

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO CULTURALES DEL SOBREPARTO EN PUNO

VÉLVETH ZORAYA MEDRANO AGUILAR¹

Universidad Andina N. Cáceres Velásquez – Juliaca

ALEJANDRO VELA QUICO**

Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

RESUMEN

Objetivos: la investigación se propuso medir la prevalencia, identificar las características clínicas en comparación con la endometritis puerperal y analizar las concepciones populares del cuadro denominado sobreparto, recaída o malparto. Métodos: se tomó una cohorte representativa de 144 puérperas atendidas en 6 Centros de Salud de la provincia de San Román, Puno. El diseño fue longitudinal. Para recoger información sobre el estado de salud de las puérperas se entrevistó e hizo exámenes clínicos en 2 ó más oportunidades. Resultados: no se encontró ningún caso médico de endometritis puerperal en las madres del grupo de estudio. La prevalencia de sobreparto fue de 7.64 X 100, caracterizada por presentarse en la semana siguiente al parto y diversos síntomas que son explicados al interior de la cultura tradicional andina. Las concepciones nosológicas del sobreparto fueron que su origen podía ser el frío, el viento o el calor; los síntomas principales fueron: sudor, escalofrío, sensación febril, calor en manos y pies, cefalea y mucosas secas; la remisión del cuadro fue lenta y en algunos, podían persistir por tiempo indefinido. Médicamente, los síntomas del

¹ Obstetra, Dra. en Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez – Juliaca.

** Médico, Lic. en Antropología, Dr. en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

sobrepardo podrían coincidir temporalmente con las ITU o confundirse parcialmente con los del síndrome de fiebre puerperal, de origen infeccioso y que remiten con tratamiento antibiótico. El sobrepardo se explica en el contexto cultural andino como resultado del desequilibrio entre el frío y calor en el momento de parto, que la población identifica y diferencia con claridad de otras afecciones. Conclusión: el sobrepardo es un cuadro de afectación de la salud de la puérpera diferente a la endometritis puerperal.

Palabras Claves: sobrepardo, recaída, malparto, endometritis, puérpera, cultura, medicina tradicional andina.

I. INTRODUCCION

A. Análisis de la situación problemática

Durante nuestra experiencia profesional como personal de salud en los servicios del primer nivel de atención de la provincia de San Román, Juliaca, nos hemos encontrado frecuentemente con casos de pacientes puérperas que presentaban un complejo de sintomatología que aparentemente no coincidía con los cuadros clínicos comunes en esta etapa, como es el llamado popularmente “sobrepardo”. Algunos colegas profesionales sugerían o los diagnosticaban como endometritis y otros, como cuadros inespecíficos, pues no llegaban a culminar el proceso diagnóstico y el respectivo seguimiento.

En nuestro país existe una medicina predominante basada en el conocimiento científico y tecnológico denominada medicina académica y, junto a ésta, otras medicinas (tradicional, alternativa y complementaria) que tratan las enfermedades con técnicas, procedimientos y concepciones culturalmente adecuadas. Así, por ejemplo, en el área andina, la enfermedad es parte de las relaciones del hombre con las deidades y de su comportamiento con la sociedad (Cabieses 1993), lo mismo se observa en el mundo amazónico, donde la cosmovisión del hombre y el mundo que le rodea interactúan mediante la reciprocidad y el respeto a fin de mantener el equilibrio y la preservación de la salud (Medina 2006:22).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de la Medicina Tradicional para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y lo define “como prácticas, enfoques conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorpora medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual

o en combinación para mantener el bienestar además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” (OMS 2002).

La diversidad geográfica de nuestro país ha sido escenario propicio para el desarrollo de diferentes culturas, dando origen a una diversidad de grupos humanos con sus propias características culturales y sociales, existiendo una pluriculturalidad de sistemas médicos (doctrinas que rigen problemas de salud y enfermedad en culturas determinadas) y de medicinas tradicionales (sistemas de conocimientos adquiridos a través de la experiencia y transmitidos de generación en generación) en el Perú. Nuestro país, pluricultural, multiétnico y plurilingüe, permite que su riqueza cultural origine todo un sistema de concepciones, en torno al embarazo parto y puerperio; en las zonas rurales del Perú muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento.

Cada grupo humano crea y recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia y al mundo que le rodea, que incluyen la vida y la salud. Esta realidad plantea la necesidad de entender y comprender el rol tradicional de la mujer en la salud y conocer los sistemas médicos con raíces autóctonas (Vargas 2001).

Los procesos biológicos y culturales alrededor de la gestación, parto y puerperio en la población andina siempre han sido motivo de estudio y publicaciones, pero algunos aspectos no han sido claramente descritos ni evaluados desde un punto de vista científico, este es el caso del llamado “sobreparto” o “recaída”, sobre lo cual nos proponemos aportar con la presente investigación.

