (2020), Las complicaciones obstétricas representan una de las principales causas de morbimortalidad materna y neonatal, especialmente cuando no son identificadas y tratadas oportunamente. Eventos como la hemorragia posparto, los trastornos hipertensivos, las infecciones y las alteraciones del bienestar fetal requieren intervenciones rápidas y disponibilidad de recursos especializados. Por esta razón, la atención del parto domiciliario debe considerar criterios estrictos de selección, vigilancia continua y sistemas efectivos de traslado ante situaciones que superen la capacidad resolutiva del entorno domiciliario.

Categoría 4: Coordinación del parto

Interpretación

Los profesionales de salud consideran que la coordinación con las parteras constituye un elemento fundamental para fortalecer la seguridad del parto domiciliario, debido a que permite integrar el conocimiento comunitario con la atención sanitaria formal. La comunicación efectiva, el acompañamiento institucional y la referencia oportuna son identificados como mecanismos necesarios para garantizar continuidad del cuidado y una respuesta adecuada ante complicaciones.

Asimismo, esta categoría evidencia la importancia del trabajo colaborativo entre los actores comunitarios y el sistema de salud, superando posibles barreras culturales o de comunicación. La articulación adecuada favorece una atención intercultural donde se respetan los saberes tradicionales, pero se mantienen criterios técnicos orientados a proteger la salud materna y neonatal.

Fundamentación teórica

La articulación entre profesionales de salud y parteras tradicionales constituye una estrategia relevante dentro de los modelos de atención intercultural, especialmente en comunidades donde el parto domiciliario forma parte de las prácticas habituales. La evidencia indica que la colaboración, capacitación conjunta, comunicación permanente y establecimiento de rutas claras de referencia pueden mejorar la detección de riesgos y favorecer resultados maternos y neonatales más seguros. La integración entre conocimientos ancestrales y atención basada en evidencia permite construir modelos de cuidado respetuosos de la cultura y centrados en la seguridad de la mujer y el recién nacido (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Categoría 5: Capacitaciones

Interpretación

Los profesionales de salud reconocen que la capacitación continua constituye un componente esencial para fortalecer las competencias necesarias en la atención del parto domiciliario, especialmente en escenarios donde pueden presentarse complicaciones que requieren una respuesta rápida y efectiva. La formación en emergencias obstétricas, atención diferenciada a adolescentes y reanimación neonatal refleja la necesidad de contar con conocimientos actualizados para reducir riesgos maternos y neonatales.

Además, los participantes destacan que la preparación técnica permite mejorar la capacidad de identificación temprana de signos de alarma y la toma de decisiones oportunas durante el parto. Sin embargo, la disponibilidad y frecuencia de estos procesos formativos pueden influir en el nivel de preparación del personal, evidenciando la importancia de mantener programas permanentes de actualización.

Fundamentación teórica

La capacitación del personal involucrado en la atención del parto es un elemento fundamental para garantizar prácticas seguras y mejorar la respuesta ante emergencias obstétricas y neonatales. La formación en manejo de complicaciones, reanimación neonatal y atención integral de adolescentes permite fortalecer habilidades clínicas, favorecer la toma de decisiones oportunas y disminuir eventos adversos. En contextos de parto domiciliario, donde existen limitaciones para acceder inmediatamente a recursos especializados, la preparación del personal adquiere mayor relevancia como estrategia de prevención y reducción de riesgos. (Pérez, Márquez, Lugo, Robles, & Ayala, 2025).

Categoría 6: Lugar del parto

Interpretación

Los profesionales entrevistados identifican que el acceso a los servicios de salud constituye un factor determinante en la elección del lugar del parto, especialmente en adolescentes que viven en contextos con limitaciones sociales o territoriales. Las barreras geográficas, dificultades económicas, falta de transporte y distancia hacia los establecimientos sanitarios pueden influir en la decisión de permanecer en el domicilio durante el nacimiento.

Esta situación evidencia que el parto domiciliario puede estar relacionado no solo con preferencias culturales, sino también con condiciones estructurales que restringen la posibilidad de acceder oportunamente a una atención institucional. Por ello, mejorar las redes de transporte, fortalecer la atención comunitaria y garantizar mecanismos efectivos de referencia son aspectos necesarios para reducir riesgos asociados a la falta de acceso.

Fundamentación teórica

De acuerdo al punto de vista de Sánchez y González (2026), el acceso oportuno a los servicios de salud materna es un determinante fundamental para prevenir complicaciones durante el embarazo y parto. Factores como la distancia geográfica, disponibilidad de transporte, condiciones económicas y barreras organizacionales pueden retrasar la atención profesional, incrementando la vulnerabilidad materna y neonatal. En comunidades rurales e indígenas, estas dificultades pueden favorecer la continuidad de prácticas domiciliarias, por lo que resulta necesario fortalecer estrategias de atención intercultural, cobertura sanitaria y sistemas de referencia que respondan a las necesidades de la población.

Categoría 7: Recursos para la atención de partos en adolescentes

Interpretación

Los profesionales de salud consideran que la existencia de guías y protocolos específicos para la atención del parto en adolescentes permite orientar intervenciones más seguras, organizadas y adaptadas a las características particulares de esta población. La incorporación de elementos como protocolos de atención, enfoque intercultural, consentimiento informado y educación prenatal evidencia la importancia de brindar un cuidado integral que considere aspectos clínicos, emocionales, sociales y culturales.

Asimismo, se reconoce que las adolescentes requieren una atención diferenciada debido a sus condiciones de vulnerabilidad y necesidades específicas durante el embarazo y parto. La aplicación de lineamientos estandarizados favorece la toma de decisiones basada en evidencia, mejora la calidad del cuidado y permite garantizar el respeto de los derechos de la gestante durante todo el proceso de atención.

Fundamentación teórica

La atención del parto en adolescentes requiere un abordaje integral que considere los cambios fisiológicos propios de la edad, así como los factores sociales, emocionales y culturales que pueden influir en la experiencia del embarazo y nacimiento. Los protocolos de atención, el consentimiento informado y la educación prenatal constituyen herramientas fundamentales para promover una atención humanizada, segura y respetuosa de los derechos maternos. En contextos interculturales, la incorporación de prácticas culturalmente pertinentes permite fortalecer la confianza entre la comunidad y los servicios de salud, favoreciendo una atención materno-neonatal de mayor calidad (UNFPA en Ecuador, 2023).

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Propuesta.

La propuesta de un guía de intervención con estrategias educativas y de apoyo para enfermeras, parteras, adolescentes y padres de familia adjunto en anexo 6, contribuirá a que se brinde una atención de mayor calidad y se minimicen los riesgos en el parto domiciliario, además, permitirá que los involucrados puedan identificar signos tempranos de alarma de posibles riesgos que pueden complicar el parto en casa, favorecerá a que el personal que asista el parto aplique prácticas seguras, efectué un manejo adecuado del dolor y pueda vigilar el estado materno y fetal.

Además, se definirán estrategias para fomentar el apego entre la madre y el recién nacido, la lactancia materna, así como el seguimiento integral para la prevención de riesgos obstétricos que puedan poner en riesgo la salud de la madre y del recién nacido.

CONCLUSIONES

- Con base a la revisión bibliográfica realizada se pudo conocer que el parto domiciliario se realiza en Ecuador generalmente en comunidades indígenas y zonas rurales, es llevado a cabo por parteras tradicionales con años de experiencia que, además, han recibido capacitaciones que les ha permitido combinar sus prácticas tradicionales con las prácticas de medicina moderna. En este contexto, el papel de enfermería es en el ámbito preventivo, educativo y de acompañamiento, lo que permite contribuir en la disminución de riesgos durante el parto domiciliarios en adolescentes.

- A través de las entrevistas aplicadas se identificó que los principales riesgos obstétricos que enfrentan las adolescentes durante el parto domiciliarios en Chibuleo, se derivan de la anemia de la gestante, preeclampsia, pelvis aún en desarrollo, partos prematuros y bajo peso al nacer. Un aspecto importante a mencionar son los signos que les permite identificar cuando el parto se está complicando, siendo estos cuando la gestante presenta una hemorragia anormal durante el parto, sangrado fuerte "rojo vivo", cuando el trabajo de parto comienza a detenerse, presencia de contracciones fuertes, pero no producen dilatación, 2- 3 horas pujando sin que él el parto avance.

- En este proyecto se elaboró un plan de intervención que contempla tres niveles: formativo, educativo, preventivo y de seguimiento, además, se han definido lineamientos claves para la identificación de signos de complicaciones durante el parto en adolescentes, se describieron las medidas de higiene y de bioseguridad que se debe efectuar antes, durante y después del parto en casa, y se establecieron acciones de enfermería para la valoración, monitoreo y seguimiento de la madre adolescente antes, durante y después del parto.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública reforzar los programas de capacitación que permita lograr una adecuada articulación entre el accionar de la las buenas prácticas de enfermería y las prácticas tradicionales en partos atendidos en el domicilio con la finalidad de atender de forma integral el parto antes, durante y después del mismo.

- Desarrollar programas y talleres de educación prenatal orientadas a prevenir la anemia en gestantes adolescentes embarazadas, control de la presión arterial, alimentación sana y equilibrada, reconocimientos de signos anormales o complicaciones.

- Implementar un sistema de referencia efectivo que mermita contar con mecanismos eficientes de coordinación con los centros de salud para efectuar el traslado de la gestante oportunamente en caso de surgir complicaciones en el parto.

