

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALEZ

¿LA ADHERENCIA AL PROGRAMA
MUJER DADORA DE VIDA TIENE
RELACIÓN CON LAS MUERTES
PERINATALES PRESENTADAS EN EL
PRIMER TRIMESTRE DE 2014 EN LA IPS-
ACIN SEDE SANTANDER DE QUILICHAO?
INVESTIGACION

2015

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

ASIGNATURA
INVESTIGACION III

REALIZADO POR
GLORIZET DINAS RIVERA
MARIELLY PILLIMUE SALAMANCA
NEIRA OCORO MINA

TUTOR
RICHAR NELSON ROMAN MARIN

Fecha 30 DE ABRIL , Cali

1.1 Introducción

La mortalidad materna es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros. En efecto, la mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud.

La mortalidad perinatal registra 53 casos, siendo las poblaciones más afectadas Caldono, Santander de Quilichao, Toribio y Morales. La mortalidad materna y perinatal constituye un grave problema entre la población indígena del Cauca. En el 2012 se han reportado cuatro muertes maternas y 53 decesos perinatales. Este fenómeno se presenta en mayor número en Toribio, Santander de Quilichao, Morales y Caldono.

1.2 Abstract

Maternal and perinatal mortality is the result of multiple factors and conditions. In most areas of Cauca inhabited by the indigenous population there Nasa INACCESSIBILITY to free health services, which potentiates the risk of not guarantee the quality of them, coexisting other factors such as lack of land and narrowness of the territory, armed conflict and forced displacement.

Nasa indigenous community based from the law of origin and defines their worldview that pregnancy comes from the lagoon and the star; is treated as the new dawn of another life or as planting a seed of corn, if the seed is on good ground will give good harvest. Most pregnant women begin prenatal care by ancestral knowing or support equipment, belatedly and without the regularity needed,

The woman usually goes or is referred to the first query in the second quarter or immediately before delivery, and some women receive no prenatal care.

Which generates that exists in the territory a serious public health problem, where the maternal mortality ratio (MMR) in the northern department of Cauca, for the year 2012 is 117.71 per 100,000 live births, data exceeding the RMM at departmental level and even nationally.

1.2 Resumen

La mortalidad materna y perinatal es el resultante de múltiples factores y condiciones. En la mayoría de las zonas del Cauca donde habitan la población indígena nasa existe INACCESIBILIDAD a los servicios de salud gratuitos, lo que potencializa el riesgo de no

garantizar la calidad de los mismos, coexistiendo otros factores como la falta de tierra y estrechos de los territorio, el conflicto armado y el desplazamiento forzado.

La comunidad indígena nasa, basados desde la ley de origen y su cosmovisión definen que el embarazo viene de la laguna y la estrella; es entendido como el nuevo amanecer de otra vida o también como sembrar una semilla de maíz, si la semilla está sobre buena tierra dará buena cosecha.

La mayoría de las gestantes inician el cuidado prenatal por los sabedores ancestrales o por el equipo de apoyo, de forma tardía y sin la regularidad necesaria, La mujer comúnmente acude o es remitida a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto, y algunas mujeres no reciben ninguna atención prenatal.

Lo cual genera que exista en el territorio un grave problema de salud pública, donde la razón de mortalidad materna (RMM), en la zona norte del departamento del Cauca, para el año 2012 es de 117,71 por 100 mil nacidos vivos, dato que supera la RMM a nivel departamental y aun a nivel nacional.

1.2 Justificación

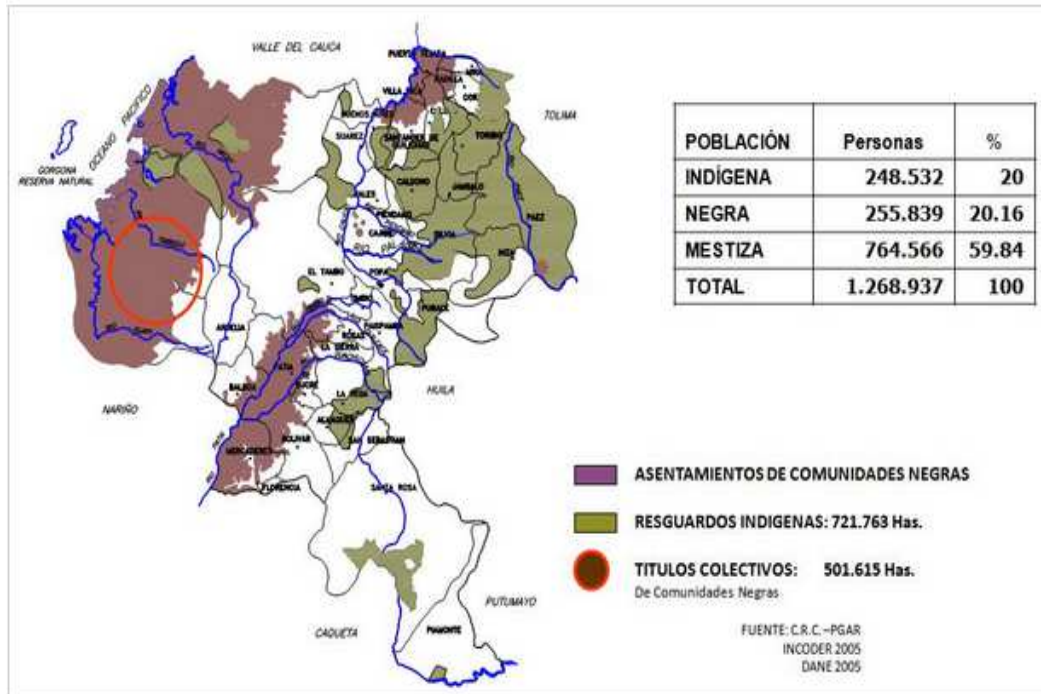


Figura 1. Ubicación geográfica de las comunidades indígenas en el departamento del Cauca. se destaca la georeferenciación las comunidades indígenas acentadas en un gran porcentaje en las cuencas de los ríos.

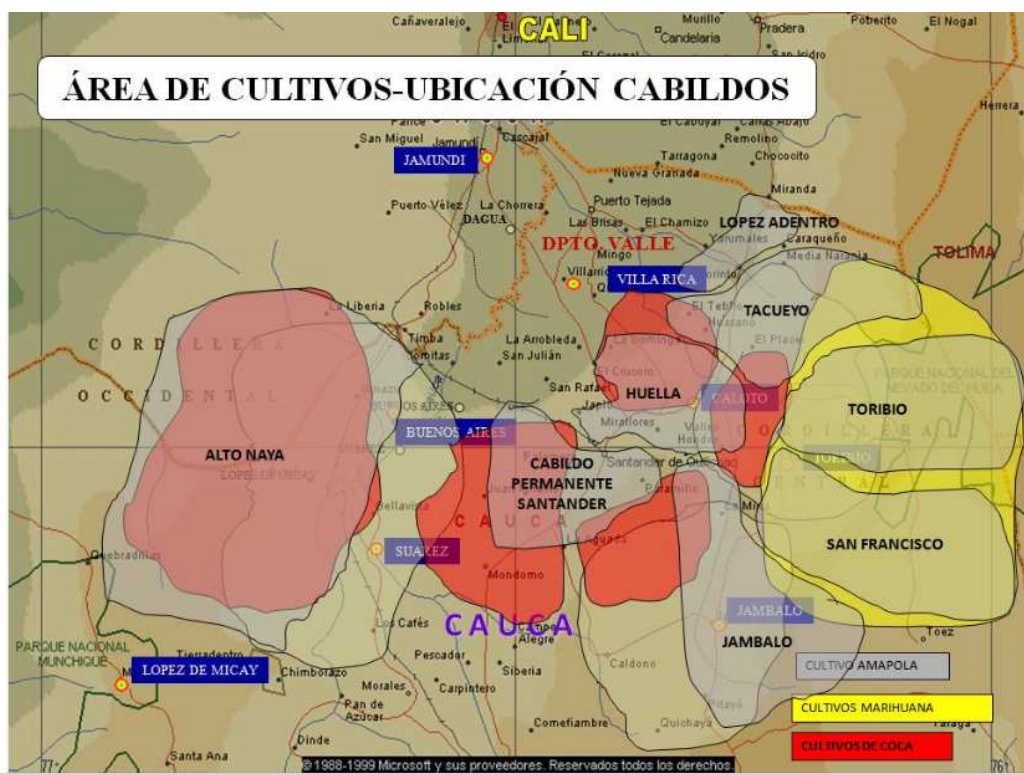


Figura 2. Ubicación de cabildos en el departamento del cauca

Se puede apreciar la organización y distribución de los cabildos de manera equitativa y equibrada en lo ancho y largo del territorio nacional.

