



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

**“VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL PARTO VERTICAL VERSUS
PARTO HORIZONTAL EN GESTANTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD DE CURAHUASI EN EL PERIODO AGOSTO – NOVIEMBRE DEL
2015”**

INFORME FINAL DE TESIS

**PRESENTADO POR LA BACHILLER EN OBSTETRICIA:
Kcacha Montes Sandra Betzabé**

**ASESOR:
Dr. Marco Antonio Córdova Rosell**

**Andahuaylas – Perú
2016**

Se dedica este trabajo a:

Mis queridos Padres y a nuestro Señor Dios,
Por sus cuidados, su amor y su protección;
por renovar nuestras fuerzas cada día para
vencer los obstáculos.

AGRADECIMIENTO

- Uno de los valores del ser humano es la gratitud, por lo que quiero dejar presente mis más sinceros agradecimientos por la ayuda brindada para la realización del presente trabajo investigativo, a mis padres, a mi hermano y por supuesto sin la ayuda de Dios no sería posible la elaboración de este trabajo.
- A la Universidad Alas Peruanas por haberme acogido durante estos cinco años.
- Al Centro de Salud de Curahuasi de la Red de Salud Abancay. Por darnos la oportunidad de aplicar nuestros conocimientos.
- Al Dr. Marco Antonio Córdova Rosell querido asesor por su enseñanza y paciencia durante la elaboración del presente trabajo.

RESUMEN

En el presente trabajo investigativo realizada de forma prospectiva, con la finalidad de determinar las ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal en gestantes atendidos en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto- noviembre del 2015. Para ello se encuestaron a 135 gestantes. Dando a conocer el nivel de instrucción de las mujeres el 44% han cursado la instrucción primaria, el 33% la instrucción secundaria, 8% sin estudios.

La preferencia en la forma de parto en las mujeres durante la fase expulsiva es el horizontal con un 64% y para parto vertical con un 36%, donde las mujeres prefieren la posición horizontal. La variedad de posiciones elegida por las mujeres para el parto vertical es cuclillas con el 44%, parada el 40% concluyendo que aún nos falta mucho para conocer por qué optan más por dichas Posiciones, como ya mencionamos el nivel de instrucción de las mujeres, me permitió hacer un desglose de los conocimientos sobre las complicaciones que se presentan durante el parto, entre estas destacan hemorragia genital escasa con el 65%, moderada con el 20% y desgarros con un 18%, además de la realización de episiotomías con un 7% en el parto horizontal en relación al parto vertical indican una hemorragia genital escasa con un 7%, moderada con el 36% y desgarros con un 3%, siendo menor definitivamente para este.

Dentro de los beneficios percibidos por las mujeres durante la fase expulsiva, la expulsión del RN (Recién nacido) es rápida, mejor posición para pujar, brinda un ambiente familiar, menos hemorragias, manejo y atención pos-parto adecuado a sus costumbres, además permite desplazarse con facilidad y mejor tolerancia al dolor.

En la actualidad la constitución de la república ampara el parto vertical, por lo que se han implementado en áreas de salud, salas de parto culturalmente adecuado como en el Centro de Salud de Curahuasi.

ABSTRACT

In this research work conducted prospectively in order to determine the advantages and disadvantages of the horizontal versus vertical birth delivery in pregnant women treated at the Health Center Curahuasi in the period August-November 2015. This 135 were surveyed pregnant. Making awareness of the of education level women 44% have completed primary education, 33% secondary education, 8% without studies.

The preference in the form of childbirth in women during the expulsive phase is horizontal with 64% and vertical delivery with 36%, where women prefer the horizontal position. The variety of positions chosen by women for vertical delivery is squatting with 44%, save 40% concluding that we still have much to learn why opt more for these positions, as already mentioned the level of education of women, it allowed me to make a breakdown of knowledge about the complications childbirth, among these include poor genital bleeding with 65%, moderate in 20% and tears with 18%, in addition to performing episiotomies with 7% in the horizontal delivery in relation to vertical delivery show little genital bleeding 7%, moderate 36% more tears with 3% being definitely less for this.

Among the benefits received by women during the expulsive phase, the expulsion of the RN (Newborn) it is faster, better position to bid, offers a family atmosphere, less bleeding, handling and care postpartum appropriate to their customs, also it allows more freely and better tolerance to pain.