REFERENCIAS

Agile, G., Gualli, J., & Jiménez, A. (2024). Conocimiento de los internos de enfermería sobre cuidados al recién nacido en el alojamiento conjunto. *Polo del Conocimiento,* *9*(3). doi:https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6696

Aliyu, F., Olamilekan, K., Bello, S., & Abdulbaki, M. (2025). Conocimientos de las parteras tradicionales sobre el parto y sus signos de peligro: una entrevista personal. *Salud Pública del BMC., 25*. doi:10.1186/s12889-025-23068-6

Allen, B., & Waterman, H. (21 de Mayo de 2019). *Etapas de la adolescencia*. Obtenido de https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx

Álvarez, A., Luna, A., & Galardy, Y. (2026). conocimientos y prácticas seguras de las parteras tradicionales en la atención del parto adolescente en comunidades rurales de Ecuador. *Revista Científicade Salud BIOSANA, 6*(1), 105-115. doi:https://soeici.org/index.php/biosana/article/view/1016/1711

American Collage of Obstetricians & Ginecologists. (2017). *Parto planificado en casa*. Obtenido de https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/04/planned-home-birth

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), C. o. (20 de 04 de 2020). *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).* Obtenido de American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): https://www.acog.org/news/news-releases/2020/04/acog-statement-on-birth-settings

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), C. o. (01 de 05 de 2024). *ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)*. Obtenido de ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists): L: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/05/first-and-second-stage-labor-management

Arroyo, L., Navas, A., & Hidrobo, J. (2023). Riesgo obstétrico y su relación con los trastornos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7*(1). doi:10.37811/cl_rcm.v7i1.5167

Arturo-Fajardo, D. (2024). Embarazo, Maternidad y Paternidad Adolescente en Latinoamérica: Una Revisión Sistemática. *Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica, 4*(3). doi:https://doi.org/10.61384/r.c.a.v4i3.542

Becerra, L., Huamani, M., & abanilla, J. (2026). Complicaciones maternas y embarazo adolescente en América Latina y el Caribe (ALC): una revisión sistemática. *Revista InveCom, 6*(1). doi:10.5281/zenodo.15455144

Belay, S., & Tebeje, M. (2024). Spatial distribution and determinants of unskilled birth attendance in Ethiopia: spatial and multilevel analysis. *Sci Rep, 14*. doi:https://doi.org/10.1038/s41598-024-81484-x

Bellini, T., Vinci, F., Polleri, G., Pezzotta, F., Graselli, L., & Piccotti, E. (2025). Resultados adversos en neonatos tras partos planificados en casa: una serie de informes de casos y una revisión narrativa de la literatura. *J. Clin. Med., 14*(4). doi:https://doi.org/10.3390/jcm14041181

Bellini, T., Vinci, F., Polleri, G., Pezzotta, F., Grasselli, L., Piccotti, E., . . . Striano, P. (2025). Resultados adversos en neonatos tras partos domiciliarios planificados: una serie de informes de casos y una revisión narrativa de la literatura. *J.Clin. Medicina, 14*(4). doi:https://doi.org/10.3390/jcm14041181

Bohren, M., Hunter, E., Munthe-Kaas, H., Souza, J., Vogel, J., & Gulmezoglu, A. (2014). Facilitadores y barreras para la prestación de servicios en centros de salud en países de ingresos bajos y medios: una síntesis de evidencia cualitativa. *Salud Reproductiva , 11*(1). doi:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK293263/

Bosada, C., Aguirre, G., & Cañarte, J. (2026). Biometría hemática como ayuda diagnóstica de anemia en embarazadas en el Instituto de Seguridad Social Jipijapa. *Revista Científica De Salud BIOSANA, 6*(2), 52–60. doi:10.62305/biosana.v6i2.986

Carrillo, P., García, A., Soto, M., Rodríguez, G., Pérez, J., & Martínez, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México), 4*(1). doi:10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07

Carrión, F., Omaña, O., & Romero, S. (2022). Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. *Rev Obstet Ginecol Venez., 82*(2), 242-263. Retrieved from https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/13-R-82-2-Sindromes-hipertensivos-del-embarazo-pautas-actualizadas-para-la-conducta-clinica.pdf

Carvajal, J. (2017). Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 82*(2). doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200001

Carvajal, J., & García, K. (Marzo de 2024). *Manual Obstetricia y Ginecología.* Obtenido de https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2024/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2024_compressed.pdf

Castillo, P., Vilchez, W., & Becerra, L. (2023). Características clínicas y epidemiológicas de gestantes con. *REV. EXP. MED., 9*(4). Retrieved from https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/viewFile/732/432

Castro, A., & Marks, A. (2026). Prevención comunitaria de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal: una revisión narrativa del papel de las casas de espera materna en América Latina. *Rev Panam Salud Pública, 13*(50). doi:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41536935/

Cevallos, R., Benítez, N., Bedón, N., Cevallos, M., & Cevallos, C. (2025). Saberes tradicionales: embarazo y parto en el pueblo Kichwa Otavalo. *Horizontes de Enfermería, 2*(15). doi:https://doi.org/10.32645/13906984.1387

Coronel, M., Saldarriaga, D., Córdova, C., & Nieves, R. (2022). Principales causas de riesgo obstétrico en el centro de salud “Roberto Astudillo” de la cuidad de Milagro enero-junio 2019. *Más Vita, 4*(1), 94–103. doi:10.47606/ACVEN/MV0089

Cortez, K., & Lucas, M. (2023). Eficacia de intervenciones de enfermería enadolescentes con embarazos de riesgo. *Revista UNESUM-SALUD, 2*(2). doi:https://doi.org/10.47230/unesum-salud.v2.n2.2023.28-36

Cruz, K., Otiniano, M., Romero, J., & Silva, J. (2025). Tradiciones Ancestrales y su Rol en la Salud Materno-Infantil: Un Estudio de las Prácticas Culturales en Ecuador. *Polo del Conocimiento, 10*(11). doi:https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/10780/html

Del Mastro, N., Tejada-Llacsa, P., Reinders, S., Pérez, R., Solís, Y., Alva, I., & Blas, M. (2021). Preferencia de parto en casa, parto y prácticas de atención al recién nacido en la Amazonía rural peruana. *PLoS One, 16*(5). doi:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33945560/

Dwan, K., Fox, T., Lutje, V., Lavanda, T., & Mills, T. (2024). Técnicas perineales durante la segunda etapa del parto para reducir el traumatismo perineal y las complicaciones posparto. *Revisión del sistema de bases de datos Cochrane, 10*(10). doi:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39465967/

Ecuador, M. d. (2013). Trastornos hipertensivos del embarazo. En M. d. Ecuador, *Guía de Práctica Clínica (GPC)* (pág. 15). Quito.

Ecuador, M. d. (5 de 05 de 2026). *Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna – Semana Epidemiológica 17.* Obtenido de Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna – Semana Epidemiológica 17: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2026/05/Gaceta-MM-2026-SE-17.pdf

Ermandraut, F., & Di Rocco, M. (2025). Suplementación de hierro y ácido fólico en pacientes embarazadas y puérperas de un hospital público, Buenos Aires. *Nutrición Colectiva, 1,*(1). doi:10.24215/30727731e005

Évora, M. (2025). Interseccionalidad y nacimiento en América Latina: Un protocolo de investigación sobre salud materna de mujeres indígenas y afrodescendientes en La Guajira, Colombia. *Social Sciences, 14*(1). doi:https://doi.org/10.3390/socsci14010015

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría, 86*(6). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062015000600010&script=sci_arttext

Galarza, C., & Inga, E. (2025). Consecuencias sociales y educativas del embarazo adolescente en Ecuador. *Sanitas. Revista arbitrada de ciencias de la salud, 4*. doi:10.62574/5efbda51

García, M., Hernández, A., Monjaraz, J., Ortiz, A., Torres, R., & Tovar, L. (2025). Riesgo obstétrico de usuarias del módulo de control prenatal en la Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud en el año 2023. *Revista Enfermería Neonatal, 48*, 13-23. Retrieved from https://www.revista.fundasamin.org.ar/wp-content/uploads/2025/48/EnfNeonatal48-2025_13_23.pdf

Gómez, A., Díaz, D., & Samavilla, C. (2019). Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual. *Sanum, 3*(3), 6-15. doi:https://revistacientificasanum.com/vol-3-num-3-octubre-2019-parto-en-casa-versus-parto-en-el-hospital-revision-bibliografica-de-la-literatura-actual/

González, G., & Olavegoya, P. (2019). Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 65*(4). doi:10.31403/rpgo.v65i2210

Guzewicz, P., & Sierakowska, M. (2022). El papel de las parteras en el parto natural: análisis de factores sociodemográficos y psicosociales: un estudio transversal. *Int J Environ Res Salud Pública, 19*(23). doi:10.3390/ijerph192315824

Hall, M., George, E., & Granger, J. (2013). El corazón durante el embarazo. *Revisión Esp Cardiol, 64*(11). doi:10.1016/j.recesp.2011.07.009

Hallor, E., Arteaga, E., & San Sebastián, M. (2024). *Explorando la integración de las parteras tradicionales indígenas en el sistema de salud occidental: Un estudio de caso cualitativo de la Amazonía de Ecuador*. Obtenido de https://chwcentral.org/resources/exploring-the-integration-of-indigenous-traditional-birth-attendants-into-the-western-healthcare-system-a-qualitative-case-study-from-the-amazon-of-ecuador/

Herrera, A., & Cusme, N. (2023). Conocimiento del riesgo obstétrico en mujeres embarazadas de la parroquia Izamba. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay., IV*(2). doi:https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.741

Hidalgo, M., & Ceñal, M. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada, 12*(1), 1-46. doi:10.1016/S1696-2818(14)70167-2

informativa, F. (10 de 12 de 2025). *Preeclampsia.* Obtenido de Organización de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia?utm_source=chatgpt.com

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2025). *Nacidos Vivos y Defunciones Fetales*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/

Lasluisa, J., Chantong, J., & Romero, I. (2021). Proceso de atención de enfermería en gestantes atendidas en un hospital de El Oro Ecuador. *Polo del Conocimiento, 6*(7). doi:https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2887/html

Lesinskienė, S., Andruškevič, J., & Butvilaitė, A. (2025). Embarazos en adolescentes y salud mental perinatal: necesidades y opciones de apoyo complejas: una revisión de la literatura. *J Clin Med., 14*(7). doi:10.3390/jcm14072334

Lievense, B., Leach, K., Modanlo, N., Stollak, I., Wallace, J., Dominguez, A., . . . Perry, H. (2024). Mejorar la atención materna donde los partos en casa siguen siendo la norma: establecer centros de maternidad locales en Guatemala que incorporen parteras tradicionales. *Práctica Científica De Salud Global, 12*(5). doi:10.9745/GHSP-D-24-00057

Macedo, T., Montagna, E., Trevisan, C., & Zaia, V. (2020). Prevalence of preeclampsia and eclampsia in adolescent pregnancy: A systematic review and meta-analysis of 291,247 adolescents worldwide since 1969. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 248*. doi:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283429/

Machala, R., Aucancela, N., & Minchala, F. (2026). Intervención de enfermería en el control prenatal. Una revisión sistemática. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea, 4*(3), 114-131. doi:10.58995/redlic. rmic.v4.n3.a222

Martínez, D., Manzano, E., & Loja, C. (2025). Trastornos hipertensivos del embarazo y morbimortalidad materna: reporte de un caso. *ATENAS Revista Científica Técnica Y Tecnológica, 4*(1). doi:10.36500/atenas.4.004

Martínez, E., Montero, G., & Zambrano, R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios, 41*(47). Retrieved from https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf

Milman, N. (2012). Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 58*(4). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400009

Ministerio de Salud Pública. (2020). *MSP combina la medicina y conocimientos ancestrales para certificar a 1351 parteras*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/msp-combina-la-medicina-y-conocimientos-ancestrales-para-certificar-a-1351-parteras/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador – Subsecretaría de Vigilancia, P. y., & Epidemiológica, D. N. (05 de 05 de 2026). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2026/05/Gaceta-MM-2026-SE-17.pdf?utm_source=copilot.com