La mortalidad materna es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros. En efecto, la mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. En Colombia hace varios años se institucionalizaron planes de choque tendientes a reducir la mortalidad materna se siguen presentando cifras altas que se estiman en 104,9 por 100.000 nacidos vivos con

diferencias importantes por departamento, por grupo étnico y por condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población, entre otras.

En el caso particular de los pueblos indígenas del departamento del Cauca, se da un carácter distintivo gracias a su rico patrimonio étnico cultural, convirtiéndose en las zonas de mayor legado y fortalecimiento político organizativo indígena de nuestro país. Sin embargo, las comunidades indígenas aún no disfrutan de una situación social y económica propicia para el mejor desarrollo humano; en una situación de significativa desventaja, y en la mayoría de las zonas del Cauca donde habitan la población indígena existe inaccesibilidad a los servicios de salud gratuitos, lo que potencializa el riesgo de no garantizar la calidad de los mismos, coexistiendo otros factores como la falta de tierra y estrechos de los territorios, el conflicto armado y el desplazamiento forzado. La comunidad indígena nasa, basados desde la ley de origen y su cosmovisión definen que el embarazo viene de la laguna y la estrella; es entendido como el nuevo amanecer de otra vida o también como sembrar una semilla de maíz, si la semilla está sobre buena tierra dará buena cosecha. Se espera que este estado de la mujer transcurra normalmente ya que significa dos personas, la mujer y la criatura que está en el vientre. El embarazo y la maternidad nasa son vividos como un evento natural, que alegra a la familia y a la comunidad y el don de transmitir la vida ha sido legado a la mujer y la madre naturaleza las ha dotado de todos los elementos necesarios para cumplir a cabalidad con tan preciada misión, “Mujer dadora de vida”.

Sin embargo en nuestra población existen determinantes que afectan la salud materna e infantil; como el estado de salud de la población, el conflicto armado, estado socioeconómico de las familias nasas, nivel educativo, difícil acceso a los servicios de salud, la cobertura de las parteras y kiwe the no son suficientes, las limitaciones con la baja cobertura del programa de control

prenatal y el choque y rechazo de los saberes propios y el conocimiento occidental en las instituciones de salud de la red pública, barreras en la atención que dificultan y/o retardan el acceso a los servicios de salud de forma oportuna; además la mayoría de las gestantes inician el cuidado prenatal por los sabedores ancestrales o por el equipo de apoyo, de forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude o es remitida a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto, y algunas mujeres no reciben ninguna atención prenatal. Lo cual genera que exista en el territorio un grave problema de salud pública, donde la razón de mortalidad materna (RMM), en la zona norte del departamento del Cauca, para el año 2012 es de 117,71 por 100 mil nacidos vivos, dato que supera la RMM a nivel departamental y aun a nivel nacional.

1.3 Epidemiología

La mortalidad perinatal registra 53 casos, siendo las poblaciones más afectadas Caldono, Santander de Quilichao, Toribío y Morales. La mortalidad materna y perinatal constituye un grave problema entre la población indígena del Cauca. En el 2012 se han reportado cuatro muertes maternas y 53 decesos perinatales. Este fenómeno se presenta en mayor número en Toribío, Santander de Quilichao, Morales y Caldono.

El departamento donde la mortalidad materna es más alta es en Chocó, donde la razón de mortalidad materna es de 357,97 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y 4,20 veces más alta que la nacional. Así mismo los departamentos de Vaupés, Cauca, Amazonas, Nariño, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Meta, Córdoba, Magdalena, Arauca, Cesar, y Caldas, presentan razones de mortalidad materna significativamente mayores que la nacional, con un nivel de confianza del 95%.

La mortalidad perinatal y materna es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y posparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que esta vive.(tomado del protocolo de vigilancia en salud pública de MP y MM).

1.3 Objetivos

1.3.1 Identificar las practicas interculturales empleadas en el modelo de salud propio intercultural SISPI del programa dadora de vida

1.3.2 Evaluar la adherencia de la población al modelo del programa dadora de vida, implementado en la IPS.

1.3.3 Identificar las diferencias existentes entre control prenatal de la 412 y el modelo de mujer dadora de vida.

1.4 Metodología

Esta investigación es un estudio observacional descriptivo de series de casos.

La metodología fue basada en las bases de datos del programa mujer dadora de vida del periodo de 2013 a segundo semestre de 2014 de la IPSI CXHAB WALA KIWE sede Santander de Quilichao , se utilizaron también la base de datos de los rituales realizados por los sabedores ancestrales y parteras la cual es registradas por los promotores de salud, adicional a esto se tomo los estudios de campo realizados por la IPSI ACIN CXHAB WALA KIWE en compañía de la secretara de salud municipal.

1.4 Descripción Bibliografica

En relación a la características de este estudio no se encuentra ninguno que relacione la aplicación del modelo empleado en la IPS indígena CXHAB WALA KIWE de Santander de Quilichao y su adaptación.

Se tiene referentes teóricos como los empleados por las teoristas de enfermería MEDELEINE LEINNINGER en su teoría de la diversidad y la universalidad.

Entre 1950 y 1960, señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento e interés científico-teórico entre la antropología y la enfermería formulando diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina que fundó: la "Enfermería transcultural". Basándose en la teoría Antropológica y la Ciencia Enfermera, Leininger desarrolló su teoría desde la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás.

Generando sus supuestos principales:

Los cuidados son la esencia de la Enfermería, y un elemento central, dominante y diverso de esta disciplina.

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, así como para afrontar las discapacidades o la muerte.

Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la Enfermería para orientar la

práctica de la disciplina. (MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA, de Martha Raile Alligood y Ann Marriner-Tomey. Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. 850 págs).

En este punto es importante resaltar que ante la adaptación de este modelo no se cuenta con información bibliográfica como antecedentes, por lo cual se anexa a continuación la información entregada por la ESE:

1.4.1 Prácticas interculturales empleadas en la IPS-I ACIN en el modelo SISPI del programa mujer dadora de vida

1.4.1.1 Desarmonías durante el embarazo y el parto

La desarmonía se da cuando la embarazada, la madre naturaleza y los espíritus mayores, no están en equilibrio y se debe al no cumplimiento y a la desobediencia continua de las normas de cuidado y comportamiento cultural. Entre las desarmonías tenemos las siguientes:

1.4.1.2 Desarmonía por niño encajando

Hay posiciones malas que el niño toma en el útero y que afectan a la madre causándole dolor, incomodidad, etc. Se acude a la partera para que acomode al niño mediante masajes.

“*INTERVIENE*” la partera.

1.4.1.3 Desarmonía del embarazo por frío Concentración exagerada de frío en el cuerpo de la mujer y en especial en la matriz, por descuido de las normas culturales como:

- Bañarse con agua fría durante el embarazo
- No utilización de ropa adecuada para evitar el frío
- Consumir agua fría o productos congelados durante el embarazo
- Consumir limón, guama, aguacate y mexicano en exceso durante el embarazo

- No haber cumplido con las dietas de embarazos anteriores

1.4.1.4 Consecuencias

- Aumento de líquido amniótico y barriga muy grande durante el embarazo.
- Dolor de estómago continuo.
- Sensación de llenura y gases.
- Disminución de apetito y vómito.
- Dolor de cintura continuo.
- Enfriamiento de pierna y pies.
- Hinchazón de los pies.
- Calambre en los pies.
- Dolor de oído.

“**INTERVIENE**” La partera y el Thê´ Wala

1.4.1.5 Desarmonía del embarazo por el arco

El arco es uno de los espíritus que acompañan tanto al hombre como a la mujer desde el momento del nacimiento hasta la muerte.

- El desacato de las prácticas culturales desarmoniza esta relación.
 - No haber realizado el ritual con Thê´ Wala en la primera menstruación.
 - No guardar durante el periodo menstrual desde la juventud.
 - Vivir cerca de ciénagas, ríos y lagunas sin el previo cateo para la construcción de la vivienda.
 - Frecuentar en ciénagas, ríos y lagunas con la menstruación
 - Desechar toallas higiénicas usadas a campo abierto (Se enoja el espíritu del arco).

