



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE URACCAN

RECINTO KAMLA, BILWI

MONOGRAFÍA

Percepción del aborto de las mujeres miskitas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer y de los Agentes Tradicionales de Salud de Bilwi

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MEDICO GENERAL INTERCULTURAL Y CIRUGÍA**

AUTORES

Br. Carlos Alberto Pineda López
Br. Johndar Tabaré Páiz Jarquín

TUTORA

Dra. Ivania López Calero
Doctora en Medicina General
Msp. en Salud pública
MSc. Antropología social con mención en desarrollo humano

Marzo de 2017

AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE URACCAN

RECINTO KAMLA, BILWI

MONOGRAFÍA

Percepción del aborto de las mujeres miskitas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer y de los Agentes Tradicionales de Salud de Bilwi

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MEDICO GENERAL INTERCULTURAL Y CIRUGÍA**

AUTORES

Br. Carlos Alberto Pineda López
Br. Johndar Tabaré Páiz Jarquín

TUTORA

Dra. Ivania López Calero
Doctora en Medicina General
Msp. en Salud pública
MSc. Antropología social con mención en desarrollo humano

Marzo de 2017

Tema:

Percepción del aborto de las mujeres miskitas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer y de los Agentes Tradicionales de Salud de Bilwi

Dedicatoria

Carlos Pineda Reyes

Dedico este logro a la mujer que siendo mi abuelita asumió la responsabilidad de ser mi madre enseñandome el significado de la vida, quien se encargó de inculcarme valores hasta el último momento y aunque en estos momentos no se encuentra conmigo, sé que donde sea que se encuentre me cuida y me protege aunque no la pueda ver lo siento en mi corazón, por ser una gran mujer y la mejor madre que pude tener, con todo mi amor desde lo más profundo de mi corazón, **Olga Reyes Lackwood**, para ti.

A mi esposa **Jhomarie Bonilla Rodriguez** quien ha estado conmigo en la adversidad brindandome su apoyo incondicional, a mis hijas **Ximena Valentina Pineda Bonilla** y **Ana Camila Pineda Bonilla** que son mi fortaleza y razón de vida, que me impulsan a seguir adelante y me hacen más fuerte cada día al mismo tiempo que me enseñan humildad y paciencia.

Johndar Tabaré Páiz Jarquín

Dedico esta obra a mi madre, **Selmira Margarita Jarquín Chow** quien me ha cuidado desde mis primeros días de vida, es el personaje principal a quien debo cada logro que he obtenido, por haberse esforzado en formarme académicamente con la mejor calidad posible y ser parte esencial en todos los demás aspectos de mi vida. A **Hna. Kathryn Jean Schilling Rediske**, madrina, amiga y consejera espiritual, cuyos valores éticos, morales y religiosos han sido de gran importancia en mi desarrollo personal. A **Hna Ann Mckean** quien me brindó consejos y apoyo para poder culminar la carrera.

Agradecimientos

Carlos Pineda

Al **Señor Todopoderoso** que ha hecho posible esta realidad, por la oportunidad de vida, por permitirme llegar hasta este punto de mi vida, por todas las bendiciones, por darme la oportunidad de conocer lindas personas que poco a poco me ayudaron a cumplir esta meta.

A mi abuelita **Olga Reyes** por todo su apoyo, por el amor incondicional, por la confianza, por haber hecho de mí el hombre de hoy, por estar..., siempre que la necesité pero sobre todo por el cuidado, gracias.

A mi esposa **Jhomarie Bonilla Rodríguez** por todo el apoyo para mí, por animarme en los momentos de flaqueza, por ser una mujer con ese gran corazón, por su paciencia... gracias.

A la **Dra. Marilú Rodríguez** por todo su apoyo y confianza, por estar presente en todo el proceso de formación y por permitirme ser parte de su familia, gracias.

A mi Papá **Carlos Pineda Woo** quien ha estado conmigo cuando lo he necesitado, por su apoyo, confianza y amor de padre, gracias.

A mis tíos **Estela Pineda Woo, Ivania Pineda Woo, Marcelo Pineda Woo, Rolando Pineda Woo, Ramon Pineda Woo**, que como familia siempre han estado apoyándome, por sus palabras de aliento, gracias.

Johndar Tabaré Páiz Jarquín

Agradezco a todos los pacientes que demostraron apoyo a la causa de formar médicos autóctonos de la región, aquellas personas de corazones nobles que se prestaron como instrumentos de aprendizaje en las distintas áreas clínicas en las que cursé mediante fui avanzando en la carrera. Es gratificante la disposición, apertura y confianza que ha demostrado la población costeña hacia los médicos que nos hemos formado en la URACCAN.

Agradezco a todos los **docentes médicos** que dejaron una huella en la formación que he recibido:

Al **Dr. Francisco Flores**, guía y amigo desde el primer contacto con la carrera, que aún 6 años después nos recibió con los brazos abiertos en el Hospital Aleman Nicaragüense y nos continuó enseñando por unos días en aquella pasantía.

A las **Dras. Marilú Rodríguez Aburto y Marisol Blandón**, docentes de mis áreas básicas que también dieron acompañamiento moral y espiritual para afrontar las dificultades propias de la vida y la carrera.

Al **Dr. Manuel Salvador Salas Flores** quien siempre me pareció demasiado estricto, pero fue hasta que me topé con la realidad de lo que significa ser médico y trabajar con vidas humanas, que entendí el porqué siempre exigió lo máximo de cada estudiante.

Al **Dr. Mariano Flores** que nos acogió en los últimos años de la carrera y con quien compartimos mucho aprendizaje y vivencias.

A la **Dra. Denise Stigol**, amiga y docente, a quien aprecio especialmente por todos los consejos brindados, siempre esforzándose por enseñarnos con la mejor calidad a pesar de las dificultades que afrontábamos.

Al **Dr. Javier Rosales** por siempre mostrar optimismo en momentos de tensión, amigo y consejero.

A todos los médicos que tuvieron la disposición de compartir conocimiento conmigo.

Agradadezco a todas las personas que se vieron involucradas durante mi formación, me motivaron a estudiar mucho y terminar la carrera, especialmente a mis amigos **Dr. Jensen Castillo**; mi primo **Ing. Yhassir Vega Gradiz** y a los **Dres. Rainier Sanders** y **Armando Palacios**.

INDICE GENERAL

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Índice General	iii
Resumen	iv
Introducción	1
Objetivos	3
Marco teórico	4
➤ El aborto	5
➤ Formas clínicas del aborto	8
➤ Auxiliares diagnósticos del aborto	9
➤ Tratamiento del aborto en la medicina occidental	11
➤ Conceptos indígenas de salud – enfermedad	17
➤ Medicina tradicional	19
➤ Cosmovisión Miskita y sistema de salud	20
➤ Tratamiento del aborto en la medicina tradicional miskita	23
Metodología y Materiales	26
Resultados y Discusión	29
➤ Presentaciones clínicas del aborto	29
➤ Percepción del aborto desde agentes tradicionales de salud y mujeres miskitas	31
➤ Cuadro clínico y diagnóstico del aborto desde la medicina tradicional miskita	33
➤ Tratamiento del aborto en la medicina tradicional miskita	39
Conclusiones	42
Recomendaciones	45
Lista de referencias	46
Anexos	49

RESUMEN

El aborto es una práctica muy antigua, tanto así que se desconoce cuándo se puso en práctica por primera vez. Guarda estrecha relación con los diferentes patrones culturales y religiosos de los pueblos.

Existen diversas formas de ver y tratar esta problemática, sin embargo, pocas veces se abordan los aspectos socioculturales en torno a las enfermedades a como se hizo en este estudio.

Desde la medicina occidental se define aborto a la expulsión del feto menor de 22 semanas de gestación y menor de 500g de peso. Para hablar de aborto en la cosmovisión miskita deben tomarse en cuenta los aspectos holísticos de salud de los pueblos indígenas.

Este estudio describe la percepción que tienen sobre el aborto pacientes miskitas que fueron atendidas en el hospital Nuevo Amanecer; siendo el aborto incompleto la principal presentación clínica evidenciada.

El sistema de salud indígena enfatiza el equilibrio entre el hombre y la naturaleza, su interrelación y a cuya ruptura se le atribuyen enfermedades. Desde la cultura miskita, el aire, la montaña, el agua, los bosques y todos los componentes naturales tienen dueños que pueden causar desequilibrios en la salud humana.

El aborto desde la cosmovisión miskita, se atribuye a liwa waitna o sireno, quien se enamora de la mujer y por celos la hace abortar. También se atribuye a factores intrínsecos de ella y a lasa luhpia (hijo del diablo), cuando el feto expulsado tiene malformaciones congénitas visibles o el recién nacido muere al nacer.

El aborto no es aceptado dentro de la cultura miskita debido a su arraigado sistema de creencias cristianas independiente de la religión que profesan los individuos; sin embargo existen métodos tradicionales abortivos efectivos, que se describen en esta obra.

Mientras la medicina occidental trata el aborto con medios invasivos como la aspiración manual endouterina y el legrado, el sistema médico tradicional utiliza medios no invasivos como baños, ritos y brebajes que basado en la observación, son efectivos por la evolución favorable de las pacientes tratadas.

I. INTRODUCCIÓN

Esta investigación se centró en la percepción del aborto desde la perspectiva indígena de los Agentes tradicionales de salud miskitos (parteras, médicos tradicionales) y mujeres indígenas miskitas que han tenido la experiencia de un aborto.

Se determinaron las presentaciones clínicas del aborto; las percepciones que de él tienen los agentes tradicionales de salud miskitos y las mujeres miskitas que fueron atendidas en la sala de Labor y Parto del Hospital Nuevo Amanecer ubicado en la ciudad de Bilwi, Municipio de Puerto Cabezas durante el II semestre del año 2016, como puntos de partida para entender su perspectiva sociocultural que es muy poco tratada en la atención médica.

Desde una visión histórica, se sabe que el aborto es una práctica muy antigua, tanto, que se desconoce cuándo se puso en práctica por primera vez. Guarda estrecha relación con los diferentes patrones culturales y religiosos de los pueblos.