Neal, S., Harvey, C., Chandra, V., Café, S., & Camacho, A. (2018). Tendencias de los primeros nacimientos en adolescentes en cinco países de América Latina y el Caribe: datos desagregados de encuestas demográficas y de salud. *Salud Reproductiva, 15*(146). doi:https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-018-0578-4

Nkurunziza, A., Smye, V., Jackson, K., & Wathen, N. (2024). "…Llevo sus historias a casa…": experiencias de enfermeras y parteras que atienden a madres adolescentes perinatales en centros de atención primaria de salud en Ruanda. *Enfermería BMC, 23*(609). doi:https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-024-02247-7

Núñez, G., Soliz, C., Vidal, M., & González, R. (2020). Costumbres y tradiciones del trabajo de parto domiciliario en las comunidades andinas del cantón Guaranda-Ecuador. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, VII*(39). doi:https://doi.org/10.46377/dilemas.v33i1.2132

Ontano, M., & Narva, I. (2025). Factores asociados a la morbimortalidad materna y perinatal en pacientes con riesgo obstétrico muy alto. Hospital Matilde Hidalgo, 2020-2022. *Ciencia Ecuador,* *7*(31), 1-29. doi:https://www.cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/328

Organización Mundial de la Salud. (1 de Mayo de 2023). *Anemia*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia

Organización Mundial de la Salud. (10 de Abril de 2024). *Embarazo en la adolescencia*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Organizacion Mundial de la Salud. (12 de 05 de 2024). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news/item/12-05-2025-who-results-report-2024-shows-health-progress-across-regions-overcoming-critical-challenges

Organización Mundial de la Salud. (8 de Marzo de 2025). *Muchas complicaciones relacionadas con el embarazo no se detectan ni se tratan*. Obtenido de https://www.who.int/es/news/item/08-03-2025-many-pregnancy-related-complications-going-undetected-and-untreated--who

Organización Panamericana de la Salud. (11 de Octubre de 2023). *Ecuador fortalece integración de saberes ancestrales y medicina tradicional al Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/es/noticias/11-10-2023-ecuador-fortalece-integracion-saberes-ancestrales-medicina-tradicional-al

Organization, W. H. (2022). Guía técnica internacional (PDF). *Recomendaciones de la OMS sobre los cuidados maternos y del recién nacido para una experiencia posnatal positiva*, pág. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989.

Palmer, M., Gordon, V., & Bronkema, J. (2026). Prestación de servicios de parto en casa por parte de parteras. *Boletín clínico*. doi:Boletín clínico

Pérez, J., Márquez, D., Lugo, C., Robles, S., & Ayala, V. (2025). Programa de formación en Emergencias Obstétricas: Experiencia de once años en Venezuela. Una iniciativa educativa para reducir la Mortalidad Materna. *Rev Obstet Ginecol Venez., 85*(2), 152-162. doi:https://ve.scielo.org/pdf/og/v85n2/0048-7732-og-85-02-152.pdf

Pincay, M., Fuentes, J., Zavala, E., & Espinoza, J. (2024). Factores que influyen en el embarazo de adolescentes en la comunidad de Valdivia, Santa Elena-Ecuador. *Revista De Investigación Enlace Universitario, 23*(1), 1-13. doi:10.33789/enlace.23.1.136

Rodríguez, I., & Tobar, F. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador.* Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/consecuencias_socioeconomicas_del_embarazo_adolescente_en_ecuador_1.pdf

Ruano, L., León, E., & Aguirre, F. (2024). Determinación de factores socioculturales de gestantes en el parto domiciliario. *Suplemento Especial: Convención Internacional de Investigación y Desarrollo UNIANDES, 43*. doi:https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3679

Salud, O. M. (11 de 08 de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240008793

Salud, O. M. (15 de 06 de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Infecciones maternas y su impacto en la salud perinatal: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sepsis

Salud, O. M. (30 de 03 de 2022). *Cuidado materno y neonatal* . Obtenido de Cuidado materno y neonatal : https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

Salud, O. M. (30 de 03 de 2022). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

Salud, O. M. (13 de 03 de 2024). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia

Salud, O. M. (10 de 12 de 2025). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Preeclampsia: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia?utm_source=chatgpt.com

Salud, O. P. (01 de 08 de 2020). *Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean. Technical brief, August 2020*. Obtenido de Pan American Health Organization: https://iris.paho.org/handle/10665.2/53133

Salud, O. P. (15 de 06 de 2023). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada

Salud, O. P. (15 de 11 de 2023). *Premature birth.* Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada

Salud, O. P. (2024). *Las parteras tradicionales, esenciales para la salud materna y neonatal en las Américas*. Obtenido de Las parteras tradicionales, esenciales para la salud materna y neonatal en las Américas: https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2024-parteras-tradicionales-esenciales-para-salud-materna-neonatal-americas?utm_source=chatgpt.com

Salud, W. H. (15 de 02 de 2022). *World Health Organization.* Obtenido de World Health Organization: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

Sánchez, J. I. (08 de 06 de 2022). *Cultura de los Cuidados.* Obtenido de Cultura de los Cuidados: https://doi.org/10.14198/cuid.2022.62.16

Sánchez, M., & González, F. (2026). Resultados maternos y neonatales en madres adolescentes en una población de UCIN de alto riesgo en Ecuador. *BMC Embarazo Parto, 26*(1). doi:https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12888463/

Silva, I. (2022). *La adolescencia y su interrelación con el entorno.* Instituto de la Juventud. Obtenido de https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2022/06/la_adolescencia_y_su_interrelacion_con_el_entorno.pdf

Todhunter, L., Hogan-Roy, M., & Pressman, E. (2022). Complicaciones del embarazo en adolescentes. *Semin Reprod Med, 40*, 98-106. doi:10.1055/s-0041-1734020

Truong, S., Montaño, M., Sullivan, M., Macías, V., Flores, H., Mata, H., & Molina, R. (2023). Tendencias en el parto en instituciones y barreras para la atención en un centro de maternidad y un hospital comunitario en la zona rural de Chiapas, México: Un estudio de métodos mixtos. *Partería, 116*. doi:https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103507

UNFPA en Ecuador. (01 de Diciembre de 2023). *Manual de Atención integral en salud en adolescentes 2023.* Obtenido de https://ecuador.unfpa.org/es/publications/manual-de-atenci%C3%B3n-integral-en-salud-en-adolescentes-2023

UNICEF. (16 de Septiembre de 2024). *Adolescencia: qué es y a qué edad empieza*. Obtenido de https://www.unicef.es/blog/infancia/adolescencia-que-es-y-que-edad-empieza

Villalva, J., & Villena, J. (2021). Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana, 21*(1). doi:10.25176/rfmh.v21i1.3155

Viñamagua, C., Lucas, J., & Cevallos, S. (2026). Estrategias para abordar los determinantes socioculturales del embarazo adolescente en Ecuador. *Prohominum. Revista de Ciencias Sociales y Humanas, 8*(1). doi:10.47606/acven/ph0427

ANEXOS

Anexo 1. Formato de entrevista personal de salud

UNIDAD ACADEMICA PUCE TEC AMBATO
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, declaro que he sido informado(a) sobre el propósito de esta entrevista, la cual forma parte del proyecto de titulación denominado "Estrategias de enfermería en partos domiciliarios para prevenir riesgos obstétricos en adolescentes de Chibuleo". Mi participación es voluntaria y autorizo que la información proporcionada sea utilizada con fines exclusivamente académicos y científicos.
FIRMA:

Entrevista

Personal de Salud

CATEGORÍA 1: VALORACIÓN INICIAL

N.º	Preguntas	Respuestas
1	¿Qué técnicas utiliza durante la atención de un parto domiciliario y qué materiales considera indispensables para garantizar un procedimiento seguro?	
2	¿Qué factores considera que influyen en la decisión de una adolescente de optar por un parto domiciliario?	
3	¿Cuáles son los principales riesgos obstétricos que usted identifica en partos domiciliarios en adolescentes?	

CATEGORÍA 2: INTERVENCIONES Y COORDINACIÓN

N.º	Preguntas	Respuestas
4	¿Cómo organiza el personal de enfermería la coordinación con las parteras durante un parto domiciliario?	
5	¿Qué capacitaciones específicas ha recibido para manejar partos domiciliarios y reducir riesgos obstétricos en adolescentes?	

CATEGORÍA 3: FACTORES DE RIESGO Y ACCESO

N.º	Preguntas	Respuestas
6	¿Considera que la falta de acceso a servicios de salud influye en que las adolescentes opten por un parto en el hogar? Sí ☐ No ☐ Explique por qué:	

CATEGORÍA 4: LIMITACIONES Y NECESIDADES

N.º	Preguntas	Respuestas
7	¿Cuenta usted, como personal de salud, con una guía específica para la atención de partos en adolescentes en comunidades indígenas?	

Anexo 2. Formato de entrevista parteras

UNIDAD ACADEMICA PUCE TEC AMBATO
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, declaro que he sido informado(a) sobre el propósito de esta entrevista, la cual forma parte del proyecto de titulación denominado "Estrategias de enfermería en partos domiciliarios para prevenir riesgos obstétricos en adolescentes de Chibuleo". Mi participación es voluntaria y autorizo que la información proporcionada sea utilizada con fines exclusivamente académicos y científicos.
FIRMA:

Entrevista

Parteras tradicionales (Yachak Warmi)

CATEGORÍA 1: VALORACIÓN INICIAL

N.º	Preguntas	Respuestas
1	¿Qué señales observa para determinar que un parto puede llevarse a cabo en casa?	
2	¿Cómo reconoce cuando un parto domiciliario se está complicando?	
3	¿Qué conocimientos tiene sobre riesgos obstétricos en adolescentes?	

CATEGORÍA 2: INTERVENCIONES

N.º	Preguntas	Respuestas
4	¿Qué prácticas tradicionales utiliza durante el proceso de parto?	
5	¿Qué medidas de higiene aplica antes y durante la atención?	
6	¿Qué elementos incluye en su "kit limpio" para partos?	

CATEGORÍA 3: COMPLICACIONES

N.º	Preguntas	Respuestas
7	¿Qué barreras encuentra al coordinarse con profesionales de salud?	
8	¿Cree que es seguro atender un parto domiciliario sin apoyo de personal de salud capacitado? Sí ( ) No ( )	

CATEGORÍA 4: LIMITACIONES Y NECESIDADES

N.º	Preguntas	Respuestas
9	¿Ha recibido usted capacitación del Ministerio de Salud u otra institución? En caso afirmativo, ¿sobre qué temas específicos?	
10	¿Considera que la educación prenatal a las adolescentes podría disminuir los riesgos durante un parto en casa?	

