

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO VERTICAL EN
INTERNAS DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, 2015**

TESIS PRESENTADO POR:

BACHILLER: JAQUELINE ZULAY BARZOLA MARIÑOS

PARA OPTAR GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Diciembre 2015

Quiero dedicarle este trabajo a Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de investigación, a mis padres, por estar conmigo, por enseñarme a crecer y a que si caigo debo levantarme, por apoyarme y guiarme, por ser las bases que me ayudaron a llegar hasta aquí, gracias.

Agradezco a Dios por brindarme la vida, las fuerzas y el tiempo necesario para continuar con mis estudios, a mis padres por su dedicación y palabras de ánimo para completar mi carrera universitaria, a la universidad Alas Peruanas por contribuir en mi formación profesional.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo**: Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en internas de la escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2015.

Material y métodos: Es presente estudio es de tipo Cuantitativo, Prospectivo, porque se registra los datos a medida que ocurren, Descriptivo porque permite describir los conocimientos y actitudes de internas y de corte transversal porque a unidad de muestra es tomada en una sola oportunidad. Para dicho estudio se elaboró un cuestionario de 15 preguntas las que tendrán un valor determinado, considerando; Alto: (13- 15), pts. Regular: (12- 9), pts. Bajo: (< de 9), pts. Que nos permitirá medir el nivel de conocimiento de la internas de obstetricia sobre el parto vertical. Test de Likert modificado clasificadas en 5 niveles. Totalmente de Acuerdo (5), De Acuerdo (4), Neutral (3), En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1) considerando al final la sumatoria de cada ítem, dando por resultado una actitud de Acuerdo (positivo) 34 a 50 pts. Indiferente 17 a 33pts Desacuerdo (negativo) 10 a 16Pts. nos van a permitir identificar la actitud de las internas de obstetricia sobre el parto vertical. Las internas encuestadas fueron 132 en total de (IX, X y XI ciclo 2015- I). **Resultados**: El 55.30% de internas encuestadas tiene un nivel de conocimiento Bajo considerando con una puntuación (< 9) puntos, el 40.91% tiene un nivel de conocimiento Regular con una puntuación de (12- 9) puntos y el 3.79% tiene un nivel de conocimiento Alto con la puntuación de (13 – 15) puntos, sobre el parto vertical. El 82.58% de las internas encuestadas estuvieron de acuerdo sobre el parto vertical, el 17.42% tuvieron una actitud neutral sobre el parto vertical y el 0% estuvieron en desacuerdo.

Conclusiones: las internas tienen una actitud positiva sobre el parto vertical pero no tienen los conocimientos necesarios para aplicarlo.

Palabras clave: Parto vertical, internas, conocimiento y actitud.

ABSTRACT

The present study was raised with the **objective**: determine the level of knowledge and attitude on the vertical childbirth in internal school professional academic of obstetrics of the Universidad Alas Peruanas, 2015. **Material and methods**: It is this study is quantitative, prospective, because the data as they occur, Descriptive it allows to describe the knowledge and attitudes of internal and cross-sectional sample unit because it is taken in one shot is recorded. For this study a questionnaire of 15 questions which will have a certain value, considering was developed; Height: (13- 15), pts. Regular: (12- 9), pts. Low (<9), pts. It will allow us to measure the level of knowledge of the internal vertical delivery Obstetric. Test modified Likert classified into 5 levels. Strongly Agree (5) Agree (4), Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1) considering the end the sum of each item, resulting in an attitude of Agreement (positive) 34 50 pts. Indifferent Disagree 17 to 33pts (negative) 10 16Pts. They will allow us to identify the attitude of Obstetric internal vertical delivery. Respondents were 132 domestic total (IX, X and XI 2015 cycle I). **Results**: The 55.30% of internal respondents has a level of knowledge under recital with a score (< 9) points, the 40.91% has a Regular level with a score of (12 - 9) points and the 3.79% has a high knowledge with the score (13-15) points, vertical childbirth. The 82.58% of internal respondents agreed on the vertical childbirth, the 17.42% had a neutral attitude on the vertical birth and 0% were in disagreement. **Conclusions**: the inmates have a positive attitude on the vertical birth but they don't have the skills to apply it.

Keywords: vertical childbirth, internal, knowledge and attitude

ÍNDICE

CARÁTULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	3
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	4
1.2 Delimitación de la Investigación	5
1.3 Formulación del Problema	6
1.3.1 Problema Principal	6
1.4 Objetivos de la Investigación	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Específicos	6
1.5 Hipótesis y Variables de Investigación	6
1.5.1 Hipótesis	6
1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	7
1.6 Diseño de la Investigación	7
1.6.1 Tipos de Investigación	7
1.6.2 Nivel de Investigación	7
1.6.3 Método	8
1.7 Población y Muestra de la Investigación	8
1.7.1 Población	8
1.7.2 Muestra	8
1.8 Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos	8
1.8.1 Técnicas	9
1.8.2 Instrumentos	9
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación	10

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes de la Investigación	12
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Definición de Términos Básicos	41
CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
FUENTES DE INFORMACIÓN	62
ANEXOS:	66
Anexo N°1: Matriz de Consistencia	67
AnexoN°2: Instrumento de recolección de datos	68
Anexo N°3: Juicio de expertos	75
Anexo N°4: Autorización donde se ha realizado el estudio	78

INTRODUCCION

A partir del siglo XVII inició el cambio en la forma de dar a luz, cuando Mauriceau introdujo la cama obstétrica que paulatinamente fue reemplazando a la silla de partos para utilizar el instrumento de moda de ese entonces el “fórceps” y, años después en 1970 se introdujo la analgesia como forma alternativa para calmar el dolor del parto en la gestante y ese acto se lleva a cabo hasta nuestros días.

En virtud de los puntos señalados anteriormente, los profesionales de la salud han sido entrenados para atender el parto en posición horizontal (acostada). El Ministerio de Salud al evaluar la situación problemática de estas dos practicas (parto en posición vertical y horizontal) totalmente diferentes que ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende, las mujeres andinas y amazónicas que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos; poniendo en riesgo su salud, la vida de ellas y de su niño.

La evidencia científica demuestra que la atención del parto en posición vertical es fisiológica y facilita a la gestante la salida del recién nacido, ya que el parto en posición vertical no comprime grandes vasos como la aorta ni la vena cava, el útero de la gestante, no ocasiona alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta. Por este motivo, no afecta la cantidad del oxígeno que recibe el feto. La acción positiva de las fuerzas de gravedad favorece, a la hora del parto vertical, el descenso del feto y, al estar apoyados, los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que indirectamente ayuda al nacimiento. Se genera mayor eficiencia de las contracciones uterinas, se acorta el tiempo de trabajo de parto, existe menos dolor y la mujer tiene una mayor participación en el nacimiento de su hijo; contrariamente a lo que se piensa. El parto vertical o “natural” no es volver al pasado sino recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos. En el parto en posición vertical no es renunciar a la tecnología sino adjudicarle el lugar que le corresponde, a la vez hacer que la parturienta recobre el rol

protagónico que siempre tuvo, como es el de participar activamente en su parto.

La presente investigación está enfocada en conocer el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical en las internas de la escuela profesional de obstetricia, plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario y considerar la interculturalidad como derechos de la mujer, más aun en la etapa de gestación tomando en cuenta la salud materna y neonatal. Con el objetivo principal de Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en internas de la escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2015.

Los resultados obtenidos en la presente investigación servirán para que las autoridades de la escuela de obstetricia conozcan el grado de conocimiento y la actitud de los estudiantes en su formación profesional frente al parto vertical, lo cual va a permitir tomar las medidas necesarias para lograr estudiantes competentes y contribuir en mejorar la educación de los futuros profesionales.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El parto vertical no es una práctica nueva, es la posición natural ya utilizada desde los albores de la humanidad, esta práctica todavía se conserva en las comunidades rurales y amazónicas, donde la mujer aun acude a la partera y opta por el parto domiciliario.

El parto vertical tiene ventajas tanto como para la madre como para su hijo, El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, no afectando la oxigenación del feto, existe un mejor equilibrio ácido-base fetal que influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante, además permite a las parturientas ampliar el canal del parto, permitiendo que las articulaciones de la cadera se abran más para dar paso al producto facilitando sus movimientos de rotación, hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en transversal y permitiendo así la acción positiva de la fuerza de la gravedad también favorecen el encaje y el descenso del feto, a su vez la presión que ejerce la cabeza del feto va ablandando el suelo pélvico facilitando la dilatación y reduciendo las posibilidades de que se practique una episiotomía, 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. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo y ayudan indirectamente disminuyendo la frecuencia de calambres. A comparación con la posición horizontal la pelvis de la mujer se aplana haciendo el parto más difícil.¹

A través de la historia de la humanidad la mujer eligió parir en diferentes variantes de la posición de pie, como lo demuestran los grabados, cerámicas y esculturas en todo el mundo, del mismo modo existen ilustraciones de diferentes épocas, que muestran el diseño de sillas para el parto en posición sentada, específicamente en la edad media se vio florecer la fabricación de sillas para el parto en posición vertical.

Con el advenimiento del parto institucionalizado y la práctica cada vez menor del parto domiciliario. Genero que la mujer durante el trabajo de parto adoptara la posición horizontal que facilito para la aplicación de la anestesia epidural con la finalidad de contribuir a que la mujer tenga un parto sin dolor obligando a la parturienta tomar la posición horizontal como una norma establecida de manera especial en el periodo expulsivo. En la mayoría de hospitales, maternidades y centros de salud del país en que se atienden partos, la posición horizontal es la única opción de parto vaginal, para toda gestante que ingresa al Centro Obstétrico obligando a la parturienta a mantenerse recostada no permitiéndole sentarse, deambular u optar por otra posición. ²

Los profesionales de la salud han sido entrenados para atender el parto en posición horizontal (acostada). El Ministerio de Salud al evaluar la situación problemática de estas dos practicas (parto en posición vertical y horizontal) totalmente diferentes que ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende, las mujeres andinas y amazónicas que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos; poniendo en riesgo su salud, la vida de ellas y de su hijo. El parto vertical o “natural” no es volver al pasado sino recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos. Los profesionales de la salud Ginecólogos y Obstetras manejan adecuadamente conceptos de interculturalidad, por ello consideran que la atención con enfoque intercultural es un derecho, una necesidad para

la población. Así mismo, reconocen que la condición étnica genera inequidad y discriminación en la atención de salud muchas veces por la falta de conocimiento de las culturas quechuas y aymaras. Si se decide optar por un parto vertical este se desarrollará bajo ciertas condiciones, gestantes sin complicación obstétrica, presentación cefálica del feto, compatibilidad feto pélvica.³

En Lima, la capital del país, la práctica de cesáreas es muy común y en ocasiones innecesaria. El gobierno peruano quiere que las mujeres indígenas vengan a los establecimientos de salud para que reciban una atención adecuada y oportuna de acuerdo a sus necesidades, de esta manera se contribuye a la reducción de la tasa mortalidad materna e infantil, pero hay una resistencia en las mujeres embarazadas de acudir por falta de respeto de sus culturas y tradiciones del personal de salud. El derecho de la gestante a escoger qué tipo de parto quiere es importante y vital para su salud. Para mejorar la salud materna es importante que los hospitales brinden una atención con adecuación intercultural, y puedan tener un parto seguro.⁴

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación espacial o geográfica: Se realizara el estudio en las sedes donde se encuentran las internas de la Escuela Académico Profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Delimitación social: La población sujeto de estudio serán las internas (IX, X, XI ciclo) de la Escuela Académico Profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Delimitación temporal: El estudio se realizara en el año 2015.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en internas de la escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2015?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en internas de la escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

- conocer el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en internas de la escuela profesional de obstetricia.
- Conocer la actitud sobre el parto vertical en internas de la escuela profesional de obstetricia.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio por ser descriptivo no tiene hipótesis

1.5.1 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

- Nivel de conocimiento
- Actitud

VARIABLES	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de Conocimiento	Concepto	Puntuación: - Alto: 13- 15 pts. - Regular: 12- 9 pts. - Bajo: < de 9 pts.
	Beneficios	
	Complicaciones	
	Normas técnicas	
	Posiciones	
Actitud	Pertinencia cultural	-Acuerdo (positivo) 34 a 50 pts.
	Adecuación de servicios	-Indiferente 17 a 33pts.
	Capacitación personal	-Desacuerdo(negativo) 10 a 16 Pts.

