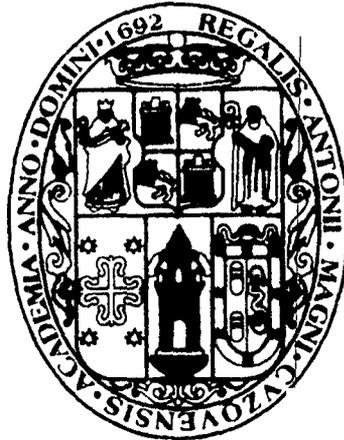


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO
ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL,
SUS BENEFICIOS EN LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO
EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA
CUSCO AGOSTO - SETIEMBRE 2010”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

ANARA ARNADO ROSMERY

PEÑA CACERES JENNIFER

Para optar al Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Asesora:

LIC. BLANCA ESPINOZA DÍAZ

CUSCO – PERÚ

2011

AUSPICIADO POR EL CONSEJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNSAAC

PRESENTACIÓN

SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO.

En cumplimiento con las disposiciones establecidas por el reglamento de grados y títulos vigentes de la Carrera Profesional de Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, pongo a su consideración el presente trabajo de investigación titulado: **"EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL, SUS BENEFICIOS EN LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA CUSCO AGOSTO-SETIEMBRE 2010"**, para optar al título profesional de Licenciada en Enfermería.

Bachilleres:

Rosmery Anara Arnado

Jennifer Peña Caceres

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, por abrirnos las puertas y ser nuestra casa mater en conocimiento, a la FACULTAD DE ENFERMERIA por ser nuestro hogar durante los años de estudio, por darnos las bases para emprender nuestra vida profesional, a nuestros padres por ser los pioneros en nuestra formación, tanto personal y también profesional.

Agradecemos al Centro de Salud de Belempampa, por darnos las facilidades de realizar nuestro trabajo de investigación en sus instalaciones, y a los profesionales que vienen desarrollando su trabajo en dicho Centro.

DÉDICATORIA

A **Dios**, por mi vida y darme la fuerza y oportunidad de lograr mis metas.

A mi **familia**, mis abuelos, tíos y primos, agradecerles por su apoyo incondicional durante mis estudios y en la culminación de ellos.

A mis padres, **VIDAL** y **YSABEL** por ser quienes me apoyaron de forma incondicional en mi vida profesional. **ROSNELY**, **ROSNILDA**, **DAMNER** Y **JHACK**, por ser el motivo para alcanzar mis metas.

A mis **Amigas** y **Amigos**, que siempre me apoyaron y compartieron conmigo en los momentos felices y nostálgicos sólo les queda agradecerles y dedicarles este esfuerzo.

Rosmery.

DEDICATORIA

A **Dios**, por darme la vida, la fuerza y la oportunidad de lograr mis metas, y a través de mi darle alegría a mis padres y a todas las personas que encuentren alegría en mi éxito.

A mi **familia**, mis abuelos, tíos y primos, agradecerles su total ayuda durante mis estudios y en la culminación de ellos.

A mis padres, **RAÚL** y **LOLA** por ser apoyo incondicional en mi vida personal y profesional, por existir cada día en mi vida. A mis hermanas **CATHERIN**, **NURIA** y **LUCERO**, por ser el motivo para cada logro que pueda alcanzar, les doy todo lo que pueda lograr.

A mis **Amigas** y **Amigos**, que siempre estuvieron pendientes ante cualquier necesidad o solicitud de ayuda, tan sólo me queda agradecerles y dedicarles este esfuerzo.

Jennifer PC.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA	01
1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	01
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	04
1.3. OBJETIVOS.....	04
1.3.1. OBJETIVOS GENERALES.....	04
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	04
1.4. HIPOTESIS.....	05
1.5. VARIABLES	05
1.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	05
1.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	05
1.5.3. VARIABLE INTERVINIENTES.....	06
1.6. JUSTIFICACION	06

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	08
2.1. ESTUDIOS PREVIOS.....	08
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL	08
2.1.2. A NIVEL NACIONAL	10
2.1.3. A NIVEL LOCAL	12
2.2. BASES TEÓRICAS.....	13
2.2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DEL PARTO.....	13

2.2.2.	EXÁMEN DE LA MUJER GRÁVIDA.....	13
2.2.3.	PARTO.....	15
2.2.3.1.	PROCESO FISIOLÓGICO DEL PARTO.....	15
2.2.3.2.	POSICIONES DURANTE EL PARTO.....	18
2.2.3.2.1.	POSICION DECÚBITO DORSAL.....	18
2.2.3.2.2.	POSICION VERTICAL	22
2.2.3.2.3.	VARIETADES DE POSICION VERTICAL..	22
2.2.3.2.4.	FISIOLOGÍA COMPARADA.....	25
2.2.4.	DESGARROS VULVOPERINEALES	28
2.2.5.	DOLOR EN EL PARTO.....	30
2.2.6.	COMODIDAD DE LA MADRE.....	32
2.2.7.	PUNTAJE DE APGAR EN EL RECIEN NACIDO....	33
2.2.8.	ANTROPOMETRÍA DEL RECIEN NACIDO.....	34
2.2.9.	EDAD GESTACIONAL.....	35
2.2.10.	DEFINICIÓN DE TERMINOS	36

CAPÍTULO III

3.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
3.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	37
3.2.	POBLACIÓN.....	37
3.2.1.	TAMAÑO DE MUESTRA	37
3.2.2.	TIPO DE MUESTREO	39
3.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
3.4.	TÉCNICAS.....	44
3.5.	INSTRUMENTOS.....	44
3.6.	VALIDEZ.....	45
3.7.	CONFIABILIDAD.....	45
3.8.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45

3.9.	ANÁLISIS DE DATOS.....	46
------	------------------------	----

CAPÍTULO IV

4.	RESULTADOS	47
4.1.	CONCLUSIONES.....	80
4.2.	SUGERENCIAS.....	82
4.3.	BIBLIOGRAFIA.....	83
4.4.	WEBGRAFIA.....	85
4.5.	ANEXOS.....	86

INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MADRES EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	48
TABLA N°2 : CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS RECIÉN NACIDOS EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	51
GRÁFICO N° 1: POSICIÓN ADOPTADA POR LA MADRE DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	53
BENEFICIOS DE LA MADRE EN RELACIÓN A LA POSICIÓN ADOPTADA POR LA MADRE DURANTE EL PARTO.....	55
GRÁFICO N° 2: DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010....	55
GRÁFICO N° 3: CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERINEAL DE LA MADRE EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	58
GRÁFICO N° 4: PRESENCIA DE DESGARRO PERINEAL EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	60
GRÁFICO N° 5: TIPO DE DESGARRO PERINEAL EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	62

GRÁFICO N° 6: PRESENCIA DE EPISIOTOMÍA EN LA MADRE EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	64
GRÁFICO N° 7: GRADO DE SENSACIÓN DEL DOLOR DE LA MADRE DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	66
GRÁFICO N° 8: GRADO DE COMODIDAD DE LA MADRE DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	68
BENEFICIOS DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN A LA POSICIÓN ADOPTADA POR LA MADRE DURANTE EL PARTO.....	71
GRÁFICO N° 9: PUNTAJE DE APGAR DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	71
TABLA N° 03: DIFERENCIAS ENTRE LOS BENEFICIOS EN LA MADRE Y RECIEN NACIDO DURANTE EL PARTO EN LA POSICIÓN VERTICAL DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	73
TABLA N° 04: PARIDAD Y PESO SEGÚN EDAD GESTACIÓN DEL RECIEN NACIDO EN RELACIÓN A LA CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERINEAL EN LA POSICIÓN VERTICAL DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	75
TABLA N° 05: PARIDAD Y PESO SEGÚN EDAD GESTACIÓN DEL RECIEN NACIDO EN RELACIÓN A LA CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERINEAL EN LA POSICIÓN HORIZONTAL DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010.....	77

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud de Belemppampa en los meses de agosto – setiembre del 2010, tiene como **Objetivo:** Establecer las diferencias entre los beneficios de la posición vertical y la posición horizontal del parto en la madre y recién nacido, en el Centro de Salud de Belemppampa. **Métodos:** Estudio descriptivo comparativo correlacional, transversal y prospectivo, con una muestra de 156 madres entrevistadas, atendidas en el Centro de Salud de Belemppampa, en posición horizontal y vertical. **Resultados:** De las 156 madres del estudio; 59% dieron su parto en posición vertical, 41% en posición horizontal. Del total de partos en posición vertical; el 100% de multíparas y 96.4% de nulíparas tuvieron una duración del periodo expulsivo normal, 45.5% conservaron la integridad perineal, 67.4% calificaron como insoportable la sensación de dolor, 65.2% de las madres califico cómoda ésta posición, en cuanto al Apgar el 100% de recién nacido obtuvo un puntaje normal al 1° y 5° minuto. En la posición horizontal; el 100% de multíparas y 95.8% nulíparas tuvieron una duración de periodo expulsivo normal, el 40.6% de madres conservó la integridad perineal, el 76.5% calificó el dolor como insoportable, el 37.5% de las madres califico cómoda esta posición, el Apgar de recién nacidos fue 98.4% normal y 1.6% deprimido severo al 1° minuto, y 100% normal al 5° minuto. **Conclusiones:** no existen diferencias significativas según las pruebas estadísticas entre los beneficios de la posición vertical y horizontal excepto en el beneficio comodidad que tuvo una significancia de Chi Cuadrado de Pearson ($p < 0.001$), la sensación de dolor en las madres fue insoportable independientemente a la posición que adopten, además se observó más episiotomías en posición horizontal que vertical.

Palabras claves: Parto vertical, parto horizontal, beneficios, diferencias, periodo expulsivo, comodidad, dolor, integridad perineal.

INTRODUCCIÓN

El parto en posición vertical, es una costumbre que se ha practicado desde tiempos inmemoriales en comparación al parto en posición horizontal, el cual fue introducido para evitar complicaciones durante el parto, y así el personal de salud tenga mayor facilidad para la intervención.

La posición de la madre durante el periodo expulsivo depende de varios factores entre los cuales, se observa, el comportamiento sociocultural, el lugar donde se atiende el parto, y el tipo de camilla disponible. La mayoría de la población de la sierra y la selva tiene su parto en cuclillas, sin embargo en la zona urbana la posición de litotomía es la más utilizada¹.

Generalmente las gestantes de los grupos de investigación son estimuladas para que asuman la posición fisiológica, especialmente en cuclillas o sentadas, para la ocasión del parto. La mayoría de las mujeres luego de haber tenido la experiencia en posición vertical, refieren dar a luz de esta forma les da mayor seguridad, fuerza y rapidez. Los investigadores afirman que esta posición es más segura para la madre y el recién nacido por muchas ventajas que obtienen, especialmente en la disminución del tiempo del expulsivo. Además el parto de cuclillas posibilita un contacto más precoz entre el recién nacido y su madre, tornando este momento íntimamente gratificante por lo cual existe un beneficio importante para el futuro desenvolvimiento del bebé.

¹ Botero Jaime U. Jubiz Alfonso H. Henaco Guillermo. 4ª edición. 1990. Colombia.

Asimismo, el parto en posición horizontal, facilita la intervención del personal de salud, brindándole a la madre la sensación de ser ayudada durante su parto, lo que les produce mayor seguridad en algunas mujeres, algunas mujeres afirman que dicho parto les brinda comodidad, ya que pueden apoyar la espalda sobre la cama ginecológica.

De esta forma, se permite a la gestante escoger la posición que desea adoptar durante el periodo de dilatación y también durante el periodo expulsivo, brindándole así los mayores beneficios tanto en zona rural como en zona urbana, evitando partos domiciliarios o partos con complicaciones que afectan tanto a la madre como al recién nacido, situación que motiva a la realización del presente trabajo, para descubrir los beneficios brindados por la adopción de dichas posiciones durante el parto, y realizar una diferencia entre ellos.

El presente trabajo de investigación es de tipo prospectivo, transversal y analítico, con una muestra total de 156 madres atendidas en el Centro de Salud de Belepampa, tanto en posición horizontal y posición vertical según se presentaban, para ello se utilizó una entrevista estructurada y una guía de observación documentaria. El objetivo general del trabajo fue establecer las diferencias entre los beneficios de la posición vertical y posición horizontal, a las madres y recién nacidos de la muestra, para lo cual primero se determinó los beneficios brindados por ambas posiciones en las madres y recién nacidos.

Para ello este estudio está estructurado en cuatro capítulos:

- Capítulo I** : Caracterización del estudio, Problemática de estudio, objetivos, hipótesis, variables y justificación del trabajo.
- Capítulo II** : Se presenta el marco teórico del estudio, donde se aborda el tema relacionándolo con los estudios previos.
- Capítulo III** : Descripción del Diseño Metodológico del estudio, tipo de estudio, población, operacionalización de variables, validez del instrumento, recolección de datos y procesamiento.
- Capítulo IV** : Se presenta los resultados con sus respectivos análisis e interpretación, conclusiones y sugerencias.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

El parto vertical se ha efectuado históricamente desde los inicios de la humanidad, por ser ésta una posición fisiológica. En la posición vertical a diferencia de la posición horizontal, la cabeza fetal ejerce una presión sostenida sobre el canal del parto favoreciendo el alcance máximo de los diámetros pélvicos, no comprime los vasos aorta y vena cava inferior, lo que evita las complicaciones en el recién nacido y contribuye en la comodidad y confianza en la madre¹.

La atención del parto en posición horizontal ha sido incorporado desde el siglo XVIII, para facilitar la atención del parto por el personal de salud, evitar complicaciones y reducir la mortalidad materna; pero, sin tener en cuenta que dicha posición incrementa la duración del periodo expulsivo, es anti-fisiológica, es menos cómoda para la parturienta, además de que es muchas veces es necesario realizar episiotomías.

Las estadísticas relacionadas con el estado de gestación, parto y postparto, en el año 2007, registraron 513 muertes maternas a nivel nacional, correspondiendo al mayor número de muertes maternas en los departamentos de Puno, Cajamarca, La Libertad, Huánuco, Lima y Loreto. Siendo las principales causas de muerte materna la Hemorragia, Hipertensión e Infecciones².

¹Botero Jaime U. Jubiz AlfonsoH. Henaco Guillermo. 4ª edición. 1990. Colombia.

² Ministerio de Salud. Semana de la Maternidad Saludable y Segura. Mortalidad Materna.

<http://www.minsa.gob.pe/portal/especiales/2008/maternidad/principal.htm>. fecha de acceso: 13-02-2010.

A nivel regional, en el 2007, se presentó una Razón de Mortalidad Materna de 105 por cada 100 000 nacidos vivos, sin embargo, aun existen brechas a nivel provincial, en particular en las provincias de Espinar, Canas, Urubamba, Quispicanchis y La Convención, donde la Razón de Mortalidad Materna es mayor al promedio regional.³

El ASIS de la región en el 2007 reportó que del total de casos de mortalidad materna; 50% se debieron a causas como Hemorragia, 29.2% Hipertensión Inducida por el Embarazo y un 8.3% por Infecciones, las principales causas fueron las complicaciones durante el parto y post parto, siendo las limitaciones, la accesibilidad geográfica y cultural, barreras que contribuyen en gran medida a estos altos índices de mortalidad⁴.

Según refieren algunos especialistas del sector salud, la adecuación cultural del parto será una de las principales condiciones para la reducción de muertes maternas, ya que el mismo hecho de la atención del parto en posición vertical genera en ellas confianza y seguridad.

El estudio realizado acerca del Parto Vertical en el Hospital de la Universidad, en Brasil, mostró que la opción de la posición vertical generó más beneficios en las parturientas, resultando en un índice menor de episiotomía. En esos partos, el score de Apgar en el primero y en el quinto minutos fueron siempre superiores a siete.⁵

Considerando estos aspectos, hace 2 años atrás el Centro de Salud de Belepampa de la ciudad del Cusco, ha incorporado la atención del

³ Dirección Regional de Salud. Análisis Situacional de Salud – 2008. 1ª edición. Impreso en Perú. 2008.

⁴ DIRESA Cusco. Análisis de Situación de la Mortalidad Maternal y Perinatal, Región Cusco, 2007.1ª edición. Cusco. Impreso y hecho en Perú.