Anexo 3. Muestra de entrevistados

PARTERAS

Entrevistada	Información
Partera 1	**Área de desempeño:** Partera **Experiencia:** 25 años
Partera 2	**Área de desempeño:** Partera **Experiencia:** 30 años
Partera 3	**Área de desempeño:** Partera **Experiencia:** 20 años

PROFESIONALES DE SALUD

Entrevistada	Información
Profesional 1	**Área de desempeño:** Gineco - Obstetra **Título:** Obstetra **Experiencia:** 21 años
Profesional 2	**Área de desempeño:** **Título:** Medico familiar **Experiencia:** 15 años
Profesional 3	**Área de desempeño:** Recepción y cuidado de recién nacido, control de crecimiento y desarrollo, control del niño sano, control y tratamiento de enfermedades del niño. **Título:** Médico pediatra especializado en la Universidad Central del Ecuador **Experiencia:** 21 años

Anexo 4.Resultados entrevista a parteras

Las parteras entrevistadas tienen una amplia experiencia en la atención de partos domiciliarios, lo que les ha llevado a perfeccionar muchas de sus prácticas, sin embargo, no tienen un título o formación técnica.

Tabla 4: *Categoría 1: Valoración del parto domiciliario*

Subcategoría:	Criterios para determinar parto en casa
Pregunta1: ¿Qué señales observa para determinar que un parto puede llevarse a cabo en casa?	
Entrevistado	**Respuesta**
Partera 1	Que tenga los controles completos, el carnet de vacunación, que el embarazo sea de bajo riesgo.
Partera 2	Cumpla todos los controles en el Centro de Salud.
Partera 3	Primero evalúo si la mujer ha tenido controles prenatales completos, después observo signos vitales y presentación del bebe.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Las parteras entrevistadas señalan que para determinar que un parto puede llevarse a cabo en casa observan que las adolescentes tengan los controles prenatales completos, así como el carnet de vacunación, antes del parto revisan los signos vitales y inspeccionan como está la posición del bebe.

Tabla 5: *Categoría 2: Prácticas culturales en el parto*

Subcategoría:	Uso de saberes ancestrales
Pregunta 2: ¿Qué prácticas tradicionales utiliza durante el proceso de parto?	
Entrevistado	**Respuesta**
Partera 1	En este aspecto actuamos con la libertad de movimiento: caminatas, balanceo pélvico, posiciones verticales.
Partera 2	Mis prácticas se centran más en integrar remedios tradicionales.
Partera 3	Preparo infusiones suaves de manzanilla o canela, masajes suaves con aceite para relajar la cintura.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Las prácticas tradicionales que utilizan durante el proceso de parto las parteras entrevistadas se identificaron que hacen que las adolescentes realicen caminatas cortas, efectúan un balanceó pélvico y posiciones verticales, masajes suaves con aceite para relajar la cintura, así también integran remedios tradicionales e infusiones como las de manzanilla o canela.

Tabla 6: *Categoría 3: Identificación de complicaciones*

Subcategoría:	Reconocimiento de signos de alarma
Pregunta 2: ¿Cómo reconoce cuando un parto domiciliario se está complicando?	
Entrevistado	**Respuesta**
Partera 1	Cuando la gestante esta con una hemorragia anormal durante el parto.
Partera 2	Cuando el trabajo de parto comienza a detenerse, contracciones fuertes, pero no producen dilatación, 2- 3 horas pujando sin que el bebe avance.
Partera 3	Cuando veo sangrado fuerte rojo vivo. Contracciones que dejan de avanzar la dilatación. Dolor raro que nos es de contracción.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Las entrevistadas indican que reconoce cuando un parto domiciliario se está complicando, cuando la gestante presenta una hemorragia anormal durante el parto, sangrado fuerte "rojo vivo", cuando el trabajo de parto comienza a detenerse, presencia de contracciones fuertes, pero no producen dilatación, 2- 3 horas pujando sin que él bebe avance.

Tabla 7: *Categoría 4: Medidas de bioseguridad*

Subcategoría:	Higiene en la atención del parto
Pregunta 2: ¿Qué medidas de higiene aplica antes y durante la atención?	
Entrevistado	**Respuesta**
Partera 1	Utilizamos 3 medidas de higiene: Higiene personal, preparación de materiales preparación del espacio.
Partera 2	Lavado de manos antes de la atención. Preparación del espacio, materiales desinfectados.
Partera 3	Lavado de manos. Desinfección de la zona de donde va a trabajar. Materiales esterilizados.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

De acuerdo al criterio de las parteras entrevistadas, las medidas de higiene (lavados de manos) que aplican antes y durante la atención del parto se basa en la higiene personal, preparación de materiales (desinfección), preparación del espacio, es decir esterilización de la zona o lugar conde se llevará a cabo el parto.

Tabla 8: *Categoría 5: Conocimientos sobre riesgos obstétricos en adolescentes*

Subcategoría:	Factores de riesgo en gestantes jóvenes
Pregunta 2: ¿Qué conocimientos tiene sobre riesgos obstétricos en adolescentes?	
Entrevistado	**Respuesta**

Partera 1	En las adolescentes tiene mayor riesgo de anemia, Preeclampsia, partos prematuros, bajo peso al nacer.
Partera 2	Los más conocidos en adolescentes son: Pelvis aún en desarrollo, presencia de anemia materna, partos prematuros.
Partera 3	Existe mayor riesgo porque todavía están desarrollándose. Preeclampsia Anemia Bebes pequeños Partos prematuros

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Respecto a los riesgos obstétricos en adolescentes, las parteras indican que estas gestantes suelen presentar un mayor riesgo en relación a anemia, preclamsia, pelvis aún en desarrollo, partos prematuros y bajo peso al nacer.

Tabla 9: *Categoría 6: Capacitación institucional*

Subcategoría:	Formación recibida
Pregunta 2: ¿Ha recibido usted capacitación del Ministerio de Salud u otra institución? En caso afirmativo, ¿sobre qué temas específicos?	
Entrevistado	**Respuesta**
Partera 1	Sí, emergencias obstétricas, Partos humanizados, infecciones y medidas de prevención.
Partera 2	Atención limpia y segura del parto, salud sexual y reproductiva, reconocimiento temprano de complicaciones, lactancia materna.
Partera 3	Sí, atención limpia del parto. Uso correcto del kit limpio Coordinación para referir casos al Centro de Salud

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Las parteras indican que sí han recibido capacitaciones por partes del Ministerio de Salud u otra institución, principalmente en temas sobre emergencias obstétricas, Partos humanizados, infecciones y medidas de prevención, atención limpia y segura del parto, salud sexual y reproductiva, reconocimiento temprano de complicaciones, lactancia materna, uso correcto del kit limpio.

Tabla 10: *Categoría 7: Recursos disponibles*

Subcategoría:	Contenido del "kit limpio"
Pregunta 2: ¿Qué elementos incluye en su "kit limpio" para partos?	
Entrevistado	**Respuesta**

Partera 1	Jabón anti bacterial, solución alcohólica al 70%, mascarilla gorra, bolsa de desechos, tollas de papel, clorhexidina.
Partera 2	Jabón líquido, gel o solución alcohólica, toallas de papel, tijeras o navajas esterilizadas, hilo estéril, sábanas limpias.
Partera 3	Contiene: guantes estériles, mascarillas, jabón, alcohol, tijeras, hilo estéril, toallas y paños limpios.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Los recursos que las parteras utilizan para atender los partos incluyen los del Kit limpio, como Jabón líquido, gel o solución alcohólica, toallas de papel, tijeras o navajas esterilizadas, hilo estéril, sábanas limpias, entre otros que requieren para brindar una atención de calidad.

Tabla 11: *Categoría 8: Coordinación interinstitucional*

Subcategoría:	Barreras en la referencia
Pregunta 2: ¿Qué barreras encuentra al coordinarse con profesionales de salud?	
Entrevistado	**Respuesta**
Partera 1	Barreras comunicacionales y culturales. Falta de protocolos compartidos, diferencias de enfoques. Estigmas hacia los partos en casa.
Partera 2	Falta de reconocimiento a la labor. Comunicación limitada.
Partera 3	A veces no reconocen la experiencia como partera. No contestan rápido cuando pido ayuda. Diferencias en como vemos el parto.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Los resultados de las entrevistas permitieron identifica que la coordinación interinstitucional es una de las principales barreras que existe para lograr una atención de calidad y oportuna en caso de requerir el traslado de la gestante a un centro de salud, además de la falta de protocolos compartidos, diferencias de enfoques, estigmas hacia los partos en casa, falta de reconocimiento a la labor.

Tabla 12: *Pregunta 9*

Subcategoría:	Prevención de riesgos
Pregunta 2: ¿Considera que la educación prenatal a las adolescentes podría disminuir los riesgos durante un parto en casa?	
Entrevistado	**Respuesta**
Partera 1	La educación prenatal es muy importante y si disminuiría algunos riesgos.
Partera 2	Sí, pero no se puede eliminar todos ni garantizar complicaciones en el parto.

Partera 3	Sí, porque una adolescente informada reconoce señales de peligro.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Las parteras entrevistadas consideran que la educación prenatal a las adolescentes podría disminuir los riesgos durante un parto en casa, pero no los elimina, pues hay que considerar que el conocimiento puede ayudar a que las gestantes identifiquen señales que alerten posibles anomalidades.

Anexo 5.Resultados entrevista a profesionales obstetras y médicos familiares

Tabla 13: Categoría 1: Técnicas

Subcategoría:	Técnicas y materiales utilizados durante la atención de un parto domiciliario
Pregunta 2: ¿Qué técnicas utiliza durante la atención de un parto domiciliario y qué materiales considera indispensables para garantizar un procedimiento seguro?	
Entrevistado	**Respuesta**
Profesional 1	Sólo atiendo un parto domiciliario cuando la gestante cumple todos los criterios de bajo riesgo, ejemplo: controles completos, plan de traslado inmediato, Técnicas: Evaluación clínica continua, protección perineal, Manejo no farmacológico del dolor, atención de expulsión.
Profesional 2	Primero verifico que el trabajo de parto evolucione de forma normal y controlo los signos vitales de la madre. También apoyo con respiración y posiciones cómodas. Materiales básicos: guantes estériles, gasas, sábanas limpias, antiséptico, tijeras estériles y pinzas para el cordón.
Profesional 3	Me enfoco principalmente en la recepción del recién nacido. Realizo secado inmediato, evaluación rápida del bebé y promuevo el contacto piel con piel. Materiales indispensables: toallas limpias, guantes, pinzas para el cordón, tijeras estériles y equipo básico para el recién nacido.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Al indagar sobre las técnicas que se utilizan durante la atención de un parto domiciliario, los entrevistados han utilizado distintas, todo depende su área. Por una parte, la obstetra señala que suele realizar una evaluación clínica continua, protección perineal, un manejo no farmacológico del dolor y atención de expulsión. La médica de familia, indica que cuando ha participado en este tipo de partos realiza un control de los signos vitales, apoya en la respiración de la gestante colocación de posiciones cómodas. En tanto que, el pediatra, se enfoca en el recibir y atender al recién nacido, es decir realiza una revisión rápida y promueve el contacto físico con la madre. En cuanto a los materiales indispensables para garantizar un procedimiento seguro, los profesionales utilizan equipo básico, guantes, toallas, tijeras estériles, pinzas, sábanas limpias, entre otros.