Hablar de embarazos no deseados y abortos en nuestro país, aún es causa de enfrentamientos, a pesar de que se trata de un grave problema de salud pública que afecta la vida de miles de mujeres.

Existen diversas formas de ver y tratar esta problemática, sus antecedentes hablan de que su discusión estuvo centrada básicamente en los casos ocurridos en las ciudades y no de las comunidades indígenas. De ahí surge la necesidad de conversar y socializar la visión de las comunidades indígenas tomando en cuenta todos los agentes involucrados en la atención del aborto haciendo hincapié en los médicos tradicionales, las parteras y las mujeres miskitas que hayan abortado.

Es claro que el aborto es un problema de salud pública, más aún es un problema de desigualdad social, económica, étnica, de género pero sobre todo de una clara violación al ejercicio de los

derechos sexuales y reproductivos de la mujer nativa y debe ser abordado de manera integral.

Para poder integrar todos los elementos necesarios que representan la salud de acuerdo a la cosmovisión miskita en una región pluricultural y multiétnica como la costa caribe norte, se debe incluir el abordaje desde la perspectiva sociocultural contribuyendo a mejorar la calidad de atención y disminuir así las complicaciones post aborto.

Esta investigación es la primera que abordó de manera formal el aborto en mujeres indígenas miskitas y sus características socioculturales.

Este estudio fue importante porque permitió recolectar información que en relación al aborto sólo poseen los actores objeto de estudio, lo que favoreció un análisis del mismo y la identificación de aspectos relevantes hacia un mejor diagnóstico y/o tratamiento del aborto en mujeres miskitas.

Constituye, además, una guía para próximas generaciones de estudiantes de la carrera de medicina y cualquier otra persona con el interés de descubrir y conocer aspectos culturales de la etnia miskita sobre el aborto.

El estudio logró un acercamiento científico a los aspectos culturales del aborto, por tanto, se pueden entender mejor los conocimientos y prácticas tradicionales alrededor del mismo, dando un paso más a la armonización entre los sistemas de salud occidental y tradicional en torno a este tema, sirviendo de guía para que las autoridades de salud impulsen estrategias para un correcto mecanismo de referencia y contrareferencia entre ambos sistemas; logrando diagnósticos precoces, tratamientos oportunos y disminuyendo la tasa de complicaciones post-abortos al entrelazar los conocimientos ancestrales con el método científico como uno de los ejes que persigue el modelo de salud intercultural para la costa caribe norte (MASI-RACCN).

II. OBJETIVOS

General

- Determinar la percepción del aborto de las mujeres miskitas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer y de los Agentes Tradicionales de salud de Bilwi en el II semestre del 2016.

Específicos

- Conocer las principales presentaciones clínicas del aborto que se atendieron en la sala de parto del Hospital Nuevo Amanecer.
- Describir la percepción que tienen los agentes tradicionales de salud sobre el aborto y las mujeres miskitas atendidas en sala de labor y parto del Hospital Nuevo Amanecer
- Indagar cómo se trata el aborto desde la medicina tradicional miskita.

III.MARCO TEÓRICO

La palabra aborto proviene del latín *abortum* – abortar. De acuerdo con el New Shorter Oxford Dictionary (2002), el aborto es el nacimiento inmaduro antes de que sea posible vivir. También significa la terminación inducida del embarazo para destruir al feto. Si bien el término se utiliza de manera indistinta en un contexto médico, el uso popular de la palabra aborto se refiere a la interrupción intencional del embarazo. Es por esta razón que muchos prefieren utilizar el término aborto espontáneo para referirse a la muerte del feto antes de su viabilidad.

En la región de las Américas, la mayoría de las muertes maternas son debidas a hemorragia postparto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico.

Algunas de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo. Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma oportuna estas complicaciones y realizar un abordaje inmediato y adecuado, para evitar el agravamiento de la mujer. El implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia, establecidas por protocolos de manejo y llevadas adelante por parte del personal de salud idóneo, puede descender fuertemente la razón de complicaciones y mortalidad (Fescina R, et al. 2012, p. 9)

Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para la realización de abortos han evolucionado ampliamente. A pesar de estos avances, se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte

de alrededor de 47.000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres. Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, planificación familiar y el acceso a sistemas de salud para recibir atención médica adecuada (Serruya, S. 2012, p. 1)

3.1 EL ABORTO

La Medicina entiende por aborto toda expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterina, es decir, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir. Según el Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas publicado por el Ministerio de Salud de Nicaragua (2013, p. 28) el aborto se define como: “La expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500 g de peso, que se alcanza a las 22 semanas. (Impera el peso sobre las semanas de gestación)”.

El Ministerio de Salud (MINSA) en su esfuerzo de unificar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a lo largo del país, ha creado el protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas en donde se incluye el aborto al pertenecer a los sangrados de la primera mitad del embarazo, para que se garantice la atención integral, basado en el método científico, independientemente de que éste sea espontáneo o provocado; es deber del personal de salud atender a las mujeres que presentan tal evento, con el fin de garantizar su salud, prevenir y/o tratar complicaciones y asesorar en el tema de planificación familiar. (Protocolo 109, p. 3)

3.1.1 CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

Se divide en dos grandes grupos:

1. **abortos espontáneos**, los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos.

2. **abortos provocados**, aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Según la época de la gestación, el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas y tardío, a las 12 semanas o más (Schwartz, R., et al. 2012, p. 207)

3.1.2 ABORTO ESPONTÁNEO

El aborto espontáneo es la complicación más común del embarazo. Aunque se desconoce su incidencia real, cerca del 15% de los embarazos y 60% de los embarazos con evidencia química terminan en aborto espontáneo. De los abortos espontáneos, 80% ocurre antes de las 12 semanas de gestación. La incidencia del aborto depende de la edad de la madre y varios factores relacionados con el embarazo, como antecedentes de un embarazo normal a término, número de abortos espontáneos previos, antecedentes de muerte fetal o nacimientos de productos previos con malformaciones o defectos congénitos conocidos. Además, las influencias de los padres, como el estado del portador de una translocación balanceada y las complicaciones médicas, influyen en el índice de aborto espontáneo (DeCherney, et al. 2007, p. 267).

3.1.2.1 CAUSAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO

Las causas del aborto son múltiples, Schwartz, R., et al. (2012, p. 207) consideran que las causas del aborto desde el punto de vista etiológico, pueden ser las siguientes:

- **Causas ovulares propiamente dichas:**

Aquellos que teniendo progenitores genéticamente normales tienen un desarrollo embriológico anormal o por defectos cromosómicos adquiridos. Se considera que el 10% de los abortos están en este rango.

- **Causas maternas orgánicas:**

En este rango entran las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir la producción del aborto. Pueden darse por enfermedades generales como tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas o bien por enfermedades pélvicas de todo orden (genitales o extragenitales) como por ejemplo, infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente contención del feto o bien por alteraciones del útero tales como malformaciones y otros.

- **Causas funcionales:**

Constituyen entre el 10 y el 15% de los abortos espontáneos. Entran en este rango los causados por enfermedades aparecidas al principio del embarazo en las funciones de órganos y sistemas que pueden interferir la mala evolución de la gestación. La diabetes, la endocrinopatía, alteraciones de los ovarios, del trofoblasto o de la placenta producen el aborto endocrino corial o endocrino gonadal.

- **Causas inmunológicas:**

Abortos de tipo autoinmunes, generalmente generados por síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares y abortos autoinmunes (compatibilidad ABO) o trombofilias.

- **Causas de origen tóxico:**

Intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fósforo, etc., o carencial, es decir deficiencias nutritivas totales o parciales de proteína, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales, etc.

- **Por traumatismos físicos de todo orden:**

Causados por el abuso de drogas ilícitas o lícitas, como el tabaco, el alcohol y la cafeína.

3.1.3 ABORTO INDUCIDO

El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) que destaca Hernández (2015, p. 1), es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta.

3.1.4 FORMAS CLÍNICAS DEL ABORTO

Según el Protocolo de Atención de las Complicaciones Obstétricas del MINSA (2013, pp29-38), las manifestaciones clínicas, formas clínicas, signos y síntomas del aborto para su diagnóstico son:

- **Amenaza de aborto:**

Se define una amenaza de aborto cuando hay amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.

- **Aborto inminente o en curso:**

Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto. Persiste el dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones importantes e irreversibles.

- **Aborto inevitable:**

Cuando hay presencia de dolor y/o sangrado intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico.

- **Aborto frustrado, diferido o Huevo muerto retenido:**

Si el huevo está muerto en el útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de

hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal comprobado por ultrasonido.

- **Aborto incompleto:**

Cuando el contenido del útero se expulsa parcialmente, el tamaño del útero se mantiene o disminuye, el cuello uterino está dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.

- **Aborto Completo:**

Cuando el huevo se expulsa completamente. Ocurre en embarazos tempranos.

- **El aborto séptico:**

Se trata de una de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobregregado en la cavidad uterina o en el producto (feto), no afecta la capa muscular del útero. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección leve a severa: temperatura mayor a 37.5°C, se puede acompañar de malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias. Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez (endometritis). Útero doloroso a la palpación y reblandecido (parametritis). El cuello generalmente se encuentra entreabierto y es posible evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares. Dolor a la palpación del hemiabdomen inferior.

3.2 AUXILIARES DIAGNÓSTICOS DEL ABORTO

Primero se debe confirmar que la mujer está embarazada, de acuerdo a disponibilidad de insumo en la unidad.

- En sangre positivo a los 6-8 días después de ovular (aprox. 3ra semana de FUR)
- En orina a las 2 semanas después de ovular (aprox. 1 mes de la FUR)
- Fracción subunidad Beta de HCG.



El ultrasonido obstétrico transvaginal tiene mayor sensibilidad que el abdominal para valorar vitalidad fetal en embarazos menores de 14 semanas. Los hallazgos a encontrar son los siguientes:

- Presencia de saco gestacional.
- Presencia de saco vitelino.
- Visualización del embrión.