La actualidad de este tema se basa en que muchos médicos y obstetras que trabajan con poblaciones de cultura andina, han podido observar que las mujeres después del parto suelen no tocar el agua durante periodos variables entre una a tres semanas, pues refieren que el cuerpo está caliente y puede producirse un desequilibrio; además estaría con los poros de la piel abiertos y que por allí ingresaría el frío, produciéndoles dicha enfermedad que se caracteriza por intensas cefaleas y dolores musculares con contracturas, que pondrían en riesgo la vida de la parturienta. Este cuadro lo suelen llamar “sobreparto” y en otras provincias con el Arequipa y Cusco la denominan “recaída” o “malparto”.

Otro autor refiere “La madre bebe una tizana de hierba que le calma las molestias, le dan huevos y hasta vino. Se le envuelve la cintura con vendas para que no haya complicaciones, pues piensan que la sangre puede subir

bruscamente al corazón y causar así la muerte. En cuanto a la placenta, ella no es guardada, más bien se la entierra en un lugar que consideran seguro” (Cáceres 2009).

La justificación científica consiste en que los profesionales de salud suelen confundir estos cuadros o les parece que coinciden con la endometritis puerperal de origen infeccioso y los tratan así básicamente con antibióticos, pero, por otro lado, las mujeres que asumen que tienen un “sobreparto” recurren a las parteras tradicionales las cuales indican baños calientes y masajes con hierbas de carácter cálido. De allí la importancia de aportar al conocimiento científico de este cuadro y concluir sobre su identidad o diferencia.

Por estas razones consideramos de gran interés y utilidad para la ciencia y la Salud Pública poder investigar este cuadro cultural y dilucidar su probable asociación con los conceptos médicos científicos. Esto permitirá orientar el trabajo de los profesionales de salud, especialmente de aquellos que trabajan en ámbitos de cultura andina como es la provincia de San Román.

En los últimos años, el MINSA está desarrollando diversas estrategias sobre Interculturalidad en salud, las cuales incluyen la realización de investigaciones que permitan decodificar la cultura y el pensamiento tradicional andino de salud en nuestra población. Por un lado, es cierto que está disminuyendo la pobreza, pero también se han profundizado las brechas sociales y la exclusión. Varios sectores de la población no tienen derecho a la atención de salud. Persisten importantes brechas de desigualdad entre los ámbitos urbano y rural, entre costa, sierra y selva, desigualdad de género y de grupos específicos como los afrodescendientes y los pueblos indígenas (AECID 2013).

El gobierno actual ha establecido como prioridad la creación de una serie de programas sociales, de un ministerio para la inclusión y un importante presupuesto, como estrategias de superación de la pobreza en un país cuyos estándares de inversión y de crecimiento económico no pueden seguir conviviendo con condiciones extremas de precariedad y vulnerabilidad (MIDIS 2013). Pero quedarían pendientes las relaciones entre las diferentes formas culturales, como son entre la cultura quechua andina y el pensamiento de la Medicina moderna, situación que trasciende nuestro país (Almeida 2914:1170 – 1183).

B. Objetivos

- Medir la prevalencia y características clínicas de la endometritis puerperal en púerperas del grupo de estudio.

- Medir la prevalencia y características clínicas del cuadro denominado “sobrepardo” en las puérperas del grupo de estudio.
- Analizar las concepciones acerca del origen, síntomas, evolución y tratamiento del “sobrepardo” en las puérperas del grupo de estudio.
- Comparar las semejanzas y diferencias clínicas y culturales de la endometritis puerperal y el “sobrepardo” en las puérperas del grupo de estudio.

II. METODOLOGÍA

Ámbito de Estudio

El estudio se realizó en 6 Centros de Salud: Santa Adriana, Cono Sur, Revolución, Taraco, Saman y Cabanillas, pertenecientes a la provincia de San Román, departamento de Puno. La provincia de San Román dispone para la atención de salud en el sector público de: un hospital, 6 centros de salud y 35 puestos de salud. La ciudad de Juliaca cuenta también con un hospital Nivel III de EsSalud y un Policlínico, así como diversas Clínicas y consultorios privados (MINSA Dirección Regional de Salud Puno 2010).

La población de San Román puede ser caracterizada como predominantemente joven, los menores de 14 años representan el 31.51% de la población total. Así mismo, el 64.64% del total de la población está constituida por personas en edad de trabajar (15 a 64 años), de ésta, los mayores de 65 años representan el 3.85% Según, Mapa de Pobreza del Perú 2009 el distrito de Juliaca presenta el menor porcentaje de pobres de la provincia con 40.00% de pobreza y 10.6% de extrema pobreza, asimismo, el distrito de Cabana concentra el 43.90% de pobreza y 14.60% de pobreza extrema, Cabanillas concentra el 41.10% de pobreza y 10.50% de pobreza extrema. La Región Puno tiene un IDH de 0.5611 ubicándose en el ranking 22 a nivel nacional, la provincia de San Román tiene un IDH de 0.6044 estando en el puesto 50 (Municipalidad Provincial de San Román 2011).