Tabla 14: Categoría 2: Parto domiciliario

Subcategoría:	Decisión de optar por un parto domiciliario
Pregunta 2: ¿Qué factores considera que influyen en la decisión de una adolescente de optar por un parto domiciliario?	
Entrevistado	**Respuesta**
Profesional 1	Suele optar por un parto domiciliario por los siguientes factores: Sociales, emocionales, familiares, económicos y estructurales.
Profesional 2	En muchos casos influyen la edad, el miedo a los hospitales, la falta de información y también la influencia de la familia o la comunidad.
Profesional 3	También intervienen factores culturales, la confianza en las parteras y, en algunos casos, las dificultades para acceder a un centro de salud.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Al indagar sobre los factores que influyen en la decisión de una adolescente de optar por un parto domiciliario, los entrevistados afirman que esta depende de factores socioculturales; emocionales, como el miedo a los hospitales; familiares, ya que se encuentran en una edad que la familia tiene gran influencia en las decisiones; económicos, lo que limita el traslado y acceso a centros hospitalarios; y, estructurales, ya que en muchas comunidades existen barreras geográficas, es decir existe grandes distancias para poder acceder a un centro de salud.

Tabla 15: Categoría 3: Riesgos obstétricos

Subcategoría:	Riesgos obstétricos en partos domiciliarios
Pregunta 3. ¿Cuáles son los principales riesgos obstétricos que usted identifica en partos domiciliarios en adolescentes?	
Entrevistado	**Respuesta**
Profesional 1	Las principales son: Desproporción céfalo pélvica DCP Preeclampsia y eclampsia Hemorragia posparto Parto prematuro Ruptura uterina Infecciones maternas y neonatales
Profesional 2	Entre los riesgos más frecuentes están la hemorragia, la presión alta durante el embarazo, infecciones y complicaciones en el trabajo de parto por la edad de la madre.
Profesional 3	Desde el punto de vista del recién nacido, puede haber sufrimiento fetal, bajo peso al nacer, dificultad para respirar o infecciones si no se cuenta con atención adecuada.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

En lo que respecta a los principales riesgos obstétricos que los entrevistados identifican en partos domiciliarios en adolescentes se menciona la desproporción céfalo pélvica DCP, la preclamsia y eclampsia, hemorragia posparto, parto prematuro, ruptura uterina e infecciones maternas y neonatales. En cuanto al recién nacido, se señala como factores de riesgo el bajo peso al nacer, las dificultades al respirar, entre otros.

Tabla 16: Categoría 4: Coordinación del parto

Subcategoría:	Coordinación con las parteras durante un parto domiciliario
Pregunta 4. ¿Cómo organiza el personal de enfermería la coordinación con las parteras durante un parto domiciliario?	
Entrevistado	**Respuesta**
Profesional 1	Nuestra organización se basa en protocolos y comunicación constante.
Profesional 2	Se mantiene comunicación con la partera para conocer el estado de la gestante y, si es necesario, coordinar una referencia al centro de salud.

Profesional 3	Cuando se requiere, se brinda apoyo en la valoración del recién nacido y se coordina con el equipo de salud para el seguimiento posterior.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

De acuerdo a los profesionales entrevistados, suelen organizar el personal de enfermería para la coordinación con las parteras durante un parto domiciliario a través de protocolos y comunicación constante y conforme los requerimientos brindan la atención que sea necesaria, como la valoración del recién nacido.

Tabla 17: Categoría 5: Capacitaciones

Subcategoría:	Capacitaciones específicas para manejar partos domiciliarios
Pregunta 5. ¿Qué capacitaciones específicas ha recibido para manejar partos domiciliarios y reducir riesgos obstétricos en adolescentes?	
Entrevistado	**Respuesta**
Profesional 1	He recibido múltiples capacitaciones orientadas a garantizar la seguridad: Emergencias obstétricas en el 1ro y 2do nivel de atención. Atención obstétrica integral a adolescentes.
Profesional 2	He participado en capacitaciones sobre control prenatal, identificación de signos de alarma en el embarazo y manejo inicial de emergencias obstétricas.
Profesional 3	He recibido formación en reanimación neonatal, atención inmediata del recién nacido y manejo de complicaciones neonatales básicas.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Los resultados evidencian que los entrevistados han accedido a diversas capacitaciones específicas para manejar partos domiciliarios y reducir riesgos obstétricos en adolescentes, las cuales se enmarcan en el control prenatal, emergencias obstétricas en el 1ro y 2do nivel de atención, atención inmediata del recién nacido, entre otros. Conforme los resultados, los profesionales buscan capacitarse según su área de especialización con la finalidad de ofrecer una atención de calidad que garantice el bienestar del recién nacido y su madre.

Tabla 18: Categoría 6: Lugar del parto

Subcategoría:	Acceso a servicios de salud
Pregunta 6. ¿Considera que la falta de acceso a servicios de salud influye en que las adolescentes opten por un parto en el hogar? Sí ☐ No ☐ Explique por qué:	
Entrevistado	**Respuesta**
Profesional 1	Sí, la barrera geográfica es una de las mayores limitantes para ser entendidas en un centro de salud, barreras económicas, discriminación y maltrato.

Profesional 2	Sí. En algunas comunidades el acceso a los centros de salud es difícil por la distancia, el transporte o la falta de información, por lo que algunas adolescentes prefieren quedarse en casa.
Profesional 3	Sí. Cuando el acceso a los servicios es limitado o tardío, aumenta la probabilidad de que las gestantes opten por un parto domiciliario.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Los resultados indican que la falta de acceso a servicios de salud sí influye en que las adolescentes opten por un parto en el hogar según el criterio de los entrevistados, pues hay que considerar que en muchas zonas rurales del Ecuador el acceso a centros hospitalarios es limitado, principalmente debido a que se ubican a distancias considerables y con transporte limitado. Por otra parte, existen otros factores que pueden influir en su decisión, como los económicos o el desconocimiento.

Tabla 19: Categoría 7: Recursos para la atención de partos en adolescentes

Subcategoría:	Guía específica para la atención de partos en adolescentes
Pregunta 7. ¿Cuenta usted, como personal de salud, con una guía específica para la atención de partos en adolescentes en comunidades indígenas?	
Entrevistado	**Respuesta**
Profesional 1	Sí, existen una guía y lineamientos para la atención, en estas guías incluyen adaptación intercultural de la atención, evaluación del riesgo obstétrico en adolescentes, orientaciones sobre consentimiento informado y acompañamiento, componentes de educación prenatal adoptada.
Profesional 2	Sí, contamos con lineamientos que orientan la atención con enfoque intercultural y el manejo adecuado del embarazo en adolescentes.
Profesional 3	Sí, existen guías que ayudan a orientar la atención materna y neonatal, considerando el respeto a las prácticas culturales y la seguridad de la madre y del recién nacido.

Fuente: Resultados de la entrevista. Elaborado por Sisa N. (2026).

Análisis

Conforme indican los entrevistados, existen guías y lineamientos para atender partos dentro y fuera de los centros hospitalarios, en estas guías se ha incluido adaptaciones interculturales de atención, evaluación del riesgo obstétrico, orientaciones sobre consentimiento informado y acompañamiento, componentes de educación prenatal, así como manejo adecuado del embarazo en adolescentes. En efecto, las guías y lineamientos facilitan la labor de los profesionales de la salud en materia de atención en partos y de este modo garantizar la seguridad de la madre y el recién nacido.

Anexo 6. Propuesta

PARTO DOMICILIARIO EN COMUNIDADES INDIGENAS



PLAN DE INTERVENCIÓN

Nancy Sisa

Ambato – Ecuador

2026

INTRODUCCIÓN

El parto domiciliario es una práctica vigente en varias comunidades rurales e indígenas del Ecuador, donde prevalece los conocimientos ancestrales y culturales en la atención del parto. En zonas como Chibuleo, esta modalidad de parto responde a factores geográficos, de acceso a los servicios de salud, así como a la confianza que existe hacia parteras tradicionales y las prácticas culturales.

Sin embargo, cuando el parto domiciliario ocurre en población adolescente, los riesgos obstétricos pueden incrementarse debido a condiciones biológicas, sociales y económicas propias de esta etapa de vida.

En este contexto, la presente guía en partos domiciliarios en comunidades indígenas busca fortalecer las competencias del personal de enfermería, parteras tradicionales, adolescentes gestantes y familia él propósito es de fortalecer la participación activa promover prácticas seguras y minimizar riesgos durante el parto domiciliario.

La guía integra conocimientos comunitarios y prácticas basadas en evidencia científica, priorizando la seguridad materna y neonatal, el respeto a la identidad cultural y la referencia oportuna hacia los servicios de salud ante situaciones que representen riesgo.

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de esta guía de intervención surge ante la necesidad de fortalecer la atención del parto domiciliario en adolescentes de la comunidad de Chibuleo, considerando que, si bien esta práctica forma parte de la identidad cultural, también puede implicar riesgos significativos cuando no se cuenta con capacitación adecuada, medidas de bioseguridad estandarizadas y coordinación oportuna con los servicios de salud.
Además, la adolescencia constituye una etapa de mayor vulnerabilidad reproductiva, donde factores biológicos, sociales y culturales pueden incrementar riesgos obstétricos, por lo que el rol de enfermería es esencial mediante acciones de promoción de la salud, educación prenatal, vigilancia de riesgos y acompañamiento integral.

Por ello, la presente propuesta se justifica en la importancia de establecer estrategias de enfermería con enfoque preventivo e intercultural que permitan integrar los conocimientos tradicionales de la comunidad con prácticas basadas en evidencia científica, promoviendo una atención materno-neonatal humanizada, segura y culturalmente pertinente en adolescentes que optan por el parto domiciliario en la comunidad.

OBJETIVOS

GENERAL

Establecer estrategias de enfermería con enfoque preventivo e intercultural para fortalecer la atención del parto domiciliario en adolescentes de la comunidad, contribuyendo a la identificación oportuna de riesgos obstétricos, educación materna y referencia temprana a los servicios de salud.