- No haber realizado limpieza del sucio de partos anteriores ya sea de parto en casa o en hospital.
- No haber realizado limpieza del sucio de muerto, ya sea de padres, hermanos, hijos que hayan nacido muertos o que murieron después del nacimiento.
- Dolor de parto antes de tiempo granos, ronchas y rasquiña en todo el cuerpo, hinchazón por partes, ya sea cara, pies o todo el cuerpo.
- Sangrado repentino por vagina.
- Dolor de cabeza en forma punzante.
- Dolor de cintura constante.
- Soñar con chumbes de colores.
- Soñar con una persona del sexo opuesto manifestando cariño y afecto.
- Soñar con una persona del sexo opuesto manifestando actitud de agresividad.

“INTERVIENE” el Thê´ Wal

1.4.1.5 Desarmonía del embarazo del por amarr

Ritual Benéfico cuando la mujer queda en embarazo pero la naturaleza y el cuerpo no permiten que el embarazo transcurra normalmente. (Amenazas de aborto, abortos espontáneos, partos pre términos. Se realiza el ritual para contener al niño.

Es una desarmonía cuando una embarazada que cursa bien su embarazo y se realiza el ritual para que no nazca o se retenga el niño durante el parto.

- Es muy frecuente en la comunidad cuando la persona y/o la Familia siente rabia, envidia, rencor, egoísmo, venganza, cuando no se logra superar los problemas familiares por

repartición de bienes (tierra), casos de separación, la mujer o el hombre conforman una nueva pareja (separación por traición sentimental).

“**INTERVIENE**” el Thê´ Wala

1.4.1.6 Desarmonía del embarazo por mal puesto

- Son utilizados para generar desarmonía total, fracasos en proyectos y enfermar a la persona, familia y comunidad, son frecuente cuando por algunas circunstancias se generan sentimientos de desacuerdo, rabia, odio, envidia, rencor, egoísmo, venganza.
- Estas fuerzas y energías negativas mantenidas de manera continua afecta directamente a la embarazada en especial a la criatura por cuanto este ser es vulnerable y frágil a este tipo de energías.

1.4.1.6.1 Consecuencias

- Perdida del embarazo de manera repentino e inexplicable.
- Dolor de parto repentino sin previo malestar.
- Dolor de cabeza punzante.
- Cambios inexplicables en lo físico, estado de ánimo y psicológico.
- Muerte fetal inexplicable durante el embarazo o en el momento del parto (muerte súbita).
- Los tratamientos hospitalarios no mejoran la enfermedad.
- Los exámenes del hospital con resultado normal pero la embarazada sigue enferma.
- Tener malos sueños.

1.4.1.7 Caracterización de la atención

- Enfoque sociocultural: Respetando las prácticas culturales, creencias y costumbres de la gestante y su familia.

- **Calidad en la atención:** Brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el decreto 1011/06 del Ministerio de la Protección Social.
- **Atención Precoz:** La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.
- **Atención Periódica:** Garantizar la atención de la gestante a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades.
- **Atención Con completa cobertura:** La atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.
- **Oportuna:** Deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante.

1.4.1.8 Atención en salud intercultural de la mujer embarazada y su familia

Captación, inscripción, acompañamiento y educación de la mujer nasa gestante.

Captación de la Mujer Nasa Gestante por parte del equipo básico y el equipo de apoyo de la IPS I Cxhab Wala Kiwe.

- Identificar al 100% de las embarazadas de la comunidad, durante las visitas domiciliarias que realizan a las familias los PSC.
- Captar a las mujeres con embarazo evidente y que no han ingresado al programa MDV.
- Remitir o realizar test de embarazo en orina o en sangre, según corresponda, a las mujeres en edad fértil que cumplan con los siguientes criterios:
 - Amenorrea: retraso en el periodo menstrual por más de diez días en una mujer con ciclos menstruales normales.
 - Mujeres que refieran la sospecha de un posible embarazo.
 - Mujeres con vida sexual activa, sin uso de método de planificación familiar.

- Identificar los factores de riesgo de la embarazada (adolescentes, mayores de 35 años, desnutrición, obesidad, fumadoras, tosedoras crónicas, etc.).
- Animar a las mujeres embarazadas identificadas, para que acudan a la consulta prenatal, por médico general y si comparten la medicina tradicional animarlas para que acudan al acompañamiento realizado por sabedores ancestrales.
- Si la gestante es captada por el promotor de salud, este debe coordinar tanto con la medicina tradicional y occidental para el ingreso de las mujeres embarazadas al programa MDV e inicien los controles por los dos saberes.
- Si la usuaria es captada por los sabedores ancestrales, este informara al personal de salud comunitario para que se realice el acompañamiento y se coordine con la medicina occidental, para que se inicie con los controles prenatales.
- Si la gestante es captada por el personal de salud de las sedes asistenciales de la IPS-I ACIN, este informara al personal de salud comunitario, para que se haga el acompañamiento, seguimiento y coordinación con los sabedores ancestrales para que se inicie con las prácticas culturales y la ritualidad.

1.4.1.9 Inscripción de las Gestantes al Programa MDV

Es importante realizar esta actividad, ante la sospecha de embarazo y antes de la semana doce de gestación, para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosociales y condiciones propias del estado de embarazo de todas las gestantes.

Este proceso implica:

- Identificar completa y correctamente a la mujer
- Ordenar una prueba de embarazo, si éste no es evidente

- Promover la presencia del compañero o algún familiar en las visitas de seguimiento para el control del embarazo, realizado por parte del equipo básico y el equipo de apoyo.
- Informar a la mujer, el compañero o familia, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características.
- Inscripción de la gestante al programa mujer dadora de vida.

1.4.1.10 Acompañamiento de la Mujer Nasa Gestante por PSC:

- Primera Visita: La primera visita requiere de la dedicación de mayor tiempo, con la gestante y su familia puesto que en ella se debe informar y conocer aspectos importantes relacionados con el embarazo que permitan determinar los factores de riesgo (propios y occidentales) existentes en la mujer embarazada. Los datos obtenidos en esta visita se registran en el formato de seguimiento a la embarazada por promotor de salud comunitario.
- Inicialmente, se debe abordar a la gestante, pareja y su familia en lo posible, para establecer un dialogo en el que se identificará y explicara los motivos y objetivos de la visita con respecto al programa mujer dadora de vida, así mismo, obtendrá información necesaria, para la identificación de la gestante:
 - Nombres y apellidos completos.
 - Tipo y número de identificación.
 - Edad.
 - Municipio.
 - Resguardo.
 - Vereda.
 - Estado civil.

- Escolaridad.
 - Religión.
 - Etnia.
 - Ocupación.
 - Comparte la medicina propia.
 - Persona responsable y parentesco.
 - Fecha de inscripción.
-
- Interrogar sobre la realización de prácticas culturales y signos de alarma. Estado de ánimo, como son las relaciones interpersonales con los demás miembros de la familia, por ejemplo, se observa o refiere muestras de tensión emocional, depresión, ha presentado mareos, dolor de cabeza, náuseas, vómito, ardor para orinar, flujo vaginal, prurito vaginal, dolor bajito, hinchazón o edema, sangrados o hemorragias, salida de líquido por vagina o ha tenido fiebre.
 - Indague a sí mismo si la gestante ya “consulto” con los sabedores ancestrales (partera, Kiwe the), que le recomendaron, que le realizaron, y si cumplió o no con las recomendaciones realizadas.
 - Realizar el examen obstétrico básico: que incluye signos vitales, aspecto general de la embarazada, altura uterina, presentación fetal, posición fetal, número de fetos, movimientos fetales, FCF. Además se realiza la valoración de la cavidad oral, mamas, genitales y miembros inferiores. Ver protocolo de procedimiento examen obstétrico (PCS-MDV-PTC-01).
 - Realizar los resultados de la valoración, que incluyen: edad gestacional por amenorrea y altura uterina, valoración crecimiento uterino y valoración nutricional. Utilizando las gráficas respectivas. Ver protocolo de procedimiento de valoración (PCS-MDV-PTC-02).