Técnicas e instrumentos de investigación

Para recoger información sobre el estado de salud de las puérperas se usaron las técnicas de la entrevista y el examen clínico. La guía de entrevista y de registro de datos fueron elaborados con base a las variables e indicadores elegidos.

Población y Muestra

La unidad de estudio fueron las puérperas atendidas en 5 Centros de Salud de la provincia, de un mes (mayo 2013), que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Parto eutócico y a término.
- Atención profesional en un Servicio de Salud.
- Procedentes y residentes en la región Puno.
- Historia clínica completa disponible en la microred.

El tamaño aproximado de la población de estudio que poseían los criterios de inclusión, lo derivamos de los informes de atenciones de partos eutócicos de los 5 Centros de Salud que sumaron 230 puérperas al mes (Santa Adriana 80, Cono sur 40, Revolución 40, Taraco 30, Saman 20 y Cabanillas 20), de la cual se estima que podrían ocurrir entre el 2% al 5% de casos de endometritis infecciosa, según la estadística nacional.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2}{4 (N - 1) E^2 + Z^2}$$

Tamaño de la población (N)	: 230
Margen de confiabilidad (Z)	: 1.96
Error máximo permitido E	: 0.05
Nivel de confianza	: 5%
N = 144	

Se hicieron dos controles de estas puérperas, el primer control fue entre el 3er. y 5to. día del puerperio, ya sea durante el control en el servicio de salud o en su domicilio. El segundo control fue a los 15 días del puerperio. Para la valoración del estado de salud de la puérpera se procedió a una anamnesis y examen clínico obstétrico o médico en el caso de presentar una patología médica.

Cuando se identificó un caso de "sobreparto" se procedió a describir el cuadro clínico y a interrogar más exhaustivamente a la paciente sobre sus concepciones al respecto, repitiéndose la evaluación en una segunda visita luego de 15 días y en algunos casos, luego de un mes.

Con los datos obtenidos se procedió a comparar y evaluar la correspondencia o no de los casos de endometritis puerperal u otra infección con el sobrepeso, todo lo cual nos permitió describir la nosología del síndrome denominado “sobrepeso”.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El grupo de madres puérperas del grupo de estudio, expresa el promedio de las pacientes que tienen acceso a los servicios de salud de periferia en la provincia de San Román e incluso en la región de Puno (DIRESA Puno 2014). La mayoría se ubicaban en el grupo etario de 20 a 29 años, la mitad procedían de la zona urbano-marginal debido a la ubicación de los establecimientos de salud de la Microred donde se realizó el estudio. Casi todas tenían una relación de pareja como casadas o convivientes, que, para fines, incluso legales, no implica diferencias. El nivel de instrucción también es el esperado para esta área social y generación; la gran mayoría había terminado la secundaria y existe un grupo creciente que tiene estudios técnicos o superiores. Todas hablaban español y un 28.5% también el quechua. Luego, estas mujeres comparten las condiciones materiales de vida y el contexto cultural y social, que luego pueden aportar a explicar los resultados de nuestra investigación.

Los antecedentes fisiológicos y clínicos de las puérperas del grupo de estudio en el momento de parto, podrían identificar algunos determinantes de su evolución. La mayoría, durante el trabajo de parto no tuvo complicaciones, exceptuando el clásico dolor durante las contracciones. El dolor del parto es una experiencia humana tan antigua como la propia existencia del hombre. Todavía hoy, se constituye en una realidad inherente al parto y, a pesar de evitable, continúa siendo vivenciada con gran frecuencia por las mujeres que quedan grávidas y dan a luz (Mamede 2007:1157). Algunos autores sostienen que el dolor vivenciado por la mujer durante el proceso de parto es una experiencia subjetiva donde se puede identificar comportamientos diferentes en relación a esta, que varían según la cultura y la época (Gualda 1997:95) 105.

El dolor resulta, además, en una respuesta psíquica y se refleja en acciones físicas. El dolor que la mujer siente durante el trabajo de parto es único para cada mujer y es influenciado por varios factores. Esos factores incluyen: cultura, ansiedad, miedo, experiencia anterior de parto, preparación para el parto y soporte ofrecido durante ese proceso (Lowdermilk 2002).