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipos de Investigación

Prospectivo, porque los datos se registran a medida que ocurren.
 Descriptivo, se describen los hechos de la misma manera como se presentan y de corte transversal porque la unidad de muestra será tomada en una sola oportunidad.

1.6.2 Nivel de Investigación

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios, orientados a la resolución de problemas específicos.

1.6.3 Método

El método fue cuantitativo puesto que para la recolección de la información se analizó diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificables, además que los datos fueron analizados mediante un proceso estadístico con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población sujeto de estudio son 132 internas del 2015-II de la escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, que se encuentran en las diferentes sedes hospitalarias.

1.7.2 Muestra

Se tomara el 100% de la población como muestra

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Se aplicó una encuesta previamente elaborada a las internas de la escuela profesional de obstetricia, al inicio de su internado en las reuniones realizadas en la universidad. Los datos obtenidos fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una base de datos en el programa de EXCEL Y SPPS, con los resultados obtenidos se elaboraran tablas y gráficos para el análisis respectivo.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento para la recolección de datos consta de dos partes: Primera parte datos generales, segunda parte: tiene 15 preguntas las que tendrán un valor determinado, considerando; Alto: (13- 15), pts. Regular: (12- 9), pts. Bajo: (< de 9), pts. Que nos permitirá medir el nivel de conocimiento de la internas de obstetricia sobre el parto vertical. Test de Likert modificado clasificadas en 5 niveles. Totalmente de Acuerdo (5), De Acuerdo (4) Indiferente (3), En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1) considerando al final la sumatoria de cada ítem, dando por resultado una actitud de Acuerdo (positivo) 34 a 50 pts. Indiferente 17 a 33pts Desacuerdo (negativo) 10 a 16Pts. nos van a permitir identificar la actitud de las internas de obstetricia sobre el parto vertical.

Validación del instrumento: fue validado mediante juicio de expertos (3 profesionales), los cuales coincidieron en que todas las preguntas propuestas son favorables para el desarrollo de la investigación.

1.9 JUSTIFICACIÓN E INPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación está enfocada en conocer el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical en las internas de la escuela profesional de obstetricia, plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario y considerar la interculturalidad como derechos de la mujer, más aun en la etapa de gestación tomando en cuenta la salud materna y neonatal. En este contexto es importante tomar en cuenta el conocimiento y actitud de los estudiantes preferentemente de los obstetras en relación a la atención del parto vertical por los beneficios que se obtienen tanto como para la madre y el neonato, entre los cuales tenemos, la

acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y descenso fetal, ausencia de compresión de grandes vasos de la madre, permite la acomodación de la pelvis aumentando los diámetros, menor presión intravaginal, los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo, proporciona beneficios psicoafectivos, existe un mejor equilibrio ácido base fetal, facilitando la transición feto neonatal. Los resultados obtenidos en la presente investigación servirán para que las autoridades de la escuela de obstetricia conozcan el grado de conocimiento y la actitud de los estudiantes en su formación profesional frente al parto vertical, lo cual va a permitir tomar las medidas necesarias para lograr estudiantes competentes y contribuir en mejorar la educación de los futuros profesionales. Es importante que los estudiantes tengan conocimientos sobre parto vertical ya que como futuros profesionales de salud deben conocer los derechos maternos y neonatales y respetarlos, como poder decidir que posición desea para su parto, permitiendo incrementar así el parto institucionalizado y reducir las complicaciones obstétricas y neonatales que ocasionan la muerte materna garantizando una atención de calidad.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

León T. Mayra Mercedes, en el trabajo “**Conocimientos Y Actitudes del Personal Médico y de Enfermería en la Atención del Parto con Pertinencia Cultural**”. Tesis para optar el grado de **Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal. Pocomchi: Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Postgrados; Año 2014, Objetivo:** Determinar los conocimientos teóricos y actitudes del personal médico y de enfermería que brinda atención del parto con pertinencia cultural en los servicios de salud. **Materiales y métodos:** El presente estudio es de tipo cuantitativo porque permite un análisis estadístico comparativo por servicio y disciplina, y descriptivo porque permite describir los conocimientos y actitudes que el personal médico y de enfermería poseen sobre la atención del parto con pertinencia cultural, su corte es transversal porque se realizó en un tiempo determinado. Para dicho estudio se elaboró un cuestionario de 17 preguntas abiertas y cerradas, seguidamente se procedió a tabular la información realizando cuadros con porcentaje, descripción de disciplinas, servicios de salud y el análisis respectivo. El personal encuestado fueron 6 médicos, 6 enfermeras profesionales y 25 auxiliares de enfermería, participando en total 35 proveedores de salud. **Resultados** demuestran que el 52% del personal es de recién ingreso a los servicios y que son rotados constantemente por diferentes áreas de trabajo, el 43% indican que han sido capacitados sobre la atención del parto con pertinencia cultural, el resto poseen conocimientos, que han obtenido al leer la guía y/o protocolo, En relación a la

atención del parto con pertinencia cultural han atendido un número muy bajo, en los servicios de salud no se cuenta con salas adaptadas para este tipo de atención, sin embargo están en la disposición de poder ofertar el servicio al contar con salas adaptadas y equipadas **Conclusión:** Se realizan recomendaciones de acuerdo a los resultados, principalmente: establecer un programa de capacitación sobre la atención del parto con pertinencia cultural, con temas de sensibilización, base legal, glosarios de definiciones, etc., así como la evaluación de la implementación de salas o espacios para la atención del parto en vertical en los servicios de salud.⁵

Llumiquina A. Diego José, en el trabajo “Conocimientos y prácticas ancestrales del parto tradicional en las mujeres de la cultura Saraguro”. Tesis para optar el grado de Médico General. Loja –Ecuador: Universidad Nacional de Loja Área De La Salud Humana Medicina Humana; Año 2011. objetivo: Determinar los conocimientos y prácticas ancestrales en la atención del parto en mujeres de dicha comunidad, con la finalidad de rescatar y difundir los principales conocimientos y prácticas que conservan las parteras y las mujeres indígenas del cantón respecto a la atención del parto tradicional, de igual manera se determina las complicaciones que surgen durante el trabajo de parto y el tipo de costumbre al desarrollo del mismo, así como la determinación de las razones para la preferencia del parto tradicional versus el parto occidental. **Materiales y métodos:** Descriptivo transversal desarrollado en el cantón Saraguro de la provincia de Loja. **Resultados:** obtenidos tenemos que el 100% de los conocimientos y prácticas que adquieren las parteras han sido transmitidos de generación en generación por sus familiares que se constituyen en sus mentores. Adicionalmente podemos definir que el 64% de las entrevistadas optan por tener su parto preferentemente en su

domicilio; y son múltiples las razones entre las cuales destaca como factor principal el cultural, componiendo el 22% de esta preferencia; seguido del 19% quien dijo haber decidido por la falta de respeto a sus creencias y costumbres en el manejo del parto, provocando en ocasiones un trato irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio por parte del personal de salud. **Conclusión:** la mayoría de las mujeres consultadas tuvieron partos domiciliarios, ponemos a consideración que el 62% tuvo este proceso en posición de rodillas. Estos datos expresan que se mantiene la predisposición por escoger un parto tradicional.²

Cortez Z. Marlín Guilsania, Díaz T. Clara Margarita, en el trabajo “Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP”. Tesis para optar el grado licenciada en obstetricia. Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; Año 2013, Objetivo. Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2013. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, correlacional, cuantitativo de corte transversal, Instituto Nacional Materno Perinatal. Participantes, Obstetras, Gineco –Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Ginecología. Intervenciones, a 180 profesionales que estuvieron dispuestos a participar en el estudio se aplicó un cuestionario pre elaborado y validado acerca de conocimientos y, actitudes sobre la atención del parto en posición vertical. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excel, SPSS V.21 para el análisis por pruebas estadísticas no paramétricas la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** En cuanto a los conocimientos del parto en posición vertical el grupo de los profesionales que presentaron un nivel de conocimiento medio fue el 93.4%, el grupo de profesionales con un

nivel de conocimientos bajo fue el 3.9% y el grupo de profesionales con un nivel de conocimiento alto fue el 2.7%; la actitud que tienen los profesionales encuestados sobre la atención del parto en posición vertical fue que el 70% de ellos tienen una actitud de indiferencia, el 15.6% tiene una actitud negativa y el 14.4% tiene una actitud positiva. **Conclusiones:** Existe una relación entre el nivel de conocimiento medio (93.4%) ($p= 0.000 < 0.05$) y la actitud de indiferencia (70%) por parte de los encuestados frente a la atención del parto en posición vertical.³

Mayca Julio, Palacios F. Elsa, Medina Armando, Velásquez José E. Castañeda Dick, en el trabajo “Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco”. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública; Año 2009, Objetivos:* Explorar las percepciones del personal de salud y la comunidad en relación con la adecuación cultural de servicios maternos perinatales en la región Huánuco, observando aspectos críticos de la oferta propuesta y las necesidades de la población. **Materiales y métodos:** Estudio exploratorio, transversal, cualitativo. Incluyó personal de salud a quienes se realizó entrevistas a profundidad (EP), y población en general para grupos focales (GF). Los instrumentos incluyeron aspectos Como: adecuación y aceptación del servicio ofrecido, entendimiento y capacitación del personal en estos temas, y entendimiento de la población de las acciones y oferta en salud. **Resultados:** Se realizó 15 EP y 15 GF; en el primer caso el personal de salud refirió la poca adecuación de la infraestructura actual, mejora en la aceptación del servicio por la comunidad y la necesidad de tener ellos un mayor entendimiento del tema. La población manifestó su opinión acerca de lo poco adecuado del servicio ofertado a su cultura, poco entendimiento a

las indicaciones médicas y deseos que se incorpore más a su cultura en dichos procesos. **Conclusiones:** Nuestros servicios maternos no tienen acondicionamiento adecuado con relación a la cultura de la comunidad, pues es insuficiente lo que una gestante podría encontrar en un consultorio relacionado con sus costumbres. Necesitamos considerar propuestas elaboradas desde la comunidad, para disponer de una oferta identificada con aspectos sociales, culturales, y étnicos, que sea identificada por la población como suya.⁶