At present, the constitution of the republic protects the vertical delivery, which has been implemented in health culturally appropriate delivery Health Center Curahuasi.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	3
1.3.1 problema principal.....	3
1.3.2 problemas secundarios.....	3
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4.1 objetivo general.....	4
1.4.2 objetivos específicos.....	4
1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.5.1 hipótesis general.....	4
1.5.2 hipótesis secundarias.....	5
1.5.3 variables de la investigación.....	5
1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.6.1 tipo de investigación.....	7
1.6.2 nivel de investigación.....	7
1.6.3 métodos de investigación.....	8
1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.7.1 población.....	8
1.7.2 muestra.....	8
1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	8
1.8.1 técnicas.....	8
1.8.2 instrumentos.....	8
1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	8

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.2 BASES TEÓRICAS	13
a. parto horizontal.....	13
a.1. ventajas de la posición horizontal.....	14
a.2. desventajas de la posición horizontal.....	14
a.2.1. efectos respiratorios.-.....	14
a.2.2. efecto poseiro.....	15

a.2.3. efectos mecánicos.-.....	15
a.2.4. efectos psicológicos.-.....	16
b. parto vertical.....	17
b.1. ventajas del parto vertical según la OMS.....	18
b.2. desventajas de la posición vertical.....	21
c. atención culturalmente adecuado durante el parto.....	21
d. atención durante el periodo expulsivo.....	23
d.1. aplicaciones.....	23
d.1.1. posición cuclillas – variedad anterior.....	24
d.1.2. posición de cuclillas- variedad posterior.....	24
d.1.3. posición arrodillada.....	25
d.1.4. posición de pie.....	25
d.1.5. posición hincada.....	26
d.1.6. posición sentada.....	26
d.1.7. posición cogida de la soga.....	26
e. alumbramiento y placenta.....	26
f. atención culturalmente adecuada durante el puerperio inmediato.....	27
g. alimentación.....	28
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	29

CAPÍTULO III

3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	34
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	49
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	50

**ANEXOS:
CUESTIONARIO / MATRIZ.**

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la gran mayoría de mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas o arrodilladas. El personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal (acostada); pero el ministerio de salud al evaluar esta situación problemática de estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos; poniendo en riesgo su salud y la vida de ellas y su niño por nacer en caso de que se presente alguna complicación, según el informe 2008 de la ONG Proyecto del Consorcio Madre-Niño, Indican que el 90 % de usuarias del departamento de Huancavelica, manifestó sentirse satisfecha por el trato recibido y asegura que volvería a recurrir a los establecimientos del MINSA. Un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) hizo un cálculo que se producirían 410 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; es decir en el Perú una mujer fallece cada cuatro horas a consecuencia del embarazo, durante el parto o después de él, debido a que no se acepta la posición del parto vertical como una costumbre típica de ellas (interculturalidad).

La elección de la posición vertical permite que durante el trabajo de parto se descarte el uso de fármacos y de la anestesia local en zona perineal; así mismo la episiotomía no se realiza lo que le otorga más comodidad a la mujer y menos riesgos de desgarros.

En lugar a ello como muestra de afectividad durante este proceso del parto se permite que la parturienta este acompañada de sus familiares más allegados practicándose a sí «El parto humanizado» A comparación con la posición horizontal la pelvis de la mujer se aplana haciendo el parto más difícil, en cambio se cree que en el parto vertical la fuerza de la gravedad juega un papel fundamental facilitando la dilatación por el peso que ejerce el bebé sobre el canal de parto, que además se encuentra mejor orientado. El Ministerio de Salud del Perú aprobó la Norma técnica para la atención del parto vertical con

adecuación intercultural con el fin de mejorar el acceso de la mujer andina y amazónica a los servicios de salud en la atención del parto.

La “norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional que, si bien son marcos conceptuales deferentes, no significa que tienen que estar contrapuestos, pudiendo complementarse. Implica rescatar las costumbres y posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en la que desea ser atendida, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, el bebe y el entorno familiar”.⁽⁴⁾

En muchas regiones andinas y rurales del Perú ya se respeta la forma de dar a luz de las mujeres y, por ello, las gestantes alumbran mediante el parto vertical. Con esta estrategia en los últimos años se ha reducido notoriamente las muertes maternas y neonatales. Asimismo en este presente trabajo vamos a conocer a uno de los distritos de la provincia de Abancay llamado Curahuasi, donde el 66% de la población llega a este mundo de pie (parto vertical) En el distrito de Curahuasi, de la provincia de Abancay en región Apurímac, siete de cada diez mujeres dan a luz mediante el parto vertical, es decir ellas alumbran de pie, sentadas, apoyadas en una o dos rodillas, de cuclillas, mientras que el personal de salud se coloca delante o detrás de la gestante para ayudar en el trabajo de parto.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Durante la última década: En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.