En nuestro estudio, la mayoría de casos tuvo un periodo expulsivo (70.83%) y trabajo de parto en general (94.4%) rápidos, pero un 10.42% necesitó de la maniobra de kristeller, lo que sugiere debilidad en la fuerza de contracción uterina por diversos motivos. Hace varias décadas, algunos investigadores introdujeron conceptos y procedimientos para el "manejo activo del trabajo de parto", con el objetivo de reducir los partos prolongados y la cesárea, como consecuencia de eso, lo que incluye el uso de oxitocina, rotura artificial de membranas y ocasionalmente anestesia de conducción (Impey 438). Estos procedimientos no gozarían de la simpatía de poblaciones andinas y de estratos populares, quienes prefieren el parto natural.

Los exámenes vaginales deben ser restringidos. En nuestro estudio encontramos que la mayoría tuvo de 1 a 2 exámenes (43.1%) y más de 3 fue el 54.2%. La aparición de la infección del útero después del parto se ha descrito asociada a factores de riesgo del huésped tales como: bajo nivel socioeconómico, anemia, rotura prolongada de membranas antes del parto, vaginosis bacteriana, corioamnionitis, prematuridad y menor edad materna. Además también se han descrito otros factores de riesgo asociados a la atención en salud entre los cuales se cuentan: trabajo de parto prolongado, número de tactos vaginales desde el inicio del trabajo de parto, extracción manual de la placenta, cesárea con trabajo de parto, cesárea, monitoreo fetal interno, instrumentación uterina, atención cesárea sin antimicrobianos (Mamani 2008: 48).

La rotura de las membranas, en el 72.2% ocurrió en el momento del periodo expulsivo; pero es llamativo que el 6.9% fue por una rotura prematura y un 20.8% fue una rotura precoz, todo lo cual crea condiciones para una infección puerperal o la endometritis (STARLING CEF 1995). El efecto de la retención de restos placentarios y/o membranas es de amplio conocimiento. En un estudio publicado el presente año en el Perú se encontró entre los factores de riesgo de la endometritis posparto, a los siguientes: a un tercio de pacientes se le realizó más de 5 tactos vaginales, con un máximo de 8; 6 pacientes presentaron rotura prematura de membranas y el tiempo entre la rotura de membranas y el parto fue menor de 12 horas en 18 (56,3%) pacientes y mayor de 12 horas en 3 (9,4%) pacientes; en 7 pacientes se describió líquido meconial. Entre los síntomas más comunes se encontró la sensación de alza térmica y la fiebre, mientras que el signo más común fue loquios con mal olor, seguido de sensibilidad uterina (VASQUEZ 2014:59). Debemos destacar en la muestra estudiada por nosotros, ninguna púerpera presentó loquios sugerentes de endometritis infecciosa.

Los antecedentes durante la gestación en estas mujeres, de la presentación de ciertas afecciones como: anemia 29.9%, desnutrición 13.2% e infección

urinaria 54.2%; son alarmantes e indicativos del estado de higiene y de las condiciones materiales de vida. Todas estas condiciones patológicas son factores de riesgo para la presentación de diversas afecciones en el posparto. Muchos son los factores de riesgo propios del embarazo que han sido asociados al nacimiento de productos de forma prematura. Igualmente, dentro de los factores de riesgo maternos, la anemia ha sido uno de los que más controversia ha causado, a pesar de la evidencia mostrada desde hace varios años, algunos autores dudan de una relación causal directa entre esta y el parto prematuro (Lieberman 1988:157).

Las infecciones vaginales se caracterizan por síntomas como flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, dispareunia y mal olor vaginal, por invasión de patógenos como resultado de un desbalance en el ecosistema vaginal. Son responsables del 31% al 47,9% de los partos pretérmino (Cires 2003:38).

Se encontró que ninguna de las puérperas tuvo un diagnóstico médico de fiebre puerperal o endometritis infecciosa; pero sí tuvieron infecciones urinarias e infecciones del tracto respiratorio.

En total se encontraron 11 casos de pacientes que referían tener cuadros de “sobreparto” (prevalencia de 7.64 por cada 100 puérperas), según sus concepciones culturales tradicionales, pero sólo en uno de los casos se identificó medicamente la presentación simultánea de ITU, pero la paciente diferenciaba claramente los síntomas que correspondían a una y a la otra patología.

Los síntomas que presentaban las pacientes con sobreparto (sudor, escalofríos, sensación febril), se asemejan a infecciones típicas, pero clínicamente no se encontraron; lo que indica que son cuadros patológicos diferentes.

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente en los servicios hospitalarios, aunque las pautas de profilaxis han disminuido mucho la incidencia de esta patología. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias. Las pautas de prevención, cada vez más importantes, han disminuido la frecuencia de esta patología. Los factores de riesgo son: el parto por cesárea, el número de exploraciones previas, tiempo de bolsa rota mayor de 6 horas, duración del parto de más de 8 horas, presencia de meconio, alumbramiento manual, diabetes, corioamnionitis, heridas y desgarro del canal de parto. La mayoría se corresponden con infecciones polimicrobianas. El diagnóstico se realiza por la presencia de fiebre, dolor uterino a la exploración, loquios malolientes y leucocitosis (NewtoNer 1990:402). Reiteramos que en nuestra investigación no encontramos ninguno de estos casos.