- Verificar la asistencia y el cumplimiento de las actividades del programa mujer dadora de vida. Consulta de primera vez e interrogar el motivo de la no asistencia según corresponda, realización y revisión de exámenes de laboratorio y demás exámenes complementarios; teniendo en cuenta la tabla 2. Además se debe verificar la suplementación con hierro, ácido fólico y calcio, revisar sus antecedentes de vacunación y remitir a la IPS I para completar esquema según normas del PAI, garantizando esquema al día. También verificar si la embarazada está realizando control odontológico y si toma algún tratamiento complementario de forma adecuada u otras recomendaciones.
- Verificar el seguimiento por parte de kiwe the, si acepta o no el acompañamiento, si ha sufrido o no afecciones y la práctica de rituales.
- Verificar el seguimiento por parte de partera, si acepta o no el acompañamiento y el tratamiento realizado.
- Inmediatamente detecte, inscriba y revise a una embarazada deberá orientarla para que escoja a voluntad de la embarazada, pareja y familia la partera y el kiwe the Kiwe the de la comunidad que ellos conozcan, para el control, acompañamiento y seguimiento por partera, de igual forma el acompañamiento del Kiwe the para potenciación de prácticas y rituales culturales teniendo en cuenta los factores de riesgo establecidos desde lo propio; será éste quien definirá las recomendaciones y manejo a seguir, así como la necesidad de remisión a las instituciones de salud.

Una vez, realizados todos los pasos anteriormente mencionados, analice la información recogida, lo encontrado y lo referido por la paciente y establezca las conductas educativas, recomendaciones culturales, remisorias y compromisos realizados con la familia a seguir.

- Se debe educar a la embarazada, familia y comunidad sobre la importancia del control prenatal, signos de alarma durante la gestación, la toma de micronutrientes, importancia de asistir oportunamente a los servicios de salud, orientación sobre el parto, puerperio, promoción de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y cuidados del recién nacido.
- Se debe concertar la próxima visita y hacer firmar a la gestante y su familiar en el formato de seguimiento por parte del promotor de salud comunitario.

Además cada promotor de salud comunitario debe acudir a las sedes asistenciales para verificar con el formato de captación de gestantes, el ingreso al programa MDV de las gestantes captadas y si las pacientes en control han acudido oportunamente a consultas de seguimiento. El formato de captación de gestantes, debe ser diligenciado por cada promotor para tener un registro de las embarazadas del territorio, donde se registra, nombre y apellido, número de identificación, edad, vereda, número de celular, fecha de captación, fecha probable de parto (FPP), si la gestante tiene o no tiene riesgos, si asiste o no a los controles por medicina occidental y por los sabedores ancestrales y cuál es el motivo de la inasistencia al programa mujer dadora de vida. Este formato permite verificar la continuidad y realización de las visitas domiciliarias a las gestantes que no acuden para conocer las causas que motivan la falta de adherencia al programa MDV y reafirmar la importancia de los controles prenatales. 9.1.4 Acompañamiento de la Mujer Nasa Gestante y su Familia por Parte del Personal de Salud de Apoyo.

Después de la inscripción de la gestante al programa MDV se debe realizar la primera consulta prenatal por médico y tiene por objeto evaluar el estado de salud de la gestante, identificar sus factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación, y establecer un plan de acción para su intervención integral; así como educar a la mujer, compañero

o familia al respecto. Esta consulta médica de primera vez deberá tener una duración mínima de 45 minutos y se realizan las siguientes actividades:

1.4.1.11 Elaboración de la Historia Clínica

Se utiliza el formato de historia clínica ingreso al programa mujer dadora de vida que contiene los siguientes elementos:

- **Identificación de la gestante:** Se registran los nombres y apellidos, tipo y número de identificación, edad, estado civil, ocupación del compañero, municipio, resguardo, vereda, etnia, nivel educativo, teléfono, religión y si comparte o no la medicina tradicional.

- **Anamnesis:**

- **Motivo de consulta:** Preguntar a la gestante sobre el motivo de consulta.
- **Enfermedad actual:** Realizar una descripción más detallada sobre el motivo de consulta identificando problemas de salud, que padezca la gestante. En caso de padecer una patología preguntar el inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.
- **Antecedentes familiares:** preguntar si los familiares de primer grado de consanguinidad (madre, padre, hermanos), han presentado asma, diabetes, HTA, problemas de tiroides, tuberculosis, síndrome convulsivo, cáncer.
- **Antecedentes personales:** preguntar si la gestante, ha padecido de enfermedades como: asma, diabetes, HTA, problemas de tiroides, tuberculosis, síndrome convulsivo, cáncer. Y otros antecedentes alérgicos, quirúrgicos, traumáticos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, tétanos.
- **Antecedentes ginecobstétricos:** total de embarazos previos, partos, cesáreas, abortos, nacidos vivos, nacidos muertos, antecedentes gemelares, recién nacidos con bajo peso al nacer o

macrosomicos, finalización del último parto, intervalos intergenésicos, atención del último parto.

- **Gestación actual:** embarazo planeado, uso de método anticonceptivo, método utilizado, FUM (Fecha de última menstruación), FPP (Fecha probable de parto).
- **Prácticas culturales:** preguntar sobre realización de prácticas culturales para quedar en embarazo, modo de colocación de la leña y su colocación en el fogón, evita andar por quebradas, ciénagas o lagunas, evita la exposición a eclipses, consulta al Kiwe the y partera.
- **Interrogatorio signos de alarma:** preguntar sobre la presencia de signos de alarma durante la gestación actual. Cefalea, Epigastralgia, Edema, Fosfenos, Sangrado, amniorrea, Fiebre, Dolor abdominal, Sintomatología genitourinaria, Nauseas o vómito, disminución de movimientos fetales, presencia de flujo vaginal. Otros síntomas.
- **Identificación del riesgo cultural:** averiguar si la gestante ha sufrido durante esta gestación de arco, maleficio, eclipse, amarro, encajamiento, frío.

En la realización de la anamnesis debe tenerse en cuenta cada uno de los factores de riesgo en la gestación.

Factores de riesgo en la gestación

Características individuales:

- Edad menor de 16 años o mayor de 35 años.
- Ocupación, esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.
- Desocupación personal o familiar.
- Baja escolaridad.

- Malnutrición (Índice de Masa Corporal > 30 ó < 18).
- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general violencia doméstica.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Vivienda y condiciones sanitarias deficientes.
- Valoración de las condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado.

Historia reproductiva anterior:

- Nuliparidad o multiparidad (más de cuatro partos)
- Intervalo intergenésico menor de dos años o mayor o igual a cinco años
- Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, pre eclampsia o eclampsia, trombosis–embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar.
- Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 g o mayor de 4.000 g., retardo de crecimiento intrauterino, eritroblastocis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal.
- Antecedentes de infertilidad.
- Cirugía ginecológica previa.

Desviaciones obstétricas en el embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.
- Ganancia de peso inadecuada
- Hemorragia vaginal.
- Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada.
- Ruptura prematura de membranas.
- Infección urinaria recurrente.
- Complicaciones obstétricas y perinatales descritas en el numeral 2, aplicables al embarazo actual.

Enfermedades clínicas

- Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías (diabetes mellitus, hipotiroidismo), hemopatías, hipertensión arterial crónica, epilepsia, enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente), enfermedades autoinmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías uterinas), anemia severa (hemoglobina < 9 g/dl) y otras.
- Uso actual de medicamentos.

Examen físico:

- Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina, y valorar el estado nutricional. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar las siguientes graficas:

- Grafica para evaluación nutricional de la embarazada según índice de masa corporal (IMC). Se encuentra anexa en el formato de historia clínica del programa MDV.
- Tabla de incremento de la altura uterina versus edad gestacional, la cual se encuentra anexa en el formato de historia clínica del programa MDV.
- Tomar signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y presión arterial. Ver protocolo de toma de signos vitales.
- Realizar examen físico completo por sistemas: debe hacerse céfalo caudal, incluida la cavidad bucal.
- Valoración ginecológica: realizar examen de senos y genitales, que incluye la valoración de patología infecciosa cervico-vaginal y toma de citología vaginal, si no tiene una reciente de acuerdo con el protocolo de DTA del cuello uterino. Comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
- Valoración obstétrica: según edad gestacional: determinar altura uterina, número de fetos, presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

Solicitud de exámenes para clínicos

Exámenes	P	II	II	VALORES DE
Paraclínicos Básicos	Primera	Trimestre	I	REFERENCIA
	Visita	re	Trimestre	
			re	
Cuadro hemático	X		X	Hg: $\geq 11\text{g/dl}$ y Hto: 36 a 40%

Hemoclasificación		X		
ón				
Serología VDRL	X		X	No reactiva
Urocultivo	X		X	Normal
Glicemia	X			65-105 mg/dl
Frotis de flujo vaginal	X		X	Normal
vaginal				
Citología			X	Negativa
Toxoplasma Ig G Ig M	X			Negativa
G Ig M				
Citomegalovirus Ig M	X			Negativa
Rubeola Ig M	X			Negativa
Ags Hbs	X			Negativa
Prueba de ELISA VIH	X			Negativa
ELISA VIH				
Ecografía obstétrica	X	2	X	
		0 a 24 sem.		
Test O'sullivan		2		105 mg/dl (inicio), 4 a 28 190 mg/dl a la hora, 165

sem.	mg/dl a las 2 horas, 145
	mg/dl a las 3 horas. Si dos
	de ellos son anormales se
	confirma el diagnóstico de
	Diabetes Gestacional.