Espinola Fany, Lavado Franshesca, Montoya Zoraida, Saavedra Ana, Varas Patricia, Ysla Cinthia, en el trabajo “Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la facultad de ciencias médicas y la facultad de educación del VII ciclo UCV”. **Revista del encuentro científico internacional. Trujillo; Año 2009, Objetivo:** Fue comparar la actitud hacia el parto vertical de estudiantes de las Facultades de Ciencias Médicas y de Educación de la UCV-Trujillo. En el siglo XX se dejó de práctica común del parto vertical y se cambió al parto horizontal. El MINSA ha dispuesto la atención del parto vertical con interculturalidad, costumbre que permanece en nuestra zona andina y amazónica. Es importante conocer la actitud de quienes en el futuro cumplirán una función sanitaria y educativa en la población. **Material Y Método:** Estudio comparativo y de corte transversal realizado en estudiantes del VII-Ciclo, 63 estudiantes de ciencias médicas y 53 de educación. La mayoría es costeño y profesa religión católica. El 54.0% en ciencias médicas y 80.4% en educación desconocía su práctica en centros de salud. Se empleó una escala de ítems bipolares, con puntuaciones de 1-7 puntos, validada por dos obstetras, el coeficiente alfa de Cronbach fue 0.699. Se usó SPSS-17.0 y Minitab-15.0, test Chi-Cuadrado y T-Student. **Resultados:** La actitud favorable hacia el parto vertical fue 73.0%

en ciencias médicas y 82.1% en educación ($p=0.235>0.05$). Indistintamente, alrededor del 50% concordaba con tener (o que su pareja tenga) parto vertical, pero ciencias médicas (76.2%) recomendaría más el parto vertical ($p=0.0100.05$). **Conclusión:** Se concluye que la actitud hacia el parto vertical entre ambos grupos de estudiantes difiere parcialmente. El 73% de los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical. El 82.1% de los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Educación presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical.⁷

García Karin, Orellana Dacia, Solórzano Dora, Barrera Aída, en el trabajo “Conocimientos, Actitudes, Percepciones Y Prácticas De Comadronas Y Mujeres Acerca Del Parto En Posición Vertical”. Revista Médica del Colegio Médicos y Cirujanos de Guatemala; Año 2012, Objetivo: Identificar los conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas de las comadronas y mujeres acerca del parto en posición vertical. **Material y Método:** Se realizó un estudio cualitativo durante los meses de agosto-septiembre del año 2012 en el municipio de Santa Apolonia del departamento de Chimaltenango. Se utilizó muestreo tipo avalancha para identificar a las participantes y aplicar técnica de grupo focal (con comadronas) y entrevista semi estructurada individual (con mujeres atendidas con trabajo de parto vertical). **Resultados:** Se identificó que la decisión de ser comadrona fue inspirada por sueños, enfermedades, línea matrilineal, señas de nacimiento o mandato de Dios. Ninguna comadrona fue formada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Las comadronas respetan y practican las costumbres de su comunidad; entre éstas el uso de temazcal, quema de placenta y atención del parto en posición vertical, practicándolo según petición de la mujer o del “bebé”. Consideran

una contraindicación el uso de la variedad de posición sostenida de una sábana o lazo ya que refirieron “que se cae la matriz” (prolapso uterino). Indicaron que las embarazadas que no pueden ser atendidas en casa y son referidas al hospital nacional, son las que evidencian presentación anómala del feto, hemorragia antes del parto, signos de pre eclampsia y ruptura prematura de membranas ovulares. Aunque mostraron descontento con el MSPAS debido a la falta de apoyo con material y equipo para atención del parto e indicaron que asociaciones no gubernamentales son las que abastecen dichos insumos, presentaron una actitud positiva respecto a compartir sus conocimientos acerca del parto en posición vertical, siempre y cuando se respeten sus costumbres. Respecto a las mujeres entrevistadas todas conocen que la comadrona es la única persona que atiende partos en posición vertical. **Conclusión:** La posición que prefieren las mujeres es sentada, ya que la consideran más cómoda. Según sus creencias, el parto atendido en casa indica que Dios ha permitido un parto sin complicaciones (representando un acto de fe).⁸

Maldonado M. Gabriela, Trejo G. Claudia Átala, Soto M. Eric Santiago, Ortega S. Marco Antonio, en el Trabajo, “Conocimientos y Actitudes en los Profesionales de Enfermería Sobre el Parto Vertical” Tepeji – México: Revista de Medicina Experimental y Salud Pública Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Año 2014, objetivo: Determinar los conocimientos y actitudes sobre el parto vertical que poseen los profesionales de enfermería de los servicios de gineco-obstetricia, urgencias, toco y expulsión. **Material Y Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo. Se entrevistó al total de los profesionales de enfermería de los servicios de Toco-Cirugía, Urgencias y Gineco-obstetricia en el Hospital General Tula-Tepeji, n= 39. Los participantes firmaron consentimiento informado, para el

procesamiento de datos se utilizó el SPSS versión 21. **Resultados:** 89.7 % fueron del género femenino; 56.4% laboraban en el servicio de urgencias, 17.9% en gineco-obstetricia y 25.6% en toco-cirugía. 76.9% de nivel licenciatura. Los conocimientos sobre parto vertical fueron buenos en el 97.4% de los profesionales de enfermería, 97.4 % con buena actitud ante la adopción de la interculturalidad en la atención en parto vertical. **Conclusiones:** Los conocimientos y actitudes sobre el parto vertical de los profesionales de enfermería son buenos.⁹

Rendón P. Jilly Lilibeth, en el trabajo “Beneficios y riesgos del parto vertical semi sentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Cantón Daule”. Tesis para la optar el título de licenciada en obstetricia; Guayaquil –Ecuador: Universidad De Guayaquil Facultad De Medicina Escuela De Obstetricia; Año 2013, Objetivo: Determinar los beneficios y riesgos del parto vertical semi sentado de mujeres gran multíparas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Cantón Daule con el fin de acortar el tiempo del trabajo de parto y lograr una mejor recuperación de la paciente. **Material Y Método:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo del parto vertical semi sentado en mujeres gran multíparas del Hospital de Daule Dr. Vicente Pino Moran valiéndonos de historias clínicas, se tabularon 322 pacientes de las cuales se les evaluó la información del conocimiento sobre parto vertical, el tiempo de expulsivo, la incidencia de desgarros y los traumas obstétricos que se presentan durante la atención del parto vertical. **Resultados:** Encontrados fueron el 73% de las pacientes atendidas no tuvieron ningún tipo de información sobre el parto vertical, y el 27% restante informaron mediante charlas hospitalarias, consultas prenatales y páginas de internet. El 62% de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Vicente Pino Moran

tuvieron parto horizontal y el 38% correspondieron a parto vertical. El 87% de las pacientes tuvieron un expulsivo dentro de los primeros cinco minutos, el 10% dentro de los diez minutos, el 3% dentro de los quince minutos. El 88% de las pacientes no presentaron desgarros durante la atención del parto vertical, el 12% restante presentaron desgarros a nivel cervical, labial y perineal. El 49% de las pacientes no presentaron traumas obstétricos, el 40% restante presentaron circular de cordón, distocia de hombros y fractura de clavícula. **Conclusiones:** El parto vertical resulta muy beneficioso porque permite un descenso y un expulsivo más rápido, el cual disminuye la observación cianótica del recién nacido y los síntomas de asfixia.¹

Rodríguez S. Amanda Elena, Chancafe Ch. Inés, Abregu O. María Elena Trujillo Ch. Carmen, Llanos R. Ledy, en el trabajo “Actitud De Los Profesionales De Obstetricia Frente a la Atención del Parto Vertical” Cajamarca – Perú; Revista De Medicina Experimental Universidad Nacional De Cajamarca; Año 2013. Objetivo: determinar la Actitud de los profesionales de obstetricia frente a la atención del parto vertical y su relación con alguna características personales y laborales de los profesionales mencionados en la ciudad de Cajamarca 2013. **Material Y Método:** la muestra estuvo constituida por 23 profesionales de obstetricia que se encontraron laborando en la red de Cajamarca, el instrumento utilizado fue una escala de actitud frente a la atención del parto vertical y un cuestionario que permitió obtener datos personales y laborales de los profesionales que participaron en el presente estudio. **Resultados:** indican que la mayoría de obstetras tenía entre 30 y 50 años 65.1%, el 78.3% manifestó profesar la religión católica y en relación a la universidad de procedencia el 73.9% manifestó proceder de la universidad de Cajamarca, el 69.6% de obstetras tenía entre uno y diez años de experiencia

laboral, el 21.7% refirió haber recibido solo una capacitación sobre parto vertical , el 13% dos capacitaciones y el 56.5% ninguna capacitación , lo cual evidencia una gran necesidad de los profesionales de recibir algún tipo de capacitación en parto vertical que es lo que más demanda la población. La mayoría refirieron haber atendido entre 71 y 100 partos (43%), pero solo el 30% atendió entre uno y cinco partos verticales. Los profesionales de obstetricia mostraron una actitud muy favorable (65.2%), favorable (26.1%) frente a la atención del parto vertical con un total de (91.3%) y solo el (8.7%) presento una actitud desfavorable. En relación a la edad, los profesionales que se encuentran entre 25 a 29 años y entre 30 y 50 años, tuvieron una actitud muy favorable frente al parto vertical (75% y 60% respectivamente). El 80% de obstetras que tuvieron una capacitación presentaron una actitud muy favorable, frente al parto vertical, similar a quienes recibieron dos capacitaciones, (66.7%) y los únicos que presentaron actitud desfavorable fueron los profesionales que no recibieron ninguna capacitación de este tema con un (15.4%). **Conclusiones:** Se encontró que existe relación entre la religión que profesa el profesional de obstetricia; la experiencia en los número de atención de partos y la actitud del profesional frente al parto vertical. ¹⁰

Llanca R. Leandra, Ramos H. Patricia, Torres G. Dalma en el trabajo “Percepción de los Profesionales Gineco Obstetras y Obstetras de la Atención con Enfoque Intercultural a las Pacientes Obstétricas” Tacna- Perú; Revista De Medicina; Año 2009. Objetivo: Determinar la percepción de los profesionales Gineco-obstetras y obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas, en el ámbito de la ciudad de Tacna. **Material Y Método:** Para tal efecto se entrevistaron y encuestaron a 18 médicos Gineco-obstetras y 100 obstetras que laboran en los diferentes establecimientos de salud de nuestra

ciudad. Resultados: Los resultados obtenidos nos indican que los profesionales de salud reconocen carecer en su formación universitaria de elementos interculturales y, a pesar de ello, consideran que la atención con este enfoque es un derecho, una necesidad y que se justifica su implementación. Por otra parte, reconocen que la condición étnica genera inequidad y discriminación en la atención de salud.¹¹

2.1.2 BASES TEÓRICAS

a) **CONOCIMIENTOS:** Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje el cual se refleja en la argumentación que se tiene del mismo. El conocimiento puede considerarse como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso que se inicia desde el nacimiento hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. En general el conocimiento es "el conjunto de saberes de un individuo que le permiten lograr un buen desempeño o tarea, e indican su suficiencia o idoneidad para el citado desempeño". La habilidad es "la destreza, talento, experiencia o gracia para ejecutar una cosa o capacidad y disposición para negociar y conseguir objetivos, tanto en grupos como individualmente.

CLASIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Conocimiento Pre- científico: Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

Características del conocimiento Pre- científico:

Sensitivo: Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.

Superficial: Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no tratar de buscar relación con los hechos.

Subjetivo: La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observes.

Dogmático: Este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.

Estático: Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.

Particular: Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares es esquemas más amplios.

Asistemático: Porque las apariencias y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico.

Inexacto: Sus descripciones y definiciones son pocas precisas.

No acumulativo: La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas.

Conocimiento Científico: Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la

reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

Características del Conocimiento Científico

Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.

Fáctico: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos.

Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.

Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.

Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.

General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".

Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.

Acumulativo: Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro.

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio "hacer", ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas "piezas". Su utilización, que puede repetirse sin que el

conocimiento “se consume” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible). En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente. Y su medición se puede realizar como: conocimiento bajo, medio y alto.

Proceso del conocimiento

Conocimiento: Reflejo de la realidad objetiva en la conciencia del hombre.

Realidad: Todo aquello que existe fuera y con independencia de la conciencia del hombre.