Conversamos con la jefa de obstetricia del Servicio de Salud Curahuasi, Norma, quien nos explicó los avances hacia la reducción de la mortalidad materna y perinatal en la región.

“En los últimos años se han desarrollado estrategias e iniciativas importantes orientadas a la reducción de las tasas de mortalidad materna y perinatal, tales como la creación de casas de espera

maternas y la adecuación cultural de los servicios para atender parto vertical con el fin de incrementar la incidencia del parto institucional y, de esta manera, responder a la atención efectiva y oportuna de las complicaciones obstétricas. Incluso tenemos también a las parteras como aliadas y derivan a las mujeres de sus comunidades al servicio de salud”, señaló ⁽⁹⁾.

También comentó que se ha invertido en infraestructura, equipamiento y capacitación del personal del Ministerio de Salud para mejorar su capacidad resolutive frente a las situaciones que ponen en riesgo la supervivencia de madres y recién nacidos.

Desde hace diez años el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Esto es que las mujeres, si es que su condición lo permite (si no tienen ninguna complicación como una placenta previa o un niño que viene con el cordón umbilical enredado, por ejemplo), puedan dar a luz en posición vertical, tal como lo hicieron sus madres, abuelas y bisabuelas.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se realizó en el distrito de Curahuasi, provincia de Abancay, departamento de Apurímac, Perú.

1.2.2 Delimitación Social

El presente trabajo de investigación se realizó en gestantes que acudieron para el parto en el Centro de Salud de Curahuasi.

1.2.3 Delimitación Temporal

El estudio se desarrolló durante los meses de agosto a noviembre del 2015.

1.2.4 Delimitación conceptual

La investigación se realizó en base a las teorías relacionadas al parto vertical y parto horizontal.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema principal

-¿Cuáles son las Ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal en Gestantes atendidos en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015?

1.3.2 Problema secundario

-¿Cuál de las formas de atención al parto es más aceptada por las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015?

-¿Cuáles son las variedades de posición vertical para el parto en las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015?

-¿Cuáles es el nivel conocimiento de las complicaciones más frecuentes en el parto vertical y horizontal entre las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015?

-¿Cuáles son las ventajas y desventajas que trae consigo el parto vertical y el horizontal para el hijo y la familia de las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015?

1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

-Determinar las ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal en gestantes atendidos en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto- diciembre del 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

-Cuantificar la forma de atención del parto que es más aceptada por las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-diciembre del 2015

-Identificar las variedades de la posición vertical para el parto en las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-diciembre del 2015.

-Identificar el nivel de conocimiento de las complicaciones más frecuentes en el parto vertical y horizontal entre las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto- diciembre del 2015.

-Conocer las ventajas y desventajas que trae consigo el parto vertical y el horizontal para el hijo y la familia de las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis general

-Ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal en Gestantes atendidos en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

-Formas de atención al parto es más aceptada por las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015.

- Variedades de posición vertical para el parto en las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo de agosto-noviembre del 2015.

-Nivel conocimiento de las complicaciones más frecuentes en el parto vertical y horizontal entre las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015.

-Ventajas y desventajas que trae consigo el parto vertical y el horizontal para el hijo y la familia de las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto-noviembre del 2015.

1.5.3. Identificación y clasificación de variables e indicadores

Variable independiente

Parto vertical, parto horizontal

Operalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Índice o criterios de evaluación
1.-parto horizontal	1.a.ventajas	1. favorece la revisión médica. 2. favorece la comodidad del personal de salud (óptimo desempeño). 3. disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.	1. Presente 2. Ausente

2-parto vertical			
	1.b.desventajas	1. efectos respiratorios. 2. efecto poseiro. 3. efectos mecánicos. 4. efectos psicológicos.	1. Presente 2. Ausente
	2. a. Ventajas.	1. dolor	1. Leve 2. moderado 3. severo
		2. mayor comodidad 3. facilita el canal del parto 1.incomodidad en la atención(para el personal de salud)	1.satisfacción 2.Insatisfacción 1. si 2. No
2. b. desventajas.	2.aumento el riesgo de pérdida sanguínea (alumbramiento)	1.satisfacción 2.Insatisfacción	

	2.c tipos	3.1. Posición cuclillas. 3.2. Posición arrodillada. 3.3. Posición de pie. 3.4. Posición hincada. 3.5. Posición sentada. 3.6. Posición cogida de la soga.	1.Leve 2.Moderado 3.severo Número de gestantes
--	-----------	--	--

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es básica, porque contribuyera a generar mayor conocimiento sobre un tema ya existente.