Por otro lado, la explicación que dan las pacientes al cuadro de sobreparto lo refiere al frío, al viento y al sol, pero se trataría de una exposición prolongada o especial a estas temperaturas, que implicó la percepción inmediata de cierta incomodidad como fue la sudoración o sensación de quemazón. Todo esto se describe y sistematiza en la nosología respectiva.

La frecuencia de los síntomas que presentaron las pacientes con sobreparto, destacando: “sudor, sensación febril, calor en manos y pies, cefalea, escalofrío, mucosa seca”. En la mayoría de casos, la evolución de los síntomas es aceptable, pero más de un cuarto de casos, sugiere que los síntomas se prolongarán por tiempo indefinido. El tratamiento que usan las puérperas para los casos de sobre parto son diversas hierbas denominadas “cálidas”, las cuales tendrían la finalidad de restituir el equilibrio de la temperatura del cuerpo, retirar el frío y calmar los síntomas.

En otras referencias al sobreparto o recaída, también se menciona que la paciente es tratada por una partera, la cual realiza regularmente baños por varios días, con hierbas calificadas como cálidas y que con manojos de estas hierbas se hacen masajes en el cuerpo de las mujeres, en sentido centrífugo, con la finalidad de “extraer el frío”.

V. NOSOLOGÍA DEL CUADRO DENOMINADO COMO “SOBREPARTO”

Con base a la información recogida de las puérperas que presentaron “sobreparto”, podemos sintetizar una propuesta de su nosología, específica para la región de Puno. La Nosología es la ciencia que forma parte del cuerpo de conocimientos de la Medicina, tiene por objetivo describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo éstos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos. Hemos asumido que se puede usar el esquema de la Nosología para este caso, a la cual hemos añadido el tratamiento, para tener una descripción más completa del cuadro.

1. **NOSONOMIA** (concepto de enfermedad). Concepto de vida y ser vivo.
Evolución histórica del concepto de enfermedad. Salud y enfermedad.
Individuo sano e individuo enfermo. Nominación de la enfermedad.

- a) Nominación: Sobreparto, recaída, malparto.
- b) Sustrato cultural: las concepciones sobre salud y bienestar en la cultura surandina, se basan en considerarlos como el estado de equilibrio entre lo cálido y frío. El cambio repentino de temperatura

produce la enfermedad o malestar. Otro componente asociado a la salud es el pensamiento animista o pensamiento seminal, el cual asume que todo lo que existe tiene vida o alma, así, la tierra es nuestra madre y fuente de vida, los cerros son protectores o apus; el río y el aire son animados y al compartir con ellos la vida, somos parte de un todo, al cual debemos respeto. Otro elemento importante en el origen de enfermedades son los vientos, algunos de los cuales pueden ser origen de enfermedades o males diversos.

- c) *Definición:* afectación a la salud de carácter cultural andino, que se presenta en los días siguientes al parto, asociada generalmente a haberse expuesto al frío, que compromete el estado general de la puérpera y caracterizada básicamente por sensación de calor, sudoración o escalofríos.

2. NOSOTAXIA (clasificación de las enfermedades).

- a) Sobrepardo por frío: se produce por la exposición al frío, al agua fría o al viento frío, teniendo la sensación de frío a nivel general, sensación de adormecimiento en las manos, y luego sensación de quemazón, las puérperas presentan granos en la cara y dolor de estómago al comer. No deben tocar el agua por lo menos un mes, no presentan loquios mal olientes, las puérperas no se bañan ya que el baño les produce más frío, por lo que su higiene es sólo genital. Concomitantemente a presentar sudor frío, tienen sensación de debilidad.
- b) Sobrepardo por calor: se produce por la exposición al sol, las puérperas guardan reposo en un lugar donde no llega la luz solar, y a la más mínima exposición del cuerpo, generalmente cuando el sol se encuentra más sofocante, traduciéndose con calor en los pies, acompañado de escozor, empezando en un miembro, luego en los dos pies, y después a nivel general. La puérpera manifiesta sensación de calor durante todo el día, acompañado de sudoración caliente. No presenta sangrado vaginal con mal olor ni dolor hipogástrico. Al salir al sol se tiene sensación de fiebre, acompañada de miedo por la sensación de estar frente a una llama de fuego. El tratamiento es de larga duración

3. NOSOGRAFÍA (descripción de la enfermedad):

a) Etiología general (causas de la enfermedad). Concepto de causa morbífica. Clasificación de las causas morbíficas.