⁵ www.Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Vertical-position births at a University Hospital a time-series study, 1996 to 2005.mht

parto en posición vertical, apreciándose que las madres eligen la posición en la que desean ser asistidas durante el parto. La posición vertical según refieren algunas madres facilita el parto, evitando complicaciones como desgarros vaginales, prolongación del periodo expulsivo, aspectos que permiten que las madres se restablezcan en menor tiempo y se permita el apego pronto de sus neonatos.

Esta preferencia hacia la posición vertical se aprecia mejor en los registros de éste establecimiento de salud en el 2009, donde aproximadamente de 500 partos, 300 correspondían a la posición vertical y 200 a la posición horizontal.

Según manifiestan las puérperas, dar su parto en posición horizontal resulta menos beneficioso, ya que al encontrarse recostadas ejercen mayor fuerza al momento del pujo y les resulta más incomodo el estar descubierta y mostrar sus partes intimas; además según manifiestan, esta posición no respeta su costumbre y tradición, dar parto de rodillas o semi sentadas fue la manera natural de dar a luz.

Considerando como importante la descripción de las estrategias positivas de la adecuación intercultural del parto vertical y sus beneficios dirigidos a reducir la mortalidad materna y complicaciones en el recién nacido, se plantea el siguiente problema de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las diferencias entre los beneficios de la posición vertical y la posición horizontal del parto en la madre y recién nacido en el Centro de salud de Belepampa Cusco Agosto - Setiembre 2010?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 Objetivo General:

- Establecer las diferencias entre los beneficios de la posición vertical y la posición horizontal del parto en la madre y recién nacido, en el Centro de salud de Belepampa Cusco Agosto - Setiembre 2010.

1.3.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar las características generales de las madres y recién nacidos atendidos en el Centro de salud de Belepampa Cusco Agosto - Setiembre 2010.
2. Determinar los beneficios que se dan en la madre por la adopción de la posición vertical durante el parto en el Centro de salud de Belepampa Cusco Agosto - Setiembre 2010.
3. Identificar los beneficios que se dan en la madre por la adopción de la posición horizontal durante el parto en el Centro de salud de Belepampa Cusco Agosto - Setiembre 2010.
4. Establecer los beneficios que se dan en el recién nacido por la adopción de la posición vertical durante el parto en el Centro de salud de Belepampa Cusco Agosto - Setiembre 2010.
5. Establecer los beneficios que se dan en el recién nacido por la adopción de la posición horizontal durante el parto en el Centro de salud de Belepampa Cusco Agosto - Setiembre 2010.
6. Determinar la relación entre la conservación de la integridad perineal y la paridad según a la posición vertical y horizontal adoptada por la madre durante el parto en el Centro de salud de Belepampa Cusco Agosto - Setiembre 2010.

1.4 HIPÓTESIS

Entre la posición vertical y horizontal que adopta la mujer durante el parto, existen diferencias significativas en los beneficios que se generan en la madre y recién nacido; en particular en el tiempo de duración del periodo expulsivo, en la conservación de la integridad perineal, grado de sensación de dolor, la comodidad de la madre durante el parto, el puntaje APGAR.

1.5 VARIABLES

1.5.1 Variables independientes.

- Posición adoptada durante el parto.
 - Posición horizontal.
 - Posición vertical.

1.5.2 Variables dependientes.

- Beneficios en la madre.
 - Duración del periodo expulsivo.
 - Conservación de la integridad del periné.
 - Grado de sensación de dolor.
 - Comodidad de la madre
- Beneficios en el recién nacido
 - Puntaje Apgar.

1.5.3 Variables intervinientes.

De la madre:

- Edad.
- Paridad.

- Procedencia.
- Nivel de escolaridad.
- Estado civil.

Del recién nacido:

- Sexo.
- Peso.
- Talla.
- Perímetro cefálico.
- Edad gestacional.

1.6 JUSTIFICACIÓN

En nuestro país la atención de parto vertical se ha implementado especialmente en los centros de salud del área rural, el mismo que está dando resultados como, disminución de mortalidad materna e incremento de partos institucionales, motivo por el que es necesario apoyar la estrategia de atención de parto vertical dando bases teóricas, implementando trabajos de investigación que brinden información y sustento científico a dicha incorporación del parto vertical, tal como pretende el presente trabajo.

El centro de salud de Belemppampa, es una de las pocas instituciones del área urbana que ha adecuado dentro de su sistema, la atención del parto en posición vertical. El presente trabajo de investigación permitirá apreciar localmente los beneficios maternos y neonatales generados por la atención de parto en posición vertical así mismo permitirá establecer pautas y brindar información sobre las experiencias locales y los beneficios que generan en las madres y recién nacidos. A partir de resultados obtenidos se llega a conclusiones que aportan información

necesaria al sector salud, instituciones proveedores de servicio e instituciones formadoras.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ESTUDIOS PREVIOS

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

BRÜGGEMANN, Odaléa María y colaboradores, en su estudio "Parto vertical en el Hospital de la Universidad serie de estudio 1996-2005", Brasil 2009, concluye que:

Estudio descriptivo, de 15 891 partos donde 4 998 fue cesárea y 10.893 vaginales, de los cuales 5 549 fueron verticales y 5344 horizontales, donde el creciente porcentaje de partos verticales en relación con otros tipos de parto se encuentran en esta revisión, dicha posición para el parto están en línea con las recomendaciones de la OMS y el Ministerio de Salud, es decir, que la mujer debe alentarse a la experiencia de la posición deseada durante la segunda etapa del trabajo, evitar largos períodos en posición supina, y su elección debe ser apoyada. Esta práctica ha sido poco a poco introducida por el equipo de profesionales de la salud. Este estudio muestra la posibilidad de implementar la asistencia del parto en posición vertical respetando la decisión de la mujer. A partir de este estudio se demuestra que la posición vertical es una práctica que puede ser considerada segura por no acarrear riesgo para la madre como para el recién nacido.

GAYESKI Michele Ediane; BRÜGGEMANN Odaléa María en su estudio "Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal", Brasil 2009, en el que concluyen:

Se trata de un estudio cualitativo, cuyo objetivo fue conocer las percepciones de las puérperas sobre la vivencia del parto en la posición vertical y horizontal, identificando los aspectos positivos y negativos de cada posición. Fueron entrevistadas 10 puérperas en el alojamiento conjunto del Hospital Universitario. Después del análisis temático - Discurso del Sujeto Colectivo - emergieron los aspectos positivos de la posición vertical: más cómoda; favorece la movilidad y reduce el esfuerzo de expulsión; favorece la participación de la parturienta; siendo la incomodidad y la falta de intervención obstétrica apuntados como negativos. En lo que se refiere a la posición horizontal, los aspectos positivos fueron: el parto es más rápido, genera seguridad y sensación de ser ayudada y los negativos estuvieron relacionados a la incomodidad y dificultad para hacer fuerza. Los discursos sobre los aspectos positivos de la posición vertical y negativos de la horizontal se destacan de forma más intensa y frecuente y están congruentes con las evidencias científicas.

OLIVEIRA Ricardo José y colaboradores en su estudio "Relación entre posición adoptada por la mujer en el parto, integridad perineal y vitalidad del recién nacido", Brasil-Rio de Janeiro 2008, concluyeron que:

El estudio analiza los partos asistidos por enfermeras obstétricas, relacionando la posición adoptada para el parto con la preservación perineal y la vitalidad de los recién nacidos, en una maternidad pública. Se constituyó en estudio observacional descriptivo, con abordaje cuantitativo. Fueron analizados los registros de 1715 partos asistidos por enfermeras obstétricas en esa institución. Los resultados mostraron que la opción de la posición vertical por las parturientes en los partos

asistidos por las enfermeras obstétricas resultó en un índice menor de episiotomía. Las laceraciones perineales, cuando ocurrieran, fueron en su mayoría de primer grado. En esos partos, el score de Apgar en el primero y en el quinto minutos fueron siempre superiores a siete. La asistencia realizada por las enfermeras obstétricas en la institución, permitiendo la adopción de la posición vertical, evidencia una actitud menos intervencionista que protege la integridad de la mujer.

2.1.2 A NIVEL NACIONAL

NUREÑA. Cesar, R en su estudio "Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical"; Perú-Lima 2009 concluyó que:

En este trabajo se revisan los antecedentes, las políticas y las normas relativos a la institucionalización del parto vertical en el país. Se han consultado para ello fuentes oficiales, informes de organismos internacionales y otros documentos, con una perspectiva crítica y teniendo en cuenta conceptos y enfoques sobre el proyecto de interculturalidad. Las manifiestas barreras culturales y asimetrías que persisten en el micro nivel, y también a suponer que las poblaciones indígenas solo se encuentran asentadas en la Sierra y en la Selva, donde habría que establecer los servicios de atención del parto vertical; en tanto que las mujeres indígenas de las zonas urbanas y de muchos lugares de la Costa tendrían que resignarse a contar solo con los servicios de atención del parto horizontal bajo el paradigma de la medicina "moderna". Se desconoce si para las mujeres indígenas gestantes en Lima y otros centros urbanos de la Costa sería importante o deseable que los servicios de salud consideren la atención del parto

vertical o si preferirían adoptar la modalidad horizontal. Tampoco sabemos qué factores intervienen en las preferencias, actitudes o percepciones de las mujeres. Otra cuestión importante son los desencuentros culturales entre el personal de salud y los indígenas, que se expresan muchas veces bajo la forma de discriminación; sin embargo, no podríamos afirmar que el Ministerio no aborda este problema.

CALDERON, Jorge y colaboradores, en su estudio "Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral" Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), EsSalud, junio 2006 – junio 2007. Conclusiones:

El tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min, respectivamente). El volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos (300 mL y 296,74 mL). Se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% vs. 56,3%). Hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical (en quienes no se realizó episiotomía), pero de poca profundidad (83% vs. 60%). Respecto a la percepción de la madre sobre el parto vertical, este fue percibido como más rápido, más cómodo y menos doloroso; la mayoría de las mujeres con parto vertical tuvo la satisfacción de ver la salida de su bebé (96,3% vs. 42,5%) y la mayoría de las mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las 160 mujeres).

El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.

2.1.3 A NIVEL LOCAL

TENIENTE Cconojuhilca, Sonia.- "Factores que influyen en la percepción de madres gestantes respecto al parto institucional en el centro de salud de Huancarani 2005", Perú - Cusco, Huancarani 2005, concluyo que:

El 70.9% perciben el parto institucional como "negativo" expresándolo como "desagradable" por temor a ser observados por personas extrañas, otros lo consideran como "obligatorio" por temor a pagar una multa, el 29.1% percibió el parto institucional como "positivo", opinando que éste es "más seguro y garantizado" reconociendo su importancia para la salud de la madre y el niño y el 3.6% consideran que es obligatorio.

Los factores socioculturales que ejercen mayor influencia en la percepción negativa sobre el parto institucional son: Gestantes que no cuentan con ningún nivel de instrucción, no tener privacidad durante sus controles prenatales, porque sintieron miedo y vergüenza, tienen la costumbre de dar a luz en la posición vertical porque la consideran como la más adecuada para el parto.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DEL PARTO

Las mujeres a lo largo de la historia han preferido parir en posiciones verticales y la mayoría de las posiciones de parto se ilustran en historias de textos que muestran el nacimiento en una postura derecha con muslos cerrados. El parto en cuclillas se ha abogado debido a que impide la compresión fetal, aumenta el diámetro de la salida pélvica y, quizás con la justificación menor tiempo de expulsivo, debido a la fuerza de gravedad y por medio de eso facilitar el esfuerzo materno durante el expulsivo.⁶

Fue en el siglo XVII que el famoso Obstetra Mauriceau "acostó" a las mujeres para parir, en un principio, al parecer, para poder aplicar el instrumento de moda por esos tiempos, el fórceps. En la década del 70 con el uso de la anestesia epidural, como un intento de solucionar el dolor del parto se favoreció aun más el uso de la posición horizontal, ya que prácticamente no se le podía pedir otra postura diferente a la horizontal a una mujer bajo efectos de anestésicos.

En el Perú, la práctica de la atención vertical del parto ha venido siendo implementada por los establecimientos de salud de las regiones que atienden poblaciones rurales como una estrategia para facilitar el acceso a los servicios de atención materna.⁷

2.2.2.- EXÁMEN DE LA MUJER GRÁVIDA: El examen de toda embarazada deberá comenzar con un cuidadoso interrogatorio, cuya guía se presenta en el formulario de la Historia Clínica Perinatal Básica.

⁶Gardosi J; Hutson N; B-LYNCH C. Una experimentación de acucillar nacimiento. Departamento de Obstetricia y Gynaecology, Milton Keynes de General. El hospital, Buckinghamshire. SR - Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2:217-20, 1989 MAR

⁷ Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. N.T.N°033- MINS/DGSP-V.01)/Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima; Ministerio de Salud, 2005.

La anamnesis debe incluir datos de identificación, caracterización socioeconómica, antecedentes familiares, personales, ginecológicos y perinatales⁸.

Nivel socioeconómico y educacional: la fuerte asociación existente entre malos resultados perinatales y bajo nivel socioeconómico y educacional obliga a considerar estos últimos datos toda vez que se evalúa el riesgo de una gestante. El deterioro socioeconómico y el bajo nivel de educación se asocian a un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo manual, al mantenimiento de la actividad laboral hasta épocas más avanzadas del embarazo, a menor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de madres sin pareja estable.

Edad materna y paridad: hay general coincidencia en considerar a las embarazadas de 20 a 30 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal y materna aumenta tanto en las madres adolescentes especialmente en el grupo menor de 15 años como en las que tienen más de 35 años.

Primaridad precoz: se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años. De los 10 a los 14 años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la niña con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil. Puede haber abortos o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido.

Primaridad tardía: es cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30. El útero, que durante tantos años ha estado recibiendo periódica

⁸ Schwarcz R, Fescina R, Duverges C, OBSTETRICIA, 6ª edición, Buenos Aires El Ateneo, 2005.

y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractilidad, al sufrir degeneración fibrosa. Las partes blandas (cuello, vagina, vulva y periné) ofrecen resistencia porque han perdido su elasticidad y blandura; ello puede acarrear prolongación y detención del parto (por anomalías en la dilatación), desgarros, hemorragias del alumbramiento, mala involución uterina e intervenciones frecuentes.

Antecedentes obstétricos: Se investigará el número de gestaciones y el de partos anteriores. Si es la primera gravidez, se la denomina primigesta; si ya tuvo otras gestaciones, se la denomina multigesta. Se ha de precisar el número de partos vaginales, para rotularla como nulípara, primípara o múltipara. Una mujer puede ser multigesta y nulípara (sólo tuvo abortos). Si la paciente solo ha dado a luz mediante operaciones cesáreas también se le incluye entre las nulíparas.

2.2.3.- PARTO

Las últimas horas del embarazo humano se caracterizan por contracciones uterinas extraordinarias que producen la dilatación del cuello uterino y fuerzan al feto a través del canal del parto. Se consume mucha energía durante este lapso y por tanto se usa el término "*Trabajo de parto*" para describir este proceso. Las contracciones miométriales del trabajo de parto son dolorosas, lo cual explica porque se usa el término *dolores* para describir el trabajo de parto.⁹

2.2.3.1.- PROCESO FISIOLÓGICO DEL PARTO: Proceso por el cual los productos de la concepción salen al exterior, naciendo un feto

⁹ CUNNINGHAM, Mac Donald, Gant, Levena, Gilstrap, Hankins Clark; "Williams Obstetricia, 20ª edición, 1998, Editorial medica Panamericana, Buenos Aires – Argentina.

con peso mayor de 1000 gr., mayor de 20 semanas de gestación. Se produce fisiológicamente a las 37-41 semanas de gestación.¹⁰

Se divide en 3 períodos:

A. PRIMER PERIODO DEL PARTO: BORRAMIENTO Y DILATACIÓN.

Este estadio comúnmente se inicia a partir 37 semanas de gestación. Normalmente existen contracciones uterinas que no tienen una secuencia y regularidad constante, a partir de las 30 semanas de gestación se producen contracciones de Braxton Hicks que tienen para intensidad (10-15 mm Hg.), se perciben en el examen tocográfico y la embarazada como endurecimiento indoloro del útero¹¹.