ESPECÍFICOS

1. Realizar una valoración integral, sistemática e intercultural de la adolescente gestante que permita identificar oportunamente factores de riesgo obstétrico, condiciones del entorno domiciliario y necesidades de cuidado
2. Identificar los principales riesgos obstétricos en adolescentes durante el parto domiciliario en Chibuleo, mediante información obtenida del personal de salud, parteras tradicionales y gestantes adolescentes.
3. Proponer estrategias de enfermería orientadas a la prevención de riesgos obstétricos y al fortalecimiento de la atención del parto domiciliario en adolescentes.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Tabla 20. *Glosario de contenido*

Adolescencia:	Etapa del desarrollo humano comprendida entre los 10 y 19 años, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden influir en la salud sexual y reproductiva.
Adolescente gestante:	Mujer embarazada cuya edad se encuentra dentro del período de adolescencia, considerada una población con necesidades específicas de atención debido a factores biológicos y sociales.
Atención intercultural:	Modelo de atención sanitaria que reconoce, respeta e integra los conocimientos, prácticas y creencias culturales de una comunidad, promoviendo una relación equitativa entre los saberes tradicionales y científicos.
Atención prenatal:	Conjunto de controles, evaluaciones e intervenciones realizadas durante el embarazo con el propósito de vigilar la salud materna y fetal, detectar riesgos y prevenir complicaciones.
Atención del parto domiciliario:	Proceso de asistencia del nacimiento desarrollado en el hogar de la gestante bajo condiciones previamente planificadas, con valoración del riesgo, personal capacitado y mecanismos de referencia establecidos.
Bioseguridad:	Conjunto de normas y medidas preventivas destinadas a reducir el riesgo de transmisión de infecciones durante la atención sanitaria mediante el uso adecuado de barreras de protección y manejo seguro de materiales.
Complicación obstétrica:	Alteración o evento adverso que puede presentarse durante el embarazo, parto o puerperio y que puede comprometer la salud materna o fetal.
Contracciones uterinas:	Contracciones musculares del útero que producen modificaciones cervicales y favorecen el avance del trabajo de parto.

Cuidados neonatales inmediatos:	Intervenciones realizadas durante los primeros minutos de vida del recién nacido destinadas a favorecer su adaptación extrauterina, incluyendo secado, termorregulación, valoración respiratoria y contacto piel a piel.
Eclampsia:	Forma grave de los trastornos hipertensivos del embarazo caracterizada por la aparición de convulsiones asociadas a preeclampsia.
Enfoque preventivo:	Estrategia orientada a anticipar, identificar y disminuir factores de riesgo mediante acciones educativas, vigilancia y atención oportuna.
Factor de riesgo obstétrico:	Característica, condición o antecedente materno, fetal o social que aumenta la probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.
Fase expulsiva:	Segundo período del trabajo de parto que inicia con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del recién nacido.
Hemorragia posparto:	Pérdida sanguínea excesiva posterior al nacimiento que puede comprometer la estabilidad hemodinámica de la madre y constituye una emergencia obstétrica.
Intervención de enfermería:	Conjunto de acciones planificadas y ejecutadas por el profesional de enfermería para promover la salud, prevenir riesgos y brindar cuidados integrales.
Parto humanizado:	Modelo de atención que respeta los derechos, necesidades, preferencias y autonomía de la mujer durante el proceso del nacimiento.
Partera tradicional:	Persona reconocida dentro de una comunidad por sus conocimientos ancestrales y experiencia en el acompañamiento del embarazo, parto y puerperio desde un enfoque cultural.
Prevención obstétrica:	Acciones destinadas a reducir la aparición de complicaciones maternas y neonatales mediante identificación temprana de riesgos y atención oportuna.
Riesgo obstétrico:	Probabilidad de aparición de complicaciones que pueden afectar la salud de la madre, el feto o el recién nacido durante el período reproductivo.

Signos de alarma:	Manifestaciones clínicas que indican una posible complicación y requieren valoración inmediata por parte del personal sanitario.
Trabajo de parto:	Proceso fisiológico caracterizado por contracciones uterinas regulares que producen cambios cervicales y culminan con el nacimiento del bebé y la expulsión placentaria.
Vigilancia materno-fetal:	Seguimiento continuo del estado de salud de la madre y del feto mediante valoración clínica, control de signos vitales y evaluación del bienestar fetal.

Abreviaturas

- APS Atención Primaria de Salud
- MSP Ministerio de Salud Pública
- OMS Organización Mundial de la Salud
- FCR Frecuencia Cardíaca Fetal
- FC Frecuencia Cardiaca
- FR Frecuencia Respiratoria
- PA Presión Arterial
- T° Temperatura
- RPM Ruptura Prematura de Membrana
- RN Recién Nacido
- PPH Hemorragia Postparto
- EPP Equipo de Protección Personal
- VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana
- IVU Infecciones de Vías Urinarias
- IMC Índice de Masa Corporal

GENERALIDADES DEL PARTO DOMICILIARIO EN COMUNIDADES INDÍGENAS

El Ecuador es un Estado intercultural y plurinacional, caracterizado por la coexistencia de diversas nacionalidades y pueblos indígenas que conservan conocimientos y prácticas ancestrales vinculadas al cuidado de la salud materna. Entre estas prácticas se encuentra el parto domiciliario, una modalidad de atención que, en comunidades como Chibuleo, continúa formando parte de la tradición y de la identidad cultural, con la participación activa del personal de salud, la partera tradicional y la familia.

Figura 1. *Valoración integral*

I. VALORACIÓN INTEGRAL

Realizar una valoración integral, sistemática e intercultural de la adolescente gestante que permita identificar oportunamente factores de riesgo obstétrico, condiciones del entorno domiciliario y necesidades de cuidado, con el fin de planificar intervenciones de enfermería seguras y prevenir complicaciones maternas y neonatales durante el parto domiciliario.

La valoración debe realizarse al inicio de la atención y actualizarse de forma continua durante todo el trabajo de parto

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GESTANTE

Objetivo

Obtener información básica que permita individualizar la atención y facilitar la continuidad del cuidado.

Datos	Registro
Nombre completo	
Edad	
Comunidad	
Nacionalidad	
Estado civil	
Escolaridad	
Ocupación	

Dirección	
Teléfono	
Persona responsable	
Edad gestacional	

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Objetivo

Identificar antecedentes que incrementen el riesgo de complicaciones durante el parto.

Antecedente	Sí	No
Primigesta		
Abortos previos		
Cesárea previa		
Parto pretérmino		
Hemorragia obstétrica		
Preeclampsia/Eclampsia		
Diabetes gestacional		
Hipertensión arterial		
Embarazo múltiple		
Infección urinaria recurrente		
Anemia		

La presencia de uno o más antecedentes de alto riesgo requiere valoración especializada y reconsiderar la pertinencia del parto domiciliario.

3. VALORACIÓN DEL CONTROL PRENATAL

Objetivo

Determinar si la gestante recibió seguimiento adecuado durante el embarazo.

Aspecto	Cumple	No cumple
Controles prenatales periódicos		
Carné perinatal disponible		
Ecografías realizadas		
Vacunación actualizada		
Suplementación con hierro		
Suplementación con ácido fólico		
Exámenes de laboratorio		
Clasificación del riesgo obstétrico		

La ausencia de controles prenatales constituye un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de complicaciones no diagnosticadas.

4. VALORACIÓN DEL ESTADO MATERNO

Objetivo

Detectar alteraciones clínicas antes y durante el trabajo de parto.

A) Signos Vitales

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Presión arterial		<140/90 mmHg
Frecuencia cardíaca materna		60–100 lpm
Frecuencia respiratoria		12–20 rpm
Temperatura		36,5–37,5 °C
Saturación de oxígeno (si dispone)		≥95 %
Frecuencia cardíaca fetal		110–160 lpm

B) Exploración Física

Región anatómica	Aspectos a valorar	Valoración
Estado general	Estado de conciencia, coloración de piel y mucosas, hidratación y estado emocional.	
Cabeza y cuello	Cefalea, alteraciones visuales, edema facial y mucosas.	
Tórax	Frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial y dificultad respiratoria.	
Abdomen obstétrico	Altura uterina, dinámica uterina, movimientos fetales, situación, posición y presentación fetal.	
Región perineal	Sangrado vaginal, características del líquido amniótico e integridad del periné.	
Extremidades	Edema, perfusión, movilidad y temperatura.	

Recordatorio para la valoración del abdomen obstétrico

Durante la valoración del abdomen obstétrico, se deberá:

Valorar la altura uterina, verificando que corresponda con la edad gestacional.

Evaluar la dinámica uterina, identificando la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.

Confirmar la presencia de movimientos fetales mediante la información proporcionada por la gestante.

Determinar la situación fetal utilizando las maniobras de Leopold para identificar la relación del eje fetal con el eje materno.

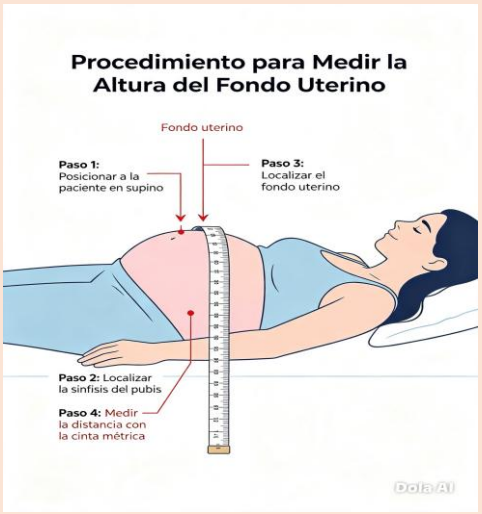
Identificar la posición fetal, localizando el dorso para facilitar la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

Verificar la presentación fetal, confirmando la parte del feto que se encuentra en el estrecho superior de la pelvis.

Registrar todos los hallazgos en la ficha de valoración obstétrica para dar continuidad al seguimiento del trabajo de parto.

Objetivo:
"Facilitar la identificación de la posición fetal, crecimiento uterino y bienestar fetal mediante técnicas de valoración abdominal obstétrica realizadas por el personal de enfermería."

Fondo uterino



Maniobras de Leopold



Signos de alarma maternos:

- Presión arterial ≥140/90 mmHg.
- Sangrado vaginal abundante.
- Convulsiones.
- Dolor abdominal intenso persistente.
- Fiebre ≥38 °C.
- Cefalea intensa.
- Visión borrosa.

Disminución del estado de conciencia. Suspender la atención domiciliaria y activar el sistema de referencia.