Tabla 1 exámenes paraclínicos que se solicitan a la embarazada en la consulta de primera vez y en los controles prenatales de acuerdo al trimestre de gestación.

1.5 Solicitud de exámenes paraclínicos complementarios

Prueba de Coombs indirecto: Se solicita al embarazado Rh negativo. Si el resultado de esta prueba es negativo, se repetirá la prueba a la semana 28, excepto cuando el padre es Rh negativo. En este momento, si la gestante no está sensibilizada deberá administrársele 300 mg de inmunoglobulina anti-D. En el momento del parto, se deberá repetir lo anterior.

Curva de tolerancia a la glucosa oral, con una carga de 100 g de glucosa, en las gestantes con alto riesgo de diabetes gestacional. En la semana 16.

Ecografía obstétrica: Se solicita en la primera visita prenatal para confirmar la edad gestacional, solo si la fecha de la última regla no es confiable o si se presenta alguna complicación en el primer trimestre del embarazo que lo requiera.

Frotis de flujo vaginal: en gestantes sintomáticas.

Citología cervical: se deberá tomar si la gestante no tiene una reciente, según manual de atención de DTA en el cuello uterino.

Los exámenes paraclínicos deberán ser complementados con aquellos que sean necesarios de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación a lo largo de su embarazo y a los requeridos, según criterio médico.

1.5.1 Administración de toxoide tetánico

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Se deberán colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo.

1.5.2 Formulación de micronutrientes

1.5.2.1 Ácido fólico: para la prevención de los defectos del tubo neural se recomienda administrar durante la etapa preconcepcional, por lo menos en las cuatro semanas previas a la gestación, y en las primeras doce semanas: 4 mg diarios, en mujeres con antecedente de hijo con defecto del tubo neural o con tratamiento con medicamentos que aumenten su incidencia y 0.4mg diarios, en gestantes sin estos antecedentes hasta la semana 12 de gestación para reducir el riesgo de tener un recién nacido con defectos del tubo neural. Se recomienda el suplemento de hierro ácido fólico de forma rutinaria a todas las gestantes con niveles de Hemoglobina por debajo de 11g/l.

1.5.2.2 Calcio: Debe suministrarse calcio durante la gestación hasta completar una ingesta materna mínima de 1200-1500 mg diarios, para disminuir el riesgo de preeclampsia.

1.5.2.3 Sulfato Ferroso: Deberá suministrarse cuando este indicado como parte de su tratamiento en mujeres gestantes con diagnóstico de anemia.

Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos 1 hora entre ellos, 2 horas antes o después de las comidas principales y no suministrarse con leche.

1.6 Remisión a consulta odontológica general

La infección periodontal ha sido asociada con un incremento en el riesgo de parto pre término, y pre eclampsia-eclampsia, por lo que debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para la enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas.

1.7 Educación individual a la madre, compañeros y familiares

- Fomentar la integración a la consulta del padre o familia.
- Incrementar los factores protectores para la salud de la gestante.
- Fortalecer los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores
- Prevenir la automedicación y el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.
- Informar y educar sobre la importancia de la atención del parto institucional según riesgo obstétrico o por personal capacitado a nivel domiciliario, condiciones particulares y signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.
- Remitir al curso de preparación para la gestante y su familia, según el cronograma de realización en cada una de las sedes asistenciales de la IPS I.

- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar.

La persona encargada de la realización del control prenatal debe hacer constar que esta educación es recibida por la gestante, su compañero y familia, mediante la firma de la gestante o huella dactilar en el formato de educación que se encuentra anexo en el formato de historia clínica del programa.

1.7 Diligenciamiento y entrega del carné materno y educación sobre la importancia de su uso.

El carné materno es de obligatorio diligenciamiento por parte del profesional de la salud y en él se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno y la altura uterina, y las fechas de las citas de control.

Se debe educar a la gestante acerca de la importancia del carné de control prenatal y su diligenciamiento por parte del profesional de la salud, y la necesidad de llevarlo consigo en todo momento.

1.8 Valoración del perfil de riesgo materno:

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos se identificarán los factores de riesgo biopsicosociales, las enfermedades asociadas y propias de la gestación que contribuyan a un resultado adverso materno o perinatal, lo que permitirá establecer el perfil de riesgo de la gestante y clasificarla para su oportuno y adecuado manejo en:

- Gestantes sin factores de riesgo: Su cuidado prenatal deberá ser planeado de acuerdo con el presente manual.

- Gestantes con factores de riesgo: Gestantes con mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes deberán ser remitidas a gineco-obstetra para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud.

Visitas y consultas de seguimiento a la mujer nasa gestante por parte del PSC, sabedora ancestral y el personal de salud asistencial.

Es el conjunto de actividades realizadas por el PSC, el kiwe the, la partera, el médico y el profesional de enfermería en el control prenatal a la gestante, que permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación, detectar alteraciones de forma temprana e intervenirlas oportunamente en coordinación con el equipo básico y el equipo de apoyo de la IPS I ACIN. Se debe garantizar la prestación de este servicio por personal capacitado en el desarrollo de estas actividades. La duración de estas consultas deberá ser mínimo de 20 minutos.

Periodicidad de las Consultas de Seguimiento:

- Con partera: 3 acompañamientos a gestante.
- Con Kiwe the: 2 para gestante, si las pacientes tienen riesgo desde lo cultural se recomienda realizar 3 seguimientos.
- Con PSC: Se realizan visitas de seguimiento mensualmente, y a partir del octavo mes de gestación, se deben realizar cada quince días.
- Con médico y enfermera(o): La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40. Durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser

realizados por un médico general. Las consultas de seguimiento para las gestantes de alto riesgo deben ser realizadas por médico general. Las consultas para las gestantes de bajo riesgo deben ser realizadas por el profesional de enfermería hasta antes de la semana 36. Así mismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación.

1.9 Visita de seguimiento a la mujer nasa gestante.

- Estas visitas deben ser realizadas por PSC en el domicilio de la gestante y su familia, de la misma manera a como se hace la primera visita. Utilizando el formato de seguimiento por parte del promotor de salud comunitario.
- Las gestantes con algún riesgo deben remitirse, a los sabedores ancestrales y a la IPSI o al hospital más cercano según corresponda.
- Si la embarazada presenta uno o más signos de alarma, deben ser remitidas inmediatamente a los servicios de salud, a la partera o al Kiwe the, dependiendo del signo de alarma que presenten ya sean de tipo occidental o propio.
- También debe orientarse a la embarazada, acerca de los diferentes procedimientos que los servicios de salud ofrecen para las gestantes, entre otras: consulta odontológica, vacuna Tt o Td, psicología, ecografía obstétrica, laboratorio clínico y el control prenatal.
- Si la partera Kiwe the kiwe the o los servicios de salud determinan que la paciente es de riesgo, verifique, que la paciente este cumpliendo con las visitas y/o recomendaciones realizadas, tanto de la medicina propia como de la occidental.
- No olvidar que se debe enfatizar los aspectos educativos, relacionados con los factores de riesgo desde lo propio y lo occidental.

1.10 Educación a la mujer nasa gestante por PSC

Recuerde que la educación a la gestante y su familia es primordial, razón por la cual una vez determinados los problemas o identificadas las necesidades se debe hacer la parte educativa, la cual reforzara las conductas adecuadas y sensibilizara en modificar las conductas inadecuadas. Esto obviamente no debe limitar la parte educativa, la cual debe estar presente, en la medida que van identificándose las dificultades en la valoración realizada a la gestante.