Conducta durante el periodo de dilatación (primer periodo del parto)

Posición de la madre y duración del parto: Además de modificar los parámetros cardiovasculares, la posición materna también influye sobre la duración del parto. Se ha demostrado que la deambulación, comparada con la posición horizontal en cama, acorta significativamente la duración del periodo de dilatación o primer periodo del parto (Schwarcz, 1976; Hemminki, 1983; WHO, 1996).

La conducta es permitir, según los deseos y la comodidad de la madre, alternativamente caminar, estar parada o sentada durante el periodo de dilatación o primer periodo del parto, siempre que la bolsa de las aguas este integra. En los casos con bolsa rota se aconseja la permanencia en

¹⁰Schwarcz Ricardo Leopoldo. El parto normal. Obstetricia. Quinta edición. 1995. librería-editorial El Ateneo.

¹¹ Schwarcz Ricardo Leopoldo. El parto normal. Obstetricia. Quinta edición. 1995. librería-editorial El Ateneo. Cap. 11. pág. 368-394.

cama. Si la madre no desea estar sentada, de pie o caminar, la mejor posición en cama es el decúbito lateral izquierdo.¹²

B. SEGUNDO PERIODO DEL PARTO: EXPULSIVO.

Al ocurrir la dilatación y borramiento completo del cuello, las contracciones producen el descenso y salida del producto, la frente, orbitas y nariz lo hacen primero. Una vez que salió la cabeza, ocurre la restitución o rotación externa seguida de la expulsión de tronco y extremidades.

La duración del expulsivo, varía según la paciente. En primíparas una hora, y en multíparas, en promedio veinte minutos.

Conducta durante el periodo expulsivo (segundo periodo del parto)

Se inicia cuando la madre siente espontáneamente la necesidad de pujar y se constata por el tacto la dilatación completa del cuello uterino. Para la misma población de parturientas de bajo riesgo, este periodo en posición semisentada tiene una duración mediana de 15 minutos. Para otros la media de la duración del segundo periodo del parto sería mayor.

CUIDADOS DEL PERINÉ

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la

¹²Schwarcz Ricardo Leopoldo. El parto normal. Obstetricia.6ª edición. 1995. librería-editorial El Ateneo. Cap. 11. pág.473 - 474

práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural.^{13, 14}

C. TERCER PERIODO DEL PARTO

Es el alumbramiento o expulsión de la placenta y membrana ovulares y ocurre 5-20 minutos después. Comprende cuatro etapas¹⁵.

1. Desprendimiento de la placenta.
2. Desprendimiento de las membranas.
3. Descenso.
4. Expulsión.

2.2.3.2 POSICIONES DURANTE EL PARTO

La posición de la madre durante el expulsivo depende de varios factores, entre los cuales podemos mencionar: el comportamiento sociocultural, el sitio donde se atiende del parto y el tipo de camilla disponible. La mayoría de nuestra población indígena tiene su parto en cuclillas.¹⁶

2.2.3.2.1 PARTO EN POSICIÓN DECÚBITO DORSAL (LITOTOMÍA U HORIZONTAL)

En la historia de la medicina se da cuenta de que en todo el mundo los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical como un fenómeno natural. También era así en Europa donde se les llamó

¹³Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabi M, Kaider A, Wagenbichler P y cols. Traditional care of the perineum during birth. J Reprod Med. 2002 Jun; 47(6): 477-482.

¹⁴Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre los distintos parámetros en el proceso del parto. Matronas Prof. 2005; 6(4): 9-12.

¹⁵Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. OBSTETRICIA. 6ª edición. Buenos Aires. El Ateneo, 2005. Pag. 482 - 485.

¹⁶Botero Jaime U, Jubiz Alfonso H, Henaco G. Obstetricia y Ginecología. 4ª edición. Colombia - 1990.

comadronas. En la edad media el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento (formados por varones) y la persecución de muchas parteras experimentadas acusadas de brujería, cambió esta situación¹⁷.

Al expropiarse la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto como una enfermedad que requería ser atendido por los médicos, y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama, y más tarde en el hospital. Esta inmovilidad y debilitamiento psicofísico estaba sustentado por otras posiciones sexuales, sociales y religiosas de opresión. El parto horizontal en la cama matrimonial es consecuente con la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo al accionar del médico.

Todavía existen en Europa en diversos museos, modelos e ilustraciones que muestran el diseño de las sillas que se usaban para los partos durante la edad media y el renacimiento, así como el momento en que el cuerpo médico sustituyó a las comadronas y comenzaron a ocuparse de los partos. A partir de entonces las mujeres abandonaron la silla y acataron el criterio de los profesionales que actuaban con más comodidad si la parturienta estaba acostada. En aquellas épocas, quien recibía al bebe debía arrodillarse delante de la mujer; no era una posición cómoda para introducir las técnicas que los médicos proponían, ni resultaba psicológicamente digerible estar arrodillado a los pies de una mujer que está pariendo.

¹⁷ Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural DGPLADES. Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes. México. Febrero 2008.

Históricamente fueron importantes los escritos del médico francés Mauriceau, quién argumentó en el año de 1738, sobre la posición horizontal supina con la parturienta acostada en la cama, para facilitar la exploración y la asistencia obstétrica con la utilización de los fórceps.

Ventajas de la posición horizontal:

- Favorece la comodidad del médico en la atención del parto, la cual es importante para su óptimo desempeño. Algunas posiciones tradicionales verticales son realmente incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas o con sobrepeso (el caso de muchos médicos).
- Favorece la revisión médica.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

Desventajas de la posición horizontal:

- **Efectos respiratorios.** La posición horizontal de la madre favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.
- **Efecto Poseiro.** Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs), útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves. Se produce consecuentemente

hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural)¹⁸.

- **Efectos mecánicos.** La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto, no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, puede favorecer los desgarros.

- **Efectos fisiológicos.** La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

- **Efectos psicológicos.** Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior.

- **Aumento en el índice de cesáreas.** El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no colaboración de la madre, son

¹⁸Uranga Imaz F. Obstetricia Práctica. 4ta. Edición. Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1977; cap. 18:515-525.

condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.

2.2.3.2.2 POSICIÓN VERTICAL

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está limitada a la recepción del bebe, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera surgir en estos momentos.

2.2.3.2.3VARIEDADES DE LA POSICION VERTICAL DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO: Las posiciones que pueda adoptar la parturienta son las siguientes.

- a. Posición de cuclillas: variedad anterior.
- b. Posición de cuclillas: variedad posterior.
- c. Posición de rodillas.
- d. Posición sentada.
- e. Posición semi sentada.
- f. Posición cogida de la soga.
- g. Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo)

Posición de cuclillas: variedad anterior.

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, cuclillas o sentados en una banquito bajo) y posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta

mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.

- La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta, la sujeta abrazándola por las región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.

Posición de cuclillas: variedad posterior

- El personal de salud realizara los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que lo permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, abrazara a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla a nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

Posición de rodillas.

El personal de salud realizara los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecua para realizar el alumbramiento dirigido.

- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazara a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.

- En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

Posición sentada y semi sentada

- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazara a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde de la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante.
- En la posición semi sentada la gestante se apoyara sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

Posición cogida de la soga

Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido.
- La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal del parto suave y calmadamente.

Posición pies y manos

- Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.
- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido.
- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia adelante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.
- La recepción del bebe se realizará por detrás de la mujer.
- El personal de salud que atienda el parto vertical en cualquiera de las posiciones verticales deberá instruir a la parturienta para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo realizarlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.

2.2.3.2.4 FISIOLOGÍA COMPARADA

Parto Horizontal:

- El útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia; asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (Compresión Aorta-Cava). Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga.
- Los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como "peso muerto" no permiten los esfuerzos para el pujo ni los

movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final.

- Los diámetros intrapélvicos maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (maniobra muy utilizada para la atención de la Distocia de Hombros), por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores.
- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad.
- La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.
- La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros.

Parto Vertical:

- En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.

- Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el periodo de dilatación, como en el expulsivo. Facilitando la transición feto-neonatal.
- Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción.
- Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en transverso.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje ("dive angle" para la bibliografía anglosajona).
- Sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto.
- La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorecen el encaje y el descenso del feto.
- Se estima que la madre gana entre 30-40 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, que suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitócica y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente.

- El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación.¹⁹

2.2.4 DESGARROS VULVOPERINEALES

Distinguimos cuatro tipos de desgarro del periné de acuerdo con el grado de extensión: de *primer grado*, cuando afectan únicamente a la piel; de *segundo grado*, cuando afectan a la musculatura perineal; de *tercer grado*, cuando incluyen esfínter externo del ano, y de *cuarto grado* o complicado, si está tomada la pared del recto. Los de primero y segundo grado son denominados *incompletos*, mientras que los del tercero y cuarto, *completos*.

Además distinguimos los desgarros centrales del periné, que ocasionan su rotura con conservación anatómica de la vulva y del ano. Se los observa en perinés altos y resistentes y en pelvis retrovertidas.

ETIOPATOGENIA: está en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra, además de ciertos factores condicionantes, a saber, tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo, variedades occipitosacras, que se desprenden en su orientación posterior con mayor distensión del periné.

¹⁹ DIRESA: "Guía de atención del parto vertical con adecuación cultural" cusco, 2004 Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural.

Posición en el periodo expulsivo ante el trauma perineal:

La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal:

- En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%).
- Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas.
- En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo,
- Se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos).
- Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53%) y la tasa más baja de perinés intactos (<42%) se dan en la posición de cuclillas para las nulíparas. También en nulíparas se produce la tasa más alta de desgarros de tercer grado (3,2 comparado con el 0,9% del total). Por tanto, las posiciones menos lesivas para el periné en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo. Sin embargo, puesto que en las revisiones efectuadas los resultados no son concluyentes, se debe dejar a la mujer elegir la postura en la que se encuentre más cómoda.^{20, 21}

²⁰Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabi M, Kaider A, Wagenbichler P y cols. Traditional care of the perineum during birth. J Reprod Med. 2002 Jun; 47(6): 477-82.

PRONÓSTICO: es bueno para los de primero y segundo grado; es reservado en los de tercer y cuarto, por las complicaciones sépticas que muchas veces hacen fracasar la sutura.

TRATAMIENTO: se impone la sutura inmediata al alumbramiento, puesto que la herida no está aun contaminada. Es conveniente revisar el cuello y la vagina antes de suturar el periné.

2.2.5 DOLOR EN EL PARTO

Los autores clásicos aceptan el dolor como una propiedad inherente a la contracción del útero durante el trabajo de parto. Existen una serie de condiciones anátomo funcionales (dilatación del cuello, distensión del peritoneo uterino y ligamentos, vasoconstricción, modificaciones del quimismo tisular, etc) que intervienen en mayor o menor grado en la sensación dolorosa durante el trabajo de parto. El dolor no depende solamente de estos factores, sino también del equilibrio psíquico de la parturienta que influye indiscutiblemente en su percepción. El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes de que el útero se relaje, para desaparecer completamente en los intervalos. Aumenta con la progresión del trabajo y con la intensidad y duración de la contracción. Su localización al principio es abdominal; después se irradia hacia la pelvis. Algunas mujeres acusan dolores lumbares o sacros. La persistencia de dolores lumbares rebeldes a los analgésicos indica generalmente un trastorno del mecanismo del parto (distocia). El acompañamiento y apoyo durante el parto brindado por una persona elegida por la mujer o por una obstétrica-matrona-partera universitaria

²¹Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre los distintos parámetros en el proceso del parto. *Matronas Prof.* 2005; 6(4): 9-12.

o enfermera capacitada, que esté exclusivamente para ello independiente del resto del equipo de salud, entre otros tantos beneficios ayuda a tolerar el dolor y la ansiedad y reduce el tiempo del parto.²²

DOLOR PRODUCIDO POR LAS CONTRACCIONES UTERINAS: Las contracciones del periodo de dilatación y de expulsión se acompañan habitualmente de dolor. Esta asociación es tan característica que en muchos países se sustituye la denominación de "contracciones" por la de "dolores". El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes de que el útero se haya relajado completamente. No existe dolor en los intervalos entre las contracciones uterinas. En cada mujer el dolor aparece cuando la presión amniótica sube por encima de un cierto nivel (umbral del dolor) y desaparece cuando la presión cae por debajo del mismo. El valor promedio del umbral del dolor corresponde a una presión amniótica de 25mmHg, o sea, 15mmHg por encima del valor promedio del tono normal (10mmHg). Dado que el "umbral del dolor" es usualmente más alto que el "umbral de precepción por palpación", la duración de la sensación dolorosa (máximo 60 seg) es más corta que la duración clínica de la contracción percibida por palpación abdominal (máximo 70 seg)

La libertad de movimientos y de elegir la posición más cómoda (sentada, de pie, deambulando, etc.), cambiándola a voluntad también contribuye a mitigar el dolor y otras molestias durante el parto.

Mecanismos del dolor: los autores clásicos consideraban al dolor como una propiedad inherente a la contracción uterina durante el trabajo de parto. Se ha demostrado, sin embargo, que el proceso contráctil normal del miometrio es indoloro, al igual que los demás músculos del

²²Schwarcz R. Fescina R. Duverges C. OBSTETRICIA.6ª edición. Buenos Aires. El Ateneo, 2005. Pag. 474

organismo. El dolor que acompaña a las contracciones uterinas del parto se debe fundamentalmente a la distensión que ellas producen en el canal del parto. Durante el periodo de dilatación las contracciones distienden el segmento inferior y el cuello; durante el periodo expulsivo distienden la vagina, la vulva y el periné. La distensión de estas estructuras es la causa más importante de dolor que acompaña a las contracciones uterinas durante el parto.

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR: usualmente al comienzo del parto el dolor tiene localización abdominal; mas adelante se irradia hacia la pelvis. En el periodo expulsivo el dolor es principalmente perineal.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin Dolor									Máximo Dolor

2.2.6 COMODIDAD DE LA MADRE.

Se refiere a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que acrecientan la

satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

Las comodidades se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales, así como la limpieza y la privacidad que hace referencia al respecto de los derechos del paciente.

2.2.7 PUNTAJE APGAR EN EL RECIÉN NACIDO.

ESCALA DE APGAR

Apgar es suficientemente sensible para valorar efecto de la analgesia materna sobre el recién nacido, pero es poco específico. Evalúa clínicamente la asfixia neonatal. Los recién nacidos vigorosos reciben puntaje de 7-10 desde el primer minuto. La asfixia severa se califica 0-3 puntos y 4-6 asfixia moderada²³²⁴.

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausentes	Menos de 100	100 o más
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento e irregular	Regular o llanto enérgico
Tono muscular	Ausente	Leve flexión de las extremidades	Movimientos activos.
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Llanto débil, mueca	Llanto vigoroso o estornudos
Color	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules	Todo rosado.

Algunos factores que influyen en la valoración:

- Bradiarritmias: afectan frecuencia cardiaca.
- Infección neonatal: Condición neuromuscular.

²³Schwarcz Ricardo Leopoldo. El parto normal. Obstetricia. Quinta edición. 1995. librería-editorial El Ateneo. Cap. 11. pág. 368-394.

²⁴Carrera José M. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 3ra. Edición. 1986. Masson. Cap. B, pág. 44-113. Cap. E, pág. 413-431.

- **Medicación materna:** Afecta tono y esfuerzo respiratorio.

El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido con una puntuación baja al minuto que a los 5 obtiene unos resultados normales no implica anormalidad en su evolución.

2.2.8 ANTROPOMETRÍA DEL RECIEN NACIDO

Peso del recién nacido: Es la fuerza con la cual el cuerpo del recién nacido actúa sobre un punto de apoyo, a causa de la atracción de este cuerpo por la fuerza de la gravedad, los recién nacidos deben pesarse desnudos y secos, previa colocación de una toalla descartable de papel sobre la balanza.

Se usa para distinguir las siguientes clases de recién nacidos:

- Recién Nacido de muy alto peso (RNMAP) peso de 4.500 gramos a más.
- Recién Nacido de alto peso (RNAP) peso de 4.000 a 4.999 gramos.
- Recién Nacido de peso adecuado (RNPA) peso de 2.500 a 3.999 gramos.
- Recién Nacido de bajo peso (RNBP) peso inferior a 2.500 gramos.
- Recién Nacido de muy bajo peso (RNMBP) peso inferior a 1.500 gramos.
- Recién Nacido de peso extremadamente bajo (RNPEB) peso inferior a 1.000 gramos.