Conciencia: Conjunto procesos psíquicos que participan activamente y que conducen al hombre a comprender el mundo objetivo y su ser personal. El lenguaje influye en el pensamiento lógico.¹²

b) ACTITUD: Es un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos. Las actitudes se pueden considerar como tendencias psicológicas expresadas mediante la evaluación favorable o desfavorable hecha sobre algo, son estructuras

internas consideradas como representaciones mentales de esas respuestas evaluadoras, que pueden estar basadas en sentimientos, conocimientos o experiencia previa. Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes. En esta teoría se hace hincapié en la predicción de comportamientos y una distinción especial entre lo que pueden ser “actitudes hacia un objeto” y “actitudes hacia algunas acciones específicas relativas a ese objeto”. Por ejemplo “acción positiva hacia el parto vertical” y “actitudes positivas hacia la atención del parto en posición vertical”. La actitud no se forma solo a partir de valores, sino también de conocimientos científicos “teorías en uso”. En este caso las teorías guían las actitudes individuales.

La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta, con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad. Se trata de un estado interno de la persona. No es una respuesta manifiesta y observable. Se concibe como algo que media entre los aspectos del ambiente externo (estímulos), y las reacciones de las personas (respuestas evaluativas manifiestas). La evaluación implica:

Valencia o dirección: Carácter positivo o negativo que se atribuye al objeto actitudinal.

Intensidad: Gradación de esa valencia.

Puede darse el caso de que la actitud sea neutra.

La actitud suele representarse como un continuo, el "**continuo actitudinal**", que tiene en cuenta los aspectos de valencia e intensidad.

La actitud tiene 3 implicaciones principales:

- a) La actitud apunta siempre "hacia algo". Según Eagly y Chaiken, cualquier cosa que se pueda convertir en objeto de pensamiento, también es susceptible de convertirse en objeto de actitud.
- b) Por ser un estado interno, actúa como mediador entre las respuestas de la persona y su exposición a los estímulos del ambiente social.
- c) La actitud es una variable latente: a ella subyacen procesos psicológicos (proceso de categorización) y fisiológicos. Según la psicóloga estadounidense Eagly y Chaiken, la actitud no es ese proceso de categorización, sino su resultado. Una vez llevado a término el proceso de categorización, lo que subsiste es un estado interno evaluativo, es decir la actitud.

Importancia de la actitud

La actitud es importantes por dos simples razones uno por que influye fuertemente en el pensamiento social o forma en que se piensa sobre la información social y se procesa. La actitud a menudo funciona como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos. La importancia de la actitud surge de la relevancia de valores, cuanto más estrechamente esté conectada una actitud a los valores de una persona es mayor es su importancia.³

c) CONCEPTO DE PARTO VERTICAL: El parto vertical es aquel en donde la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta

manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

d) FISILOGIA COMPARADA ENTRE EL PARTO VERTICAL CON EL PARTO HORIZONTAL

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 período 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 intra pélvicos 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 anteroposteriores.
- 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 período 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 período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menor 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 psicoactivos 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. ¹³

e) INDICACIONES CLÍNICAS Y CONTRAINDICACIONES PARA PROCEDER A LA ATENCIÓN DE UN PARTO VERTICAL.

Indicaciones:

- Gestante sin complicación obstétrica
- Presentación cefálica del feto.
- Compatibilidad feto pélvica.

Contraindicaciones:

Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación la cesárea, entre ellas las más frecuentes son:

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.

- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocias de contracción
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa ó desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia severa, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado.¹³

f) POSICIONES PARA EL PARTO VERTICAL:

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, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas híper flexionadas 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 la 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 realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le 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, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al 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 realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazará 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 personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazará 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 la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante.

- En la posición semi sentada la gestante se apoyará 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 adecuará 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 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 adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante 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 bebé se realizará por detrás de la mujer.

- El personal de salud que atiende 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, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.¹³

ATENCION DE PARTO

g) ATENCIÓN DEL PERIODO DE DILATACIÓN

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

Procedimientos:

- Control de funciones vitales cada hora.
- Evaluar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 45 minutos (al inicio e inmediatamente después de cada contracción).
- Llevar un registro estricto del partograma, el mismo que permitirá tomar las medidas necesarias en caso de identificarse complicaciones (tomar en cuenta que el registro del partograma CLAP-OMS permite monitorizar el parto en posición vertical). Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal cuando sea Estrictamente necesario (OMS), habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma. Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.

Examen vaginal:

Sólo debe ser realizado por personal de salud capacitado, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación, una vez cada cuatro horas es suficiente. Salvo los siguientes casos:

- Cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece.
- Cuando hay signos de que la mujer quiere pujar.

- Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el porqué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento.

Manejo del dolor:

- El personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta.
- Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.
- Evaluar técnicas de relajación y masajes.
- Ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales.

Monitoreo del progreso del parto:

- La evaluación del progreso del parto se realiza observando a la mujer: apariencia, conducta, contracciones y el descenso de la cabeza fetal.
- La medida más exacta es la dilatación del cuello. Una desviación sobre el índice de dilatación normal -1cm por hora- debería ser una indicación para revisar los planes del manejo del parto y referir a la parturienta lo más pronto posible a la instancia hospitalaria de mayor complejidad.

Posiciones durante la fase de dilatación:

- La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:
- La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.

- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de no estar favorecida por la fuerza de la gravedad.
- El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.
- El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.
- La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.
- La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta.

Relajación y Masajes: Para dar masajes el personal o los familiares deben tener las manos tibias, realizarlos lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos, la utilización de un aceite o talco ayuda a deslizar las manos por la piel y ejercer una presión suave y pareja en la zona lumbar. Esto permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga.¹³

h) ATENCIÓN DEL PERÍODO EXPULSIVO

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

- Verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención de la parturienta y recién nacido.
- Acondicionar o verificar que la sala de partos cuente con:
 - Con calor producido por calefactores.
 - Camilla o silla adecuada para el parto vertical
 - Soga colgada de una viga.
 - Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de mayo acondicionada para éste propósito.

Asepsia e higiene:

- Verificar las condiciones de higiene y limpieza del ambiente.
- Verificar que el instrumental para la atención del parto esté debidamente descontaminado, lavado y esterilizado.
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles.
- Poner gran atención en la higiene personal de la parturienta.
- Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas, al inicio y repetirlo si fuera necesario.
- En caso necesario se colocará a la mujer botas de tela para proteger la limpieza de los campos.

Posiciones en el Periodo Expulsivo

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

surgir en estos momentos. Debe permitirse que la posición de la mujer cambie buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.

Las posiciones que puede adoptar la parturienta son las siguientes:

- Posición de cuclillas: variedad anterior.
- Posición de cuclillas: variedad posterior.
- Posición de rodillas.
- Posición sentada.
- Posición semi sentada.
- Posición cogida de la sogá.
- Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo).¹³

i) ATENCIÓN DEL PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición dorsal (horizontal) en razón a que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

El personal procederá a:

- Realizar el alumbramiento dirigido, facilitando el acortamiento del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución de la cantidad de sangrado. Aplicar una ampolla de oxitocina intra muscular (10 UI), inmediatamente después de la salida bebé.
- Usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural:

- Provocarse náuseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo.
- Soplar una botella.
- Pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo.
- Evaluar el volumen del sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de conciencia de la madre y las funciones vitales (presión arterial, pulso).
- Realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, asistir su salida y examinarla cuidadosamente, verificando que las membranas estén íntegras.
- Evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.
- Evaluar la cantidad de sangrado vaginal post alumbramiento.
- En caso de presentarse alguna complicación en el período de alumbramiento se debe canalizar inmediatamente una vía con cánula N° 18 administrando cloruro de sodio al 9/00 y referir a un establecimiento de mayor complejidad. (Sólo en caso de no contar con cloruro de sodio, utilizar otra solución).
- Disposición final de la placenta:
- El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en situaciones que el personal de salud identifique a la placenta como un factor de riesgo de contaminación (VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual u otras).
- El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante en la vida de la familia, porque existe la creencia que el hijo no vino solo sino acompañado de una placenta y por lo tanto, se considera también un órgano con vida propia.
- Se debe proceder, en todos los casos, a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo criterios de bioseguridad.¹³

j) ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

- El personal de salud deberá verificar que el material esté preparado con anticipación, así como el lugar de atención del recién nacido que será utilizado de manera exclusiva. La atención del recién nacido se desarrollará aplicando las técnicas y procedimientos establecidos en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

k) ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

- El personal debe respetar algunas prácticas inocuas que la parturienta y su entorno familiar practican tanto en ella como en el recién nacido, tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se ven favorecidos en el alojamiento conjunto de la madre - niño y su familia.

Independientemente del lugar donde se aloje la parturienta, de acuerdo a la infraestructura, equipamiento de cada establecimiento de salud y afluencia de pacientes, realizar en forma estricta:

Control de funciones vitales, tono de la contracción uterina y sangrado vaginal cada media hora; durante las primeras dos horas.

Antes de dejar descansar a la mujer se evaluará:

- Tono de contracción uterina.
- Control de funciones vitales: presión arterial, pulso.
- Estos controles se deben realizar en forma frecuente cada media hora. Por lo menos durante las primeras cuatro horas.
- Estimular a la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y así mismo da sensación de bienestar a la madre. Algunas parturientas se fajan el abdomen con bandas preparadas previamente.

- Brindar comodidad a la puérpera ubicándola en una habitación acondicionada expresamente, donde haya calor y poca luz.
- Se podrá acomodar a la puérpera en una cama tipo tarima de madera, baja de más o menos una altura de 60 cm, para que pueda reposar en compañía de su pareja y/o familiares.
- Se usará de preferencia sábanas y frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tiene temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas.
- Permitir que las puérperas usen el chumpi o faja.

Alimentación e hidratación:

- Se permitirá la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo a las necesidades, posibilidades y costumbres de la mujer, promoviendo una alimentación balanceada utilizando los recursos propios de la zona. El primer alimento luego del parto es un caldo de ave.
- Se debe observar que la dieta durante unos días sea hiper proteica, con poco condimento y con abundantes líquidos para favorecer la producción láctea.
- Considerar que algunas comunidades andinas y amazónicas no permiten la ingesta de cerdo, palta, ni pescado durante este período.
- No permitir el uso de bebidas alcohólicas.

I) COMPLICACIONES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL

En la atención del parto vertical podrían presentarse las siguientes complicaciones:

- Aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento.
- Laceraciones a nivel del periné.

- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de miembros superiores.
- Distocia de hombros.