Los cambios que sugieren la gestación interrumpida son:

- Saco gestacional irregular.
- Pobre reacción decidual: menor de 2 mm.
- Doppler color pobre en la periferia del saco gestacional.
- Inserción baja del saco Gestacional.
- Saco vitelino menor de 2 ó mayor de 8 mm en la sexta semana de embarazo.
- Saco vitelino irregular o doble o hiperecogénico.

3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Embarazo ectópico y la enfermedad del trofoblasto.
- Hemorragia uterina disfuncional con período de amenorrea previo.
- Lesiones de canal y enfermedad cérvico vaginal.
- Várices vulvares.

3.4 FACTORES DE RIESGO

- Primiparidad.
- Edades extremas de la vida reproductiva (menor de 15 y mayor de 35 años).
- Multiparidad.
- Antecedentes de abortos previos.
- Antecedente de embarazo no deseado.

- Enfermedades crónicas.
- Malas condiciones socioeconómicas.
- Infección urinaria.
- Práctica de maniobras abortivas en embarazo actual.
- Falla de método anticonceptivo.
- Violencia física y sexual.
- Alcoholismo y adicciones.
- VIH / Sida.

3.5 TRATAMIENTO DEL ABORTO EN CURSO, INEVITABLE Y ABORTO INCOMPLETO EN LA MEDICINA OCCIDENTAL

3.5.1 Primer nivel de atención

- Canalizar con bránula No. 16^o mayor calibre disponible.
- Administrar Solución Salina SSN0.9%: paciente estable 1,000ml en 6 hrs. La reposición de los líquidos se hará en dependencia del sangrado, a fin de mantener el equilibrio hemodinámico.
- Administrar dT según esquema de vacunación.
- Suspender la vía oral.
- Realizar AMEU administrando profilaxis antibiótica con 100mg de doxiciclina en 1 hora antes del procedimiento y 200mg después de este.

3.5.2 Segundo nivel de atención

Además de lo realizado en el primer nivel continuar con:

- Ingreso al establecimiento de salud
- Controles de parámetros vitales: Estado neurológico, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria. Coloración de la piel y mucosas perfusión periférica.
- Garantizar una o dos vías de acceso venoso de acuerdo a las condiciones hemodinámicas de las pacientes, si existe cuadro de shock, tratar de acuerdo al protocolo del mismo.

- Realizar exámenes de laboratorio: Biometría Hemática Completa, glucemia, creatinina, examen general de orina, grupo y Rh.
- Preparar paquete globular y organizar donantes si se requiere.
- Disponer para la evacuación del útero lo más pronto posible mediante:
 - AMEU.
 - Legrado instrumental solo debe realizarse si no está disponible AMEU.
 - Estos procedimientos solo se deben de realizar si el embarazo es menor de 12 semanas por fecha de la última menstruación (FUM) o si el tamaño uterino es menor o igual a un embarazo de 12 semanas.

Si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado:

- Oxitocina, 20 UI en 500ml de SSN0.9% a 40 gts por minuto y modificar según respuesta.

Otra alternativa:

- Misoprostol: dosis única de 600ug por vía vaginal.
- En ambos casos posteriores a la evacuación realizar AMEU.

Es muy importante recordar que Oxitocina y Misoprostol nunca se deben administrar juntos.

3.6 TRATAMIENTO DEL ABORTO DIFERIDO Y ANEMBRIÓNICO:

- **Menor de 12 semanas:** AMEU o Misoprostol 800mcg vía vaginal dosis única.
- **Mayor de 12 semanas:** se maneja igual que el aborto incompleto mayor de 12 semanas.

Además de realizar los análisis descritos para el aborto incompleto se deben de incluir la cuantificación de fibrinógeno y pruebas de coagulación.

3.7 TRATAMIENTO DEL ABORTO SÉPTICO:

3.7.1 En el primer nivel de atención

En caso de sospecha de aborto séptico, su manejo es de referencia inmediata para manejo hospitalario.

- Canalizar con bránula No. 16 o mayor calibre disponible.
- Administrar SSN 0.9% o Hartman: paciente estable 1,000ml en 6 horas. La reposición de líquidos se hará en dependencia del sangrado, a fin de mantener el equilibrio hemodinámico.

Antibioticoterapia:

- Dosis inicial o de carga:
- Ampicilina 1g IV o cefazolina 1g IV más 500mg de metronidazol IV. O
- Ceftriazone 1g IV más 500mg de metronidazol IV. O
- Clindamicina 600mg IV ó 500mg de metronidazol mas gentamicina 80mg IV c/8h.
- Agregar a cada una de las opciones: Gentamicina 160mg IV diaria (si existen problemas renales o peso menor de 60kg; administrar 5mg por Kg de peso).
- Administrar DT según esquema de vacunación.
- Suspender la vía oral.
- Referirla al segundo nivel de atención.

3.7.2 Segundo nivel de atención:

Además de lo realizado en el primer nivel continuar con:

Exámenes de laboratorio: BHC, plaquetas, VSG, Proteína C reactiva.

- Azoemia, creatinemia, uricemia, ionograma, enzimograma hepático, Tiempos de coagulación, fibrinógeno, glucemia, hemocultivos para aerobios y anaerobios, gasometría valorando la saturación y las alteraciones del equilibrio ácido – base.

Administrar antibióticos:

- Ampicilina 1gr IV c/6 horas o cefazolina 1g IV c/6 horas más 500mg de Metronidazol IV c/8 horas. O
- Ceftriazone 1g IV c/12 h más 500mg de Metronidazol IV c/8 h O
- Clindamicina 900mg c/6h IV o Metronidazol 500 mg IV c/8 h más Gentamicina 80mg IV c/8 h.

La terapia antibiótica intravenosa se deberá mantener por 48 horas desde el último pico febril y continuar por vía oral hasta completar 7 a 10 días.

Antitérmicos: si la temperatura supera los 37.5°C administrar: Dipirona 1g IV cada 8 horas o acetaminofén 1g PO c/8 horas.

ERRADICAR EL FOCO INFECCIOSO, RESTOS OVULARES Y/O EVENTUALES CUERPOS EXTRAÑOS.

Condiciones para practicar el legrado uterino en caso séptico:

- Realizarlo después de 8 horas de iniciada la antibioticoterapia.
- Paciente estabilizada hemodinámicamente.

El material obtenido debe enviarse a estudio anatomopatológico y cultivo.

El uso de útero constrictor post legrado está indicado para contraer el útero y minimizar el sangrado. Se puede utilizar:

- Oxitócica, 20UI en 500ml de solución salina al 0.9% a 40 gotas por minuto y modificar según respuesta. O
- Metilergonovina 0.2 mg c/ 8 horas por 24 horas previo toma de presión arterial, O
- Misoprostol 400mcg vía rectal repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario.

Analgesia: Ketorolaco 60mg IV o diclofenac 75 mg IM dosis única seguido de ibuprofeno 400mg c/8 horas.

3.8 COMPLICACIONES DEL ABORTO

Cada una de las formas clínicas puede evolucionar a otras formas más graves del aborto:

- Hemorragia que conduzca a shock hipovolémico.
- Complicaciones por maniobras abortivas o por procedimientos quirúrgicos que pueden provocar:
 1. Perforación uterina.
 2. Shock séptico.
 3. Infertilidad.
 4. Lesión vaginal, vesical, uterina o intestinal.

En todos los casos cuando existe sangrado que no cede con el legrado uterino o lesiones uterinas o sepsis que no ceden con el tratamiento inicial, debe valorarse la necesidad de una laparotomía exploradora de urgencia y en el transoperatorio valorar si se requiere limpieza, sutura de lesiones o la extirpación parcial o total del útero y anexos.

3.9 CRITERIOS DE TRASLADO

- El sangrado es persistente o se agrava.
- Los dolores en hipogastrio persisten o se incrementan.
- Salida de líquido transvaginal.
- Fiebre.
- Agravamiento de síntomas de enfermedad de base.
- No hay condiciones para tratar el problema en el domicilio o establecimiento de salud más cercano.
- Dificultad de acceso a establecimientos de salud con capacidad resolutive.

3.10 CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia o mínimo sangrado transvaginal.
- Si hay remisión de los síntomas y no hay signos de infección.
- En caso de aborto séptico dar alta 72 horas después de la remisión de la sepsis y mantener antibióticos orales hasta completar siete a diez días de tratamiento según evolución y criterio clínico.
- En casos que requieran reposición de sangre dar alta posterior a transfusión sanguínea.
- Realizar contrareferencia al primer nivel de atención.

3.11 EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- Consejería y apoyo (rehabilitación emocional)
- Detección y tratamiento de la anemia.
- Se recomienda prevenir embarazo en los seis meses subsiguiente en dependencia de sus condiciones obstétricas y de las complicaciones asociadas al aborto.
- Iniciar anticoncepción post aborto (hormonas, condones) de forma inmediata a la finalización del evento obstétrico. EL DIU y la OTB no deberá indicarse en los casos de abortos sépticos.

3.12 LOS CONCEPTOS INDÍGENAS DE SALUD Y ENFERMEDAD:

Antes de hablar de una enfermedad como el aborto, su cosmovisión indígena y el aspecto cultural de esta, conviene primero entender el concepto salud – enfermedad que estos pueblos comparten.

En la Constitución de la Organización Mundial de la salud (OMS), la salud se define como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas y refleja un concepto más holístico de la salud. Los pueblos indígenas tienen un concepto similar de la salud, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo.

La nota descriptiva No. 326 publicada por el Centro de Prensa de la OMS (2007) dice que los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos indígenas. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria.

Los términos salud – enfermedad enmarcado en los sistemas de salud indígenas comprenden un conjunto integrado de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos – sean explicables o no – relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Habitualmente, el hombre indígena se siente rodeado de un número considerable de fuerzas que no controla ni conoce, y que

le acechan de forma constante, poniendo en peligro su salud e integridad física. (Flores, 2004, p. 2)

Por otro lado, existe una estrecha relación entre el aborto, machismo, el sistema de patriarcado y la religión de mujeres indígenas.