- Exposición al frío
- Viento
- Sol (calor)

b) Patogenia o nosogenia (génesis y desarrollo de la enfermedad). Doctrinas patogénicas. La reacción viva local y general. El síndrome general de adaptación. Patología de la adaptación.

Los síntomas se inician en las manos o en la zona de la piel que tocó o estuvo expuesta al frío o al calor, luego se extiende a todo el cuerpo. Los signos y síntomas generalmente se dan en la piel, en las manos o los pies, como la sudoración o sensación de calor. Se piensa que el cuerpo humano en la etapa del trabajo de parto, se encuentra caliente o los poros se abren por el esfuerzo y por este medio se introduce el frío o calor excesivo, que rompe el equilibrio del cuerpo.

c) Nosobiótica (alteraciones que conlleva la enfermedad). Alteraciones morfológicas. Alteraciones o perturbaciones funcionales. Insuficiencia funcional. El dolor en Patología.

Las alteraciones más comunes son:

- Aumento de la sensibilidad a las temperaturas más o menos intensas.
- Sudoración o sensación de calor en manos y pies.
- Dolores tipo contractura en cuello, cabeza y abdomen.
- Alteración del apetito y digestión.

d) Semiótica (síntomas y signos clínicos). Concepto de síntoma y de signo clínico. Concepto de síndrome y cuadro sintomático. Semiotecnia y semiología.

- Sensación de frío o calor.
- Sudor frío o quemazón en las manos a cualquier hora del día.
- Frío o ardor en los pies.

- Sudor en todo el cuerpo.
 - Escalofríos.
 - Sofocación en las noches, parecido a las molestias de la gripe.
 - Dolor sordo a nivel general.
 - Loquios no fétidos ni signos de infecciones comunes.
 - Sensación de entrada de viento hacia el cuerpo.
 - Dolor en la región del abdomen.
 - Dolor de cabeza.
 - escozor en las manos.
 - Presencia de granos pequeños en el rostro
- e) Patocronia o nosocronia (evolución de la enfermedad). Periodo de comienzo. Periodo clínico: complicaciones y metástasis. Periodo de terminación: por curación (recaídas y recidivas) o por muerte (agonía, muerte y metagonía).
- Generalmente se inicia en la primera semana posparto.
 - Los síntomas son más intensos en las primeras semanas del puerperio y luego pueden remitir total o parcialmente asociados a la precocidad e intensidad del tratamiento. Esta remisión de los síntomas generalmente es muy lenta.
 - Si no se trata inmediatamente, el sobreparto se considera avanzado, por lo que no tiene tratamiento y quedan con la sudoración de por vida.
- f) Tratamiento
- Cuidados generales:
- No puede realizar sus tareas normalmente porque los poros se encuentran abiertos, y está con frío o calor.
 - Después de una semana se puede exponer al ambiente porque se deja que el "cuerpo madure", ya que existe sobreparto del sol o del frío, en los dos casos se da presencia de escalofríos.
 - Se aconseja a la puérpera hacerse sobar y fajar el vientre.
 - Debe ingerir la comida sin sal.
 - No deben comer fruta, chancho o pescado.
 - Las altas médicas deben realizarse hasta las 12 m y no en la tarde ya que el frío de la tarde es penetrante.

- Algunas veces las pacientes reciben antibióticos por otras infecciones comunes (ITU, resfríos), pero persisten los malestares mucho tiempo después de resolverse estas infecciones.

Inmediatamente después del parto (preventivo) se sugiere para limpiar el sangrado del útero y para realizar la limpieza genital:

- Cola de caballo
- Tiquel tiquel
- Apio

Tiene que tomar este preparado, tres veces por día. Las hierbas se hacen hervir acompañado de apio, primero se le da a tomar hierbas para que tenga limpieza de la matriz y después del parto. Los mates se toman todos los días.

Para el sobreparto confirmado:

- Caldo de parigüana todas las mañanas un mes aproximadamente o también el ibis negro.
- Hierbas molidas tostadas y quemadas con alimentos (arroz, fideo, papas, verduras junto con cabellos quemados, uñas de los pies y de las manos, gusanos secos) darle el preparado en mates en la mañana y tarde en mate de nabo durante 2 meses.
- La placenta quemada se le da después cuando ya está mal, porque sentirá dolor después del parto, las manos y los pies queman, se le puede dar después extracto de plantas (frasco preparado).
- Sahumar a la puérpera.
- Mate de romero para bañarse.

VI. CONCLUSIONES

- a) La prevalencia de sobreparto en las pacientes del grupo de estudio fue de 7.64 por cada 100 puérperas, caracterizada por presentarse

en la semana siguiente al parto y diversos síntomas que son explicados al interior de la cultura tradicional andina.