En caso de presentarse alguna de estas complicaciones realizar el manejo adecuado según nivel de complejidad. ¹³

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

CONOCIMIENTO: El conocimiento puede considerarse como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).¹²

ACTITUD: La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta, con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad. Se trata de un estado interno de la persona. No es una respuesta manifiesta y observable. Se concibe como algo que media entre los aspectos del ambiente externo (estímulos), y las reacciones de las personas (respuestas evaluativas manifiestas).³

PARTO VERTICAL: El parto vertical es aquel en donde la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que

atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.¹³

INTERNAS DE OBSTETRICIA: Estudiantes de obstetricia que realizan sus prácticas profesionales en diferentes establecimientos de salud, tales como; hospitales, centros, clínicas u otros. Interna es un término que procede del latín *internus* y que puede usarse como sinónimo de interno o interior. Obstetricia, proviene del latín *obstrare* «estar a la espera» o *tocología*; es la especialidad médica que se ocupa de la vigilancia y el cuidado del embarazo, parto y puerperio, además de comprender los aspectos psicológicos de la maternidad.⁹

PARTO NORMAL: Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal.¹⁴

INTERCULTURALIDAD: La Organización Panamericana de la Salud señala: “Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es

decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar.¹³

MULTICULTURAL: En ese sentido, el multiculturalismo se refiere a la coexistencia de distintas culturas en un mismo espacio real, mediático o virtual. Marca el estado, la situación de una sociedad plural desde el punto de vista de comunidades culturales con identidades diferenciadas.¹⁵

PLURICULTURAL: El término pluricultural hace referencia a aquello que incorpora elementos de diversas culturas y, por lo general, se refiere a lugares en donde convergen personas de diferentes países o ciudades, de diferentes culturas, religiones, formación educativa, etc., de modo que se hace más fácil el intercambio, la cohesión y la fusión, creando una amalgama cultural (por lo que también a este término se le llama multicultural, y al fenómeno descrito multiculturalismo).¹⁶

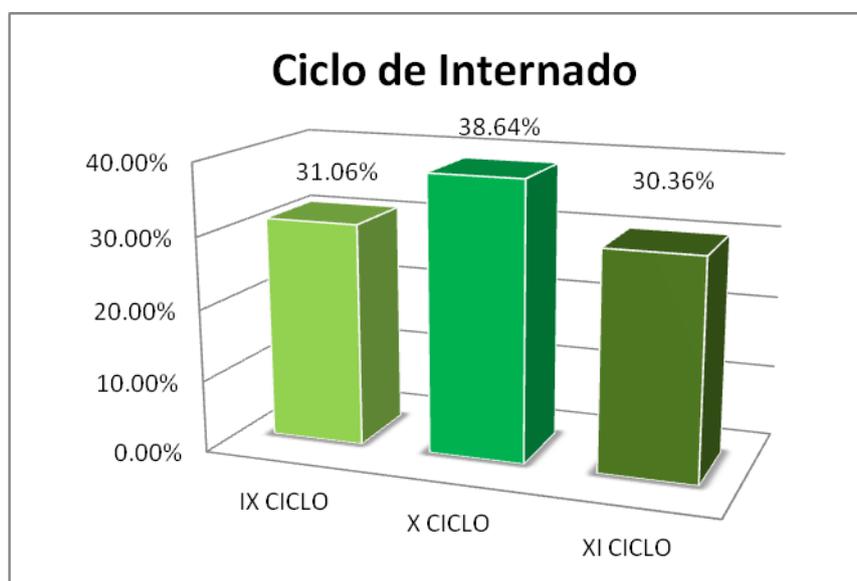
CAPITULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

DATOS GENERALES

Tabla N°1

Ciclo de Internado			
IX	X	XI	TOTAL
41 (31.06%)	51 (38.64%)	40 (30.36%)	132 (100%)

Gráfico N°1

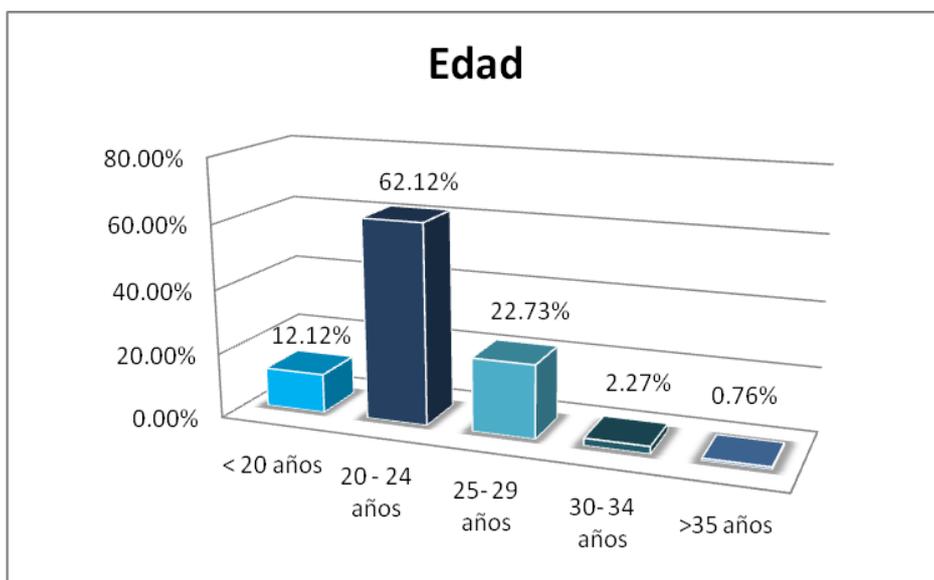


Interpretación: El 38.64% pertenece a las internas del X ciclo, el 31.06% se encuentran las internas del IX ciclo y el 30.36% corresponde a las internas del XI ciclo.

Tabla N°2

Edad					Total
< 20 años	20 - 24 años	25- 29 años	30- 34 años	>35 años	
16 (12.12%)	82 (62.12%)	30 (22.73%)	3 (2.27%)	1 (0.76%)	132 (100%)

Gráfico N°2

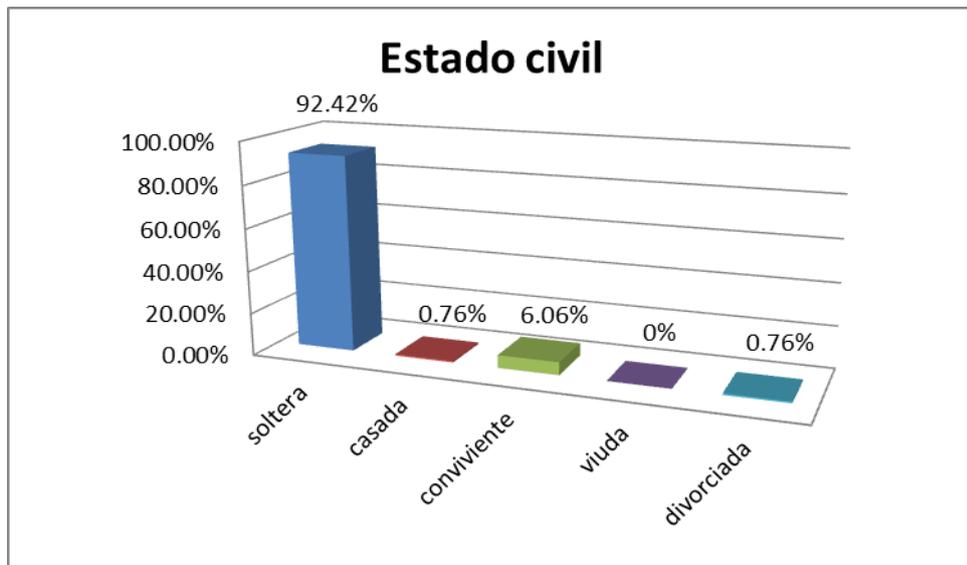


Interpretación: El 62.12% de internas se encuentran en el rango de 20 - 24 años de edad, el 22.73% de internas entre 25- 29 años de edad, el 12.12% son internas < 20 años de edad, el 2.27% entre 30- 34 años de edad y el 0.76% de internas son >35 años de edad.

Tabla N°3

Estado Civil					Total
soltera	casada	conviviente	viuda	divorciada	
122 (92.42%)	1 (0.76%)	8 (6.06%)	0 (0%)	1 (0.76%)	132

Gráfico N°3

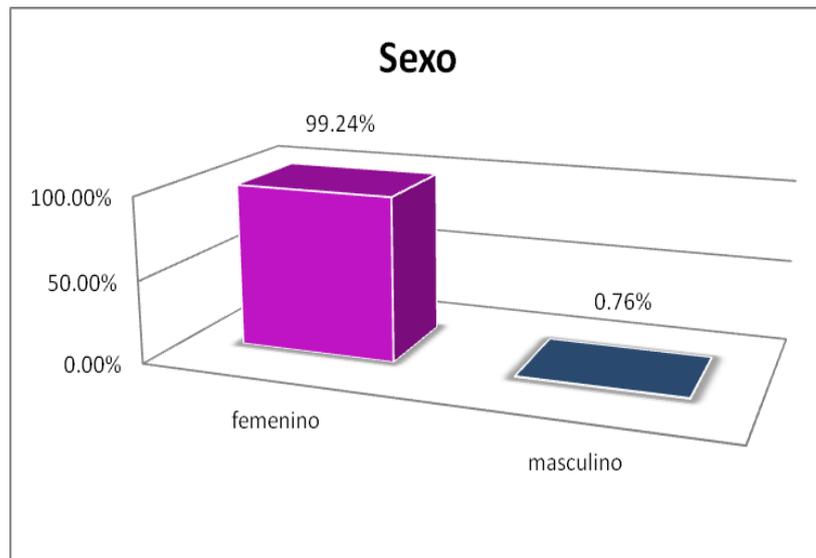


Interpretación: El 92.42% de internas encuestadas son de estado civil Soltera, el 6.06% de internas son Convivientes, el 0.76% son Casadas, el 0.76% de internas son Divorciadas y el 0% Viuda.

Tabla N°4

Sexo		Total
femenino	masculino	
131 (99.24%)	1 (0.76%)	132(100%)

Gráfico N°4

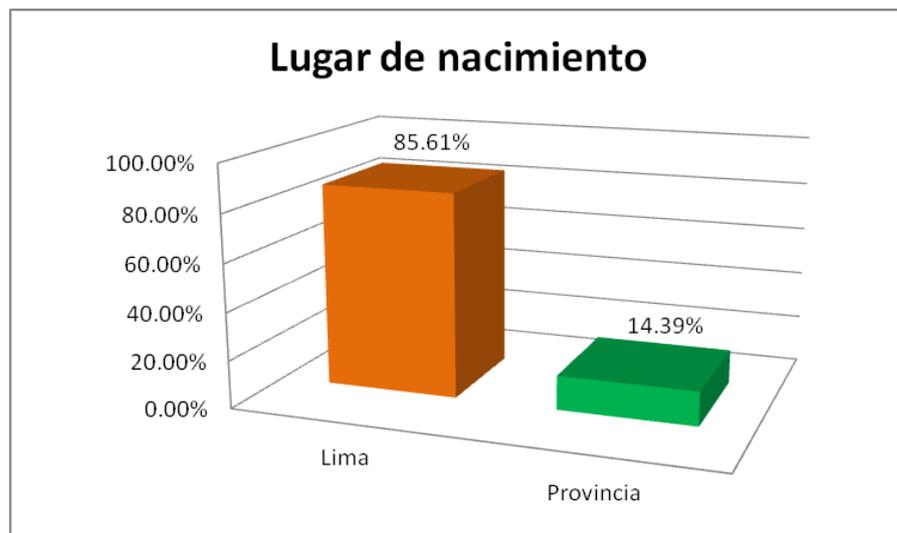


Interpretación: El 99.24% de internas corresponden al sexo femenino y el 0.76% pertenece al sexo masculino.

Tabla N°5

Lugar de nacimiento		Total
Lima	Provincia	
113 (85.61%)	19 (14.39%)	132 (100%)

Gráfico N°5

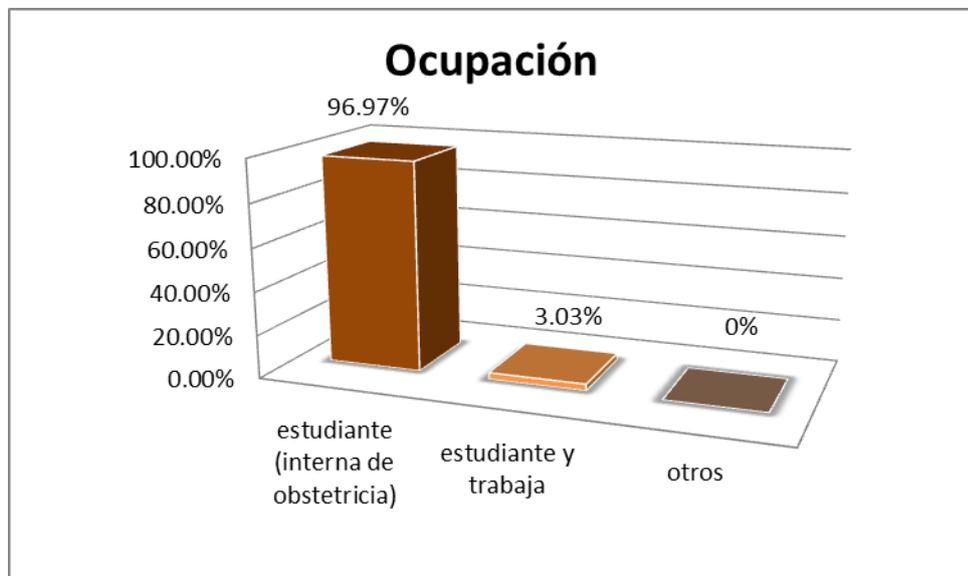


Interpretación: El 85.61% de internas corresponden al departamento de Lima y el 14.39% de internas a las diferentes Provincias.