Talla del recién nacido: Es la longitud que existe desde el vertex de la cabeza del recién nacido, hasta los pies. Se debe utilizar un pediómetro portátil o incorporado a la mesa de reanimación neonatal. El promedio de la talla de un recién nacido a término es de 50 a 52.9 cm según las graficas del IMPROMI.

Perímetro cefálico: Es la medida de la circunferencia de la cabeza del recién nacido, para medirlo se utilizará la cinta métrica, se pasa la cinta métrica alrededor de la cabeza sobre el máximo perímetro frontooccipital, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo. Según las graficas de IMPROMI la medida del perímetro cefálico de un recién nacido a termino es de 33.0 a 36.0cm.

2.2.9 EDAD GESTACIONAL:

Según la OMS es la duración del embarazo se mide en semanas completas a partir del primer día de la fecha de última menstruación. Se divide así en tres grupos:

- Recién Nacido a Término: entre las 37 y las 41 semanas.
- Recién Nacido Pre Término: a los recién nacidos de 36 semanas o menos.
- Recién Nacido Post Término: a los recién nacidos de 42 semanas o más.²⁵

²⁵Schwarcz Ricardo Leopoldo. El parto normal. Obstetricia. Quinta edición. 1995. librería-editorial El Ateneo. 500 – 501

2.2.8.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **PARTO:** conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida del claustro materno de un feto viable y sus anexos. Respecto a la madre se distinguen tres tiempos: pre monitoreo, dilatación, expulsión y alumbramiento.
- **BENEFICIO:** Bien que se hace o se recibe.
- **DIFERENCIAS:** Cualidad o aspecto por el cual una persona o cosa se distingue de otra, se utiliza para mostrar la discrepancia que hay entre dos cosas, o compararlas entre sí.
- **POSICIÓN:** relación que existe entre un punto de referencia tomado sobre la presentación y ubicación del eje central de la madre.
- **DILATACIÓN DEL CUELLO:** Abertura del cérvix, progresiva, durante el parto, previa al borramiento del mismo.
- **COMODIDAD:** Conveniencia, copia de las cosas necesarias para vivir a gusto y con descanso.
- **INTERCULTURALIDAD:** Proceso de comunicación en relaciones de convivencia que establecen dos o más individuos o grupos culturales que manifiestan características e intereses a veces diferentes
- **DOLOR DE PARTO:** Sensación subjetiva desagradable producido por las contracciones involuntarias e intermitentes del útero durante el parto.

CAPÍTULO III

3 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Prospectivo, la medición de las variables e indicadores implicados fueron registrados según iban suscitándose en el tiempo determinado para la medición de las variables.

Estudio Transversal, las variables e indicadores involucrados fueron medidos en una sola ocasión.

Estudio Descriptivo, Correlativo, Comparativo, porque se estableció la comparación que existe entre los beneficios que se generan en la madre y recién nacido, a partir de la posición adoptada durante el parto.

3.2 POBLACIÓN

La población de estudio está constituida por todas las gestantes en trabajo de parto que acudieron al Centro de Salud de Belemppampa, en un periodo de tiempo de dos meses, Agosto – Setiembre del 2010, para lo cual se tomó como referencia el registro del año 2009, el número de atenciones de parto. La población total de los dos meses de estudio es 250 partos.

3.2.1 TAMAÑO DE MUESTRA

La población fue sometida a muestreo, mediante la fórmula muestral para población finita.

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

DONDE:

n= tamaño de la muestra.

N= Población.

Z= Nivel de confianza.

p= Probabilidad de ocurrencia.

q= Probabilidad de fracaso.

E= Nivel de significación = error.

$$n = \frac{1.96^2 \times 250 \times 0.5 \times 0.5}{0.0484^2(250 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 250 \times 0.5 \times 0.5}{0.00234256(249) + 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{240.1}{0.58329744 + 0.9604}$$

$$n = \frac{240.1}{1.54369744}$$

$$n = 155.5$$

N= 156

3.2.2 TIPO DE MUESTREO:

3.2.2.1 MUESTREO NO PROBABILISTICO - INTENCIONADO

Es decir que se tomó de manera intencionada, como muestra, a todas las usuarias atendidas en el centro obstétrico del centro de salud de Belepampa en el periodo de tiempo planteado; bajo los siguientes criterios:

CRITERIO DE INCLUSION:

- Gestantes que después de la evaluación correspondiente estuvieron aptas para la atención de parto en el Centro de Salud de Belepampa.

CRITERIO DE EXCLUSION:

- Gestantes que durante el proceso de trabajo de parto presentaron complicación y tuvieron que ser referidas a otro establecimiento de salud de mayor complejidad.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLES INDEPENDIENTES Posición de Parto.	Es la postura, que adopta la parturienta durante el periodo expulsivo del parto.		Posición de la parturienta durante el parto.	- Posición vertical - Posición horizontal	NOMINAL
VARIABLES DEPENDIENTES	Consecuencias favorables para la madre por la atención del parto en las diferentes posiciones.	Duración de periodo expulsivo	Número de horas de duración del periodo expulsivo: < 1 horas nulíparas >1 horas nulíparas < 30 minutos múltipara > 30 minutos múltipara	- Normal - Expulsivo prolongado - Normal - Expulsivo prolongado	INTERVALAR
Beneficios de la madre		Conservación de la Integridad perineal	Presencia de Desgarro perineal	- SI (Iº, IIº, III º IVº) - NO	NOMINAL
			Presencia de Episiotomía	- SI - NO	NOMINAL
		Sensación del dolor	Nivel de dolor según escala de EVA: - 0 - 4 - 5 - 8 - 9 - 10	- Leve - Moderado - Insoportable	ORDINAL
		Comodidad brindada por la posición adoptada	Escala de referencia de comodidad: - 11 a 15 - 6 a 10 - 1 a 5	- Se sintió cómoda. - Se sintió regularmente cómoda - Se sintió incomoda	ORDINAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE Beneficios de recién nacido	Consecuencias favorables para el recién nacido por la atención del parto en las diferentes posiciones.	Puntaje Apgar del recién nacido	Escala de puntuación Apgar - 0 - 3 puntos. - 4-6 puntos. - 7-10 puntos.	- Deprimido severo.- Deprimido moderado.- Normal	INTERVALAR
VARIABLES INTERVINIENTES					
Edad	Es el tiempo transcurrido cronológicamente desde el momento del nacimiento hasta el momento actual		Grupo Etéreo de la madre.	- < de 19 años - 19-35 años - > 35 años	INTERVALAR
Nivel de Escolaridad	Es el nivel de escolaridad alcanzada de las usuarias superior, secundaria, primaria y/o analfabeta.		Nivel de Escolaridad de la madre.	- Superior. - Superior incompleta. - Secundaria - Secundaria incompleto - Primaria - Primaria incompleta >Sin Instrucción	ORDINAL
Procedencia	Es el lugar de origen de las usuarias urbano si se encuentra dentro del perímetro de la ciudad y rural si esta fuera del perímetro de la ciudad.		Zona geográfica de procedencia de la madre.	- Urbano - Rural	NOMINAL

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Estado civil	Es el estado legal de la pareja.		Referencia de la madre del estado civil.	- Casada - Soltera - Conviviente	NOMINAL
Antecedentes obstétricos	Son datos relativos a los partos anteriores, sucesos anteriores en las gestaciones y partos.	Paridad	Número de partos de la madre: > a 6 partos 2 - 5 partos 1 parto	- Gran Multípara - Multípara - Primípara	INTERVALAR
Sexo del recién nacido	Es el género del recién nacido, el cual puede ser masculino o femenino.		Sexo del recién nacido.	* Masculino * Femenino	NOMINAL

VARIABLES INTEVINIENTES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Peso del recién nacido	Es como la fuerza con la cual el cuerpo del recién nacido actúa sobre un punto de apoyo, a causa de la atracción de este cuerpo por la fuerza de la gravedad.		Peso del recién nacido - >4500 gr. - 4000 a 4500gr. - 2500 a 3999gr - 1500 a 2500gr. - <1500gr.	-Muy alto peso. -Alto peso -Peso adecuado. -Bajo peso -Muy bajo peso	INTERVALAR
Talla del recién nacido	Es la longitud que existe desde el vertex de la cabeza del recién nacido, hasta los pies.		Talla del recién nacido - >52.9 cm - 50.0 a 52.9 cm - <50.0 cm	-Talla alta. -Talla normal. -Talla baja.	INTERVALAR
Perímetro cefálico	Es la medida de la circunferencia de la cabeza del recién nacido, tomando como referencia por encima de los oídos y pasando por el occipital		Perímetro cefálico del recién nacido - > 36.0 cm - 33.0 a 36.0 cm - < 33.0 cm		INTERVALAR
Edad gestacional	Es el tiempo medido en semanas referentes desde la concepción del embrión hasta el nacimiento del feto.	Edad gestacional	Número de semanas - < 37 semanas. - 37 a 41 semanas - > 42 semanas.	-RN Pre Término -RN A Término -RN Post Término	INTERVALAR

3.4 TÉCNICAS:

ENTREVISTA:

Esta técnica se utilizó para obtener información de las madres, acerca de su experiencia y opinión de los beneficios y la atención brindada en el centro de salud de Belepampa, para lo cual se utilizó una encuesta estructurada. La cual inició tomando datos generales de las madres, seguido de preguntas cerradas y abiertas según sea el caso en el periodo de post – parto.

OBSERVACIÓN:

Básicamente esta técnica fue utilizada para recabar información referente al proceso del parto en posición vertical y/o horizontal; teniendo parámetros establecidos para que dicha recolección sea verás, y al mismo tiempo identificar las diferencias de dichos beneficios en ambas posiciones del parto, la misma que se efectuó en el Centro Obstétrico del Centro de Salud de Belepampa, por lo que se revisó datos de la historia clínica, registros de partos, para el efecto se utilizó una ficha de observación documentaria de cada atención de parto.

3.5 INSTRUMENTOS:

Encuesta estructurada: Se realizó una entrevista personal a las madres que fueron atendidas en el Centro de Salud de Belepampa, con preguntas cerradas y abiertas las cuales nos permitieron obtener datos de procedencia, condiciones económicas, sociales, educaciones y antecedentes obstétricos, además también obtener información sobre la comodidad y el dolor que ha sentido la madre durante la atención del parto.

Guía de observación documentaria: Se realizó una guía de observación documentaria para revisar datos de la historia clínica de las madres, así como registros de los recién nacidos, los cuales permitieron obtener información sobre, tiempo que duro el periodo expulsivo, la presencia o no de una alteración de la integridad perineal, el grado de desgarró que se presento, cantidad de sangrado y los datos del recién nacido como peso, talla, perímetro cefálico y el puntaje de Apgar al minuto y al quinto minuto.

3.6 VALIDEZ

La validación de los instrumentos de recolección de datos se realizó por juicio de expertos, para el cual se hizo entrega de los instrumentos de recolección de datos a 6 expertos, los resultados en la escala valorativa ubicaron la distancia del punto múltiple, **Dpp = 3.52**, ubicándose en el intervalo B, lo que significó que el instrumento tuvo una adecuación en gran medida.

3.7 CONFIABILIDAD

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos acerca de los partos y las parturientas, son confiables, ya que la escala valorativa de los ítems de la prueba piloto fue sometida a la prueba de fiabilidad de Alfa de Conbach, con un resultado para la ENTREVISTA de **0.822**, y con un resultado para la GUIA DE OBSERVACION DOCUMENTARIA DE de **0.925** muy cercano al 1, lo que significa que los instrumento son confiables, además se realizó la aplicación de la prueba piloto a 20 personas en dos oportunidades, donde se obtuvieron datos similares en ambas aplicaciones.

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó en un periodo de tiempo de dos meses. Para realizar dicha recolección, se cumplió con las siguientes actividades:

- Coordinación con las autoridades y personal del establecimiento de Salud de Belepampa.
- Organización de levantamiento de datos para el cual se determinó un cronograma diario de asistencia al Centro de Salud.
- Identificar el número de gestantes atendidas en el día.
- Tomar datos generales de las pacientes que fueron atendidas en el Centro de Salud, con previo consentimiento.
- Entrevista personal y observación documentaria, tomando datos de la observación de registros y la manifestación de las madres.

3.9 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información y habiéndose realizado la correspondiente filtración y limpieza de datos, estos fueron introducidos en un software estadístico (SPSS versión 15.0), el que permitió obtener resultados que son presentados mediante gráficos y cuadros estadísticos. Estos cuadros y gráficos fueron interpretados, analizados, y sometidos a la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson, para analizar el grado de significancia y relación de dependencia, además del contraste con la literatura e investigaciones correspondientes.

CAPITULO IV

EL PRESENTE CAPÍTULO MUESTRA LOS RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN SUSTENTÁNDOSE MEDIANTE LA CONTRASTACIÓN DE LA LITERATURA COMO RESPUESTA A LA HIPOTESIS.

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MADRES EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010

CARACTERÍSTICA		POSICIÓN VERTICAL		POSICIÓN HORIZONTAL	
		N°	%	N°	%
EDAD	<19 años	9	9.8%	11	17.2%
	19- 35 años	76	82.6%	52	82.3%
	>35 años	7	7.6%	1	1.5%
	Total	92	100%	64	100%
PROCEDENCIA	Urbano	71	77.2%	56	87.5%
	Rural	21	22.8%	8	12.5%
	Total	92	100%	64	100%
ESTADO CIVIL	Casada	14	15.2%	9	14.1%
	Soltera	3	3.2%	3	4.7%
	Conviviente	75	81.5%	52	81.2%
	Total	92	100%	64	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Superior completa	8	8.7%	11	17.1%
	Superior incompleta	6	6.5%	4	6.3%
	Secundaria completa	38	41.3%	22	34.4%
	Secundaria incompleta	23	25%	14	21.9%
	Primaria completa	6	6.5%	4	6.3%
	Primaria incompleta	7	7.6%	8	12.5%
	Sin instrucción	4	4.4%	1	1.5%
	Total	92	100%	64	100%
OCUPACIÓN	Ama de casa	82	89.2%	51	79.7%
	Comerciante	3	3.2%	6	9.4%
	Empleada	0	0%	2	3.1%
	Estudiante	5	5.4%	2	3.1%
	Otros	2	2.2%	3	4.7%
	Total	92	100%	64	100%
PARIDAD	Primípara	47	51.1%	35	54.7%
	Múltipara	40	43.4%	27	42.2%
	Gran Múltipara	5	5.4%	2	3.1%
	Total.	92	100%	64	100%

Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 1, nos muestra las características generales de las madres de acuerdo a las diferentes posiciones, así tenemos que el 82.6% eran mujeres que se encontraban dentro del rango de 19 – 35 años, menor a 19 años solo un 9.8% y mayor a 35 años fue de 7.6%.

Similares datos se aprecia en las madres que adoptaron la posición horizontal, un 82.3% con edades dentro de 19 – 35 años, 17.2% fueron mujeres menor a 19 años y solo un 1.5% mayor a 35 años.

En cuanto a la procedencia de las madres que dieron su parto en posición vertical, 77.2% era de la zona urbana y 22.8% zona rural. La posición horizontal obtuvo similares datos, 87.5% fueron de zona urbana y sólo un 12.5% era de zona rural, se puede apreciar que existe mayor porcentaje de mujeres de la zona rural que optaron dar a luz mediante la posición vertical esta elección manifiestan ellas fue por costumbre ya que sus antepasados también dieron su parto en esta posición.

El estado civil de las madres que dieron su parto en posición vertical fue de la siguiente manera, 81.5% fueron convivientes, 15.2% eran casadas y un 3.2% fueron solteras.

En cuanto a la posición horizontal, el 81.2% fueron convivientes, 14.1% casadas, y un 4.7% eran solteras.

Del grado de instrucción de las madres que optaron la posición vertical, el 41.3% de madres tuvieron secundaria completa, resaltando que un 4.4% de madres no tenían instrucción.