Entre algunos aspectos que se pueden ilustrar o reforzar, citamos:

- Explique a la gestante cuales la finalidad y los propósitos del programa mujer dadora de vida.
- Explique a la gestante cuales son los signos de alarma por los que debe buscar ayuda ya sea con los sabedores ancestrales o a la institución de salud.
- Enseñe y/o fortalezca las prácticas culturales y la medicina propia durante la gestación, motivando a la coordinación y apoyo con el Kiwe the, partera y control prenatal como medios para disminuir la morbilidad materna y perinatal en la comunidad.
- Promueva la adecuada nutrición con productos propios.
- Hable a la gestante y su familia sobre las plantas medicinales y su uso.
- Enseñe a la gestante sobre situaciones que debe prevenir. (Ver tabla 3).

DESDE LA COSMOVISIÓN	PRACTICAS INADECUADAS
NASA	
No pasar por lagunas, ríos o quebradas durante el primer trimestre.	No colocarse zapato de tacón alto.
No criticar niños o personas con defectos	No fajarse, ni usar ropa apretada.

físicos.	
No exponerse a eclipses solares ni lunares.	No consumir alimentos refrigerados
No recibir llovizna de arco.	No trasportarse en posturas inadecuadas
No cargar objetos pesados.	No consumir bebidas alcohólicas, ni tabaquismo.
No rajar leña.	No montar a caballo
No cargar o dejar la leña atada.	No montarse en moto
No colocar la leña de punta en el fogón	
No consumir alimentos fríos	

Tabla 3. Consideraciones a tener en cuenta por la mujer gestante.

El personal comunitario de salud, debe coordinar y trabajar muy de la mano con los recursos propios en salud, en la atención de la gestante, realizando el acompañamiento y seguimiento durante la gestación, parto, post parto y atención recién nacido.

2.0 VOCABULARIO

- ✓ **Amenorrea:** retraso en el periodo menstrual por más de diez días en una mujer con ciclos menstruales normales; cuando hay ausencia de sangrado menstrual o no le ha bajado el sucio.
- ✓ **Realizar cateo de la pareja:** concebirlo para que nazca en luna buena, etc.
- ✓ Tulpa:
- ✓ Chumbe:
- ✓ el Thê´ Wala :
- ✓ **Desarmonías durante el embarazo y parto:** La desarmonía se da cuando la embarazada, la madre naturaleza y los espíritus mayores, no están en equilibrio.

- ✓ **Desarmonía por niño encajado:** posiciones malas que el niño
- ✓ Toma en el útero y que afectan a la madre causándole dolor, incomodidad, etc
- ✓ **Desarmonía del embarazo por frío:** Concentración exagerada de frío en el cuerpo de la mujer y en especial
- ✓ En la matriz,
- ✓ **El arco:** El arco es uno de los espíritus que acompañan tanto al hombre como a la mujer desde el momento del nacimiento hasta la muerte
- ✓ **Desarmonía del embarazo por amarro:** Ritual Benéfico cuando la mujer queda en embarazo pero la naturaleza y el cuerpo no permiten que el embarazo transcurra normalmente. (Amenazas de aborto, abortos espontáneos, partos pre términos. Se realiza el ritual para contener al niño.

3.0 Desarrollo del proyecto

- Se toma como población objeto: gestantes que ingresaron al CPN desde el 1 de julio de 2013 hasta 31 de junio de 2014.
- Población del estudio: las usuarias que presentaron MP y/o MM del 1 de enero al 31 de junio 2014. siendo el I semestre.

Dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados:

3.1 Prácticas culturales y ancestrales en embarazadas del programa mujeres dadora de vida de la IPSA ACIN CXHAB WALA KIWE



Foto 1 acompañamiento de partera

Se realizan periódicamente estos controles entre parteta y kiwe teniendo una relación de : 3 acompañamientos por partera y con Kiwe the 3 sesiones.

Tabla 3. Consideraciones a tener en cuenta por la mujer gestante.	
DESDE LA COSMOVISIÓN NASA	PRACTICAS INADECUADAS
No pasar por lagunas, ríos o quebradas durante el primer trimestre.	No colocarse zapato de tacón alto.
No criticar niños o personas con defectos físicos.	No fajarse, ni usar ropa apretada.
No exponerse a eclipses solares ni lunares.	No consumir alimentos refrigerados
No recibir llovizna de arco.	No trasportarse en posturas inadecuadas
No cargar objetos pesados.	No consumir bebidas alcohólicas, ni tabaquismo.
No rajar leña.	No montar a caballo
No cargar o dejar la leña atada.	No montarse en moto
No colocar la leña de punta en el fogón	
No consumir alimentos fríos	

Tabla 4. Recomendaciones dadas a las gestantes desde la cosmovición Nasa.

El kiwe the es el encargado de lograr la armonía de la embarazada, del bebé en relación con la familia, la comunidad y la naturaleza.

Se realizan tres rituales de armonización durante el embarazo en casa o en sitios sagrados(rio o laguna).



foto 2 El kiwe the.



Foto 3 ritual aplicado por el kiwe the.

3.3.1 Rituales :

1. Ritual de armonización por Kiwe the en el primer mes de embarazo.
2. Ritual familiar por Kiwe the a los tres meses de embarazo.
3. Ritual de preparación de parto a los 8 meses de embarazo.
4. Siembra del cordón umbilical.

La atención de la partera es fundamental dentro de la cosmovisión del pueblo NASA, es la que se encarga de preparar el camino para el nacimiento.

Actividades de la partera:

- Aconseja a la embarazada física, cultural y emocionalmente.
- Soba la barriga y arregla al bebe con plantas medicinales y aceites (inicia a los 3 meses de embarazo)
- Remite al médico tradicional y a la medicina occidental.

Acompaña todo el proceso del parto y postparto inmediato.

4.0 Enfermedades que previene y maneja el kiwe the y la partera

4.1 El frío: enfermedad es atribuida al desacato de las prácticas culturales para el cuidado durante el embarazo, esta enfermedad es entendida como la concentración exagerada de frío en el cuerpo de la mujer y en especial en el útero, ya que la mujer descuida su cuerpo con algunas de las siguientes actitudes

4.2 El arco: Para el pueblo nasa el arco es uno de los espíritus que acompañan tanto al hombre como a la mujer desde el momento del nacimiento y hace parte de la vida y de la cotidianidad hasta el día de la muerte.

4.3 Afectación del embarazo por amarro.

Se hace el ritual de (AMARRO DEL EMBARAZO) por parte del Kiwe the según para lo cual este orientado puede ser benéfico o causar daño a la embarazada.

Consecuencias del amarro:

- Dolor de parto repentino sin previo malestar.
- Trabajo de parto complicado, aumento de dolor, la criatura no desciende, la placenta se retiene.
- Cambios inexplicables en lo físico, estado de ánimo y psicológico.
- Muerte fetal inexplicable durante el embarazo o en el momento del parto (muerte súbita).
- Los tratamientos hospitalarios no mejoran la enfermedad.
- Los exámenes del hospital con resultado normal pero la embarazada sigue enferma.
- Tener malos sueños.

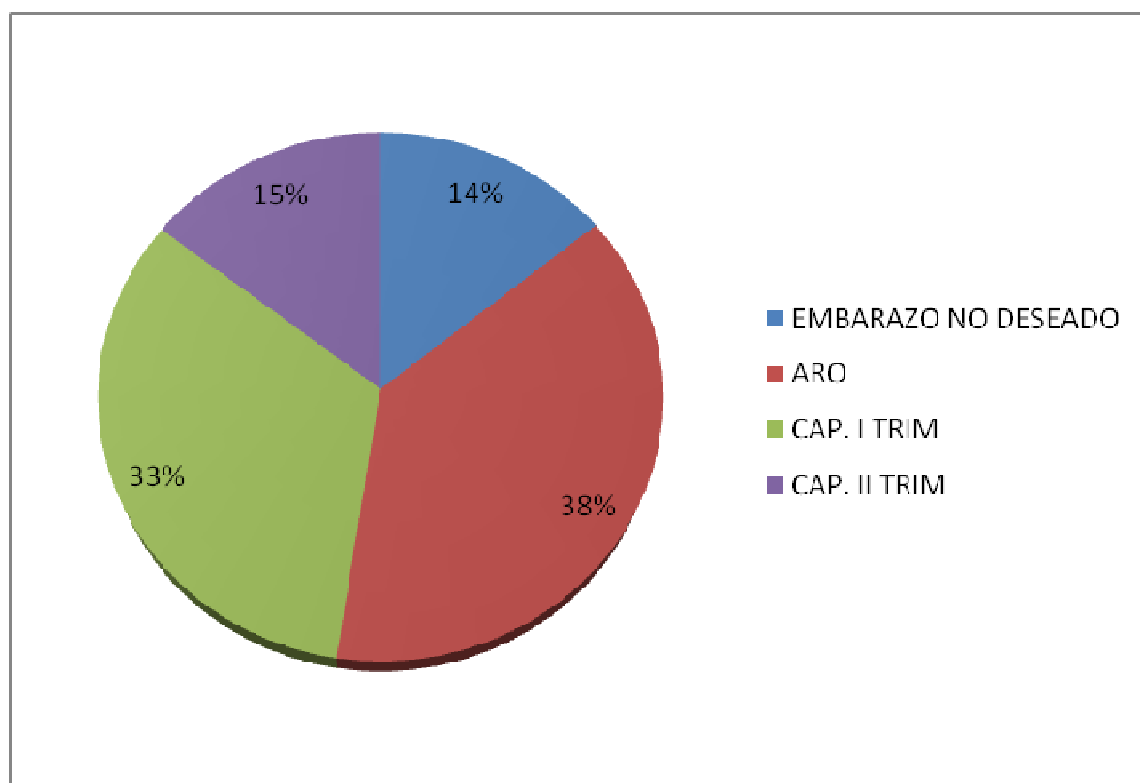
5.0 Actividades en la atención del post parto