Es de carácter descriptivo de corte transversal ya que se determinara la situación de las mujeres en un momento definido.

1.6.2 Nivel de Investigación

El siguiente trabajo de investigación es descriptivo, porque se describirá el fenómeno tal y conforme se encuentra en la realidad.

1.6.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El método aplicado en el presente trabajo es deductivo. Porque describió un fenómeno de la realidad partiendo de lo general a lo específico.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Población

La población estuvo comprendida por 135 gestantes que acudieron para la atención de parto al Centro de Salud de Curahuasi en el periodo de agosto a noviembre del 2015.

1.7.2. Muestra

Se trabajó con el total de la población.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.2. Técnicas

Una vez obtenida la información se elaboró la base de datos en el programa en la hoja de cálculo (Excel), seguidamente se realizó operaciones previas con las variables como: recodificar, calcular así se procedió a ejecutar los estadísticos, representadas en tablas.

1.8.3. Instrumentos

Se construyó un cuestionario con la finalidad de medir las ventajas y desventajas del parto vertical. Los cuales, a su vez miden las ventajas, desventajas y tipos de parto vertical. La validez del instrumento fue determinada por el criterio de jueces.

1.9 JUSTIFICACIÓN E INPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

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

En los últimos años, el Ministerio de Salud, ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de los servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, reconociendo que es imprescindible garantizar el respeto por sus culturas, como requisito indispensable para brindar un servicio de calidad.

Es necesario la realización de este trabajo porque nos va a permitir darnos cuenta la carencia de conocimientos que presentan las gestantes, y la falta de interés por instruirse en las consultas prenatales, lo cual genera una idea errada sobre el nacimiento de un hijo, pensando así que esta cómoda modalidad de parto va a influir en los principios inculcados en su cultura. Nos va a permitir también comparar y e identificar cuáles son las diferencias frente a un parto horizontal.

La importancia de esta propuesta es relevante porque pretende cambiar los parámetros establecidos en base a las opciones de parto que tiene una paciente demostrando que los beneficios son mayores frente a un parto horizontal.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional

Sabatini et al (2009) profesor en la Universidad de Campiñas Brasil, sostiene según su experiencia, cuando la mujer está acostada o en posición horizontal el peso del feto puede comprimir las venas aorta y cava, lo que, en algunos casos, dificulta el intercambio placentario para recibir oxígeno. Justifica su teoría en un hecho tan simple como es la propia gravedad. Así, cuando la mujer se encuentra en posición vertical, el niño cae prácticamente por su propio peso, mientras que en posición horizontal el niño debe realizar un esfuerzo mayor, ya que el nacimiento se produce hacia arriba. Cuando la madre está pariendo de cuclillas, las fuerzas que ejerce la pelvis para la expulsión aumentan un 20%, respecto a cuándo el parto se lleva a cabo en posición horizontal. Este hecho se ha demostrado mediante exámenes radiológicos y sólo ocurre cuando el parto acontece de cuclillas. También ha demostrado, a través del análisis de diversas medidas de presiones, que la fuerza que ejerce la mujer en la fase expulsiva del parto es mucho más fuerte en posición vertical. "Además, es evidente que la vagina se encuentra más relajada y, por tanto, se abre con mayor facilidad, lo que supone menor sufrimiento para ella y más beneficios para el bebé", ha indicado el Prof. Sabatini. Tradicionalmente se ha sugerido que la adopción de la postura vertical para el nacimiento se

restringía a civilizaciones menos avanzadas, cuando la fisiología también alcanza a mujeres de culturas más avanzadas y sus beneficios se han demostrado científicamente. La cuestión siguiente se basa en descifrar por qué si esta postura para el parto parece ser más segura y beneficiosa para la madre y el hijo no se ha universal "es evidente que para el profesional el trabajo del parto en posición horizontal es mucho más fácil, pero no hay que olvidar quién es el que importa en el momento del parto". ⁽¹⁾