Tabla N°6

Ocupación			Total
Estudiante(interna de obstetricia)	Estudiante y trabaja	otros	
128 (96.97%)	4 (3.03%)	0 (0%)	132 (100%)

Gráfico N°6



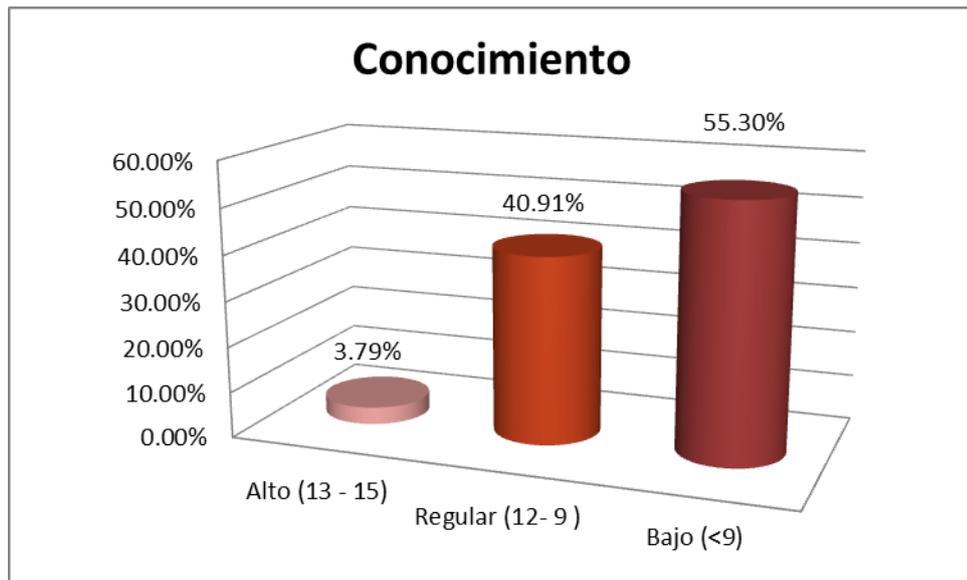
Interpretación: El 96.97% de internas encuestadas son exclusivamente estudiantes (internas de obstetricia), el 3.03% de internas trabajan y realizan el internado y el 0% otros.

CONOCIMIENTO GENERAL

Tabla N°7

Nivel de Conocimiento			Total
Alto (13 - 15)	Regular (12- 9)	Bajo (<9)	
5 (3.79%)	54 (40.91%)	73 (55.30%)	132 (100%)

Gráfico N°7



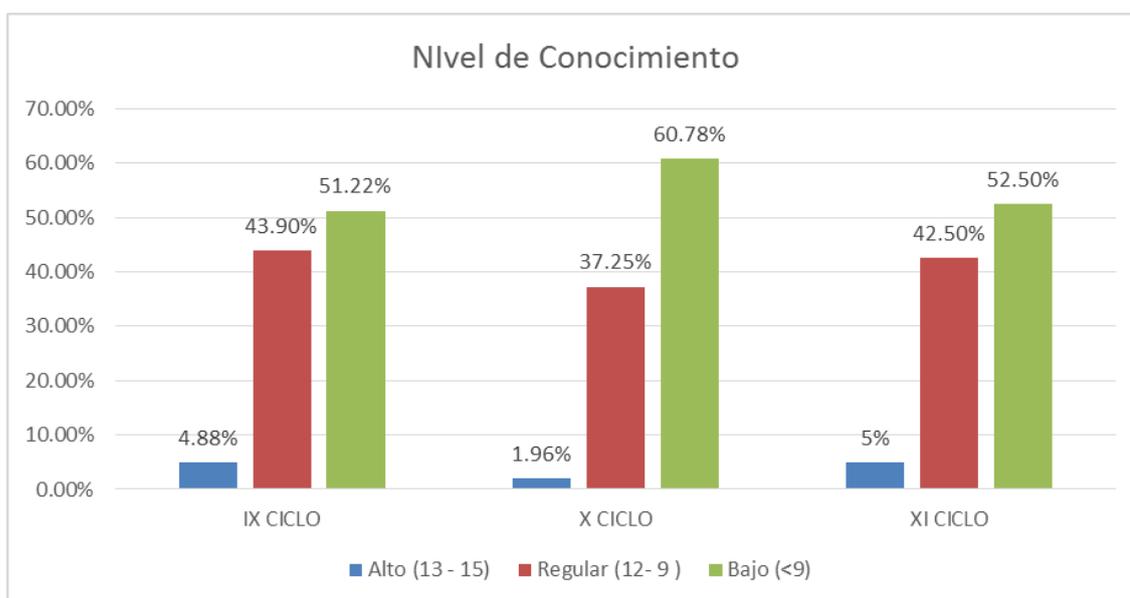
Interpretación: El 55.30% de internas encuestadas tiene un nivel de conocimiento Bajo considerando con una puntuación (< 9) puntos, el 40.91% tiene un nivel de conocimiento Regular con una puntuación de (12- 9) puntos y el 3.79% tiene un nivel de conocimiento Alto con la puntuación de (13 – 15) puntos, sobre el parto vertical.

CONOCIMIENTO POR CICLOS ACADÉMICOS

Tabla N°8

CICLO	IX CICLO	X CICLO	XI CICLO
Alto (13 - 15)	2 (4.88%)	1 (1.96%)	2 (5%)
Regular (12- 9)	18 (43.90%)	19 (37.25%)	17 (42.50%)
Bajo (<9)	21 (51.22%)	31 (60.78%)	21 (52.50%)

Gráfico N°8



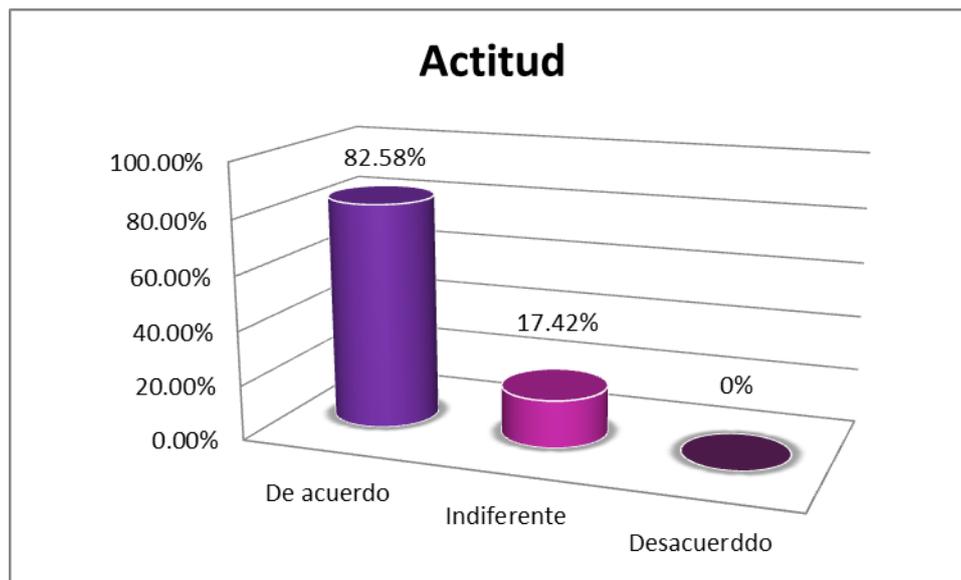
Interpretación: El 51.22% de internas del ciclo IX tienen un nivel de conocimiento bajo, el 43.90% un nivel de conocimiento regular, el 4.88% un nivel de conocimiento alto considerando la puntuación de (13-15 pts.) El 60.78% de internas del ciclo X con un nivel de conocimiento bajo, el 37.25% un nivel de conocimiento regular con una puntuación de (12-9 pts.) el 1.96% un nivel de conocimiento alto, el 52.50% se encuentran las internas del XI ciclo con un nivel de conocimiento bajo (<9 pts.) El 42.50% un nivel de conocimiento regular y el 5% un nivel de conocimiento alto, Sobre el parto vertical.

ACTITUD GENERAL

Tabla N°9

Actitud	Puntaje	N°	%
De acuerdo	34 a 50	109	82.58%
Indiferente	17 a 33	23	17.42%
Desacuerdo	10 a 16	0	0%
		132	100%

Gráfico N°9



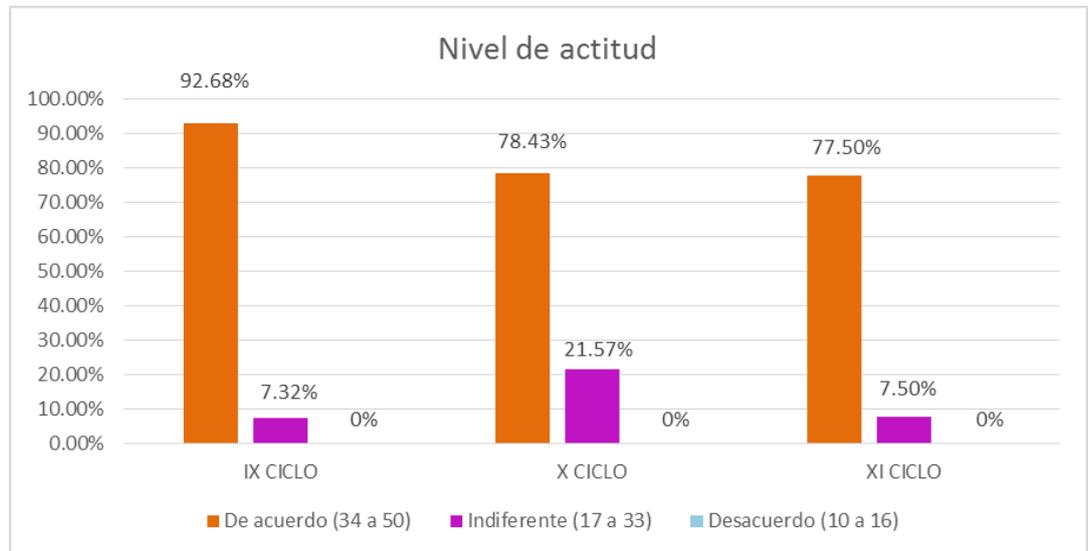
Interpretación: El 82.58% de las internas encuestadas estuvieron de acuerdo sobre el parto vertical, el 17.42% tuvieron una actitud indiferente sobre el parto vertical y el 0% estuvieron en desacuerdo.