5. VALORACIÓN FETAL

Objetivo

Determinar el bienestar fetal antes y durante el trabajo de parto

Aspecto	Técnica de valoración	Registro
Edad gestacional	Verificar mediante FUM, carné perinatal o ecografía.	
Movimientos fetales	Preguntar a la gestante y confirmar su percepción.	
Presentación fetal	Valorar mediante maniobras de Leopold.	
Frecuencia cardíaca fetal	Auscultar durante 1 minuto con Doppler o Pinard.	
Integridad de membranas	Verificar ruptura de membranas mediante entrevista e inspección.	
Color del líquido amniótico	Observar color y características del líquido.	

Hallazgos de alarma

Frecuencia cardíaca fetal anormal. Ausencia de movimientos fetales. Presentación podálica o transversa. Líquido amniótico meconial espeso. Prolapso del cordón umbilical.

6. VALORACIÓN PSICOSOCIAL

Objetivo

Identificar factores emocionales, familiares y sociales que puedan afectar la evolución del parto y la adherencia a las recomendaciones.

Aspecto	Sí	No
Apoyo familiar		
Acompañante durante el parto		
Ansiedad intensa		
Miedo		
Violencia intrafamiliar		
Consumo de alcohol		
Consumo de tabaco		
Consumo de drogas		

Brindar apoyo emocional, educación y facilitar la participación activa de la familia durante el proceso del parto.

7. VALORACIÓN INTERCULTURAL

Objetivo

Incorporar las prácticas culturales seguras de la comunidad respetando la cosmovisión de la adolescente y su familia, sin comprometer la seguridad materna y neonatal.

Aspectos a valorar

- Idioma predominante.
- Presencia de la partera tradicional (Yachak Warmi).
- Posición elegida para el parto.
- Prácticas ancestrales permitidas.
- Uso de plantas medicinales
- Rituales culturales asociados al nacimiento.
- Participación de la familia en la atención.
- Aceptación del traslado a un establecimiento de salud en caso de emergencia.

: **Favorecer las prácticas culturales que no representen riesgo clínico y mantener una comunicación respetuosa con la partera tradicional y la familia.**

🌿 Uso de plantas tradicionales 🌿

Servir como apoyo complementario seguro, respetando la identidad cultural y los saberes de la Yachak Warmi.

PLANTA / REMEDIO	FASE DEL PARTO	FINALIDAD / BENEFICIO	PRECAUCIONES IMPORTANTES
Manzanilla	Dilatación y todo el proceso	Relaja, calma dolor y nervios; reduce inflamación.	Segura en dosis adecuadas.
Toronjil / Hierbabuena	Dilatación	Calma ansiedad, relaja y alivia molestias digestivas.	Evitar si hay mucha acidez.
Albahaca	Dilatación	Facilita el avance de la dilatación y calma tensión.	No usar antes de iniciar el trabajo de parto.
Café negro	Dilatación y parto activo	Da energía y mantiene el estado de alerta.	Solo una taza pequeña; evitar si hay taquicardia o hipertensión.
Orégano	Parto activo	Estimula suavemente el útero y mejora la circulación.	No usar antes del término del embarazo.
Canela	Expulsión y alumbramiento	Fortalece contracciones y ayuda a controlar sangrado leve.	No usar en etapas tempranas del embarazo.
Pepa de aguacate	Expulsión de placenta	Tonifica el útero y facilita la salida de la placenta.	Solo bajo indicación de la partera.
Matico / Caléndula	Atención inmediata al nacimiento	Desinfecta, antiséptico y	Solo uso externo.

		cicatrizante en zona perineal.	
Ruda	Alivio de molestias durante el parto	Masajes suaves para aliviar dolor muscular.	PROHIBIDO ingerir durante todo el proceso.

Nota: Según (TANNYA ALEXANDRA QUIZHPILEMA ZHININ)**,** A nivel mundial, el uso de las plantas medicinales no cuenta con un sustento científico que corrobore su eficacia y seguridad, sin embargo, denota como un método accesible que ha trascendido a través del tiempo con resultados positivos.

NO ingerir la ruda durante el parto esta provoca contracciones uterinas muy fuertes, desordenadas y violentas, que pueden romper el útero o impedir el avance normal del parto.

🚨 Traslado urgente al centro de salud o llamar a emergencias 🚨

8. CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

Nivel	Criterios	Conducta
Bajo riesgo	Embarazo único, cefálico, 37–42 semanas, controles prenatales adecuados, sin signos de alarma, entorno seguro.	Continuar vigilancia e intervenciones de enfermería.
Riesgo moderado	Uno o más factores que requieren vigilancia estrecha: anemia leve, pocos controles prenatales, apoyo familiar insuficiente, dificultades del entorno.	Intensificar el monitoreo, reforzar la educación y preparar un plan de referencia.
Alto riesgo	Hemorragia, hipertensión, convulsiones, presentación anómala, sufrimiento fetal, trabajo de parto pretérmino, fiebre, líquido meconial espeso u otros signos de alarma.	No continuar la atención domiciliaria. Activar inmediatamente el sistema de referencia y traslado al establecimiento de salud.



II INTERVENSIONES Y COORDINACIÓN

Establecer intervenciones de enfermería basadas en la prevención, el enfoque intercultural y la atención integral, orientadas a garantizar la seguridad de la madre y el recién nacido.

2. BIOSEGURIDAD Y PREPARACIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO

La bioseguridad y preparación del parto domiciliario comprende el conjunto de acciones preventivas, organizativas y educativas orientadas a garantizar condiciones seguras durante la atención del parto.

Objetivo

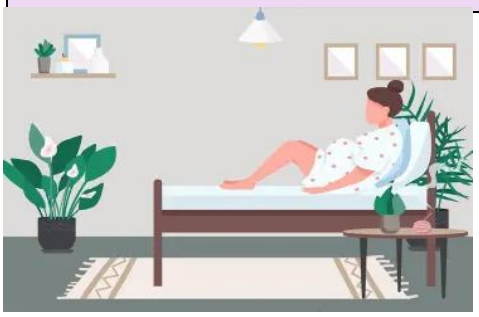
Disminuir el riesgo de infecciones, complicaciones maternas y neonatales, favoreciendo una atención humanizada, respetuosa e intercultural.

3. Preparación del ambiente

La preparación del ambiente donde se realizará el parto domiciliario es una actividad esencial para garantizar seguridad, comodidad y privacidad durante el nacimiento.

Limpieza del espacio	Ventilación e iluminación
• Realizar limpieza previa del lugar donde se atenderá el parto.	• Garantizar adecuada circulación de aire.
• Retirar objetos innecesarios que puedan dificultar la atención.	• Mantener iluminación suficiente para observar correctamente a la madre y al recién nacido.
• Mantener superficies limpias donde se colocarán los materiales.	• Evitar ambientes excesivamente fríos o húmedos.

- Evitar acumulación de polvo, suciedad o elementos contaminantes.





Privacidad y comodidad	**Seguridad ante emergencias**
• Permitir que la gestante se sienta segura y tranquila.	• Antes del parto se debe establecer:
• Respetar la presencia de acompañantes elegidos por la mujer.	• Identificación del establecimiento de salud más cercano.
• Facilitar posiciones cómodas durante el trabajo de parto.	• Disponibilidad de transporte.
	• Número telefónico de contacto.
	• Persona responsable de solicitar ayuda en caso de emergencia.





Figura 2. *Materiales estériles para el procedimiento*

4. MATERIAL ESTÉRIL PARA EL PROCEDIMIENTO

Material	¿Listo?	¿Estéril?
Guantes estériles	☐ Sí ☐ No	✅ Obligatorio
Campos estériles	☐ Sí ☐ No	✅ Obligatorio
Gasas estériles	☐ Sí ☐ No	✅ Obligatorio
Pinzas hemostáticas	☐ Sí ☐ No	✅ Desinfectado
Tijera estéril	☐ Sí ☐ No	✅ Exclusiva para cordón
Pinza / Clamp umbilical	☐ Sí ☐ No	✅ O romanilla estéril

5. Kit limpio

Su objetivo principal es reducir la contaminación y prevenir infecciones durante el nacimiento.

La preparación del kit debe realizarse antes del inicio del trabajo de parto y mantenerse protegido hasta el momento de su utilización.

Materiales principales para la atención del parto

- 🧤 Guantes estériles
- 🥽 Mascarilla y protección ocular
- 🧴 Solución antiséptica
- 🩹 Gasas y algodón estériles
- ✂️ Tijera estéril para cordón umbilical
- 📎 Ligaduras o pinzas hemostáticas
- 🔗 Pinza de cordón
- 🩺 Perilla de aspiración
- 🔊 Estetoscopio

Materiales en la bandeja para el recién nacido

- ✂️ Tijeras estériles
- 🔗 Clamp umbilical
- 🩹 Recipiente con torundas
- 🧺 Campos o paños limpios
- 🧴 Frasco de aceite
- 🧼 Jabonera

Figura 3. *Medidas de Bioseguridad*

6. Medidas de Bioseguridad

Medida de bioseguridad	Descripción / Aplicación durante la atención
Lavado de manos 	Realizar higiene de manos antes y después de la atención de la gestante y del recién nacido para prevenir la transmisión de microorganismos.
Uso de guantes y equipo de protección personal. 	Utilizar guantes, mascarilla y protección necesaria según el procedimiento para reducir el riesgo de exposición a sangre y fluidos corporales.
Técnica aséptica 	Mantener condiciones de limpieza y esterilidad durante procedimientos como la atención del nacimiento, manejo del cordón umbilical y cuidados del recién nacido.
Preparación y desinfección del área de atención.	Garantizar un espacio limpio, seguro y organizado, con superficies desinfectadas y materiales previamente preparados.

Medida de bioseguridad	Descripción / Aplicación durante la atención
	
Manejo y eliminación de residuos. 	Clasificar y eliminar correctamente materiales contaminados y objetos cortopunzantes para evitar riesgos biológicos y accidentes.
Desinfección y esterilización del instrumental. 	Verificar que los instrumentos utilizados se encuentren limpios, desinfectados o esterilizados antes de la atención del parto.

III Intervenciones de Enfermería Durante el Parto

Objetivo

Brindar cuidados continuos que favorezcan la evolución fisiológica del parto y permitan identificar oportunamente cualquier complicación.

1. **Puntos clave:**
• 🩺 Vigilar periódicamente los signos vitales maternos. • ❤️ Controlar la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto. • 🤱 Brindar apoyo emocional continuo y respetar las prácticas culturales seguras. • 🩸 Vigilar la cantidad y características del sangrado vaginal. • 🚑 Activar la referencia inmediata ante la presencia de signos de alarma maternos o neonatales. • 📝 Registrar de forma completa y oportuna todas las valoraciones e intervenciones realizadas.