Un estudio realizado en Bolivia que abarcó la situación que vivían mujeres indígenas de 3 comunidades en torno al aborto llamado “Aunque no lo quieran ver, el aborto existe”. Cita que “La falta de educación sexual y los mitos en torno al uso de anticonceptivos y al propio aborto son barreras a las que se enfrentan estas mujeres, muchas de las cuales acaban teniendo una descendencia que supera el número diez”.

En dicho estudio se mencionan tres roles fundamentales que cumplen las mujeres:

- Las mujeres son objeto sexual, que pueden vender cualquier cosa; deben cumplir con un estándar de belleza impuesto que responde solo a los deseos y gustos de los hombres.
- Las mujeres son esposas; más allá de estar casadas o no, tener pareja da cierta seguridad, aleja las sospechas de ser lesbianas o prostitutas. Una mujer con pareja deja, aparentemente de ser un peligro para las demás, independientemente de lo que haga clandestinamente. Las esposas son “señoras”, lo que genera un estatus especial.
- Las mujeres son ante todo madres. Aunque no se haya cumplido con los anteriores puntos, ser madre es prácticamente una obligación en la vida de una mujer, que es vista como reproductora en potencia y esencia. El sistema patriarcal, a través de instituciones establecidas, como la escuela, la iglesia y la misma familia, se ha encargado de reforzar la idea de que la mujer no es completamente mujer si no es madre.

La violencia sexual que viven estas mujeres por parte de sus propios cónyuges también se relaciona a embarazos no deseados. Se han documentado casos en los que luego de haber sido violadas por sus parejas en estado de ebriedad, son obligadas a abortar al haber quedado embarazadas productos de esta violación, lo que supone doble trauma para las mujeres. (Pachurri, et al. 2014, p. 22).

3.12.1 Medicina Tradicional

La **OMS** define medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias físicas, mentales y espirituales, aplicadas de forma individual o colectiva para mantener el bienestar

La medicina tradicional es el resultado de miles de años de prácticas y conocimientos empíricos, muchos de ellos estrechamente vinculados a mitos y religión. Acorde a dicha naturaleza, la medicina tradicional es extremadamente dinámica e incorpora a su modelo elementos de otras prácticas, culturas o medicinas. Se va enriqueciendo constantemente de los aportes ajenos y de sus propios descubrimientos.

Sobre el particular, existieron durante la colonia procesos de incorporación de elementos de la medicina de origen europeo, como es el caso de algunas plantas medicinales usadas actualmente por los curanderos americanos, como las muy conocidas verbena, llantén, manzanilla y cola de caballo por mencionar algunas. (IIDH, 2006, p. 33)

Medicina tradicional son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena.

Esto no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado.

Lejos de desaparecer, la medicina tradicional o medicina indígena ha resurgido en la actual era, y está ganando su lugar. Las curas tradicionales de hierbas y los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo indígena, pero también existen muchos parecidos. La mayoría de ellos han sido desarrollados a lo largo de los siglos y son prescritos y utilizados con mucha confianza por su población. (IIDH, 2006, p. 34)

La concepción de los pueblos indígenas respecto a la salud, está ligada a una perspectiva integral del mundo; como consecuencia, se prefiere definir la salud en términos de un bienestar integral que incorpora, infaltablemente, la dimensión espiritual. De esta manera, el concepto de “salud integral” abarca el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad. (IIDH, 2006, p. 35)

3.13 COSMOVISIÓN MISKITA Y SISTEMA DE SALUD

La medicina indígena miskita está basada en la sabiduría de la naturaleza. Esa sabiduría que permite observar la luna para la pesca, la siembra, la cosecha, las curas herbolarias y hasta los nacimientos. La base de la cultura miskita es la sabiduría indígena. Cox, (2007, p. 156)

El indígena miskito se relaciona con la naturaleza y tiene mucho respeto hacia ella, cree que ésta tiene sus dueños. Por ejemplo: “Las montañas, los ríos, las lagunas tienen dueños; diferentes espíritus y hay que mantener ciertas reglas para estar en armonía”. Siendo los principales entes: Liwa, o sirena es la dueña del agua, Unta dukia, dueño de la montaña, Prahaku, el dueño del viento o espacio.

Estas entidades tienen (desde la cosmovisión miskita) la capacidad de provocar enfermedades e incluso la muerte. Quien viva en armonía entre las fuerzas de la naturaleza tendrá una vida sana y feliz; en caso contrario, debe atenerse a las consecuencias. Así, por ejemplo, la mujer embarazada no puede introducirse en el río porque es golpeada por los espíritus; no debe ingerir comida amanecida porque los espíritus ya la probaron; no debe regresar muy tarde de la montaña porque le puede ocurrir algún percance (Romero, 2007, p. 278 -,280)

Los miskitos también creen en dioses, cuyo representantes o delegados son humanos que se definen como profetas, “sukias” y curanderos; formando una estructura jerárquica y desempeñando tareas distintas de acuerdo a sus capacidades. También son guías espirituales, médicos y legisladores (Cox, 1998, p. 20).

El sistema de medicina tradicional miskita asegura Simon (2013, p. 13) está integrado por agentes de medicina tradicional proveedores de los servicios de salud. Las parteras son agentes de medicina tradicional encargados de atender a la mujer y el niño desde su embarazo hasta después del parto. Los yerberos a su vez se encargan de curar enfermedades de orden fisiológico, no espirituales.

La base de la curación en la cultura miskita son los rituales, los cuales son parte de los aspectos que ayudan a mantener los valores positivos y cada ritual cuenta con una buena cantidad de descripciones que los pobladores manejan y practican, todo se hace para que el paciente se sane. Aunque también realizan curaciones a través de brebajes, frotaciones y rezos (Cox, 1998, p. 113).

En el caso de los “sukias”, su ritual está basado en los cantos, oraciones, danzas, sobadas y plantas; haciendo un llamado a

los grandes y poderosos espíritus con el fin de que éstos curen la dolencia del paciente.

Las parteras ayudan en el parto o el aborto con cocimientos para acelerar el nacimiento o la expulsión del feto o sus restos, disminuir el dolor durante el parto y saber elaborar brebajes para evitar los embarazos. También se encargan del cuidado de los recién nacidos. Para curar los partos utilizan semillas de ayote y raíz de limón. Los yerberos por su lado, curan todo tipo de padecimientos con el uso de hierbas elaborando cocimientos para beber o para baños. Simon (2013, pp. 15 - 17)

Cada enfermedad tiene su sintomatología y su propia nomenclatura simbólica la cual es suficiente para determinar el origen de la misma. El sukia puede practicar la cura o recomendar a otro sukia con mayores habilidades que él si el caso lo amerita.

Las plantas juegan un rol fundamental en los procesos de curación de la cultura miskita, tanto en formas de brebajes, frotaciones, inciensos, amuletos y otras formas de uso que le dan los sukias.

3.13.1 ABORTO DESDE LA COSMOVISIÓN MISKITA

El estudio realizado en Wasla, Río Coco sobre la afectación de la Liwa (espíritu de las aguas, sirenas) a las mujeres embarazadas, Lampson, et al (2013, p. 2) destaca que este ente crea dolores en el bajo vientre, sangrados, secreción vaginal, mal olor vaginal, partos prematuros y abortos. Se asegura que cuando la mujer que es vista por el Liwa queda embarazada puede provocar un aborto al feto por celos que tiene el Liwa Waitna (hombre, sireno). Este espíritu maligno que según la cosmogonía fue arrojado por Dios a las aguas, causa la muerte del feto, ya sea al inicio del embarazo como durante y al final del mismo.

3.14 TRATAMIENTO DEL ABORTO EN LA MEDICINA TRADICIONAL MISKITA

Las pacientes generalmente son curadas o asistidas por la partera, con baños, vaporizaciones, remedios bebidos para la expulsión del producto esté a término o no. Acompañan el tratamiento con una dieta en la que se evita la ingesta de pescados blancos, visitar muertos o ingerir alimentos elaborados por mujeres menstruando. Un porcentaje de mujeres con estos padecimientos asisten al puesto médico local si lo hay. Generalmente el médico no acepta que las mujeres embarazadas o en peligro de aborto sean atendidas por los curanderos, las parteras y los yerberos. La costumbre comunitaria es ir primero al curandero, después a la partera, al yerbero y por ultimo al centro de salud o al hospital.

De esta manera, para tratar el aborto el escritor nicaragüense Avelino Cox relata en su libro *Cosmovisión de los Pueblos de Tulu Walpa* (1998, p. 119):

- “Para contenerlo se toman dos veces al día los cocimientos de cuajo seco.
- Otra forma para detener el aborto: se toma medio vaso de jugo extraído de las semillas de maní, aplicándose los al mismo tiempo en las caderas
- También se puede contener el aborto al tomarse el cocimiento fuerte de una buena cantidad de rosas encarnadas”.

3.15 MITOS RELACIONADOS AL ABORTO

Existen mitos en relación al aborto. Se dice que los duendes son los niños que las mujeres abortan. Se cree que allá donde se han enterrado sus restos se oyen llantos; además que estos duendes van a la casa de la persona que interrumpió su embarazo y se le comen los alimentos. (Pachurri, et al 2014, p. 60)

Incluso existe la creencia de que la sequía es causada por los bebés que no han llegado a nacer.

3.16 OTRAS PRÁCTICAS RELACIONADAS AL EMBARAZO NO DESEADO

En los ayoreos (población Boliviana), cuando en el pasado se encontraban en conflicto con otros pueblos, consideraban un riesgo que hubiera niños pequeños en el grupo. En esos momentos, si una mujer daba a luz lo hacía en un agujero en la tierra. El recién nacido caía adentro y, sin que la madre lo mirara, era enterrado. Incluso esta práctica se realizaba hasta hace unos años cuando el hombre pensaba que el bebé no era suyo.

3.17 ÉTICA, MORAL Y ABORTO EN MUJERES INDÍGENAS

En la etnia ayorea (Bolivia) se es más tolerante con las mujeres que deciden abortar. Nadie se mete cuando se ha tomado la decisión. Si una trabajadora sexual ayorea se embaraza se le da “permiso” para abortar porque el embarazo le impediría seguir con su trabajo y eso afecta a la economía de la comunidad. En este caso, también se induce a la mujer a interrumpir la gestación.