Con referencia a la posición horizontal, 17.1% de madres tenían grado de instrucción superior completa, 34.4% tuvieron secundaria completa y un mínimo porcentaje de 1.5% eran madres sin instrucción.

La ocupación de las madres fue la mayoría ama de casa siendo en la posición vertical 89.2%, y 79.9% en la posición horizontal.

En cuanto a la paridad, tanto en posición vertical como horizontal se observa, en primíparas 51.1% y 54.7% respectivamente, en múltiparas se observan datos similares en ambas posiciones, dentro de las madres gran múltiparas el 5.4% de madres dieron su parto en posición vertical y 3.1% optaron la posición horizontal.

SCHWARCZ Ricardo, FESCINA Ricardo y DUVERGES Carlos Alberto refieren que a la primera gravidez, se la denomina primigesta; si ya tuvo otras gestaciones, se la denomina multigesta. Se ha de precisar el número de partos vaginales, para rotularla como nulípara, primípara o múltipara. Una mujer puede ser multigesta y nulípara.

Dentro de las características generales de las madres en ambas posiciones se puede apreciar que existen datos similares no habiendo diferencia significativa entre las características generales de las madres.

Con referencia a la edad de las parturientas, SCHWARCZ Ricardo, y colaboradores refieren que a las embarazadas de 20 a 30 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal y materna aumenta tanto en las madres adolescentes especialmente en el grupo menor de 15 años como en las que tienen más de 35 años.

TABLA N° 2

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS RECIÉN NACIDOS EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010

CARACTERÍSTICA		POSICIÓN VERTICAL		POSICIÓN HORIZONTAL	
		N°	%	N°	%
SEXO	Masculino	38	41.3%	31	48.4%
	Femenino	54	58.7%	33	51.6%
	Total	92	100%	64	100%
PESO	RN de alto peso	1	1.1%	1	1.6%
	RN de peso adecuado	89	96.7%	60	93.8%
	1500 a 2499 RN de bajo peso	2	2.2%	3	4.6%
	Total	92	100%	64	100%
TALLA	> 52.9 cm	2	2.2%	1	1.6%
	50 a 52.9 cm	34	37%	28	43.8%
	< 50 cm	56	60.8%	35	54.6%
	Total	92	100%	64	100%
PERÍMETRO CEFÁLICO	> 36 cm	3	3.3%	2	3.1%
	33 a 36 cm	71	77.2%	45	70.3%
	< 33 cm	18	19.5%	17	26.6%
	Total	92	100%	64	100%
EDAD GESTACIONAL	> 41 semanas	2	2.2%	1	1.6%
	37 a 41 semanas	89	96.7%	62	96.8%
	<37 semanas	1	1.1%	1	1.6%
	Total	92	100%	64	100%

Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Del total de recién nacidos de madres que dieron su parto en posición vertical, un 58.7% era de sexo femenino, y el 41.3% fue de sexo masculino. En los partos en posición horizontal, un 51.6% fueron femenino, y 48.4% fueron masculinos.

De los recién nacido por la posición vertical, el 96.7% de los recién nacidos se encontraba con un peso adecuado, 2.2% tenía un bajo peso al

nacer. De los recién nacidos por la posición horizontal, 93.8% tenían peso adecuado, y 4.6% tenía bajo peso al nacer.

La talla en los recién nacidos de madres que dieron su parto en posición vertical, un 60.8% tenía menos de 50cm de talla, un 37% tenía la talla adecuada, y un 2.2% tenía una talla mayor a 52.9cm.

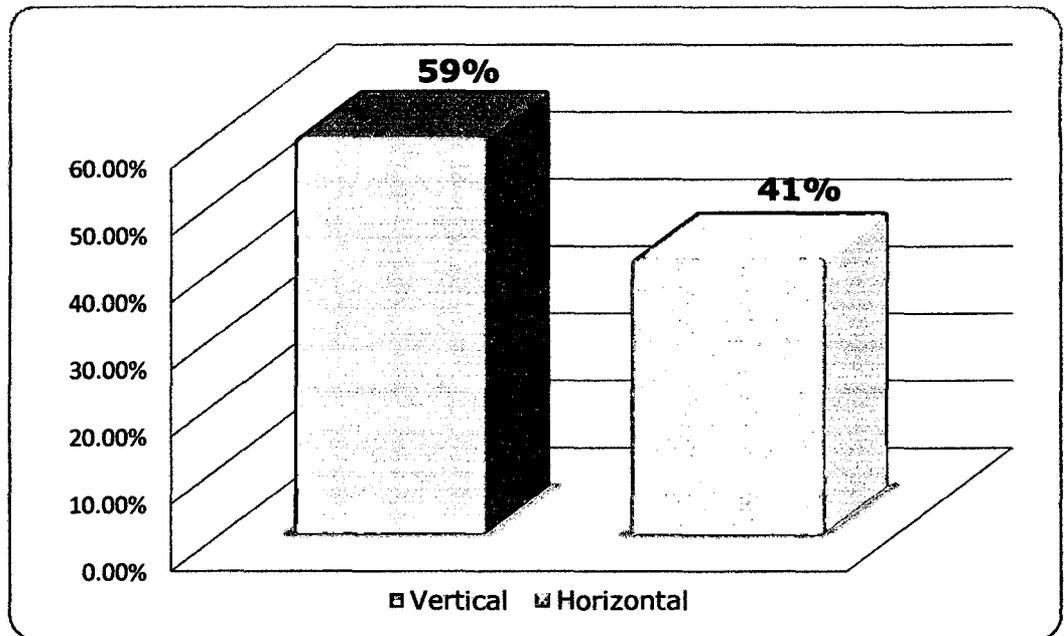
De los recién nacidos por la posición horizontal, 54.6% fue menor a 50cm, 43.8% con talla dentro de los parámetros normales (50 – 52.9cm), y solo un 1.6% fue con talla mayor a 52.9cm.

La tabla también nos muestra el perímetro cefálico de los recién nacidos en las diferentes posiciones, en la posición vertical, el 77.2% de los recién nacidos tenía perímetro cefálico normal, un 19.5% con el perímetro cefálico menor a 33 centímetros, y un 3.3% con más de 36 centímetros, similares porcentajes se puede apreciar en la posición horizontal, 70.3% con perímetros cefálicos de 33cm – 36cm, 26.6% con perímetro cefálico menor a 33cm y un 3.1% con perímetro cefálico mayor a 36cm.

En cuanto a la edad gestacional de los recién nacidos tanto por la posición vertical como horizontal, hubo un promedio de 96.8% de recién nacidos que tenían una edad gestacional de 37 a 41 semanas.

GRÁFICO N°1

POSICIÓN ADOPTADA POR LA MADRE DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010



Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico, se observa que del total de la población de estudio, el 59% de las usuarias tuvieron su parto en posición vertical y el 41% en posición horizontal, la mayoría de las madres que optaron la posición vertical manifiestan que fue por referencia de otras madres o por ventajas que esta posición brinda los cuales fueron informadas durante las sesiones de psicoprofilaxis; en cuanto a la posición horizontal la mayoría de las madres refiere que dieron su parto en ésta posición por obligación (no les dieron la oportunidad de elegir la posición).

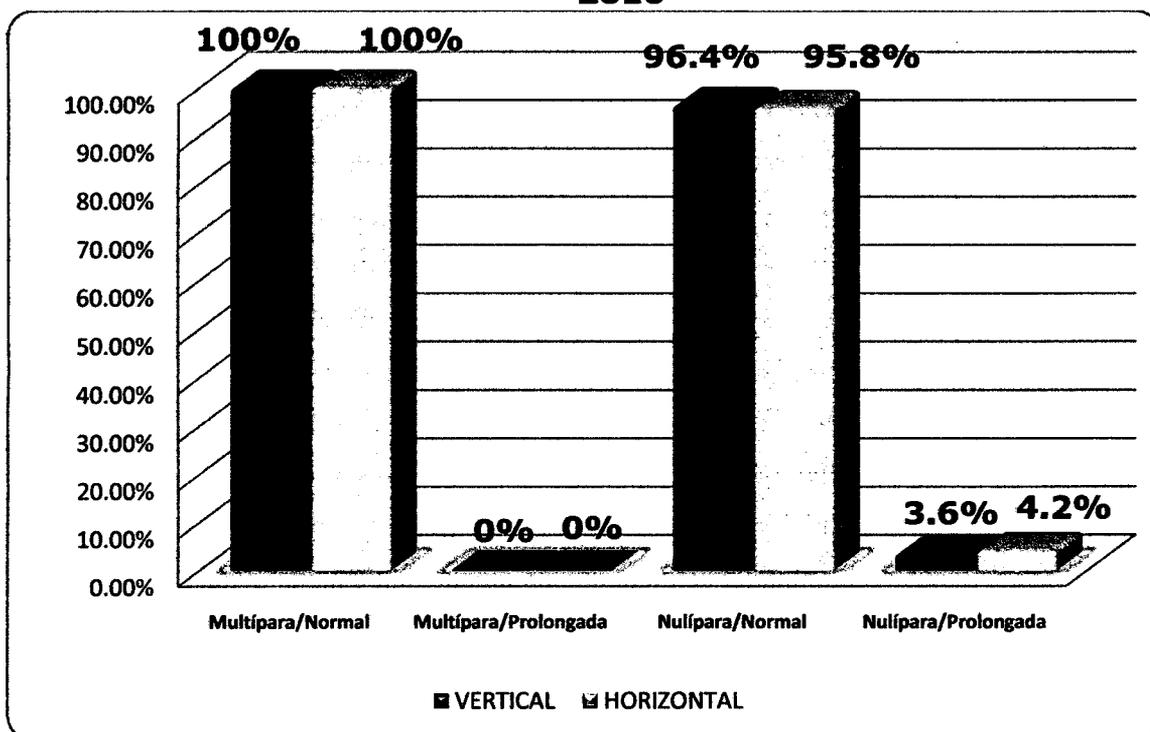
Según la coordinadora nacional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Lucy del Carpio; “El parto vertical, que antes se atendía muy poco, se ha incrementado en el país, sobre todo en departamentos como Ayacucho, Cusco y Huánuco, entre otros. Si antes se atendían mil partos de tipo vertical, en los últimos años se incrementó llegando a 20 mil partos de este tipo”.

Se observa que hay un alto porcentaje de madres del estudio que prefirieron el parto en posición vertical antes que la posición horizontal, ya que el centro de salud de Belempampa oferta entre sus servicios la atención de parto con adecuación intercultural, explicando las ventajas y desventajas de las diferentes posiciones, dando a la madre la posibilidad o elegir la posición que más le convenga.

**BENEFICIOS DE LA MADRE EN RELACION A LA POSICIÓN
ADOPTADA POR LA MADRE DURANTE EL PARTO.**

GRÁFICO N° 2

**1. DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO DURANTE EL PARTO EN
EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE
2010**



Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El presente gráfico muestra que del total de mujeres nulíparas que dieron su parto en posición vertical; 96.4% fue con una duración de periodo expulsivo dentro de los parámetros normales, y sólo 3.6% tuvieron un parto con un periodo expulsivo prolongado. El 100% de las mujeres múltiparas tuvieron un parto con periodo expulsivo dentro de los parámetros normales.

Se observa también que el total de madres nulíparas atendidas en posición horizontal tuvieron una duración del periodo expulsivo normal, del total de madres Multíparas atendidas en posición horizontal el 95.8% tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y un 4.2% tuvo un parto prolongado.

Según PEREZ SANCHEZ Alfredo, el periodo expulsivo normal tiene una duración estimada de 15 a 20 minutos para las multíparas y 30 a 45 minutos para las nulíparas.

Según la Norma "Técnica para la Atención del Parto Vertical Con Adecuación Intercultural" si el periodo expulsivo se prolonga se producen cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal.

Según Schwarch, 1987, para una población de parturientas de bajo riesgo, el segundo periodo de parto en posición semi sentada tiene una duración mediana (P50) de 15 minutos. Para otros la media duración del segundo periodo del parto sería mayor.

Díaz AG, Schwarcz y colaboradores: refieren que una de las ventajas de la posición vertical es la duración del trabajo de parto, el cual disminuye tanto en el periodo de dilatación como la del expulsivo.

Bomfim Hyppolito S. en su estudio, "La influencia de la posición de la madre en el parto sobre beneficios maternal y neonatal" concluyen en las ventajas posibles sobre la posición horizontal versus la posición vertical, durante la segunda etapa de labor, fue que había una importante disminución de 3.4 minutos en la duración del segundo período de la posición vertical en comparación con la posición horizontal.

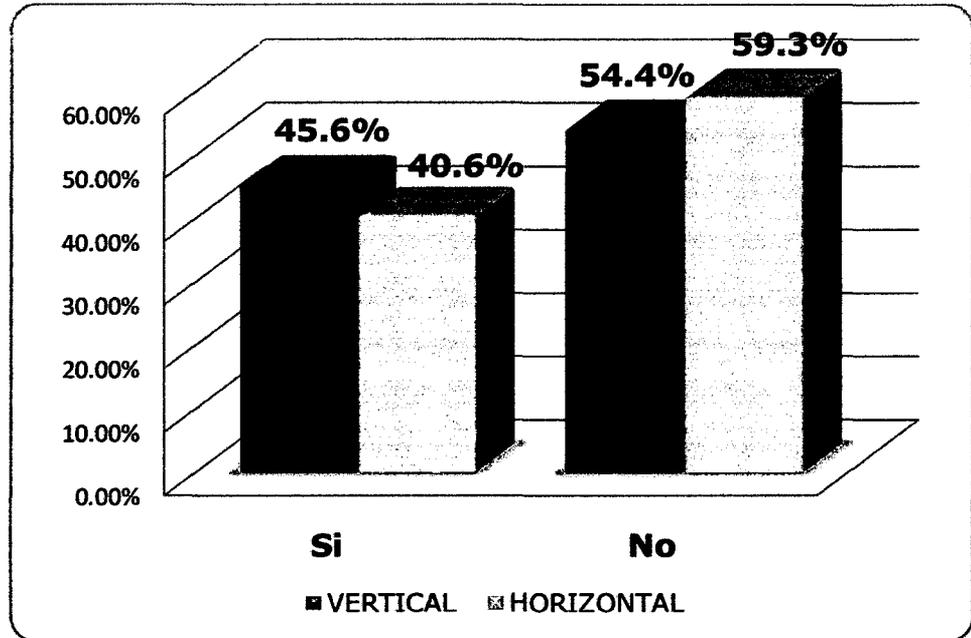
En contraste con las revisiones, la mayor parte de las madres del estudio tuvo una duración del periodo expulsivo normal, tanto nulíparas como multíparas, observándose un beneficio para las madres ya que al tener un periodo expulsivo normal, disminuye los riesgos de complicaciones en el periodo expulsivo.

En la población de estudio se observa que la mayoría de primíparas tuvieron una duración del periodo expulsivo normal, a diferencia de una minoría de la población multípara que sí presentó una duración del periodo expulsivo prolongado, las cuales estuvieron en riesgo de presentar complicaciones tanto para el recién nacido como para ellas mismas.

Según la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson, no existe relación significativa entre la duración del periodo expulsivo y la posición que adopta la madre en el periodo expulsivo.

GRÁFICO N° 3

2. CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERINEAL DE LA MADRE EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010



Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El presente gráfico, nos muestra la diferencia en la conservación de la integridad perineal tanto en posición vertical como en horizontal, dentro de la no conservación de la integridad perineal se considera la presencia de desgarros y episiotomías.

Es así que del total de madres que dieron su parto en posición vertical; la mayoría (54.4%) no conservaron la integridad del periné y un 45.6 % no presentaron desgarros ni episiotomías.

Del total de partos atendidos en posición horizontal solo el 40.6% conservaron la integridad perineal y un 59.3% tuvieron alteración de la integridad del periné.

Según la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural México, "La posición tradicional de atención del parto (parto vertical), en los servicios de salud" refiere que el periodo expulsivo en posición vertical que es de terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros.