ACTITUD POR CICLOS ACADÉMICOS

Tabla N°10

CICLO	IX CICLO	X CICLO	XI CICLO
De acuerdo (34 a 50)	38 (92.68%)	40 (78.43%)	31 (77.50%)
Indiferente (17 a 33)	3 (7.32%)	11 (21.57%)	9 (7.5%)
Desacuerdo (10 a 16)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Gráfico N°10

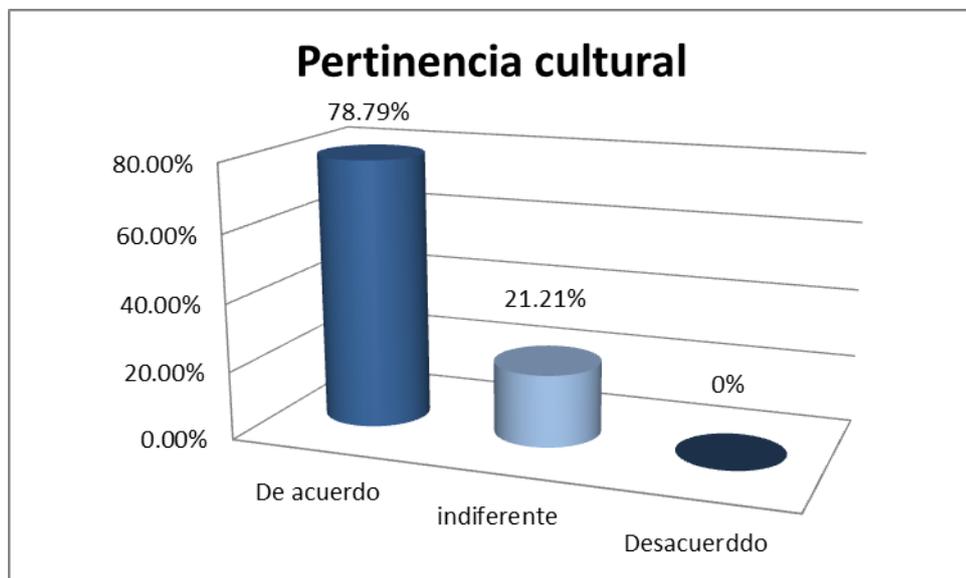


Interpretación: El 92.68% de internas del IX ciclo estuvieron de acuerdo sobre el parto vertical, el 7.32% es indiferente, el 0% estuvo en desacuerdo. El 78.43% de internas del X ciclo presento una actitud positiva, el 21.57% fue indiferente, el 0% está en desacuerdo. El 77.50% de internas del XI ciclo estuvieron de acuerdo, el 7.5% fue indiferente y el 0% está en desacuerdo sobre el parto vertical.

Tabla N°11

Pertinencia cultural			
Actitud	Puntaje	N°	%
De acuerdo	11 a 15	104	78.79%
Indiferente	7 a 10	28	21.21%
Desacuerdo	3 a 6	0	0%
		132	100%

Gráfico N°11

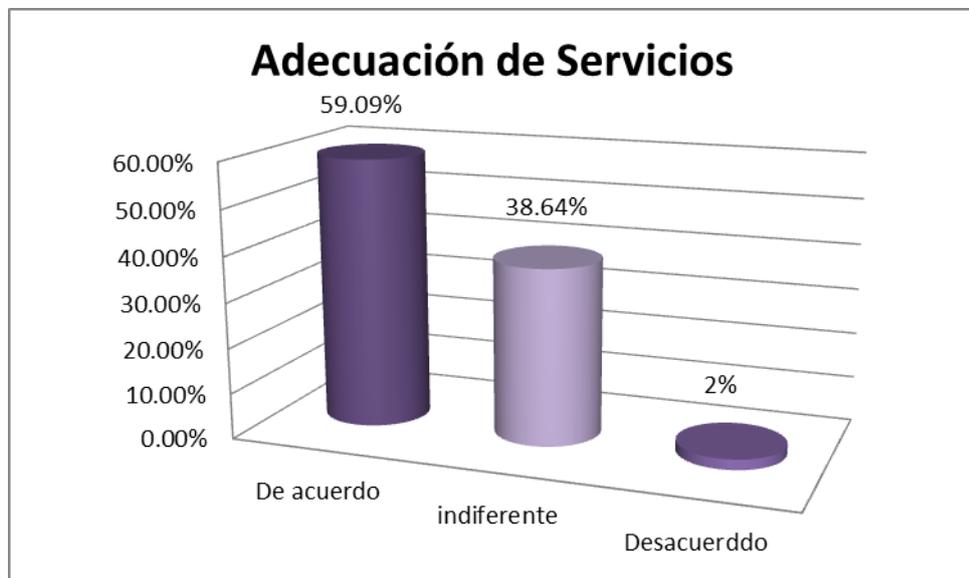


Interpretación: El 78.79% de las internas encuestadas estuvieron de acuerdo sobre el parto vertical con pertinencia cultural, el 21.21% presentaron una actitud indiferente sobre el parto vertical con pertinencia cultural y el 0% estuvieron en desacuerdo.

Tabla N°12

Adecuación de Servicios			
Actitud	Puntaje	N°	%
De acuerdo	11 a 15	78	59.09%
Indiferente	7 a 10	51	38.64%
Desacuerdo	3 a 6	3	2%
		132	100%

Gráfico N°12

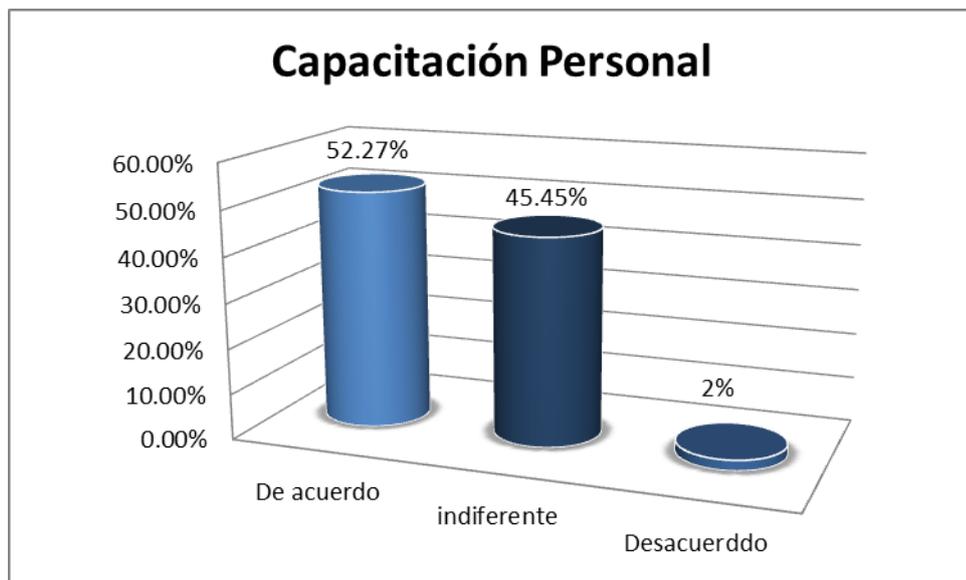


Interpretación: El 59.09% de las internas encuestadas estuvieron de acuerdo sobre el parto vertical con adecuación de servicios, el 38.64% presentaron una actitud indiferente sobre el parto vertical y el 2% estuvieron en desacuerdo con la adecuación de servicios.

Tabla N°13

Capacitación Personal			
Actitud	Puntaje	N°	%
De acuerdo	16 a 20	69	52.27%
Indiferente	10 a 15	60	45.45%
Desacuerdo	4 a 9	3	2%
		132	100%

Gráfico N°13



Interpretación: El 52.27% de las internas encuestadas estuvieron de acuerdo con la capacitación del personal sobre el parto vertical, el 45.45% presentaron una actitud indiferente con la capacitación del personal sobre el parto vertical y el 2% estuvieron en desacuerdo.

ANÁLISIS DISCUSION DE RESULTADOS

- En cuanto al nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical en el presente trabajo se encontró que el 55.30% de internas encuestadas tiene un nivel de conocimiento Bajo, el 40.91% tiene un nivel de conocimiento Regular, el 3.79% tiene un nivel de conocimiento Alto, la actitud sobre el parto vertical el 82.58% de internas estuvieron de acuerdo, el 17.42% tuvieron una actitud indiferente y el 0% estuvieron en desacuerdo. En cuanto al nivel de conocimiento y actitud se evidencia que el trabajo de León T. Mayra Mercedes, titulada “Conocimientos Y Actitudes del Personal Médico y de Enfermería en la Atención del Parto con Pertinencia Cultural”. Pocomchi: Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Postgrados; Año 2014, EL 52% de personal pertenecen a otro servicios, el 43% indican que han sido capacitados sobre la atención del parto con pertinencia cultural, el resto poseen conocimientos, que han obtenido al leer la guía y/o protocolo, En relación a la atención del parto con pertinencia cultural han atendido un número muy bajo. se concluye que el personal de salud necesita capacitaciones sobre parto vertical.

- En cuanto al nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical en el presente trabajo se encontró que el 55.30% de internas encuestadas tiene un nivel de conocimiento Bajo, el 40.91% tiene un nivel de conocimiento Regular, el 3.79% tiene un nivel de conocimiento Alto, la actitud sobre el parto vertical 82.58% estuvieron de acuerdo, el 17.42% tuvieron una actitud indiferente y el 0% estuvieron en desacuerdo. En cuanto al nivel de conocimiento y actitud se evidencia en el trabajo de Cortez Z. Marlín Guilsania, Díaz T. Clara Margarita, titulada “Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP”. Lima- Perú:

Universidad Nacional Mayor De San Marcos; Año 2013, el 93.4%, de profesionales tuvo un nivel medio, el 3.9% un nivel bajo y el 2.7%, tiene un nivel alto, la actitud que tienen los profesionales fue que el 70% de ellos tienen una actitud de indiferencia, el 15.6% tiene una actitud negativa y el 14.4% tiene una actitud positiva. Conclusión: Existe una relación entre el nivel de conocimiento medio (93.4%) y la actitud de indiferencia (70%) por parte de los encuestados frente a la atención del parto en posición vertical.

- En cuanto al nivel de conocimiento sobre el parto vertical en internas en el presente trabajo se encontró que el 55.30% de internas encuestadas tiene un nivel de conocimiento Bajo, el 40.91% tiene un nivel de conocimiento Regular, el 3.79% tiene un nivel de conocimiento alto. En cuanto al nivel de conocimiento se evidencia que el trabajo de Llumiquinga A. Diego José, titulada “Conocimientos y prácticas ancestrales del parto tradicional en las mujeres de la cultura Saraguro”. Loja –Ecuador: Universidad Nacional de Loja Área De La Salud Humana Medicina Humana; Año 2011. Donde el 100% de los conocimientos y prácticas que adquieren las parteras han sido transmitidos de generación en generación por sus familiares, el 64% de las entrevistadas optan por tener su parto en su domicilio; el 22% por el factor cultural, el 19% por falta de respeto a sus costumbres y creencias en el manejo del parto por parte del personal de salud.

- En el presente trabajo se encontró que la actitud sobre el parto vertical en las internas es positiva con el 82.58% de las internas encuestadas estuvieron de acuerdo, el 17.42% tuvieron una actitud indiferente y el 0% estuvieron en desacuerdo. En cuanto a la actitud se evidencia en el trabajo de Espinola Fany, Lavado Franshesca, Montoya Zoraida, Saavedra Ana, Varas Patricia, Ysla Cinthia, titulada “Actitud

hacia el parto vertical en estudiantes de la facultad de ciencias médicas y la facultad de educación del VII ciclo UCV". Trujillo; Año 2009, Se concluye que la actitud hacia el parto vertical entre ambos grupos de estudiantes difiere parcialmente. El 73% de los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical. El 82.1% de los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Educación presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

- ❖ El nivel de conocimiento de las internas encuestadas fue bajo en una encuesta de 15 preguntas. La actitud de las internas fue positiva quiere decir que estuvieron de acuerdo sobre el parto.

- ❖ El 55.30% de internas encuestadas tiene un nivel de conocimiento Bajo considerando con una puntuación (< 9) puntos, el 40.91% tiene un nivel de conocimiento Regular con una puntuación de (12- 9) puntos y el 3.79% tiene un nivel de conocimiento Alto con la puntuación de (13 – 15) puntos, sobre el parto vertical.