Una tradición típica de pueblos indígenas alrededor del mundo es que cuando nace un niño producto de un embarazo no deseado, éste es regalado a alguien de su propia comunidad. (Pachurri, et al 2014, p. 82)

3.18 ABORTO Y MARCO JURÍDICO NACIONAL

Según el código penal Nicaragüense, Ley 641, Art. 143. Del aborto:

“Quien provoque aborto con el consentimiento de la mujer será sancionado con la pena de uno a tres años de prisión. Si se trata de un profesional médico o sanitario, la pena principal

simultáneamente contendrá la pena de inhabilitación especial de dos a cinco años para ejercer la medicina u oficio sanitario”;

“A la mujer que intencionalmente cause su propio aborto o consienta que otra persona se lo practique, se le impondrá pena de uno a dos años de prisión”.

3.19 MÉTODOS ABORTIVOS EN COMUNIDADES INDÍGENAS

Existen creencias populares para inducirse el aborto, incluso a nivel urbano. Los pueblos indígenas también tienen sus métodos, por ejemplo la raíz de plátano o de árbol de guayacán (Pachurri, et al 2014, p. 85)

IV. METODOLOGÍA Y MATERIALES

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación trató sobre la percepción que tienen sobre el aborto las pacientes miskitas, las parteras y los agentes tradicionales de salud; es de tipo retrospectivo. Fue cualitativa apoyándose en la hermenéutica como método cualitativo que describe un hecho real y humano como lo es el aborto. Como la hermenéutica explica las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el que acontece, fue el método adecuado para este estudio que enfocó la relación del aborto con el contexto sociocultural, fisiológico, hospitalario y comunitario.

También se apoyó en el método etnográfico y la etnomedicina al describir aspectos socioculturales del aborto. Sus alcances llevaron a la exploración, la descripción y la explicación de éste, generando un nuevo entendimiento del manejo cultural del aborto en las mujeres miskitas.

Insertó también grandes rasgos del interaccionismo simbólico porque recogió los símbolos y creencias étnicas o de la cosmogonía de las mujeres miskitas, las parteras y los médicos tradicionales en torno al aborto porque los símbolos en la cultura miskita, crean el pensamiento mítico de cada poblador que está indisolublemente unido a los símbolos de la vida en su totalidad.

4.2 UNIVERSO

El universo lo constituyeron 83 actores de los cuales 77 son mujeres miskitas atendidas por aborto en el Hospital Nuevo Amanecer durante el II semestre del año 2016, 3 médicos tradicionales y 3 parteras con conocimiento sobre el tema que habitan en el casco urbano de Bilwi, Puerto Cabezas.

4.3.MUESTRA

La muestra de mujeres miskitas fue de 38 pacientes correspondiéndose con el 49.35% del universo. Con los médicos tradicionales y parteras la muestra fue del 100%.

Con respecto al universo esta muestra total constituyó el 53%, siendo 44 el total de actores muestreados.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis fue la sala de ginecología y obstetricia del Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach. En relación a las protagonistas del estudio fue necesario que la unidad de análisis fuera la misma que la muestra, además se incluyeron a los médicos tradicionales y parteras que dominan el tema.

4.5 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La unidad de observación estuvo concentrada en la sala de partos del servicio de maternidad donde se atienden las mujeres que se presentaron con signos de aborto. Las principales presentaciones clínicas se mostraron cualitativamente en una tabla según ocurrieron en el transcurso del semestre.

4.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EXCLUSIÓN

4.6.1 De selección

- Pacientes miskitas ingresadas con diagnóstico de aborto en la Sala de Labor y Parto del Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach.
- Médicos tradicionales miskitos de Bilwi con conocimientos sobre el aborto.
- Parteras miskito del casco urbano de Bilwi.

4.6.2 De exclusión

- Se excluyeron las mujeres de otras etnias.
- Médicos formados por otros sistemas que no eran reconocidos como tradicionales miskitos.
- Otros agentes tradicionales de salud que no eran parteras ni médicos tradicionales miskitos.

4.7 FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

4.7.1 Fuentes Primarias

- Entrevista a pacientes miskitas que fueron atendidas por abortos en el sitio y período descrito.
- Entrevistas a parteras miskitas del casco urbano de Bilwi.
- Entrevistas a médicos tradicionales miskitos de Bilwi.

4.7.2 Fuentes Secundarias

Las fuentes secundarias estuvieron conformadas por toda la bibliografía, hemerográfica, webgrafía alusiva al tema de investigación y los expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el semestre de estudio.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio mantuvo en el anonimato a todas las pacientes incluidas, así como parteras y médicos tradicionales.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Aunque la medicina occidental considera aborto a la pérdida fetal con hasta las 22 semanas de gestación y peso menor de 500 gramos (MINSA 2013 protocolo 109 p.3), en esta investigación se determinó que en la percepción miskita, el aborto tiene un concepto más amplio, pues se considera que una mujer puede presentar un aborto en cualquier momento del embarazo o durante el puerperio inmediato. Incluso si un neonato a término (ver glosario) muere inexplicablemente minutos después de haber nacido, en la percepción miskita se relaciona con una afección por algún ente y aún se considera aborto.

La clasificación del aborto en la medicina occidental lo define como espontáneo e inducido, teniendo el primero; una serie de causas como ovulares, maternas orgánicas, funcionales, inmunológicas y de origen tóxico o traumatismos físicos (DeCherney, et al. 2007, p.267).

La medicina tracional miskita carece de conceptos que unifiquen signos y síntomas para clasificar las enfermedades; por tanto lo que se define como aborto espontáneo en la medicina occidental tiene otra connotación dentro de la percepción miskita atribuyéndose a causas de origen espiritual que se relacionan a la afección por entes de su propia cosmogonía como Liwa waitna o sireno y Lasa luhpia o hijo del diablo.

Así pues, discrepan ambos conceptos de acuerdo a cada perspectiva siendo la clasificación y las causas del aborto concebidas de diferentes formas en cada sistema de salud.

5.1 Presentaciones clínicas del aborto

En cuanto a las presentaciones clínicas del aborto reconocidas por el sistema de salud occidental, que son: amenaza de aborto, aborto inminente, inevitable, incompleto, completo, huevo

muerto retenido y aborto séptico (MINSA 2013 protocolo 109 p.29), las presentaciones clínicas del aborto descritas por los médicos tradicionales y parteras entrevistados hacen referencia a que Liwa y Lasa luhpia tienen sus características propias relacionadas al producto expulsado, que se explicarán más adelante (ver sección de diagnóstico).

Obsérvese en la siguiente tabla las principales presentaciones clínicas de aborto en pacientes miskitas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer durante el II semestre del 2016.

Presentación clínica del aborto	Cantidad atendida
Amenaza de aborto	0
Aborto en curso	0
Aborto inevitable	0
Huevo muerto retenido	4
Aborto incompleto	33
Aborto completo	0
Aborto séptico	1
TOTAL	38

Tabla 1. Presentación clínica del aborto en pacientes miskitas.

En la tabla anterior se aprecia que el aborto incompleto fue la principal presentación clínica atendida en el Hospital Nuevo Amanecer durante el período de estudio. Los agentes tradicionales de salud estudiados no cuentan con datos estadísticos de las presentaciones clínicas de aborto que atienden, sin embargo aseveran que es más frecuente la afección por Liwa waitna.

Aunque no era objetivo del estudio, es importante destacar que no hubo mortalidad relacionada al aborto en el período de tiempo estudiado.

Sin embargo, independientemente de que no exista mortalidad, la tabla No. 1 muestra un caso de aborto séptico, presentación

clínica con mal pronóstico y sugiere que esta paciente acudió tardíamente al hospital, complicación que podría evitarse con una adecuada relación entre ambos sistemas de salud para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Resultando así que las presentaciones clínicas descritas en la medicina occidental se basan en los signos y síntomas que presenta la paciente, mientras que en el sistema de salud miskito, éstas se basan en conceptos espiritualmente estructurados. Divergiendo completamente un concepto del otro.

5.2 Percepción del aborto de agentes tradicionales de salud y mujeres miskitas

Para abordar la perspectiva de la salud – enfermedad de los pueblos indígenas se toma en cuenta a Flores (2004, p.2) quien destaca que la salud indígena comprende un conjunto integrado de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales.

La perspectiva miskita alrededor del aborto es congruente con esta aseveración realizada por Flores, pues en este estudio se determinó que los médicos tradicionales y parteras asocian el aborto a una afección directa por desequilibrio entre la naturaleza, la mujer y/o algún ente (mítico) y que puede deberse a las siguientes causas:

1. Cuando la embarazada y el feto no son compatibles o no tienen una buena “relación”, por naturaleza la mujer lo reconoce como un cuerpo ajeno a ella y trata de expulsarlo.
2. Como consecuencia directa de la afección por el ente de la cosmivisión miskita: Liwa waitna o sireno. Este ser que habita en las aguas, se enamora de la mujer y la afecta durante sus sueños o cuando ésta se baña en los ríos o lagunas.
3. Lasa luhpia: Explican que es el “hijo del diablo” y se refiere a aquellos abortos en el cual el producto tiene malformaciones congénitas evidentes.

El planteamiento realizado por Flores desde un punto de vista científico – occidental, se correlaciona con los conceptos y creencias tradicionales miskitas sobre el aborto recopiladas en este estudio, resultando así compatibles estos enunciados de salud – enfermedad indígena con la medicina tradicional miskita.

5.2.1 Causas del aborto desde la perspectiva miskita

Aunque cosmogónicamente al aborto se le reconocen 3 causas, cuando una mujer lo presenta, suele atribuírsele únicamente a Liwa waitna o a Lasa Luhpia.

Los agentes tradicionales de salud consideran que Liwa waitna es egoísta con los seres humanos, son seres celosos y suelen acercarse a mujeres bellas, incluso si no están embarazadas. Cuando éste se ha enamorado de la mujer se obsesiona con ella y no le gusta que otro ser masculino se le acerque. Por esto, cuando la mujer se embaraza, liwa waitna la hace abortar como castigo por su infidelidad.