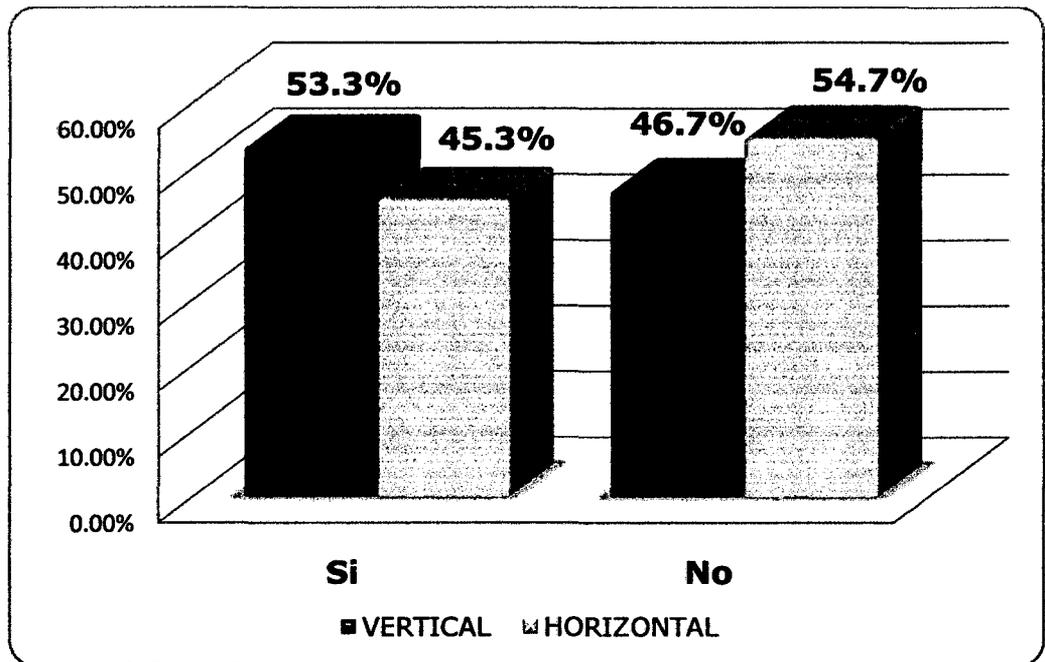
Bomfim - Hyppolito S. concluyen en su estudio que la incidencia del trauma perineal era 44.1% para la posición vertical y 47% para la posición horizontal en el grupo de primíparas o con periné integro, mientras que fue de 47.8% y 71.2% en el grupo con historia de episiotomía.

Es importante observar que las madres que adoptaron la postura vertical para ser atendidas durante el parto tuvieron menos incidencia de episiotomía, siendo esto un beneficio notable, aunque un número presentó desgarro de I y II grados, también existió un considerable porcentaje que conservó la integridad perineal.

Al observar las diferencias entre la posición vertical y horizontal en relación a la conservación de la integridad perineal, según la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson no existe relación significativa a pesar de que hubo un porcentaje mayor de conservación de la integridad perineal en la posición vertical.

GRÁFICO N° 4

2.1. PRESENCIA DE DESGARRO PERINEAL EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010



Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico se observa que el 53.3% de las madres que dieron su parto en posición vertical presentaron desgarro, y 46.7% no presentaron desgarro de ningún grado. También se muestra que un 45.3% de las madres con parto en posición horizontal presentaron desgarro y un 54.7% conservaron su periné íntegro.

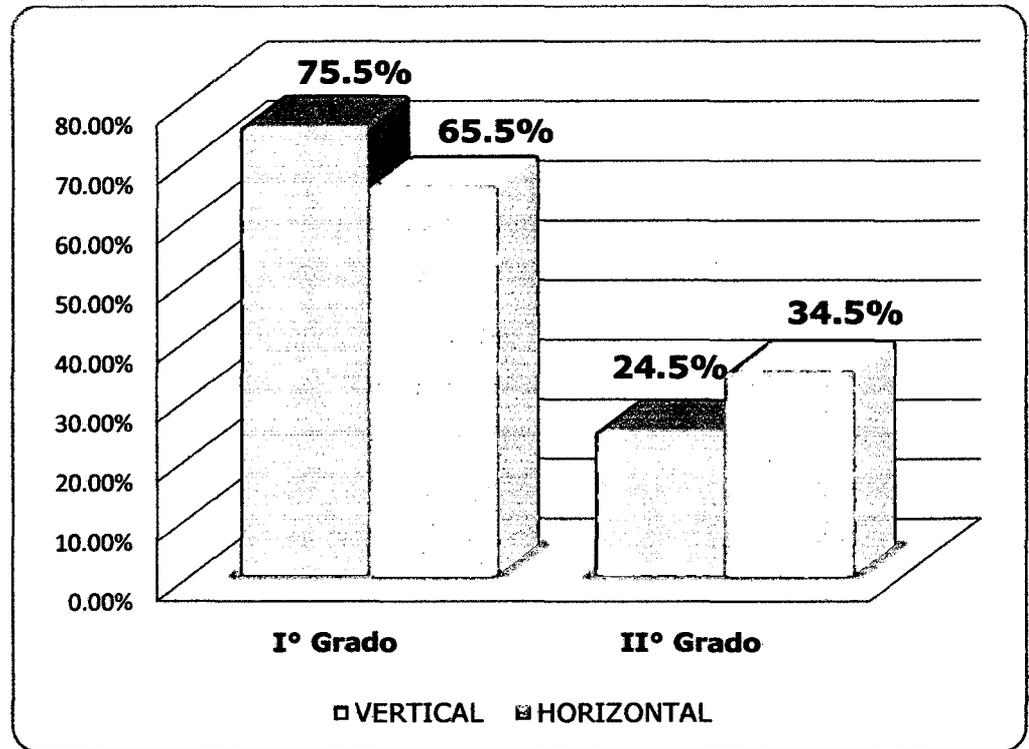
Cabe resalta que entre el porcentaje de madres que no presentaron desgarro perineal se encuentra también las madres a quienes se practicaron episiotomías.

Gardosi J; Hutson N; Se realizó, un ensayo controlado en 427 mujeres primíparas, en el cual se encontró que había menos desgarros perineales, pero existían mayor tasa de desgarros labiales y leves en los partos de cuclillas o posición vertical.

Según el gráfico mostrado, se concluye que, existieron mayores desgarros en posición vertical, que en posición horizontal, esto posiblemente a causa de que el personal de salud no tiene gran posibilidad de realizar una adecuada protección del periné en posición vertical, caso contrario ocurre en posición horizontal, donde es más fácil para el personal realizar la protección del periné.

GRÁFICO N° 5

2.1.1. TIPO DE DESGARRO PERINEAL EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010



Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Del total de desgarros perineales en las madres atendidas en posición vertical el 75.5% fue de I°, el 24.5% de desgarros fue de II° y ninguno presentó de III° y IV° grado.

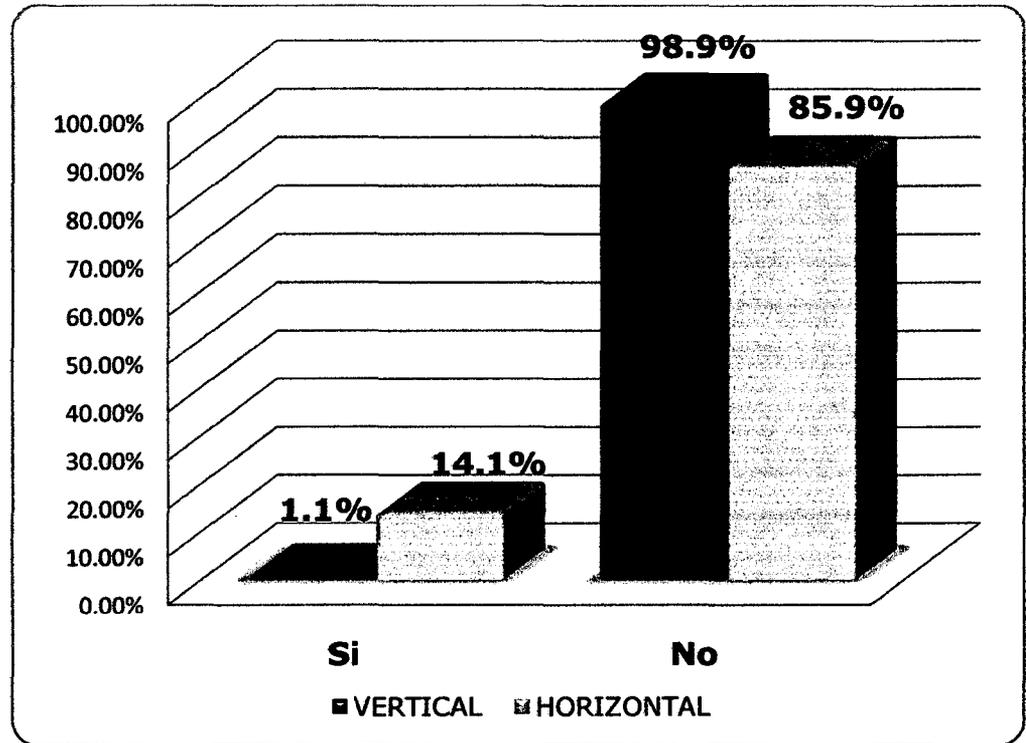
Del total de partos en posición horizontal se observa que un 65.5% fueron desgarro de I° grado, un 34.5% fueron desgarros de II° grado, notándose que no hubieron desgarros de III° y IV° grado.

El desgarro de Iº fue el más común en la atención del parto en posición vertical, la presencia de desgarro de segundo grado a diferencia de la posición vertical hubo un incremento de 10% en posición horizontal, siendo un desventaja para esta posición

ABRIL GONZALES Francis y colaboradores, en "Factores de Riesgo para Desgarros Perineales" dicen: El trauma perineal o lesión del tracto genital ocurre en más del 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontaneo o secundario a la episiotomía. Asimismo se estima que más del 85% de las pacientes con parto vaginal sufrirán algún tipo de trauma perineal.

GRÁFICO N° 6

2.2. PRESENCIA DE EPISIOTOMÍA EN LA MADRE EN RELACIÓN A LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010



Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En este gráfico se aprecia, la presencia de episiotomías durante el parto ya sea en posición vertical u horizontal, donde del total de madres que dieron su parto en posición vertical solo un 1.1% tuvieron episiotomías a diferencia de las madres que dieron en posición horizontal donde un 14.1% se les practicó la episiotomía.

Sleep 1983, Harrison, 1984; House, 1986: OMS 1996 refiere que la episiotomía no debe practicarse como una rutina, en los partos de término

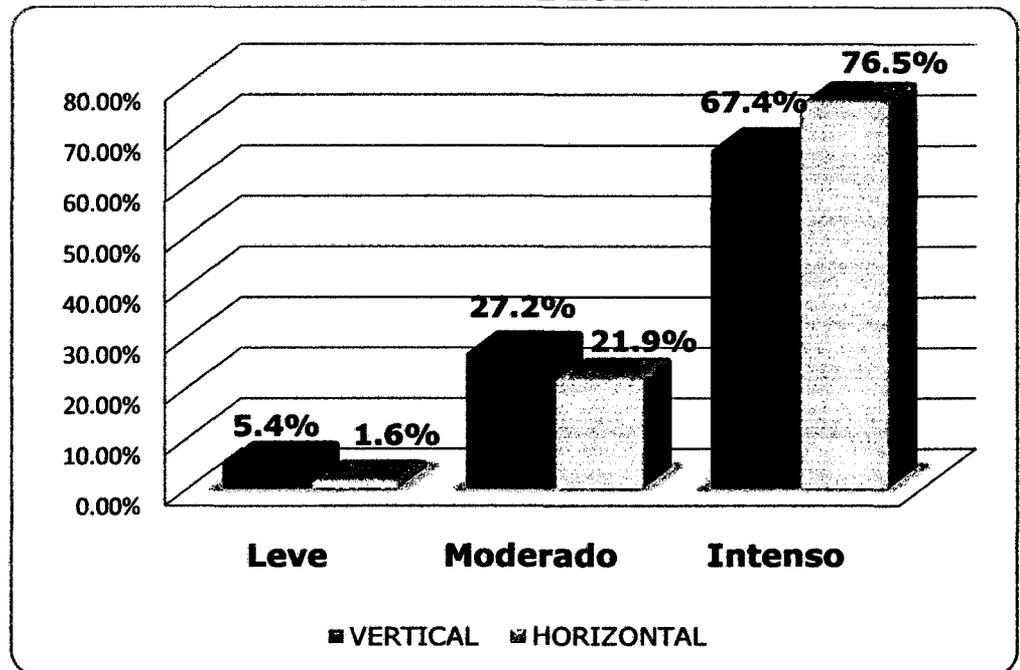
su frecuencia en las nulíparas no debe superar el 40% y en las múltiparas el 15%.

La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros.

De la población que adoptó la posición horizontal durante el periodo expulsivo, se puede observar que existe una mayor práctica de episiotomías en dicha posición.

GRÁFICO N° 7

3. GRADO DE SENSACIÓN DEL DOLOR DE LA MADRE DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010



Fuente: Entrevista aplicada.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 67.4% de las mujeres que dieron su parto en posición vertical manifestaron que el dolor fue en una escala de 7- 10 siendo insoportable, 26.6% sintieron un dolor moderado y solo un 5.3% tuvieron dolor leve.

Del total de las madres atendidas en posición horizontal, el 76.5% calificó la sensación del dolor durante el periodo expulsivo como insoportable, un 21.9% lo calificó como moderado y un 1.6% calificó la sensación del dolor como leve.

Según los autores; Schwarcz R. Fescina R. C. Duverges, La libertad de movimientos y de elegir la posición más cómoda (sentada, de pie, etc)

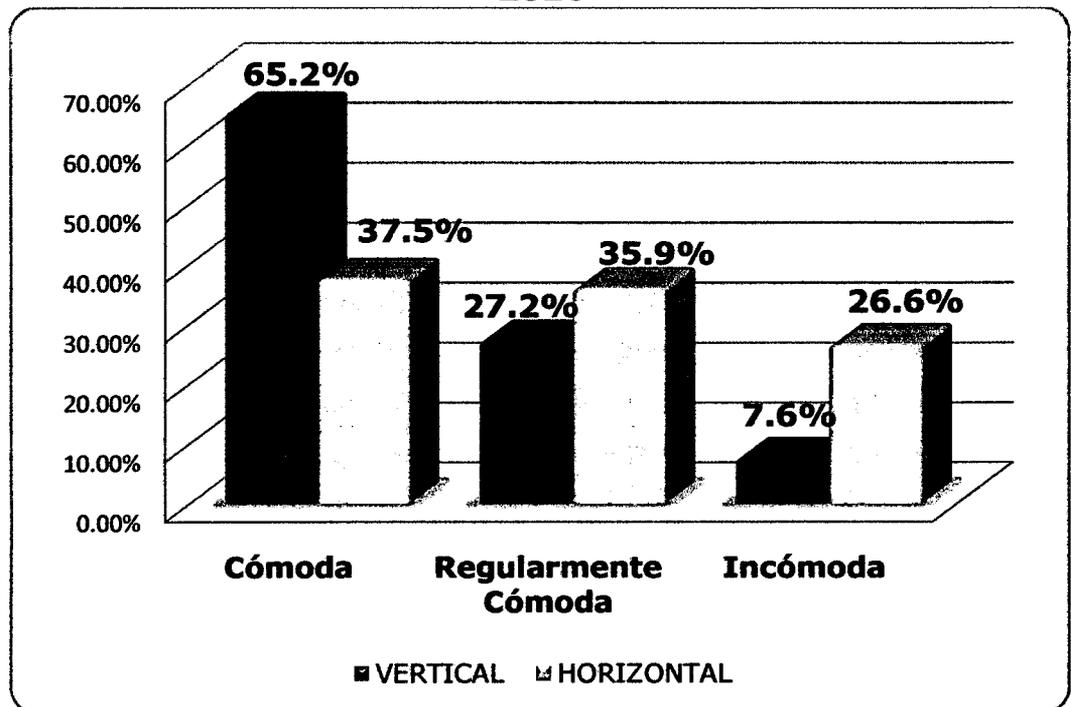
cambiándola a voluntad, también contribuye a mitigar el dolor y otras molestias durante el parto.

PEREZ SANCHEZ Alfredo, refiere en el periodo de dilatación el dolor se origina por la contracción de la musculatura del útero y dilatación del cérvix, en el periodo expulsivo se agregan a estos factores la distensión de los músculos y aponeurosis del piso perineal y de los tejidos vulvares.