5.1 Ritual de la siembra del cordón umbilical y placenta: Este ritual es el más importantes en el ser nasa; ya que a través de este ritual se sella el pacto y compromiso entre los espíritus mayores de la naturaleza, el recién nacido y los padres para dar apertura del camino de vida del nuevo ser nasa, por ende se busca que el nuevo ser pueda convivir en armonía y lleve la esencia, el pensamiento y los sentimientos como nasa nasa; de igual forma fortalece el lazo de pertenencia al territorio para que en la adultez no abandonen el territorio de nacimiento ni los lazos familiares. El responsable de hacer la siembra es el papá, lo que también simboliza que este es el responsable de ese nuevo ser.

5.2 Levantamiento del sucio: Al tercer día se debe limpiar y lavar el sucio, con el fin de proteger de enfermedades y afectaciones por espíritus de la naturaleza, con ello se busca mantener en armonía la vivienda, la familia con el entorno de la naturaleza; para ello se hace un hueco en el lado izquierdo de la casa, la mujer se baña con plantas calientes y con aquellas que le haya definido el Kiwe the , esta agua no debe caer a ninguna fuente de agua, si esto ocurre se hace el mal a toda la comunidad presentándose enfermedades, muertes, conflictos. Igualmente en el hueco se lava todo lo que la mujer utilizo para el parto y durante los tres primeros días.

5.3 Cateo del niño (a): El Cateo del niño(a) lo realiza el Kiwe the , entre los dos o tres meses de vida, el objetivo es conocer las habilidades o dones del niño(a) y la presencia de espíritus negativos, para protegerlo y potenciarlo de acuerdo a estas habilidades. De no hacerse este cateo la naturaleza se encargará de manifestarse por medio de desequilibrios tanto del menor como en la familia.

Como segunda estancia se evalua la adherencia de la población al modelo del programa mujer dadora de vida, implementado en la IPSI ACIN CXAWALA KIWE sede Santander de Quilichao:



Grafica 1. Factores que aectan la adherencia al programa mujer dadora de vida.

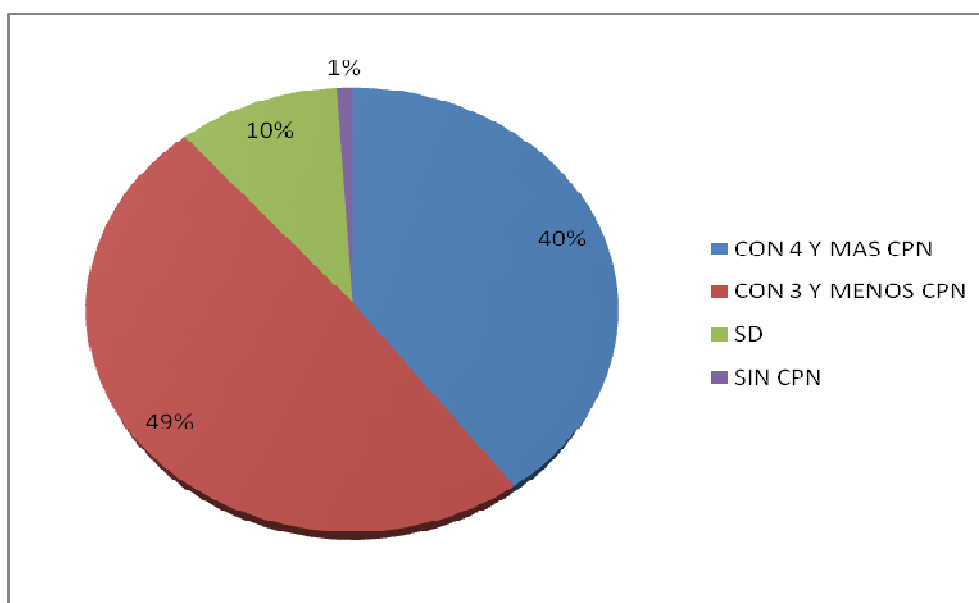
MEDICIÓN	PORCENTAJE- TOTALES
TOTAL INGRESOS	744 (100%) del 1 junio de 2013 a 31 de junio de 2014
EMBARAZO NO DESEADO	16.80% (125 usuarias).
ALTO RIESGO OBSTETRICO	45.56% (339 usuarias).

CAPTADAS EN EL I TRIMESTRE.	39.38% (293 usuarias)
CAPTADAS EN EL II SEMESTRE.	17.20% (128 usuarias).
CAPTADAS EN EL III SEMESTRE.	6.98% (52 usuarias).

Tabla 5. Factores que afectan la adherencia al programa mujer dadora de vida.

Se describen los porcentajes obtenidos en los factores de mayor incidencia a la adherencia al programa de mujer dador de vida.

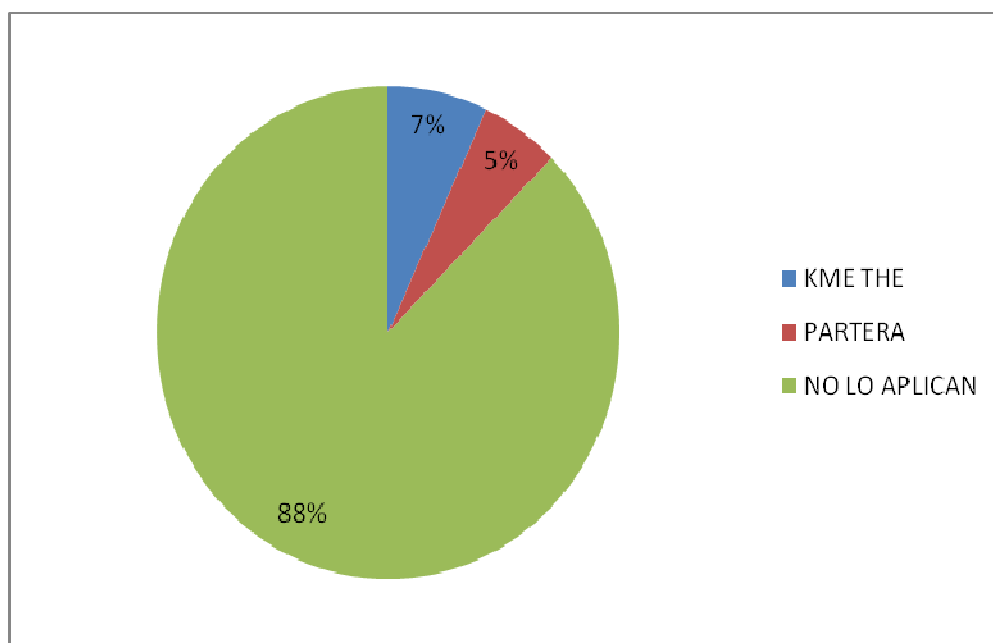
Se obtiene que en relación a los factores se encuentran distribuidos de la siguiente manera: en primer lugar las gestantes de alto riesgo obstétrico con el 38 %, segundo lugar la captación en el primer trimestre con el 33%, el tercero captadas en el tercer trimestre y en último lugar el embarazo no deseado.



Gráfica 3 adherencia al control prenatal según resolución 412 de 2000.