Además de hacerlas abortar, liwa waitna las vuelve infértiles, no permitiendo así que vuelvan a quedar embarazadas y de llegar a estarlo, abortan consecutivamente sin lograr llevar ningún embarazo a su fin.

Estas creencias relatadas por los agentes de la medicina tradicional miskita respecto a Liwa waitna y la relación del ser humano y la naturaleza fueron planteadas por Cox (2007 p. 156) en donde señala que el miskito se relaciona con la naturaleza y cree que ésta tiene sus dueños, siendo los principales entes: Liwa o sirena la dueña del agua, Unta dukia, el dueño de la montaña, Prahaku el dueño del viento o espacio y que dichas entidades tienen la capacidad de provocar enfermedades e incluso la muerte.

Romero (2007 p.278-280) también asevera que quien viva en armonía entre las fuerzas de la naturaleza tendrá una vida sana

y feliz y que en caso contrario, debe atenerse a las consecuencias. Así, por ejemplo, la mujer embarazada no puede introducirse al río porque es golpeada por los espíritus.

Los médicos tradicionales creen que cuando el aborto es provocado por Lasa Luhpia, también se considera como un proceso de autopurificación debido a que se trata de un producto no viable e incompatible con la naturaleza de la mujer. Así el cuerpo mismo expulsa el producto a la espera del siguiente ciclo menstrual o un embarazo “normal”.

Uno de los médicos tradicionales entrevistados relata que en algunas comunidades se solía matar brutalmente a golpes y pedradas a los recién nacidos con malformaciones congénitas visibles ya que eran considerados aberración e hijos del diablo.

También cuando un neonato ha nacido a término pero muere inmediatamente se le atribuye a que era lasa luhpia y que tenía las malformaciones por dentro y por eso ha muerto.

Por lo antes descrito resultan indisolubles los planteamientos realizados por Cox y Romero con respecto a la información recolectada de los actores entrevistados, siendo compatibles en su totalidad y confirmando así la importancia de la relación entre el ser humano y lo que lo rodea, para mantener su salud.

5.2.3 Cuadro clínico y diagnóstico del aborto desde la medicina tradicional miskita

En relación al cuadro clínico del aborto encontrado en el protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas (MINSa 2013 p26), el síntoma más frecuente es el de dolor en bajo vientre acompañado de contracciones uterinas y sangrado trasnvaginal.

Las mujeres entrevistadas aseveran que esta sintomatología descrita anteriormente fue la que experimentaron durante el aborto, sin embargo también relataron que cuando son afectadas por liwa, soñaron con él, escucharon que la llaman desde el río o laguna, incluso se bañaron con el. Los agentes tradicionales de salud relataron que cuando la casa está muy cerca del hábitat de liwa, éste puede materializarse incluso dentro de ella y poseer a la afectada.

“Cuando el liwa es lo suficientemente fuerte, puede llevarse a la mujer a su reino y ésta desaparece para siempre” refirió uno de los entrevistados.

El cuadro clínico descrito en ambos sistemas de salud se asemeja notablemente pues hay presencia de dolor en bajo vientre, contracciones uterinas y sangrado transvaginal. Sin embargo difieren en la percepción miskita y la relación del aborto con Liwa y Lasa. Relación que es inexistente en el sistema médico occidental.

Para realizar el diagnóstico de aborto en una paciente, además del cuadro clínico mencionado, el protocolo 109 del MINSA (2013 p30) establece que deben de realizarse pruebas de embarazo y ultrasonido obstétrico para corroborar la existencia previa de un embarazo y descartar la presencia de restos ovulares en el caso de haberse expulsado el producto.

Los médicos tradicionales y parteras experimentadas refieren que pueden orientarse a un diagnóstico observando los síntomas que presentan las mujeres sobre la posible afección por uno de estos 2 entes, en todos los casos se dan cuenta en dependencia a la respuesta al tratamiento y si este no surte efecto, hasta que observan las características del producto expulsado pueden definir si se trataba de Liwa o de Lasa.

Los actores entrevistados relatan que en el caso de Lasa luhpia, además del cuadro clínico antes mencionado, se expulsa un feto con múltiples malformaciones congénitas visibles o simplemente se expulsa una masa negra y oscura sin ningún feto; sin respuesta al tratamiento brindado, mientras que cuando el padecimiento es por liwa, el cuadro clínico dura por más tiempo, impera el sangrado transvaginal, puede responder satisfactoriamente al tratamiento con medicina tradicional. Y de expulsarse un producto, tiene aspecto humano sin malformaciones.

Mientras que la medicina occidental utiliza medios diagnósticos auxiliares, comprueban el embarazo y rastrean el contenido uterino ultrasonográficamente, la medicina tradicional carece de éstos medios diagnósticos y se basan únicamente en signos y síntomas.

Es importante destacar que a forma de experimento, durante las entrevistas a las parteras y médicos tradicionales, se les mostró una foto en donde se aprecia un mortinato de aproximadamente 23 semanas de gestación, obteniendo reacciones enérgicas de todos, relacionando este producto con un lasa luhpia. Por lo que es posible que debido a su poco o nulo conocimiento de embriología, no puedan reconocer los cambios morfológicos propios del embrión – feto – recién nacido. Y que si se da la expulsión de un feto que aún no ha adoptado características humanas en su totalidad, se considere que esté malformado y que por tanto sea hijo del diablo (ver anexo 4)

5.2.4 Perspectiva ética y religiosa relacionada al aborto en la cultura miskita

Para hablar de la ética y moral relacionada al aborto en pueblos indígenas, Pachurri et al (2014, p.82) refiere que la etnia Ayorea (Bolivia) es tolerante con las mujeres que deciden abortar. Así, si una trabajadora sexual se embaraza se le da “permiso” para abortar porque el embarazo impediría seguir con su trabajo afectando la economía comunitaria.

En la medicina tradicional miskita cuando el aborto sucede de manera espontánea o por afección de alguno de los seres mencionados anteriormente, llevar a cabo un ritual o tratamiento es culturalmente aceptado.

En el caso de que sea un embarazo no deseado y la mujer acude al sukia o partera para realizarse un aborto, éstos no aceptan porque dicen que es “pecado” y predomina el componente religioso ante el cultural, brindan consejería y apoyo emocional a la paciente para llevar el embarazo al final.

“El tema de aborto inducido (voluntario) no es algo que la comunidad miskita acepte. Sólo se permite en casos especiales” dijo un médico tradicional.

Es interesante observar que aún habiendo similitudes en los procesos de salud y enfermedad en los pueblos indígenas; los aspectos éticos, morales y también religiosos tienen mucha influencia en los sistemas de salud tradicional. Contrastando la aceptación que existe en torno al aborto en los pueblos Ayoreos y el rechazo expresado por los actores estudiados ante dicha temática debido a un arraigado sistema de creencias cristianas adoptadas desde la colonización.

5.2.5 Abortos inducidos y medicina tradicional miskita

Pachurri et al (2014, p.85) refiere que en los pueblos Ayoreos existen métodos utilizados para abortar, menciona el uso de la raíz de plátano o del árbol de guayacán.

Las parteras miskitas relataron que en su experiencia han conocido personas que realizaron abortos utilizando raíz de limon de castilla, raíz de aras pata, raíz de crismis blasam. Se cocina bien y luego se da de beber. En 15 minutos se produce el aborto.

También utilizan esencia coronada combinada con azulillo y pastillas de cloroquina, triturados y luego añadidos a un vaso de agua.

Un médico tradicional durante la entrevista mencionó que el aborto se practica en algunas ocasiones con una planta llamada “escalera de mico” el cual es un bejuco que crece en la montaña; también se utilizan semilla de aguacate cocida, agua de coco tierno y hombre grande, todo esto en una sola infusión.

Aunque en la percepción miskita el aborto no sea aceptado cultural y religiosamente, las parteras y médicos tradicionales entrevistados mencionaron que en la cultura miskita existen métodos para inducir abortos, siendo un hallazgo compatible con lo mencionado por Pachurri, et al (2014, p. 86), enfatizando que con algunas plantas medicinales y según lo estudiado, con el uso de algunas raíces, en la cultura miskita se realizan abortos.

Sin embargo, el Código Penal nicaragüense en la Ley 641, artículo 143 (2007 p. 1) refiere que quien provoque aborto con el consentimiento de la mujer será sancionado con 3 años de prisión y que a la mujer que intencionalmente cause su propio aborto o consienta que se lo practiquen, se le impondrá también pena de uno a dos años de prisión.

Desde la perspectiva miskita, el aborto inducido es penado espiritual y moralmente, sin embargo no se hace referencia a ningún marco jurídico pues se rigen con el mismo código penal antes descrito y no se acostumbra denunciar los abortos inducidos.

5.2.6 Mitos relacionados al aborto en la cultura miskita

Se recopilaron algunos datos relacionados al aborto:
Explican algunas de las mujeres entrevistadas que padecieron un aborto, que éste se produjo por falta de cuidado, por levantar

baldes de agua, lavar ropa y realizar trabajos pesados, actividades que no debería realizar una mujer embarazada.

Otras lo relacionan con violencia doméstica aunque niegan haber sido víctimas de esta.

En relación a los mitos sobre el aborto en pueblos indígenas Ayoreos, Pachurri, et al (2014, p.60) también destaca que los duendes son los niños que las mujeres han abortado y se cree que allá donde se han enterrado sus restos se oyen llantos; además que estos duendes van a la casa de la persona que interrumpió su embarazo y se le comen los alimentos.

A pesar de que los miskitos representan un pueblo indígena que frecuentemente atribuye las cosas que suceden a su alrededor a entidades míticas de la naturaleza, la opinión de las mujeres estudiadas contrasta con la opinión de las mujeres Ayoreas, debido quizás a que estas mujeres miskitas pertenecen al casco urbano de Bilwi y las creencias urbanas de relacionar un aborto con esfuerzos físicos es más arraigado que la relación con seres míticos que existen en las comunidades rurales.

5.2.7 Complicaciones del aborto dentro de la cosmovisión miskita

Las complicaciones del aborto descritas por MINSA (protocolo 109, p. 37) abarcan la hemorragia y las complicaciones secundarias a maniobras abortivas o procedimientos quirúrgicos que pueden derivarse en perforación uterina, shock séptico, infertilidad y otras lesiones del tracto uro-genital.