La mayoría de las madres del estudio, atendidas en posición vertical calificó el dolor como insoportable, el dolor no era comparable con otros, a pesar de la posición que tomaban, no se encontró que la posición vertical tuviera gran relevancia en el grado de sensación de dolor de la madre durante el parto. Notándose que el Chi Cuadrado de Pearson no muestra relación alguna entre la posición ya sea vertical u horizontal y el grado de sensación del dolor, las madres calificarán el dolor como insoportable manténganse en la posición que deseen.

GRÁFICO N° 8

4. GRADO DE COMODIDAD DE LA MADRE DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010



Fuente: Entrevista aplicada.

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

El presente gráfico muestra que el 65.2% de las mujeres que dieron su parto en posición vertical refirieron sentirse cómodas con la posición adoptada 27.2% regularmente cómodas y sólo un 7.6% incómodas.

Del total de madres atendidas en posición horizontal, el 37.5% manifestó que dicha posición era cómoda, de igual manera el 35.9% manifestó que era regularmente cómoda, y solo un 26.6% dijo que fue incómoda.

PEREZ SANCHEZ Alfredo refiere que durante el periodo expulsivo y el alumbramiento la madre debe ser colocada en una mesa obstétrica. La

posición es similar a la posición para el examen ginecológico, decúbito dorsal con los muslos flectados y en abducción, las piernas flectadas sobre los muslos y sostenidas por piñeras. Los pies y las regiones poplíteas deben descansar en sostenes firmes para facilitar el pujo. Las manos deben tener la facilidad de aprehender manillas o palancas que faciliten a la madre el esfuerzo del pujo.

A pesar que la posición ginecológica facilita la atención del parto al profesional de salud, se observa claramente que no es ésta una posición netamente cómoda para la madre, ya que dicha posición deja descubierta zonas íntimas de la madre, dificulta la respiración y también el esfuerzo de pujo, notándose que no brinda comodidad a la madre.

Michele Ediane Gayeski¹; Odaléa Maria Brüggemann en su estudio "Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal" refieren que entre los aspectos positivos de la posición vertical se reflejan la necesidad de las mujeres de participar más activamente del parto, la percepción de que es una posición más cómoda y que facilita la expulsión del feto. En contraste, la posición horizontal dificulta esos aspectos, generando la percepción negativa sobre la misma, una vez que dificulta el movimiento, aumenta el sufrimiento, el cansancio, la duración del período expulsivo y las intervenciones obstétricas.

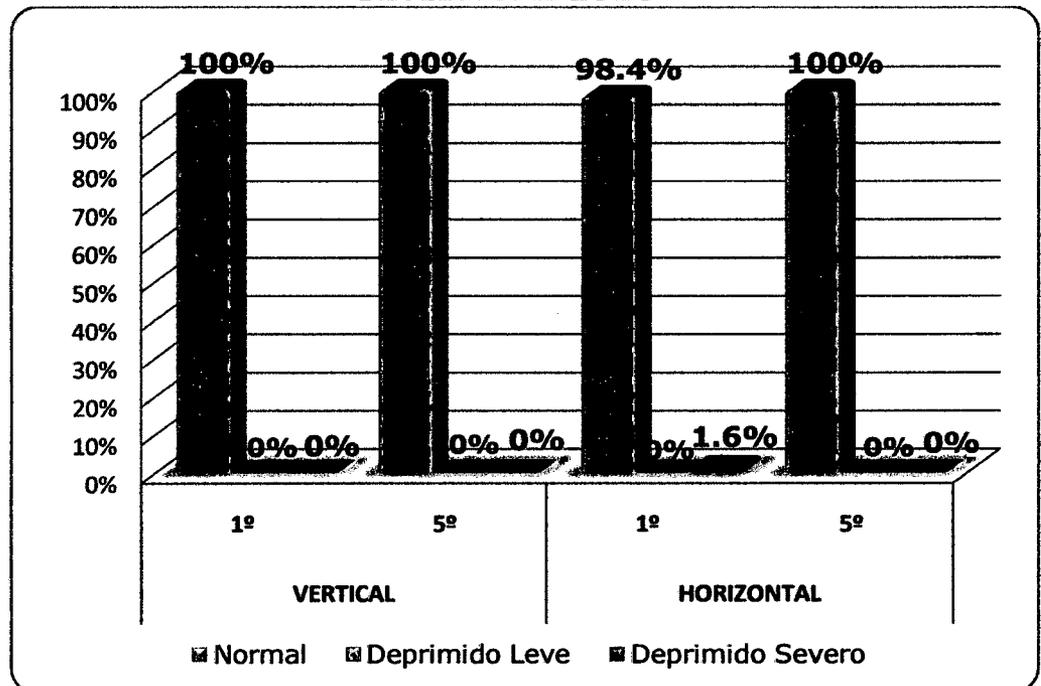
Rescatando del grupo de estudio, el grado de sensación de comodidad en la posición vertical fue siempre favorable, refiriendo que la posición vertical es cómoda tanto para primíparas como para multíparas, dicha posición facilita el esfuerzo de pujo para las madres y también lo disminuye, facilita la respiración de la madre, y facilita la expulsión del recién nacido. Estadísticamente hablando y aplicando el Chi Cuadrado de

Pearson, ($p < 0.001$) se observa una relación entre la posición vertical durante el parto y la comodidad que ésta posición proporciona a las madres.

**BENEFICIOS DEL RECIÉN NACIDO EN RELACION A LA POSICIÓN
ADOPTADA POR LA MADRE DURANTE EL PARTO.**

GRÁFICO N° 09

**1. PUNTAJE DE APGAR DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO
EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO –
SEPTIEMBRE 2010**



Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El presente gráfico muestra que del total de recién nacidos atendidos de madres que dieron su parto en posición vertical, obtuvieron un puntaje de Apgar normal (7 a 10 punto) el 100% al primer minuto, siendo el mismo resultado la evaluación al quinto minuto.

Los recién nacido en posición horizontal obtuvieron un puntaje normal un 98.4% al primer minuto, y 100% de Apgar normal al quinto minuto.

Un mínimo porcentaje de los recién nacidos de parto en posición horizontal, tuvieron una depresión severa en el primer minuto, ocasionado por un parto prolongado y consiguientemente produciendo el sufrimiento fetal el cual arroja el puntaje de Apgar de 0 a 3 en el Score.

SCHWARCZ Ricardo y colaboradores refieren que el Score de Apgar evalúa clínicamente la asfixia neonatal. Los recién nacidos vigorosos reciben puntaje de 7-10 desde el primer minuto. La asfixia severa se califica 0-3 puntos y 4-6 asfixia moderada.

Según PEREZ SANCHEZ Alfredo y DONOSO SIÑA Enrique el Test de Apgar debe hacerse al minuto y a los 5 minutos de vida. El puntaje de Apgar tiene importancia sobre la vitalidad del recién nacido y sirve de guía para la reanimación. El puntaje de Apgar entre los 7 y 10 es normal, entre los 4 a 6 corresponde a depresión cardio-respiratoria moderada y de 0 a 3 una depresión cardio-respiratoria severa.

Según la Norma Técnica de atención del parto con adecuación intercultural: La posición horizontal, que generalmente se le exige a las parturientas, ya sea durante el trabajo de parto o durante el expulsivo, traen como consecuencia una compresión de los grandes vasos abdominales por el útero y su contenido y como resultado una disminución del retorno venoso, disminución del gasto cardiaco, hipotensión e hipoperfusión general. Esto repercute a nivel placentario, con el riesgo de hipoxia y deterioro fetal. Se observo en el estudio casos excepcionales de Ápgar patológico, pero se halló estos en el grupo de las mujeres con parto horizontal, aunque la diferencia según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson no fue significativa.

TABLA N° 03

DIFERENCIAS ENTRE LOS BENEFICIOS EN LA MADRE Y RECIEN NACIDO DURANTE EL PARTO EN LA POSICIÓN VERTICAL DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010

BENEFICIOS			POSICIÓN VERTICAL	POSICIÓN HORIZONTAL
En la madre	Duración del periodo expulsivo	Nulípara Normal	96.4%	95.8%
		Múltipara Normal	100.0%	100.0%
	Conservación de la integridad perineal	Integridad perineal	45.6%	40.6%
	Grado de sensación de dolor	Leve	5.4%	1.6%
	Grado de comodidad	Cómoda	65.2%	37.5%
En el recién nacido				

Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el siguiente cuadro se observa las diferencias entre los beneficios en ambas posiciones, así se observa que en la duración del periodo expulsivo normal en nulíparas fue 96.4% en posición vertical y 95.8% en posición horizontal. En cuanto a la conservación perineal el 45.6% fue en posición vertical seguido de 40.6% en posición horizontal, notándose el beneficio en posición vertical, en relación al grado de sensación del dolor, lo calificaron como leve el 5.4% de madres atendidas en posición vertical y el 1.6% en posición horizontal, el grado de comodidad calificado cómodo

en posición vertical fue de 65.2% y en posición horizontal fue de 37.5%. En tanto el beneficio para el recién nacido se observa que el 100% de recién nacidos tuvieron un puntaje de Apgar normal y en posición horizontal fue de 98.4%.

Entre la posición vertical y horizontal que adopta la mujer durante el parto, no existen diferencias significativas, según la relación estadística de Chi Cuadrado de Pearson, en los beneficios que se generan en la madre y recién nacido; a excepción de la comodidad de la madre durante el parto, pero existen diferencias porcentuales tal como muestra la tabla, se observa que el parto en posición vertical muestra siempre mayor porcentaje en cuanto a beneficios.

TABLA N° 04

PARIDAD Y PESO SEGÚN EDAD GESTACIÓN DEL RECIEN NACIDO EN RELACIÓN A LA CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERINEAL EN LA POSICIÓN VERTICAL DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010

PARIDAD	CLASIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO SEGÚN PESO Y EDAD GESTACIONAL	CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERINEAL				TOTAL	
		SI		NO			
		N°	%	N°	%	N°	%
PRIMIPARA	PEG	3	6.4%	3	6.4%	6	12.8%
	AEG	11	23.4%	30	63.8%	41	87.2%
	GEG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	TOTAL	14	29.8%	33	70.2%	47	100.0%
MULTIPARA	PEG	4	10.0%	3	7.5%	7	17.5%
	AEG	19	47.5%	14	35.0%	33	82.5%
	GEG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	TOTAL	23	57.5%	17	42.5%	40	100.0%
GRAN MULTIPARA	PEG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	AEG	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%
	GEG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	TOTAL	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%
TOTAL		42	45.6%	50	54.4%	92	100.0%

LEYENDA	
PEG	Pequeño para la Edad Gestacional.
AEG	Adecuado para la Edad Gestacional.
GEG	Grande para la Edad Gestacional.

Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla se observa que la mayoría (54.4%) de madres no conservaron la integridad perineal, del total de madres primíparas el 70.2% no conservo la integridad perineal y de estas, un 63.8% de recién nacido era adecuado para la edad gestacional.

También se observa que del 100% de madres multíparas el 57.5% conservo la integridad perineal, siendo el 47.5% recién nacidos con adecuados para la edad gestacional.

Por último, se puede apreciar que del total de madres gran multíparas ninguna presento alteración en la integridad perineal.

En la posición vertical, se considera que existe una diferencia de la paridad de la mujer en relación a la conservación de la integridad perineal, tal como muestra la tabla, donde el mayor porcentaje de primíparas no conservaron la integridad perineal a diferencia de las mujeres multíparas que más de la mitad si conservaron la integridad perineal. Del total de madres gran multíparas todas conservaron la integridad perineal, siendo un factor principal la paridad en la influencia de alteración de la integridad perineal.

También se observa que del total de recién nacido que fueron adecuados para la edad gestacional, la gran mayoría en las mujeres primíparas influyeron en la alteración de la integridad perineal.

TABLA N° 05

PARIDAD Y PESO SEGÚN EDAD GESTACIÓN DEL RECIEN NACIDO EN RELACIÓN A LA CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERINEAL EN LA POSICIÓN HORIZONTAL DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA AGOSTO – SETIEMBRE 2010

PARIDAD	CLASIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO SEGÚN PESO Y EDAD GESTACIONAL	CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERINEAL				TOTAL	
		SI		NO		N°	%
		N°	%	N°	%		
PRIMIPARA	PEG	5	14.3%	1	2.8%	6	17.1%
	AEG	10	28.6%	19	54.3%	29	82.9%
	GEG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	TOTAL	15	42.9%	20	57.1%	35	100.0%
MULTIPARA	PEG	2	7.4%	1	3.7%	3	11.1%
	AEG	6	22.2%	17	63.0%	23	85.2%
	GEG	1	3.7%	0	0.0%	1	3.7%
	TOTAL	9	33.3%	18	66.7%	27	100.0%
GRAN MULTIPARA	PEG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	AEG	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%
	GEG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	TOTAL	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%
TOTAL		26	40.6%	38	59.4%	64	100.0%

LEYENDA	
PEG	Pequeño para la Edad Gestacional.
AEG	Adecuado para la Edad Gestacional.
GEG	Grande para la Edad Gestacional.

Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla se observa que el 59.4% de madres no conservaron la integridad perineal de los cuales el 57.1% de primíparas no conservaron la integridad perineal y de éstas un 54.3% de recién nacido era adecuado para la edad gestacional.

Del total de madres múltiparas, el 66.7% no conservaron la integridad perineal, existiendo sólo un 33.3% que sí conservaron la integridad perineal, observándose que influye también el tamaño del recién nacido, así se observa que en las madres con recién nacidos pequeños para la edad gestacional si existe conservación de la integridad perineal a diferencia de recién nacidos adecuados para la edad gestacional un 63% si presentaron alteración en la integridad perineal.

Por último, del total de madres gran múltiparas el 100% conservó la integridad perineal.

Mayerhofer K, y colaboradores; Riquelme R, y colaboradores, refieren que en el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural.

Observando la tabla N° 04 y 05 se concluye que la multiparidad en las madres que dieron su parto en posición vertical influye positivamente en la conservación de la integridad perineal, así se puede apreciar que la gran mayoría de mujeres múltiparas conservaron la integridad perineal ya sea con recién nacido pequeños para la edad gestacional, adecuados para la edad gestacional y grande para la edad gestacional. En posición horizontal, la paridad no fue un factor influyente en la conservación de la integridad perineal.

Cabe resaltar que en ambas posiciones la primiparidad influye en la no conservación de la integridad perineal, existiendo aun la prevalencia de episiotomías.

CONCLUSIONES

1. Entre las características generales de las madres que optaron su parto ya sea en posición vertical y horizontal se encontró que la mayoría tenía entre las edades de 19 a 35 años, procedían de zona urbana, se encontraba en estado civil de convivencia, y eran amas de casa por lo que se concluye que existía un menor riesgo según la edad de las madres de estudio. En cuanto a la paridad de las madres, se aprecia que en ambas posiciones vertical y horizontal hay mayor porcentaje de madres primíparas, 51.1% y 54.7% respectivamente, y un mínimo porcentaje en ambas posiciones de madres gran multíparas. Entre las características generales de los recién nacidos en mayor porcentaje fueron de sexo femenino. Las gran mayoría de recién nacidos se encontraba con un peso adecuado, El 58.3% promedio de ambas posiciones de los recién nacidos tenía talla baja, En cuanto a la edad gestacional aproximadamente el 96.8% de los recién nacidos se encontraba en la edad gestacional a término.
2. Los beneficios encontrados tanto en posición vertical como en horizontal fueron, que el total de madres multíparas tuvieron una duración del periodo expulsivo normal, el 3.6% de nulíparas presentó una duración del periodo expulsivo prolongado en posición horizontal. En relación a la conservación de la integridad perineal la mayoría de las mujeres no conservaron la integridad perineal en ambas posiciones. En cuanto al grado de sensación de dolor el 67.4% de madres que adoptaron la posición vertical calificaron como insoportable a diferencia de la posición horizontal que fue de 76.5%. La mayoría de las madres califico el parto en posición vertical cómoda, siendo un 65.2%, mientras que sólo un 35% de madres calificaron cómoda la posición horizontal.