ADHERENCIAS	PORCENTAJE
CON 4 Ó MAS CPN	39.38% /293 usuarias)
SIN DATO	11% (82 usuarias).
CON 3 CPN O MENOS	48.25%(359 usuarias).
SIN NINGUN CNP	1.34% (10 usuarias)

Tabla 6. Grafica 3 adherencia al control prenatal según resolución 412 de 200



Grafica 6. Porcentaje de adherencia a medicina oriental

ACOMPANAMIENTO DEL KMETHE: 6.98% (52 CASOS)	ACOMPANAMIENTO PARTERA:5.51% (41 CASOS)
AFECCIÓN: 1% (8 casos).	SOBADA: 2.15% (16 CASOS).
CATEO: 0.80% (6 CASOS).	SAHUMERIO: 0%.
AFECCIÓN POR EL EMBARAZO: 0.53% (4 CASOS)	BAÑOS:2.15% (16 CASOS).
ARMONIZACIÓN: 2.28% (17 CASOS).	BAÑOS DE ASIENTO:0%
SOSTENIMIENTO: 0%	BAÑO: 0.26% (2 CASOS).
APERTURA DE CAMINO:0%	BEBIDA PLANTAS:0%
RITUAL DE PAREJA: 0.40% (3 CASOS).	ARREGLO MATRIZ:0%
LIMPIEZA DE PARTO: 0%	

Tabla 7. Adherencia por porcentaje hacia los rituales ofertados en el programa mujer dada de vida

6.0 Relación adherencia a rituales con las muertes perinatales y muertes manternas

Dentro de las 4 MP que se presentaron se evidencio:

- El 40%(2) ingreso tardío, sin CPN ni rituales.
- El 20%(1) sin CPN, atendida por partera el parto y posterior acude al hospital, en el cual no valoran RN, el cual esta muerto dando salida sin confirmar diagnóstico.

- Un 20%(1) es menor de edad(15 años), sin CPN desconocimiento de estado y sospecha de Corioamnionitis- SIRS.
- Un 20% captación temprana, realiza CPN , pero ante signos de alarma acude a partera en primera instancia y luego de que la partera la valore, remitida por esta al hospital.

Se evidencio fallas de aplicación del sistema, como aecuaciones del mismo como:

- No hay adherencia a los CPN ni a los rituales (los valores no son significativos).
- Fuente de información no confiable (bases incompletas, análisis de MP sin estructura ni enfoque cultural entre ambas medicinas).
- No hay seguimiento de facturación ni de calidad de los rituales realizados.
- Hay división y registro entre la medicina tradicional con la occidental pero sin continuidad en el seguimiento del proceso.
- Dentro de los análisis no se hace énfasis a las dos medicinas de manera de tallada.
- No hay evidencia de seguimiento a la tendencia de las MP y MM presentadas antes de la implementación del programa mujer dadora de vida y ahora una vez implementado que permita ver el impacto generado.
- Los canales de comunicación no son efectivos con la usuaria, para lograr su comprensión ante los signos de alarma.

Dentro de la estructura, organización y ejecución de la IPS hay fallas administrativas, prácticas clínicas, ya que sobreponen lo cultural y tradicional sin estandares de calidad.

En relación a las diferencias existentes entre control prenatal de la 412 y el modelo de mujer dadora de vida se evidencia:

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL SEGÚN
RESOLUCION 412 Y PROGRAMA MUJER DADORA DE VIDA

Resolucion 412	Programa Mujer dadora de vida
Identificación por voluntad propia de la gestante al control prenatal	Identificar al 100% de las embarazadas de la comunidad, durante las visitas domiciliarias que realizan a las familias los PSC.
Consulta medica por primera vez	Animar a las mujeres embarazadas identificadas, para que acudan a la consulta prenatal, por médico general y si comparten la medicina tradicional animarlas para que acudan al acompañamiento realizado por sabedores ancestrales

Elaboración de historia clínica y perfil de riesgo	Captación de la Mujer Nasa Gestante por parte del equipo básico y el equipo de apoyo de la IPS I Cxhab Wala Kiwe
Selección de estudios paraclínicos	Respeto por los estudios parclínicos.
Administracion de toxoides tetanico	Respeto por los toxoides ordenados

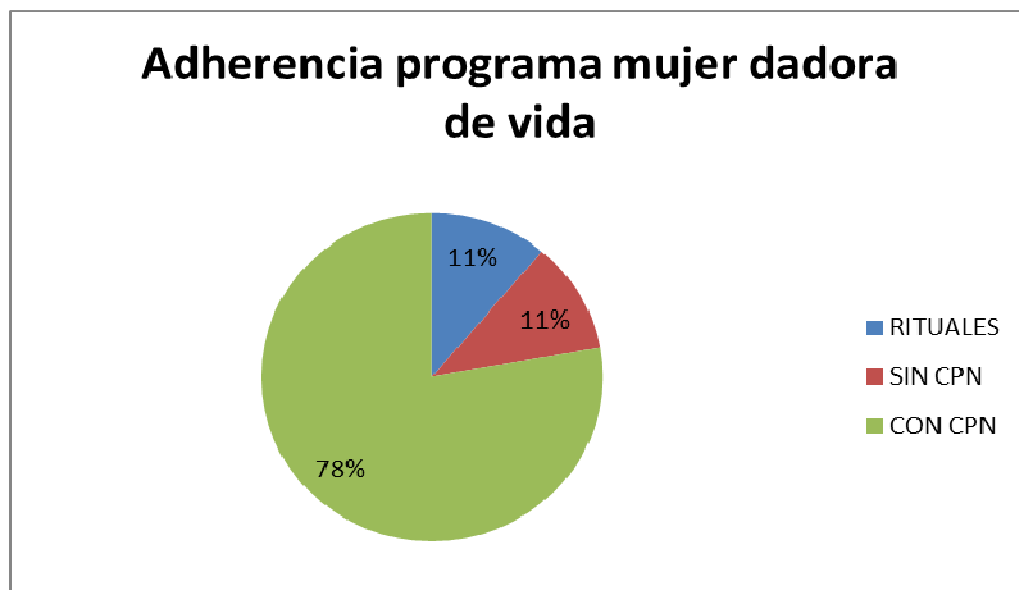
Formulacion de micronutrientes

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL
SEGÚN RESOLUCION 412 Y PROGRAMA MUJER DADORA DE VIDA

Entrega de carne materno y explicacion de su importancia	Entrega de carnet y recomendaciones con practicas culturalem crencias y costumbre para las gestantes
Valoracion del perfil de riesgo	Respeto al perfil de reiso
Consultas de seguimiento y control	Respeto al seguimiento y control

Tabla 8 Diferencias y similitudes entre porgrama de control prenatal según resolución 412

y programa mujer dadora de vida: se plantean las similitudes en conjunto como los cambios en nombres y aplicación del proceso.



Grafica 4 porcentajes de adherencia programa mujer dadora de vida

Solo se cuenta con el 11% de adherencia hacia el programa, dado por la aplicación de los rituales, ya que en terminos expesificos la institución no cuenta con un sistema de seguimiento que determine la utilizacion de este servicio.

Conclusión

1. Se debe dar el valor y la importancia a la interculturalidad de la comunidad nasa tenida en cuenta en la prestación de servicios de salud en la IPSI ACIN CHAXWALA KIWE tanto por parte del personal de salud como la comunidad esto con el fin de lograr de ambas partes adherencia al programa mujer dadora de vida, logrando así disminuir riesgo de muertes natales y perianales , de esta manera mejorar las condiciones de salud para la comunidad y fortaleciendo el trabajo en la IPSI ACIN CHAXWALA KIWE.
2. Motivar al personal de salud de la IPSI ACIN CHAXWALA KIWE para que se adhieran a los protocolos, hagan el correcto diligenciamiento de la documentación y bases de datos para que los datos que aquí reposen sean de utilidad a la hora de hacer informes, llevar epidemiología y a la hora de hacer revisión de casos podamos encontrar las causas y de esta forma generar planes de mejora y acción confiables.
3. Desde la comunidad nasa generar cambios en las políticas de salud especialmente en la de control prenatal o programa mujer dadora de vida ya que este requiere de recursos humanos, recursos económicos y compromiso por parte de toda la comunidad.
4. Se debe motivar a las usuarias para que se adhieran a el programa mujer dadora de vida explicándole factores de riesgo y signos de alarma con el fin de disminuir muertes natales y perinatales

Revisión Bibliografica

- Manual mujer dadora de vida , autor IPSI ACIN CHAWALA KIWE, 201
SISPI (sistema de salud propia e intercultural, 2011).
- Estudio candelaria valle
<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/viewArticle/400>
- <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewArticle/520>.
- <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf>