Las complicaciones descritas por las parteras y médicos tradicionales abarcan la hemorragia y también refieren que cuando no se evacúa la totalidad del contenido uterino, pueden desarrollarse masas que según su descripción se

corresponderían con lo que en la medicina occidental se conocen como miomas uterinos.

Un dato relevante es que en la cultura miskita existe el “liwa sukrira”, que es conocida como la liwa cancerosa y esta es la forma más temida de aborto por liwa que existe, ya que la complicación es un cáncer uterino.

Este relato de Liwa sukrira es relevante porque si bien no pertenece al grupo del aborto, en la medicina occidental la mola hidatidiforme es una patología que se presenta con un cuadro clínico similar y de sangrado trasvaginal, que puede confundirse con un aborto por personal empírico y está bien documentado que una de las complicaciones de la mola es el coriocarcinoma.

5.2.8 Sistema de salud utilizado por las pacientes miskitas

Aunque todas las pacientes terminaron recibiendo atención médica en el hospital Nuevo Amanecer, el 79% de ellas respondió afirmativamente de que previamente habían visitado a la partera o utilizado medicina tradicional antes de acudir al hospital.

Demostrando de esta manera que los datos descritos por la OMS se aplican a este territorio, respecto a que en los países en vías de desarrollo donde coexisten sistemas ancestrales de salud y sistemas occidentales de salud, el sistema médico tradicional predomina en y es en muchos casos el único sistema al que acude la población indígena (2007, p1).

5.3 TRATAMIENTO DEL ABORTO EN LA MEDICINA TRADICIONAL MISKITA

El protocolo 109 (MINSA 2013, pp29-38) describe una serie de pasos a seguir en el tratamiento de una paciente con diagnóstico de aborto, que incluye acceder a una vía periférica, administrar líquidos endovenosos, aplicar la vacuna antitetánica, uso de

antibióticos, y fármacos oxitócicos y analgésicos. Para proceder posteriormente a la evacuación del contenido uterino mediante Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o legrado.

Durante la investigación, se ha determinado que el tratamiento del aborto en la medicina tradicional miskita puede recibirse tanto de la partera como del sukia, sin importar si es liwa o lasa luhpia el ser que haya afectado a la mujer. Sin embargo hay casos en los que se amerita de la intervención de un sukia y sus rituales para poder expulsar a un liwa que esté poseyendo fuertemente a una mujer.

El tratamiento tradicional miskito que se le aplica a una embarazada con cuadro clínico de aborto depende de la presentación clínica del mismo.

Dentro de la medicina tradicional no existe la definición de amenaza de aborto; sin embargo cuando la sintomatología que presenta la paciente es compatible con esta definición de la medicina occidental, se realizan baños con una planta conocida como lula bakbak o gordoncillo, hojas y raíces de “sula pata” para detener el sangrado. Si no mejora, se hace una infusión con estos mismos componentes y se le da de tomar.

Si no existe mejoría, los médicos y parteras entrevistadas refieren que ponen de cuclillas a la mujer y la hacen “pujar” a la vez que administran otro brebaje para acelerar el proceso y evacuar el contenido uterino en su totalidad y sin dejar restos.

Utilizando un brebaje a base de manzanilla, romero y esencia coronada (sulfatiazol en algunos casos), se mezclan y se administran 3 a 4 cucharadas en una sola toma. Las proporciones y dosis de cada elemento han sido fuertemente resguardados por el personal consultado.

Si aún después de estas medidas, no existe mejoría clínica de la paciente o independientemente de la expulsión del producto hay mucho sangrado, administran antibióticos en cápsulas del que haya disponible y refieren inmediatamente a la paciente al hospital para que reciba atención por un médico occidental.

Desde el punto de vista médico occidental es muy alarmante que los médicos tradicionales y parteras pongan a “pujar” a las mujeres cuando no observan una evolución favorable tras el tratamiento administrado y que cambien las terapias que inicialmente eran orientadas a evitar un aborto favoreciendo a que puedan aparecer complicaciones durante su labor de parto.

Por último, luego de recibir el tratamiento para el aborto, la paciente miskita no debe de comer alimentos preparados por una mujer que esté en su período menstrual, tampoco debe bañarse en ríos y lagos hasta completar el proceso de purificación que suele hacerse con baños durante varios días.

Existe una gran diferencia en el abordaje realizado por médicos tradicionales y médicos occidentales basados en las mismas perspectivas de cada sistema de salud, con el fin de reestablecer la salud de la paciente y evitar complicaciones; ambos sistemas se enfocan en su bienestar con métodos totalmente diferentes.

VI. CONCLUSIONES

En el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach se atienden todas las presentaciones clínicas y complicaciones derivadas del aborto.

El aborto incompleto es la principal presentación clínica atendida en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach en el período estudiado.

La mayoría de las pacientes asistieron primero al sistema de salud tradicional antes que al occidental.

En la percepción miskita, el aborto tiene un fundamento mayoritariamente espiritual que orgánico.

Liwa es el principal causante de abortos dentro de la cosmovisión miskita, seguido de lasa luhpia.

En el diagnóstico del aborto, además del cuadro clínico descrito por la medicina occidental, los agentes tradicionales de salud miskitos lo abordan con una perspectiva más holística, tomando en cuenta factores ambientales, geográficos e individuales como los sueños.

La percepción que tienen los agentes tradicionales de salud se corresponde con la que tienen las mujeres indígenas miskitas que han abortado debido a que en su mayoría acuden a este sistema médico primero, confían y creen en lo que le dicen sus médicos y parteras.

La falta de conocimientos sobre desarrollo embrionario podría ser un factor que predisponga a los agentes tradicionales de salud miskita a creer que un feto de pocas semanas de gestación sea lasa luhpia.

Practicar un aborto es inaceptable en la cultura miskita, sin embargo hay métodos propios de la medicina tradicional para llevarlo a cabo de manera eficiente.

El cristianismo heredado durante el colonialismo tiene una gran influencia para que los agentes tradicionales de salud no realicen abortos.

De manera empírica los médicos tradicionales han descrito complicaciones relacionadas al aborto que no se alejan de la realidad de la medicina occidental.

Los médicos tradicionales y parteras respetan el sistema de referencia y contrareferencia al remitir pacientes al sistema occidental cuando no observan mejoría del sangrado en la paciente.

El desconocer las definiciones de amenaza de aborto y no cumplir con el reposo absoluto y demás medidas que amerita esta patología, los agentes tradicionales de salud podrían estar favoreciendo los abortos mediante las maniobras que realizan cuando no obtienen los resultados esperados.

El aborto es una práctica ilegal en el estado de Nicaragua, independientemente de la cosmovisión de los pueblos miskitos, los cuales se rigen con el código penal del país, realizar un aborto aún creyendo que es la cura para un lasa luhpia puede ser penalizado.

Estos abortos realizados por personal empírico de forma clandestina y en medios higiénicamente inadecuados pueden conllevar a complicaciones, discapacidad y muerte. Sin embargo en la práctica y la experiencia observada, no se ha reportado mortalidad en las pacientes que son atendidas por médicos tradicionales y parteras, tomando en cuenta que son el principal

sistema de salud al que acuden y que sus terapias son muy distintas a la de la medicina occidental.

La medicina tradicional miskita necesita clasificar en forma más pertinente los signos y síntomas de los abortos.

En la medicina occidental el vaciado del contenido uterino se hace mediante métodos invasivos, la medicina tradicional miskita realiza la evacuación uterina con medios no invasivos como baños y brebajes obteniendo resultados favorables.

En la medicina tradicional miskita se combinan fármacos occidentales con terapia herbolaria.

Las mujeres miskitas desde la medicina tradicional deben respetar una serie de normas posterior a recibir un tratamiento postabortivo para recuperar su salud y purificarse.

VII. RECOMENDACIONES

Se debe profundizar más en las prácticas tradicionales miskitas relacionadas al diagnóstico y tratamiento del aborto, así como en las demás patologías relacionadas con el binomio para entender el aspecto sociocultural y dar una atención humanizada y más integral de la que se brinda actualmente.

El sistema de salud occidental debe capacitar a los agentes tradicionales de salud miskita sobre cómo identificar oportunamente los signos y síntomas de amenaza de aborto y aborto en curso para referir a las pacientes de manera oportuna y dar una terapia conservadora que no implique estimular la evacuación uterina ni los “pujos” maternos.

Los agentes tradicionales de salud deben recibir capacitaciones para la promoción, prevención de abortos y vigilancia de las posibles complicaciones del mismo, para una referencia oportuna al sistema occidental; además de instar a las pacientes a utilizar métodos anticonceptivos posterior al evento.

El sistema de salud tradicional debe capacitar a los médicos occidentales sobre los aspectos culturales relacionados con el aborto, como la importancia del equilibrio entre las pacientes y la naturaleza así como las normas que deben seguir las pacientes que han recibido tratamiento para el aborto y que no implican ninguna adversidad al plan médico occidental.

Ambos sistemas deben mejorar el sistema de referencia y contrareferencia en beneficio de la atención que reciben las pacientes miskitas.

La cosmovisión de las pacientes debe ser uno de los ejes a tomar en cuenta para instaurar un plan terapéutico entre ambos sistemas con el mismo propósito en común de restaurar la salud de la usuaria. De esta manera se evitarían complicaciones postaborto y se aumenta la calidad de atención médica.

VIII. LISTA DE REFERENCIAS

Asamblea Nacional. (2007) Código Penal: Ley N° 641, la Gaceta N° 232. Managua. Nicaragua. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_nic_codigo_penal.pdf

Cox Molina, Avelino.(1998) Cosmovisión de los Pueblos de Tulu Walpa: según relatos de los sabios ancianos miskitos. URACCAN Editorial Carlos Alemán Ocampo. Managua.