- ❖ El 82.58% de las internas encuestadas estuvieron de acuerdo sobre el parto vertical, el 17.42% tuvieron una actitud indiferente sobre el parto vertical y el 0% estuvieron en desacuerdo.

RECOMENDACIONES

- Frente a esta situación las autoridades de la universidad deberían tomar las medidas necesarias para mejorar el conocimiento de las internas logrando así profesionales competentes e idóneos.
- Capacitar, sensibilizar, y concientizar a los futuros profesionales de salud sobre los beneficios fisiológicos del parto vertical, para brindar una atención óptima y humanizada a todas las pacientes, cumpliendo los protocolos y normas de atención de parto.
- Los futuros profesionales de salud deberían reconocer que la paciente tiene el derecho de elegir la posición en la cual se sienta más cómoda para el momento del parto, así ella pueda recobrar el rol protagónico que siempre tuvo durante dicho evento.

FUENTES DE INFORMACION

1. Rendón P. Jilly Lilibeth, “Beneficios y riesgos del parto vertical semi sentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Cantón Daule”. Tesis para la optar el título de licenciada en obstetricia; Guayaquil –Ecuador: Universidad De Guayaquil Facultad De Medicina Escuela De Obstetricia; Año 2013.
2. Llumiyinga A. Diego José. “Conocimientos y prácticas ancestrales del parto tradicional en las mujeres de la cultura Saraguro”. Tesis para optar el grado de médico general. Loja –Ecuador: Universidad Nacional de Loja Área De La Salud Humana Medicina Humana; Año 2011.
3. Cortez Z. Marlín Guilsania, Lic. Díaz T. Clara Margarita “Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP”. Tesis para optar el grado licenciada en obstetricia. Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; Año 2013.
4. Bautista T. Marco Antonio. El Parto Alto-Andino Modelo De Atención Con Adecuación Intercultural En Salud Materna Perinatal. Ministerio De Salud. Año 2011. Consultado el 12 de marzo 2015 a las horas 15:00. En: <http://partoaltoandino.com/>
5. León T. Mayra Mercedes, en el trabajo “Conocimientos Y Actitudes del Personal Médico y de Enfermería en la Atención del Parto con Pertinencia Cultural”. Tesis para optar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal. Pocomchi: Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Postgrados; Año 2014.

6. Mayca Julio, Palacios F. Elsa, Medina Armando, Velásquez José E. Castañeda Dick. "Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco". Revista peruana de medicina experimental y salud pública; Año 2009. v.26 n.2. p.145-60. Consultado el 01 marzo 2015 a las horas 13:00. En:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000200004&script=sci_arttext

7. Espinola Fany, Lavado Franshesca, Montoya Zoraida, Saavedra Ana, Varas Patricia, Ysla Cinthia, "Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la facultad de ciencias médicas y la facultad de educación del VII ciclo UCV". Revista del encuentro científico internacional. Trujillo; Año 2009. v.6 n.2 p.8-16. Consultado el 02 de marzo 2015 a las horas 16:00. En:<http://ww.revistadeciencias.net/eci2009ivol6num2.pdf#page=11>

8. García Karin, Orellana Dacia, Solórzano Dora, Barrera Aída, "Conocimientos, Actitudes, Percepciones y Prácticas de Comadronas y Mujeres Acerca del Parto en Posición Vertical". Revista Médica del Colegio Médicos y Cirujanos de Guatemala; Año 2014. vol.152.n.9. p.14-22. Consultado el 03 de marzo 2015 a las horas 15:00. En: <http://www.colmedegua.org/files/RevistamedicaNo152diciembre2014Colmedegua.pdf#page=14>

9. Maldonado M. Gabriela, Trejo G. Claudia Átala, Soto M. Eric Santiago, Ortega S. Marco Antonio En El Trabajo, "Conocimientos Y Actitudes En Los Profesionales De Enfermería Sobre El Parto Vertical" Tepeji – México: Revista De Medicina Experimental Y Salud Pública Universidad

Autónoma Del Estado De Hidalgo; Año 2014, CONSULTADO EL 24 DE
NOVIEMBRE 2015 A LAS HORAS 16:00 EN
[HTTP://WWW.UAEH.EDU.MX/SCIGE/TLAHUELILPAN/N5/P2.HTML](http://www.uaeh.edu.mx/scige/TLAHUELILPAN/N5/P2.HTML)

10. Rodríguez S. Amanda Elena, Chancafe Ch. Inés, Abregu O. María Elena Trujillo Ch. Carmen, Llanos R. Ledy “Actitud De Los Profesionales De Obstetricia Frente A La Atención Del Parto Vertical” Cajamarca – Perú; Revista De Medicina Experimental vol. 005 Universidad Nacional De Cajamarca; Año 2013. Consultado el 24 de noviembre 2015 a las horas 17:15. En <http://croxiv.org/1.-%20Actitud%20de%20los%20Profesionales%20de%20Obstetricia%20Frente%20a%20la%20Atencion%20del%20Parto%20Vertical-Cajamarca.pdf>
11. Llanca R. Leandra, Ramos H. Patricia, Torres G. Dalma en el trabajo “Percepción de los Profesionales Gineco Obstetras y Obstetras de la Atención con Enfoque Intercultural a las Pacientes Obstétricas” Tacna-Perú; Revista De Medicina pag.91-94; Año 2009.
12. Carrión Juan, Ciencia y Conocimiento Científico, Investigación: Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia. Consultado el 19 de marzo 2015 a las horas 10:00. En: <http://virtual.uptc.edu.co/drupal/files/195/contenido/pdf.pdf>
13. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. N.T.N°033-MINSA/DGSP-V.01/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Lima: Ministerio de Salud; Año 2005 <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>

14. Acién A. Pedro, Documento De Consenso Segó - Asistencia Al Parto Hospital Universitario De San Juan Alicante; Año 2008. Consultado el 10 de marzo 2015 a las horas 16.00. En http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/articulos/Consenso_SEGO.pdf

15. Rodrigo A. Miquel, Enrique L. Luis, Salud indígena y derechos humanos, Unidad dos Interculturalidad en salud; Año 2000. Consultado el 09 de marzo 2015 a las horas 14:00. En: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/041874/modulo4-2.pdf>

16. Talavera Pedro, Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica; Año 2008 núm. 22, 2008, pp. 134-158. consultado el 09 de marzo 2015 a las horas 16.00. En: <http://www.redalyc.org/pdf/2932/293222950008.pdf>

ANEXOS



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

ENCUESTA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO VERTICAL EN
INTERNAS DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, 2015.**

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan una serie de preguntas las cuales deberá de marcar con una (X) la respuesta que se ajusta a su realidad.

DATOS GENERALES:

1. **Ciclo**

2. EDAD:

- a) menos de 20
- b) 20 - 24
- c) 25 - 29
- d) 30 - 34
- e) 35 – a más

3. ESTADO CIVIL:

- a) soltera.
- b) casada.
- c) conviviente.
- d) viuda.
- e) divorciada.

4. SEXO:

- a) femenino
- b) masculino

5. LUGAR DE NACIMIENTO:

- a) lima
- b) provincia

6. OCUPACIÓN

- a) estudiante (interna de obstetricia)
- b) trabaja
- c) otros

I.- CONOCIMIENTO

Marcar lo que es correcto

1. ¿Cómo define usted el parto en posición vertical?

- a) Atención del parto con la paciente en posición semi sentada
- b) Atención del parto con la paciente en posición de rodillas.
- c) Atención del parto con la paciente en posición de cuclillas
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

2. Parto vertical según MINSA se define como:

- a) Es aquel parto que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas, en sus diferentes variantes, mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto.
- b) Es aquel parto que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas en sus diferentes variantes, dentro de la casa de la comadrona.
- c) Es aquel parto que se atiende por personal médico con adecuaciones culturales ya sea en la casa de la comadrona o en casa de la madre.

3. Beneficios de la atención del parto en posición vertical

- a) Menos presión sobre la aorta y vena cava.
- b) Disminución del dolor, contracciones uterinas más fuertes y eficaces.
- c) Se favorece el encaje y descenso del feto por la acción positiva de las fuerzas de la gravedad.
- d) Todas las anteriores

4. ¿Cuál cree que tiene un proceso fisiológico más favorable para la parturienta?

- a) Parto horizontal
- b) Parto vertical
- c) Ninguna de las anteriores

5. En el parto vertical, ¿la expulsión del recién nacido es rápido?

- a) Si
- b) No

6. Complicaciones durante la atención del parto vertical.

- a) Laceraciones a nivel del periné.
- b) Prolapso de cordón.
- c) Salida brusca del feto.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

7. Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación la cesárea?

- a) Si
- b) No

8. Desventajas de la atención del parto en posición vertical

- a) Mayor frecuencia de desgarros de la vagina.
- b) Mayor pérdida sanguínea cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento.

- c) Es más incómodo para el personal asistencial
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores.

9. ¿Conoce si existe una Norma Técnica sobre la Atención del Parto Vertical con adecuación intercultural?

- a) Si
- b) No

10. En el Parto Vertical, durante el alumbramiento, es falso?

- a) La parte debe ponerse en posición horizontal.
- b) No debe ser dirigido.
- c) Se puede provocar náuseas estimulando la úvula
- d) Se puede permitir que la paciente sopla una botella.
- e) Se puede amarrar el cordón al pie o a la pierna de la parte para evitar que se meta de nuevo.

11. ¿Cuál de estas proposiciones considera adecuaciones culturales?

- a) Derecho a elegir la posición para ser atendido el parto.
- b) Acompañamiento de un familiar en el servicio y durante la atención del parto.
- c) Atender a la paciente, con amabilidad y respeto en su idioma materno,
- d) Todas las anteriores

12. ¿La atención del parto en los Servicios de Salud debe ser con adecuación cultural?

- a) Si
- b) No

13. La guía técnica de la atención de parto vertical tiene como objetivo

- a) Mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural.
- b) Establecer el marco normativo para la atención del PV con adecuación intercultural en los diferentes niveles de atención de la red prestadora de servicios de salud.
- c) Aplicar en los establecimientos de salud nivel I-4, nivel II, nivel III, para la atención del PV con adecuación intercultural.
- d) todas las anteriores.

14. Posición que aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo así el descenso del feto por el canal del parto?

- a) Posición sentada.
- b) Posición de rodillas.
- c) Posición cogida de la soga.
- d) Posición de cuclillas

15¿Cree que en el parto vertical (parada, rodillada, sentada, etc.) el sangrado genital es?

- a) Abundante
- b) Moderado
- c) Escaso

ACTITUDES

INSTRUCCIONES.

A continuación se presentan un conjunto de proposiciones (lado izquierdo) y las alternativas de respuesta (lado derecho), marque con un aspa (X) en el que crea conveniente:

- 5 Totalmente de Acuerdo.
- 4 De Acuerdo.
- 3 Indiferente
- 2 En desacuerdo.
- 1 Totalmente en desacuerdo.

	5	4	3	2	1
1.La mejor forma de atención de parto es la posición vertical					
2 .Un familiar debe estar presente en la atención del parto vertical					
3.La implementación del parto vertical en los establecimientos de salud es un avance a la obstetricia					
4. Se debe tener equipamiento necesario para la atención del parto vertical					

5. El parto vertical se debe implementar en los establecimientos de salud					
6.¿Está de acuerdo con la aplicación de La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural por parte del MINSA?					
7.Cómo Parte de su formación profesional debe estar capacitado en la atención del parto vertical					
8. Parto vertical debe ser atendido por un profesional capacitado					
9. La formación académica recibida le permite participar activamente en la atención de un parto vertical					
10.Los obstetras deben tener exclusividad en atención de parto vertical					