2. **Fisiología y etapas del parto**
3. **Etapas del parto**

El proceso del parto se desarrolla de manera progresiva a través de cuatro etapas fisiológicas, las cuales presentan características propias que orientan la valoración y el seguimiento de la madre y del feto durante el nacimiento. En el parto domiciliario, el conocimiento de estas etapas permite al profesional de enfermería y a la partera tradicional acompañar la evolución del trabajo de parto, identificar de forma temprana posibles complicaciones y tomar decisiones oportunas para preservar el bienestar materno y neonatal dentro de un enfoque preventivo e intercultural.

Figura 4. *Etapas del parto*

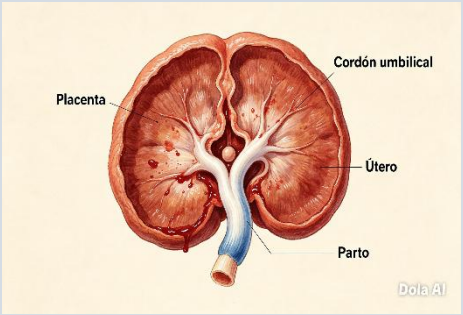
ETAPAS DEL PARTO
1. Dilatación: La etapa de dilatación es la primera fase del parto y comienza con el inicio de contracciones uterinas regulares que provocan cambios progresivos en el cuello uterino. En esta fase, el cuello uterino se reblandece, se acorta (se borra) y se dilata hasta alcanzar aproximadamente 10 centímetros, permitiendo que el bebé descienda hacia el canal vaginal. 



2. Etapa expulsiva: Cuando el cuello uterino está completamente dilatado y la madre comienza a sentir deseos de pujar, se inicia la segunda etapa del parto. Esta fase comienza con la dilatación completa del cuello uterino (10 cm) y finaliza con el nacimiento del bebé. Durante esta etapa, las contracciones uterinas son más largas, frecuentes e intensas, y la madre debe participar activamente pujando para ayudar al bebé a salir a través del canal de parto.

Nota: Durante el período expulsivo, la gestante puede adoptar la posición de parto que le resulte más cómoda y segura, respetando sus preferencias culturales siempre que no exista contraindicación clínica.

3. Alumbramiento: La tercera fase del parto es el alumbramiento, que consiste en la expulsión de la placenta y las membranas fetales tras el nacimiento del feto. Por lo general, ocurre dentro de los primeros 30 minutos posteriores al parto. Se recomienda el manejo activo de esta tercera etapa del parto.





4. **Puerperio inmediato:** Corresponde a las primeras dos horas posteriores al alumbramiento, durante las cuales se vigila la estabilidad de la madre y del recién nacido para identificar de manera temprana cualquier complicación y favorecer el inicio del vínculo materno y la lactancia.

4. Vigilancia y Acciones Clave

Etapa	Definición	Duración	Vigilancia y acciones clave	Signos de alarma
1. Dilatación	Hasta 10 cm de apertura	8–12 h	Controlar PA, FC y FCR; observar líquido; permitir movimiento	>12 h sin avance, fiebre, meconio, sangrado
2. Expulsiva	Hasta nacimiento del bebé	≤ 2 h	Vigilar descenso fetal; orientar pujos; proteger perineo	>2–3 h pujando, FCR alterada, dolor intenso
3. Alumbramiento	Hasta salida de placenta	5–30 min	No traccionar cordón; masajear útero; verificar integridad	>30 min sin expulsión, sangrado >500 ml
4. Puerperio inmediato	Primeras 2 h posparto	2 h	Vigilar útero y sangrado; contacto piel con piel; lactancia	Útero blando, sangrado abundante, mareos

5. POSICIONES PARA EL PARTO DOMICILIARIO

Las posiciones durante el parto domiciliario permiten que la gestante adopte una postura cómoda y funcional durante el trabajo de parto y nacimiento, favoreciendo la movilidad, el descenso fetal y la participación activa de la mujer, siempre considerando la seguridad materna y fetal.

Figura 5. *Posición vertical*

5.1 Posición vertical

Es la posición en la que la gestante permanece con el tronco erguido, ya sea de pie, sostenida o apoyada, permitiendo utilizar la fuerza de gravedad para favorecer el descenso fetal durante el trabajo de parto.



Beneficios:	**Rol de enfermería:**
Favorece el descenso y acomodación del feto. Facilita la movilidad pélvica. Puede favorecer un trabajo de parto más fisiológico. Permite mayor participación y control de la gestante.	Valorar la condición materna y fetal antes de favorecer esta posición. Brindar apoyo físico y emocional durante las contracciones. Garantizar un ambiente seguro para prevenir caídas. Vigilar signos vitales y signos de alarma obstétrica.

5.2 Posición en cuclillas

Es una postura donde la gestante permanece agachada con las rodillas flexionadas, manteniendo el cuerpo sostenido mediante apoyo físico o elementos disponibles.



Beneficios:	**Rol de enfermería:**
Favorece la ampliación de la pelvis. Facilita el descenso fetal. Puede disminuir la presión lumbar.	Proporcionar apoyo para mantener estabilidad y seguridad. Vigilar signos de agotamiento materno.

Favorece la participación activa durante el expulsivo.	Observar la evolución del trabajo de parto y bienestar fetal.

5.3 Posición lateral

Es la posición en la que la gestante permanece acostada de lado, generalmente sobre el lado izquierdo, con las piernas flexionadas para favorecer comodidad y descanso.



Beneficios:	**Rol de enfermería:**
Favorece la relajación materna. Mejora el retorno venoso y circulación uteroplacentaria. Reduce el cansancio durante el trabajo de parto. Puede favorecer el bienestar fetal.	Ayudar a mantener una posición cómoda y segura. Vigilar signos vitales y respuesta materna. Controlar la evolución del trabajo de parto.

5.4 Posición semisentada

Es una posición donde la gestante permanece con el tronco elevado, apoyada mediante almohadas, pared u otro soporte durante el trabajo de parto.



Beneficios:	**Rol de enfermería:**
Favorece la comodidad materna. Permite descanso entre contracciones. Facilita la interacción con el acompañante. Puede favorecer el descenso fetal.	Brindar soporte y comodidad a la gestante. Mantener una postura segura. Vigilar signos maternos y fetales.

5.5 Posición de rodillas

Es la posición donde la gestante permanece apoyada sobre sus rodillas, pudiendo inclinarse hacia adelante para favorecer comodidad durante el trabajo de parto.



Beneficios:	**Rol de enfermería:**
Puede disminuir el dolor lumbar. Favorece movimientos de la pelvis.	Apoyar a la gestante en la adopción de la posición.

Permite cambios posturales durante las contracciones.	Evaluar tolerancia y comodidad. Vigilar signos de fatiga o complicación.

5.6 Posición de cuatro apoyos

Es la posición donde la gestante permanece apoyada sobre manos y rodillas, permitiendo libertad de movimiento durante el trabajo de parto.



Beneficios:	**Rol de enfermería:**
Puede disminuir molestias lumbares. Favorece la movilidad pélvica. Puede facilitar la rotación fetal.	Garantizar una superficie segura e higiénica. Vigilar estabilidad materna. Controlar signos de alarma obstétrica.

5.7 Posición de pie con apoyo

Es una posición donde la gestante permanece de pie utilizando apoyo de una persona, pared u otro elemento estable durante el trabajo de parto.



Beneficios:	**Rol de enfermería:**
Favorece el efecto de la gravedad. Facilita el movimiento corporal. Puede mejorar la percepción de comodidad materna.	Brindar acompañamiento continuo. Prevenir riesgos de caída. Vigilar el estado general de la gestante.

5.8 Banquillo obstétrico

Es un dispositivo utilizado durante el parto que permite a la gestante adoptar una posición sentada con apertura de la pelvis, favoreciendo el descenso fetal.



Beneficios:	**Rol de enfermería:**
Favorece una posición cómoda durante el expulsivo. Permite mayor apertura pélvica. Facilita la participación del acompañante.	Verificar condiciones de seguridad e higiene del dispositivo. Acompañar a la gestante durante su uso. Vigilar la evolución del parto.

6. Beneficios y Consideraciones

Figura 6. *Beneficios y consideraciones*

Posición	Beneficio principal	Consideración de enfermería
Vertical	Favorece descenso fetal	Vigilar equilibrio y seguridad
Cuclillas	Aumenta apertura pélvica	Brindar apoyo físico
Lateral	Favorece descanso materno	Vigilar bienestar fetal
Semisentada	Mayor comodidad	Mantener postura estable
Rodillas	Disminuye dolor lumbar	Apoyar movilidad
Cuatro apoyos	Favorece rotación fetal	Supervisar postura
Pie con apoyo	Favorece gravedad	Prevenir caídas
Banquillo obstétrico	Facilita expulsivo	Garantizar estabilidad
Parto en agua	Relajación y confort	Mantener bioseguridad

6.1 Parto en agua

El parto en agua es una modalidad de atención humanizada del nacimiento en la cual la gestante permanece dentro de agua tibia durante el trabajo de parto y, en determinadas condiciones, durante el periodo expulsivo. Esta práctica busca favorecer la relajación materna, disminuir la percepción del dolor y proporcionar mayor comodidad durante el proceso del nacimiento, respetando la autonomía de la mujer y sus preferencias culturales.



6.2 Beneficios

1. Favorece la relajación muscular y disminuye la tensión durante las contracciones.
2. Puede reducir la percepción del dolor durante el trabajo de parto.
3. Facilita la movilidad de la gestante y permite adoptar posiciones más cómodas.
4. Favorece la sensación de tranquilidad, privacidad y seguridad emocional.
5. Permite una participación más activa de la mujer durante el nacimiento.
6. Puede favorecer una experiencia de parto más humanizada y respetuosa.
7. Disminuye la tensión física y emocional asociada al proceso del parto.

Nota:

Dentro del agua, la gestante puede adoptar diferentes posiciones según su comodidad, evolución del trabajo de parto y valoración profesional.

IV Limitaciones y Necesidades

Objetivo:

Dar respuesta a las limitaciones y necesidades de la salud comunitaria para que las madres y recién nacidos tengan acceso a una atención segura, rápida y de calidad, sin importar dónde vivan.

1. Intervenciones integrales para mejorar la atención materno-neonatal

- Implementación de kits obstétricos comunitarios y disponibilidad de insumos esenciales
- Capacitación continua al personal de salud y parteras tradicionales
- Fortalecimiento del sistema comunitario de referencia y transporte sanitario
- Implementación de sistemas de registro y seguimiento materno-neonatal
- Fortalecimiento de la educación comunitaria en salud materna y neonatal
- Creación de redes comunitarias de vigilancia materna y neonatal
- Articulación intercultural entre medicina ancestral y servicios de salud
- Planificación y evaluación del riesgo obstétrico en gestantes adolescentes