- b) Las concepciones nosológicas del sobreparto fueron que su origen podía ser el frío, el viento o el calor;
- c) Los síntomas principales fueron: sudor, sensación febril, calor en manos y pies, cefalea, escalofrío y mucosa seca; la remisión del cuadro era lenta pero algunos podían persistir por tiempo indefinido.
- d) Los síntomas del sobreparto podrían parcialmente confundirse con los del síndrome de fiebre puerperal y específicamente con la endometritis puerperal; la primera tiene una explicación en el contexto cultural del equilibrio entre el frío y calor en el momento de parto y la segunda tiene una explicación infecciosa con loquios purulentos y que remiten con tratamiento antibiótico en un plazo predecible.

BIBLIOGRAFIA

- AECID (2013). Marco de Asociación entre Perú y España en materia de Cooperación Internacional para el Desarrollo. España.
- ALMEIDA VERA Lourdes, ALMEIDA VERA Luis. (2014) *Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud*. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2014 Oct 25]; 18(8): 1170-1183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800019&lng=es.
- CABIESES F. (1993). Apuntes de Medicina Tradicional: la racionalización de lo irracional. Tomo I, DISELPESA, Lima.
- CACERES V. Artidoro, (2009) La Sexualidad en el Perú Pre-colombino, CONCYTEC, primera edición, Lima.
- Cires M, Freijoso E, Silva L, Vergara E, Cutié E, Ortega M, et al. (2003) Guía para la práctica clínica de las infecciones vaginales. Rev Cubana Farm 2003;37:38-52.
- DIRESA/MINSA Puno. (20014). Plan Operativo Institucional 2014. Disponible en: <http://regionpuno.gob.pe/descargas/planes/Plan-Operativo-Institucional-2014-DIRESA.pdf>.

- Gualda DMR. (1993). Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP. Brasil.
- Impey L, Hobson J, O'Herlihy C. (2000). Graphic analysis of actively managed labor: Prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous women in spontaneous labor at term. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 438-43.
- Lieberman E, Ryan K, Monson R, Shoenbaum S. (1988). Association of maternal hematocrit with premature labor. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 107-114.
- Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. (2002). O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; Brasil.
- Mamede Fabiana Villela, Almeida Ana Maria de, Souza Luiz de, Mamede Marli Villela. El dolor durante la fase activa del trabajo de parto: el efecto de deambulación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2014 Oct 25]; 15(6): 1157-1162. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600016>.
- María E. Mamani C, Ana M. Demetrio R, Sócrates Aedo M, Jorge Varas C, José Lattus O5, Patricio Gayán B6. Tacto vaginal e instrumentación uterina: Factores de riesgo para Endometritis Puerperal. *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*. 2008; VOL 3 (1): 48-53.
- MEDINA I, Armando y MAYCA P, Julio. *Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis*. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [online]. 2006, vol.23, n.1 [citado 2014-10-20], pp. 22-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
- MIDIS. Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú, http://www.midis.gob.pe/files/doc/midis_politicas_desarrollo_es.pdf, consulta 26/07/13.
- MINSA/Dirección Regional de Salud Puno – DEPEDE, Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud de la Región Puno, 2010.
- MINSA/Dirección Regional de Salud Puno – DEPEDE, Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud de la Región Puno, 2010.
- Municipalidad Provincial de San Román. Plan de Desarrollo Provincial Concertado de la Provincia de San Román al 2021, Gerencia de Planeamiento y Presupuesto, Juliaca 2011.

- Newtoner, P, riHodatJ, GibbSr S. Aclinical and microbial analysis of risk factors for puerperal endometritis. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 402.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005. OMS, Ginebra 2002.
- STARLING CEF, SANTOS JC, OLIVEIRA SA, NOGUERIRA MG, FERREIRA MA, COUTO BRGM. (1995). Postpartum Infection Risk Factors: A proposal for defining the nosocomial infection index risk. Primer Congreso Panamericano de Infecciones Intrahospitalarias. Viña del Mar Chile.
- VARGAS R, NACCARATO P. (1995). Allá las antiguas abuelas eran parteras. Etnografía de las parteras empíricas. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima.
- VASQUEZ TEEVIN, Vicky Angélica; FLORES NORIEGA, Mónica Lourdes y LAZO PORRAS, María de los Ángeles. Endometritis posparto: experiencia en un hospital general. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [online]. 2014, vol.60, n.1 [citado 2014-10-25], pp. 59-64. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000100010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2304-5132.

ANEXOS

Tabla 1

MADRES SEGÚN ESTADO DE SALUD EN EL PRIMER CONTROL

SANA: 88 (61.12 %)

AFECCIÓN: 56 (38.88 %)

Afecciones	N°	%
- Sudoración, escalofríos, sensación febril	38**	43.18
- Dolor pélvico	19	21.59
- Cefalea, mareos, visión borrosa	15	17.05
- Dolor abdominal	10	11.36
- Dolor en mamas	2	2.27
- Astenia	2	2.27
- Ardor en manos	2	2.27
Total	88*	100.00

Fuente: Guía de Entrevista y Observación

* Se registró hasta 2 afecciones por madre.