3. En cuanto al beneficio del recién nacido, se pudo observar que el puntaje de Apgar de los niños nacidos de parto en posición vertical fue siempre normal, en comparación al parto en posición horizontal en el que se observó un porcentaje de 1.6% de niños con depresión severa para el Score de Apgar.
4. La multiparidad en relación a la conservación de la integridad perineal influye positivamente en las madres que adoptaron la posición vertical durante el parto, no siendo influyente este factor en la posición horizontal.
5. Entre la posición vertical y horizontal que adopta la mujer durante el parto, no existen diferencias significativas, según la relación estadística de Chi Cuadrado de Pearson, en los beneficios que se generan en la madre y recién nacido; a excepción en la comodidad de la madre durante el parto.

SUGERENCIAS

1. Al Ministerio de Salud, sugerimos que dentro de la estrategia de salud sexual y reproductiva, incida en la difusión de la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, así como la difusión del parto en posición horizontal, y de la posibilidad de las madres de elegir el parto que deseen y que más les convenga. Además sugerimos la propuesta de la institucionalización del parto en posición vertical en hospitales y centros obstétricos, tal como se viene realizando en el Centro de Salud de Belepampa.
2. A las Universidades, recomendamos incluir en su estructura académica y práctica la atención del parto en posición Vertical, ya que en la actualidad, se observa que dentro de las carreras de salud, no se incluye ni teórica ni práctica la atención del parto con adecuación intercultural. Realizar más investigaciones acerca del parto vertical con adecuación intercultural.
3. Al Centro de Salud de Belepampa, felicitarlo por la labor que viene realizando, y sugerir que continúen integrando la atención del parto en posición vertical como horizontal, y continúen dando la facilidad a las madres de poder elegir la posición que ellas deseen y vean por conveniente. Así como sugerimos que difundan con mayor énfasis la labor que realizan de integrar la atención del parto vertical y horizontal en la zona urbana.
4. A las madres, recomendarles que se informen más acerca de las opciones de posición durante el parto, ventajas y desventajas que brinda cada una de ellas y así puedan elegir con libertad.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Botero J. Obstetricia - Ginecología, II edición, Editorial Mediterráneo Buenos Aires, 1998.
2. Botero Jaime U. Jubiz Alfonso H. Henaco G. Obstetricia y Ginecología. 4ª edición. Colombia - 1990.
3. Carrera José M. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 3ra. Edición. 1986. Masson. Cap. B, pág. 44-113. Cap. E, pág. 413-431.
4. CUNNINGHAM, Mac Donald, Gant, Levena, gilstrap, Hankins Clark; "Williams Obstetricia, 20ª edición, 1998, Editorial medica Panamericana, Buenos Aires - Argentina.
5. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural DGPLADES. Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes. México. Febrero 2008.
6. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural DGPLADES. Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes. México. Febrero 2008.
7. Dirección Regional de Salud. Análisis Situacional de Salud - 2008. 1ª edición. Impreso en Perú. 2008.
8. DIRESA Cusco. Análisis de Situación de la Mortalidad Maternal y Perinatal, Región Cusco, 2007. 1ª edición. Cusco. Impreso y hecho en Perú.
9. DIRESA: "Guía de atención del parto vertical con adecuación cultural" cusco, 2004 Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural.

10. Gálvez E. Fundamentos y técnicas de monitorización fetal. Editorial Científico Médico segunda edición ,1990.
11. Gardosi J; Hutson N; B-LYNCH C. Una experimentación de acudillar nacimiento. Departamento de Obstetricia y Gynaecology, Milton Keynes de General. El hospital, Buckinghamshire.
12. Gomella C. Neonatología. Tercera edición .Editorial Panamericana. México D.F 1997.
13. Klaus F. Recién nacido de alto riesgo, segunda edición, Editorial Médica- Panamericana ,1995.
14. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. N.T.Nº033- MINSA/DGSP-V.01)/Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima; Ministerio de Salud, 2005.
15. OMS (Organización Mundial de la Salud). Asistencia del parto normal: guía práctica Ginebra; 1996
16. Sabatini, H. Parto fisiológico.: la posición vertical es la fisiológica para el parto. Universidad de Campina Sao Paulo Brasil; 1992.
17. Schwarcz R. Fescina R. Duverges C. OBSTETRICIA.6ª edición. Buenos Aires. El Ateneo, 2005. Pag. 482 – 485.
18. Schwarcz R. Fescina R. Duverges C. OBSTETRICIA.6ª edición. Buenos Aires. El Ateneo, 2005. Pag. 474
19. Schwarcz Ricardo Leopoldo. El parto normal. Obstetricia. Quinta edición. 1995. librería-editorial El Ateneo. Cap. 11. pág. 368-394.
20. Uranga Imaz F. Obstetricia Práctica. 4ta. Edición. Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1977; cap. 18:515-525.

11. WEBGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Semana de la Maternidad Saludable y Segura. Mortalidad Materna.
<http://www.minsa.gob.pe/portal/especiales/2008/maternidad/principal.htm>. fecha de acceso:13-02-2010.
2. www.Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Vertical-position births at a University Hospital a time-series: fecha de acceso: 15-02-2010.
3. Pag web <http://www.saludreproductiva.com>. fecha de acceso:10/03/2010.
4. Flores G. Monitorización fetal anteparto http://members.tripod.com/mx/g_flores_monitorización_fetal_Hospital_Puerto_Montt_Santiago_de_Chile.html. 2001.

2. Posición de la madre durante el periodo expulsivo

- a) Horizontal.
- b) Vertical.

b.1 Variedad de posición vertical

- a) Posición de cuclillas: variedad anterior
- b) Posición de cuclillas: variedad posterior.
- c) Posición de rodillas.
- d) Posición sentada.
- e) Posición semisentada.
- f) Posición cogida de la sogá.
- g) Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo)

3. Posición adoptada durante el parto anterior:

- a) Posición horizontal.
- b) Posición vertical.

4.- ¿Por qué adopto dicha posición en esta ocasión?

- a) Por comodidad.
- b) Por obligación.
- c) Por costumbre.
- d) Otros

5.- Según la siguiente escala del dolor según la OMS (EVA) ¿Cual fue el GRADO de sensación de dolor durante su parto?:

- a) Leve (1 - 4) _____
- b) Moderada (5 - 7) _____
- c) Insoportable (8 - 10) _____

DESCRIBA _____

6.- Según la siguiente escala de comodidad ¿como se sintió durante su parto respecto a la posición que adopto en el periodo expulsivo?:

- a) Cómoda (11 - 15) _____
- b) Regularmente cómoda (6 - 10) _____
- c) Incómoda (1 - 5) _____

DESCRIBA _____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE ENFERMERIA

"EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL, SUS BENEFICIOS EN LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA CUSCO AGOSTO - SETIEMBRE 2010"

GUIA DE OBSERVACION.

INSTRUCCIONES:

- La presente guía de observación tiene como finalidad recolectar información válida y veraz sobre la posición vertical durante el parto y sus beneficios para la madre y recién nacido.
- Registrar los datos con una sola respuesta al ítem.

1.- Antecedentes Obstétricos.

1.1. Paridad

- a) Primípara.
- b) Multípara. _____
- c) Gran multípara. _____

2. Duración del periodo expulsivo:

- a) < de 1 horas nulípara (normal). _____
- b) > de 1 horas nulíparas (expulsivo prolongado). _____
- c) < de 30 minutos multípara (normal). _____
- d) > de 30 minutos multípara (expulsivo prolongado). _____

2.2. Conservación de la integridad perineal:

POSICIÓN DEL PARTO	
a)	Desgarro perineal SI <input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II° <input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b)	Episiotomía SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

3. Sangrado durante el periodo de alumbramiento:

- a). Menos de 500 ml. _____
- b). Más de 500 ml. _____

4. Sexo del recién nacido:

- a) Masculino
- b) Femenino

5. Puntaje y valoración de Apgar del recién nacido:

AL 1° MINUTO:

- a) 0 a 3 _____
- b) 4 a 6 _____
- c) 7 a 10 _____

AL 5° MINUTO:

- a) 0 a 3 _____
- b) 4 a 6 _____
- c) 7 a 10 _____

6. Peso del recién nacido:

- a) >4500 gr. _____
- b) 4000 a 4500gr. _____
- c) 2500 a 3999gr. _____
- d) 1500 a 2500 gr. _____
- e) <1500gr. _____

7. Talla del recién nacido:

- a) >52.9 cm _____
- b) 50.0 a 52.9 cm _____
- c) <50.0 cm _____

8. Perímetro cefálico del recién nacido:

- a) > 36.0 cm _____
- b) 33.0 a 36.0 cm _____
- c) < 33.0 cm _____

9. Edad gestacional según el Método de Capurro:

- a) < 37 semanas. _____
- b) 37 a 41 semanas. _____
- c) > 42 semanas. _____

ANEXO N° 02

RESULTADO DEL JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Se realizó mediante juicio de expertos, a quienes se les proporcionó un resumen de los capítulos I, II, III del trabajo de investigación, el instrumento y una hoja de preguntas con su respectiva escala para ser calificado.

PROCEDIMIENTO:

1. Tabla de procesamiento de información de expertos.

ITEMS	EXPERTOS						TOTALES	
	A	B	C	D	E	F	Σ	Y
1	5	4	4	4	3	5	25	4.2
2	4	3	4	3	3	5	22	3.7
3	5	4	4	3	2	5	23	3.8
4	4	3	3	4	2	4	20	3.3
5	5	3	4	3	4	4	23	3.8
6	5	4	4	4	3	4	24	4
7	5	4	5	5	5	5	29	4.8
8	5	4	4	4	3	4	24	4
9	4	3	4	3	3	4	21	3.5

2. Con los promedios hallados se determinó la Distancia de punto Múltiple (Dpp) a través de la siguiente ecuación.

$$Dpp = \sqrt{(x - y_1)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo concedido en la escala para cada ítems (5 en la investigación).

Y = Promedio de cada ítem.

Reemplazando:

$$Dpp = \sqrt{(5 - 4.2)^2 + (5 - 3.7)^2 + (5 - 3.8)^2 + (5 - 3.3)^2 + (5 - 3.8)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 3.5)^2}$$

$$Dpp = 3.52$$

3. Determinación de la distancia máxima (Dmax) de valor obtenido respecto al punto de referencia cero con la siguiente ecuación:

$$D_{max} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + \dots + (x_9 - 1)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala para cada ítem.

Reemplazando:

$$D_{max} = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

$$D_{max} = 12$$

4. La distancia máxima se divide entre el valor máximo de la escala:

$$\frac{12}{5} = 2.4$$

5. Con el valor hallado anteriormente se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor de la Dmax, dividiéndose en intervalos iguales entre si nombrándose con las letras A, B, C, D y E.

Donde:

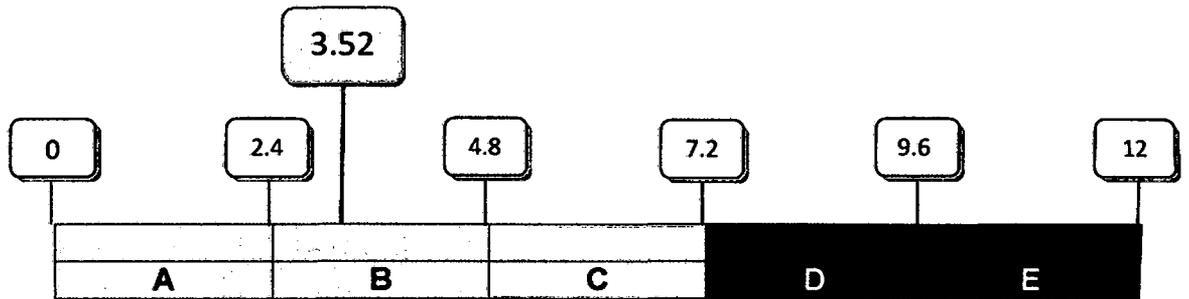
A = Adecuación total.

B = Adecuación en gran medida.

C = Adecuación promedio.

D = Escasa adecuación.

E = Inadecuación.



En la escala valorativa se ubica la distancia del punto múltiple (Dpp), y se emite el juicio de valor de $Dpp = 3.52$, ubicándose en el intervalo B, lo que significó que el instrumento tuvo una adecuación en gran medida, al problema a investigar y por lo tanto se hizo las respectivas modificaciones planteadas por cada experto, para luego ser aplicado.

ANEXO N° 03

RESULTADO DEL ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DE LA GUIA DE OBSERVACION

Se realizó mediante la aplicación de la prueba estadística de Alfa de Cronbach a los ítems del instrumento, aplicado a la prueba piloto, que se realizó a 20 personas en dos oportunidades.

Nº ITEM	ITEM / PREGUNTA	Varianza de cada item
1	PARIDAD	0.342
2	PERIODO INTERGENESICO	0.086
3	DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO	0.978
4	DESGARRO PERINEAL EN POSICION HORIZONTAL	0.252
5	TIPO DE DESGARRO EN POSICION HORIZONTAL	0.234
6	EPISIOTOMIA EN POSICION HORIZONTAL	0.099
7	DESGARRO PERINEAL EN POSICION VERTICAL	0.252
8	TIPO DE DESGARRO EN POSICION VERTICAL	0.189
9	EPISIOTOMIA EN POSICION VERTICAL	0.032
10	SANGRADO DURANTE EL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO	0.000
11	SEXO DEL RECIEN NACIDO	0.248
12	PUNTAJE Y VALORACION DE APGAR EN EL PRIMER MINUTO DEL RECIEN NACIDO	0.032
13	PUNTAJE Y VALORACION DE APGAR EN EL QUINTO MINUTO DEL RECIEN NACIDO	0.000
14	PESO DEL RECIEN NACIDO	0.045
15	TALLA DEL RECIEN NACIDO	0.286
16	PERIMETRO CEFALICO DEL RECIEN NACIDO	0.221
17	EDAD GESTACIONAL SEGUN EL METODO DE CAPURRO	0.032
	SUMATORIA DE LAS VARIANZAS DE CADA ITEM	3.327
	VARIANZA TOTAL	25.641

ALFA DE CROMBACH (GUIA DE OBSERVACION)	0.925
---	--------------

El valor ideal para un instrumento de fiabilidad es que sea mayor a 0.8; según la prueba estadística de Alfa de Cronbach hallamos un valor de: **0,925** para la guía de observación lo que significaría que el instrumento tiene una variabilidad

homogénea en las preguntas, lo cual lleva a que el instrumento es confiable y llegará a conclusiones reales.

RESULTADO DEL ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA

Nº ITEM	ITEM / PREGUNTA	Varianza de cada ítem
1	EDAD DE LA MADRE	0.175
2	PROCEDENCIA	0.152
3	ESTADO CIVIL	0.520
4	NIVEL DE ESCOLARIDAD	1.212
5	OCUPACION DE LA MADRE	0.912
6	POSICION DE LA MADRE DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO	0.244
7	VARIEDAD DE POSICION VERTICAL	0.306
8	POSICION ADOPTADA DURANTE EL PARTO ANTERIOR	0.201
9	GRADO DE SENSACION DE DOLOR DURANTE EL PARTO	0.299
10	MOTIVO DE LA ADOPCION DE LA POSICION	1.012
11	SENSACION DE COMODIDAD DURANTE EL PARTO RESPECTO A LA POSICION ADOPTADA	0.548
12	BENEFICIO BRINDADO POR LA POSICION DURANTE EL PARTO	0.247
	SUMATORIA DE LAS VARIANZAS DE CADA ITEM	5.828
	VARIANZA TOTAL	23.618

ALFA DE CROMBACH (ENCUESTA)	0.822
------------------------------------	--------------

Según la prueba estadística de Alfa de Cronbach hallamos un valor de: **0,82** para la encuesta, lo que significaría que el instrumento tiene una variabilidad homogénea en las preguntas, lo cual lleva a que el instrumento es confiable y llegará a conclusiones reales.

ANEXO N° 03

ESCALA DE DOLOR SEGUN LA OMS (EVA)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LEVE				MODERADA			INSOPORTABLE		

FUENTE: OMS – ESCALA VALORATIVA ANALOGA DEL DOLOR.

ESCALA DE COMODIDAD POR LA POSICIÓN EN EL PARTO

1	2	3	4	5	6	7	8			11	12	13	14	15
INCÓMODA					REGULARMENTE CÓMODA									