Cox Molina, Avelino (2007) El vuelo del alma. Cosmovisión Indígena. URACCAN, Managua, Nicaragua,

DeCherney, et al. (2007). Diagnósticos y Tratamiento Ginecoobstétricos. 9ª edición. Editorial El Manual Moderno. México

Fescina R, et al. (2012). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1594) Organización Panamericana de la Salud. [en línea] [visitado en febrero de 2017]. Contenido disponible en:

http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&Itemid=219&lang=es

Flores, Rodrigo. Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. Revista Mad. No. 10. Mayo 2004. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Artículo disponible en: http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/10/paper_03.pdf

Hernández González, Marco Antonio (2015) La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al aborto. Artículo.

[En línea] [Visitado el 20 de octubre 2016] Prezi. Inc. España. Contenido disponible en:

https://prezi.com/nntivtylm_qy/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-define-al-aborto/

IIDH (2006) Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Campaña Educativa de Salud Indígena. Costa Rica. [Visitado en Marzo 2017] [Disponible en <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campaña-educativa-salud-indigena2008.pdf>]

Lampson Benk, Rosalía et al. (2016) Percepción de las mujeres miskitas sobre el Liwa en Wasla, Waspam, Río Coco. Revista Caribe No. 16. URACCAN, Managua Nicaragua.

Ministerio de Salud de Nicaragua. (MINSa) (2004) La medicina tradicional y su articulación en Alamikanba, Municipio de Prinzapolka. RACCN, Nicaragua. [Visitado en marzo 2016] [Disponible en [enlace:cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t298/12.pdf](http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t298/12.pdf)]

Ministerio de Salud de Nicaragua. (MINSa) (2013) Normativa 109. Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua. Nicaragua

Organización Mundial de la salud (OMS) (2007) La salud de los pueblos indígenas. Los conceptos indígenas de salud y curación. Nota descriptiva No. 326. Centro de Prensa. España. [Visitado en marzo, 2017] Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>

Organización Mundial de la salud (OMS) (2017) Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud? Constitución y principios de la OMS. España. Centro de Prensa. [En línea en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>], [Visitado marzo 2017]

- Pachurri, Maricela, et al (2014). Diagnóstico sobre embarazo no deseado y aborto en tres pueblos indígenas de Santa Cruz. Bolivia. [en línea http://www.conexion.org.bo/uploads/Aunque_no_lo_quieran_ver.pdf] [Visitado en febrero 2017]
- Romero, Jilma. Historia de la Costa del Caribe de Nicaragua: Un enfoque regional. Editorial Acento S.A. 2007. Managua
- Simon Hasbun, Jihan (2013) Medicina Tradicional Misquita. Universidad Católica de Honduras, departamento de Medicina y Cirugía. Honduras. Disponible en el enlace siguiente:
<https://es.slideshare.net/jihansimonhasbun1/medicina-misquita>. [Visitado marzo 2016]
- Schwartz, R., et al. (2012) Obstetricia. 6ª Edición. 7ª impresión. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina.
- Serruya, S. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da ed. Montevideo 2012. Organización Mundial de la Salud OMS/WHO [en línea] visitado en febrero de 2017. Contenido disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1

IX. ANEXOS

Anexo 1.



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE URACCAN

Guía de entrevista a ser aplicada a agentes tradicionales de salud miskita

Somos estudiantes de Medicina Intercultural que estamos elaborando nuestra monografía con el tema: Percepción del aborto en Agentes Tradicionales de Salud y mujeres miskitas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach. Agradeceremos nos permita entrevistarle para recabar información necesaria para nuestra investigación.

¿Qué entiende por aborto?

¿Cuáles son las causas de aborto que usted conoce?

¿Cuáles son los tipos de aborto que usted conoce?

¿Cómo pueden diferenciar los tipos de aborto dentro de la medicina tradicional miskita?

¿Cómo se explica el aborto desde la cultura miskita?

¿Por qué unas personas sufren aborto y otras no?

¿Cuáles son los síntomas que presenta una mujer con aborto?

¿Cómo se diagnostica un aborto desde la medicina tradicional miskita?

Culturalmente hablando, ¿es bien visto y aceptado que las mujeres miskitas se realicen abortos?

¿Conoce algún método tradicional para realizar un aborto?

¿Cómo la medicina tradicional miskita trata el aborto?

Anexo 2.



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE URACCAN

Guía de entrevista a ser aplicada a pacientes miskitas que han abortado

Somos estudiantes de Medicina Intercultural que estamos elaborando nuestra monografía con el tema Percepción del aborto en Agentes Tradicionales de Salud y mujeres miskitas atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer. Agradeceremos nos permita entrevistarle para recabar información necesaria para nuestra investigación.

¿Qué entiende por aborto?

¿Cuáles son las causas de aborto que usted conoce?

¿Cuáles son los tipos de aborto que usted conoce?

¿Cuáles son los síntomas que presentó al abortar?

¿Visitó usted a algún médico tradicional antes de acudir al hospital?

Culturalmente hablando, ¿es bien visto y aceptado que las mujeres miskitas se realicen abortos?

¿Conoce algún método tradicional para realizar un aborto?

¿Cómo atienden los abortos las mujeres miskitas?

Anexo 3: Operacionalización de variables

Operacionalización de las variables

Variables	Subvariables	Definición	Indicadores	Fuentes	Técnicas
Aborto. Presentación clínica del aborto. Formas clínicas.	Concepto Abortos espontáneos Abortos inducidos	Desprendimiento del feto antes de alcanzar sus semanas. Clasificación que agrupa al aborto según síntomas y signos de la paciente.	Agrupación de síntomas en las pacientes	Bibliografía Webgrafía	Revisión bibliográfica o webgráfica
Aborto completo Aborto incompleto Aborto inminente Aborto séptico Aborto diferido	Causas: ovulares Maternas orgánicas, funcionales, inmunológicas de origen tóxico	Se ha expulsado completamente del útero. Los productos no se expulsan completamente. El cuello uterino está abierto y se ha iniciado el paso del feto. Se desarrolla una infección en el material fetal, placentario o endometrial Cuando muere el embrión sin eliminar el saco gestacional Causas del aborto.	Descripción de los tipos de aborto y sus causas más comunes	Bibliografía Webgrafía	Revisión bibliográfica o webgráfica

Variables	Subvariables	Definición	Indicadores	Fuente	Técnicas
	<p>Causas... Por traumatismos físicos por abuso de drogas lícitas e ilícitas. Por factores de riesgo.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primiparidad • Edades extremas • Multiparidad • Enfermedades crónicas, • Violencia física y sexual • VIH Sida 	<p>Afecciones físicas generadas por abuso de drogas que intervienen en el aborto. Factores más comunes que inciden en el aborto. Primigestas, edades precoces o muy adulta. Aborto causado por cansancio uterino generado por partos múltiples. Padecimiento permanente en la mujer que genera abortos espontáneos u otro tipo. Embarazo por violencia física y sexual (violaciones) Aborto causado por afección del VIH Sida</p>	<p>Descripción de los traumatismos causados por drogas u otros factores.</p>	<p>Bibliografía Webgrafía</p>	<p>Revisión bibliográfica o webgráfica</p>
<p>Tratamiento del aborto en curso.</p>	<p>Niveles de atención de un aborto.</p>	<p>Atención clínica del aborto</p>	<p>Procedimientos clínicos normados.</p>	<p>Bibliografía Webgrafía</p>	<p>Revisión bibliográfica o webgráfica</p>

Variables	Subvariables	Definición	Indicadores	Fuentes	Técnicas
Concepción indígena de salud y enfermedad		Estado de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de afecciones o enfermedades	Definición del concepto de salud y enfermedad	Pacientes Méd. tradicionales Parteras	Entrevistas
Percepción indígena del aborto	Desde lo 1- Económico 2-Espiritual 3-Religioso 4-Social	Conceptos indígenas del aborto 1.Impacto económico que conlleva tener un hijo. 2.Explicación a la cual se atribuye el aborto. 3.Doctrina aprendida relacionada al aborto 4-Discriminación de la sociedad ante la realización de un aborto.	Económicos Espirituales Religiosos Sociales de la percepción del aborto desde la visión indígena miskita.	Pacientes Médicos tradicionales Parteras	Entrevistas
Cosmovisión miskita y sistema de salud.	Mitos y ritos del sistema de salud miskita.	Desde la cosmovisión miskita, la salud se relaciona con la naturaleza	Costumbres, Cosmovisión miskita y su sistema de salud	Bibliografía y/o Webgrafía	Revisión bibliográfica o webgráfica

Anexo 4: Foto de mortinato



Anexo 5. Tabla

Presentación clínica del aborto	Cantidad atendida
Amenaza de aborto	0
Aborto en curso	0
Aborto inevitable	0
Huevo muerto retenido	4
Aborto incompleto	33
Aborto completo	0
Aborto séptico	1
TOTAL	38

Tabla 1. Presentación clínica del aborto en pacientes miskitas.

Anexo 6: Glosario

ABORTO: Expulsión del producto de la concepción menor de las 22 semanas de gestación y con un peso menor de 500 gramos.

ASTENIA: Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente

ADINAMIA: Ausencia de movimiento o reacción, lo que lleva a un estado de postración debido a factores físicos y/o nerviosos

AMEU: Aspiración Manual Endouterina

HNA: Hospital Nuevo Amanecer.

ENDOMETRITIS: Es la inflamación sistemática del endometrio, que es la capa interna de la mucosa que cubre la cavidad uterina.

MORTINATO: Mortinato o muerte fetal se presenta cuando un feto que se esperaba que sobreviviera muere durante el nacimiento o durante la segunda mitad del embarazo.

METRORRAGIA: Hemorragia uterina fuera del período menstrual.

MIALGIA: Dolor muscular.

MASI – RAAN: Modelo de Atención de Salud Intercultural de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

NEONATO: Un neonato (del latín neo nato) o recién nacido es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Partera: mujer con conocimientos empíricos encargada de atender a una embarazada desde inicio a fin del embarazo, trata sus patologías y le atiende el parto.

PUERPERIO: Período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas.

PARAMETRITIS: Inflamación del parametrio (espacio pélvico de tejido conectivo que rodea lateralmente al cérvix).

RACCN: Región Autónoma de la Costa Caribe Norte.

SUKIA: Médico tradicional miskito.