** De este total de 38 casos, 15 correspondieron a ITU y 6 fueron resfríos comunes, el resto sólo fueron síntomas aislados que no conformaban un cuadro patológico médico.

Tabla 2

MADRES SEGÚN ESTADO DE SALUD EN EL SEGUNDO CONTROL

SANA: 131 (90.98 %)

AFECCIÓN: 13 (9.02 %)

Afecciones	N°	%
- Sudor, escalofríos, sensación febril	13	59.09
- Cefalea	5	22.73
- Astenia	2	9.09
- Tos	2	9.09
Total	22*	100.00

* Se registró hasta 2 afecciones por madre.

Tabla 3

ETIOLOGÍA ASIGNADA DEL SOBREPARTO

Etiología	N°	%
- Exposición al frío, demora del parto**	6	37.50
- Viento***	4	25.00
- Sol ****	3	18.75
- No le dieron la placenta*****	1	6.25
- No sabe	2	12.50
Total*	16	100.00

Fuente: Guía de Entrevista y Observación

* Se registró hasta 2 etiologías por madre.

** Refieren que ocurre cuando, luego del alumbramiento, le hacen la episiorrafia, por un desgarro o la episiotomía, este procedimiento demora y la paciente se enfría, pues el parto es un proceso calificado como "cálido". En otro caso, tocó el agua para lavarse las manos, estas se entumecieron y no podía agarrar nada, al frotarse los nudillos de las manos cambiaron de color a verde como si la hubieran golpeado. La señora que la está tratando le dijo que el sobreparto puede durar años, que los pequeños granitos del rostro no desaparecerán.

*** El viento podía implicar una sensación de frío.

**** Se expusieron al sol luego del parto y sintieron el calor como la brasa de un fogón que les quema en el rostro.

***** La paciente de manera preventiva debió ingerir la placenta luego del parto, pero como no se la dieron, le sobrevino el sobreparto.

Tabla 4
 SÍNTOMAS Y SIGNOS DEL SOBREPARTO

Síntomas	N°	%
- Sudor, sensación febril, calor en manos y pies, cefalea, escalofrío, mucosa seca	11	39.29
- Palidez	5	17.86
- Astenia, decaimiento	5	17.86
- Nauseas Mareos	2	7.14
- Dolor ocular, ojos hundidos	2	7.14
- Descamación en los dedos	2	7.14
- Acné	1	3.57
Total	28*	100.00

Fuente: Guía de Entrevista y Observación

* Se registró hasta 3 referencias por madre.

Tabla 5

EVOLUCIÓN DEL SOBREPARTO A LA SEGUNDA Y CUARTA SEMANA

Evolución	N°	%
- Remisión casi total de síntomas	7	63.64
- Remisión mediana de síntomas	1	9.09
- Sin remisión de síntomas	3	27.27
Total	11	100.00

Fuente: Guía de Entrevista y Observación

Los 3 casos sin remisión de síntomas dijeron que los éstos irán disminuyendo poco a poco, que pueden durar varios meses, hasta un año o más, especialmente la sensación de frío o sudor frío en las manos.

Tabla 6
 TRATAMIENTO DEL SOBREPARTO

TRATAMIENTO	Nº	
Amoxicilina, Sultametoxasol, paracetamol	3	8.11
Ingesta de ceniza de placenta, cabello y uñas o del cordón umbilical del RN.	5	13.51
baño con romero	4	10.81
infusión de Huaná huaná	2	5.41
nabo tostado	1	2.70
Infusión de muña	3	8.11
frotación de cal y cebo de animal	1	2.70
ceniza de romero	1	2.70
Ingesta de miel de abeja	2	5.41
Infusión de chiri chiri	2	5.41
Infusión de eucalipto	2	5.41
Infusión intravenosa de vitaminas	1	2.70
Infusión de ortiga	2	5.41
hierbas preparadas	4	10.81
Infusión de hinojo	1	2.70
uraña, sahumeros	3	8.11
TOTAL	37*	100.00

* Se registró hasta 3 referencias por madre.

Hubo un caso donde la paciente recibió Ampicilina, que fue indicación médica pues tuvo simultáneamente el diagnóstico de ITU.

El caso de la paciente que usó Amoxicilina, fue por automedicación, una tableta de 500 mg/día por 30 días.

El caso del Sulfametoxasol, fue indicación profiláctica del técnico que atendió la puérpera y que le realizó un “escobillonaje” (se toma entre los dedos una gasa e introduce hasta el fondo vaginal, para limpiar los probables restos de placenta que quizás hayan quedado luego del alumbramiento).