En una Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09) realizada en Guatemala, se llegó a la conclusión que: La cobertura de partos institucionales en el área rural de nuestro país es bastante baja, esto en base a los datos que publicó la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) en el año 2008-09 los cuales establecen que en cinco años previos a la publicación de resultados de la encuesta solo un 0.1% de los partos fueron atendidos en Centros de Atención Permanente (CAP) mientras que un 61.8 % fueron atendidos en la casa de las madres y un 1.2% en casa de las comadronas, un 26.5% fueron atendidos en Hospital público, 2.4% en centros de salud, un 0.1% en puestos de salud, un 0.1% en Centros de atención CAIMI, el 0.3% en maternidad cantonal, otro 0.1% en centros comunitarios de salud, un 4.0% en IGSS, un 1.2% en Hospitales privados, 1.0% en clínica privada y el 0.5% restante en APROFAM. Respecto a las personas que brindaron la asistencia durante el parto la encuesta concluyó que en el área rural de nuestro país un 36.6% de los partos fueron bajo asistencia de personal médico o de enfermería mientras que un 54.4% la asistencia fue dada por comadronas, un 8.4% por familiar o amigo y el 0.7% no recibió asistencia; en la región de Sur Occidente un 45.1% fue asistido por personal médico o de enfermería y un 51.4% por comadronas, un 2.8% por familiar o amigo y el 0.3% restante no recibió asistencia⁸; en el departamento de Sololá únicamente un 25.2% de los partos atendidos fueron asistidos por personal médico o enfermería mientras que un 73.8% fueron asistidos por comadrona, un 0.8% por familiar o amigo y el 0.2% restante no recibió asistencia, esto nos lleva a analizar que la gran mayoría de la población

materna prefiere ser asistida por comadronas y no por personal médico calificado, lo cual lleva a la baja cobertura del parto institucional y a elevar los índices de morbi-mortalidad materna.⁽²⁾

A nivel Nacional

Según Carpio et al (2008) Coordinadora Nacional de Estrategia Nacional de la Salud y Reproductiva, sostiene que las posiciones verticales de atención del parto cuentan ahora con una carta ciudadanía en los servicios de salud de nuestro país y en muchas partes del mundo poseen fundamentos científicos y culturas claros, con reconocimiento de la OMS sin embargo, continua faltando en la formación del personal de salud, la información que cuenta de estos elementos, estamos conscientes de que el proceso de modificación de las condiciones de la atención del embarazo y parto es todo un reto, que requiera. Es importante modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre y también muchas modificaciones sean cómodas para el personal médico, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto. Esperamos que estos lineamientos favorezcan la humanización de la atención del parto y específicamente mejore la atención de la población indígena, estudios epidemiológicos demostraron el incremento de 24%(2000) a 44%(2004) para la atención de partos en los servicios de salud.⁽³⁾

Según LA NORMA TÉCNICA DE ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL (2005), sostiene que el ministerio de salud en el marco de los lineamientos de política de salud y en cumplimiento de su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad, tendientes a la satisfacción de las necesidades de salud de la población, facilita instrumentos técnicos normativos de cumplimiento en las instituciones de la salud en el ámbito nacional la norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural propone extender fuentes de enriquecimiento mutuo entre el

modelo occidental y tradicional que si bien son marcos conceptuales diferentes , implica rescatar costumbres y posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en la que desea ser atendida ,reforzando el vínculo afectivo entre la madre ,el feto y el entorno. Mejorar el acceso de la población andina y alta amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural. ⁽⁴⁾

Según OJEDA et al (2008) profesora asociada UAC en su libro alumbramiento dirigido en parto vertical, sostiene que el alumbramiento en la atención del parto vertical debe hacerse en posición dorsal, debido a que el parto vertical produce sangrado en regular cantidad se debe realizar alumbramiento dirigido con oxitócica 10 UI inmediatamente después de la salida de bebe. se debe usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta, según Las costumbres de la zona rural, pinzar el cordón o amarrarlo al pie de la mujer para evitar que se meta de nuevo, controlarla el sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de la conciencia de la madre y las funciones vitales(pulso, presión arterial),realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina o cuello uterino. En caso de presentarse alguna complicación en el periodo de alumbramiento se debe canalizar inmediatamente una cánula N 18 administrando de cloruro de sodio al 9/00 y referir a un establecimiento de mayor complejidad.com el fin una adecuada atención del parto vertical con adecuación intercultural en el periodo de alumbramiento, para disminuir la mortalidad materna y perinatal. ⁽⁵⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

a. PARTO HORIZONTAL

Concepto: es la posición en decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. Se conoce con el nombre de posición de litotomía. ⁽⁶⁾

El útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardiaco, hipotensión bradicardia, así mismo puede originar alteración de la irrigación de la placenta y la reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (Compresión Aorta – Cava).

Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal, si el periodo expulsivo se prolonga. ⁽⁷⁾

Los diámetros intrapelvicos, maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (Maniobra muy utilizada para la atención de la distocia de hombros), por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores.

La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad.

La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación. ⁽⁷⁾

a.1. VENTAJAS DE LA POSICIÓN HORIZONTAL

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

Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

a.2. DESVENTAJAS DE LA POSICIÓN HORIZONTAL

a.2.1. Efectos respiratorios.- La posición horizontal de la madre favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero- placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las

deficiencias en la forma de respirar, lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal. ⁽⁸⁾

a.2.2. Efecto Poseiro.-Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 gr), útero (1,100 gr), placenta (600 gr), líquido amniótico (900 gr) y flujo sanguíneo útero placentario (650 gr), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves. Se disminuye el gasto cardíaco y se repleta la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial.

La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural). Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la paciente.

Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. ⁽⁸⁾

Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen una cascada de efectos muy peligrosos que pueden terminar con la muerte fetal; caída del pH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdica.

a.2.3. Efectos mecánicos.- La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza

o entorpece la mecánica del parto como sucedería si se tratase de comer o defecar estando acostado y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.

Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como "peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros. ⁽⁸⁾

a.2.4. Efectos Psicológicos.- Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia del hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. Muchas mujeres refieren que se sienten tratadas como si fuesen niñas, desvalorizadas (no se toma en cuenta lo que ellas sienten y solicitan) y humilladas (de acuerdo a cada cultura estar en esa posición puede resultar muy humillante). En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño (elementos generalmente no tomados en cuenta en la formación de los Gineco-obstetras). ⁽⁸⁾

b. PARTO VERTICAL

Concepto.-en esta posición la columna vertebral de la mujer forma un ángulo de 90 - 135° con el plano horizontal. Para empezar no hay que mantener un ángulo estricto durante el parto, ya que la mujer puede tomar la inclinación que le resulte más cómoda. Además, de estar cómoda

significará una actividad efectiva y un bienestar mayor. El ángulo ideal puede obtenerse arrodillada, en cuclillas o sentada en un sillón de partos, este último asegura todas las ventajas del parto vertical, con comodidad y descanso para la mujer, a la vez que permite el control correcto de la partera o el médico que está acompañando a la mujer. ⁽¹⁰⁾

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 facilitar el nacimiento, disminuyendo los traumatismos del recién nacido.

- Las mujeres parturientas en posición vertical, arrodillada, sentada o de pie, las contracciones uterinas son más intensas, en frecuencia, actividad uterina y coordinación, que las del parto en posición horizontal. ⁽⁷⁾
- En posición vertical sentada se ha encontrado mayor efectividad en el pujo, por la mejor disposición de la musculatura abdominal para contraerse.
- Paciornik expresa que en la posición vertical materna es más difícil para el feto pueda aspirar líquido amniótico, meconio y sangre. ⁽⁷⁾
- Caldeyro Barcia demostró que los valores de la gasometría en arteria y vena umbilical del recién nacido fueron mejores en los recién nacidos en posición vertical, no comprime los grandes vasos, la aorta ni la vena cava inferior, arterias iliacas maternas, ni en la irrigación de la placenta y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto, evitando además el síndrome “supino hipotensivo”. ⁽¹⁷⁾
- Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción.
- 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.

- El parto vertical proporciona beneficios Psico-afectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto. ⁽⁷⁾
- Klaus y Kennel señalaron que la posición vertical disminuyó significativamente las intervenciones obstétricas con fórceps, extracción al vacío, maniobra de Kristeller y episiotomía.
- Gonzalo Díaz señaló que la incidencia de cáput sucedáneo fetal fue menor en el grupo en posición vertical.
- Flyny Nelly encontró una mejor y significativa puntuación del test de APGAR a los 1 y 5 minutos, para los niños nacidos de madres en posición vertical).

b.1. LA OMS (Organización Mundial de la Salud) SUSTENTAN CON EVIDENCIA CIENTÍFICA LAS VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL PARA LA PARTURIENTA Y EL BEBÉ

- .La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre (Bieniarz, 1966).
Como se sabe, la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal.
- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido anteroposterior y 1cm en sentido transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxofemoral (Russell, 1969).
- Un mejor equilibrio ácido base fetal durante el período de dilatación (Arbues, 1982), como en el expulsivo (Gallo, 1992); (Caldeyro Barcia, 1987); (Sabatino, 1992); facilitando la transición feto-neonatal.
- Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos

intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de latido cardíaco fetal (Méndez Bauer, 1975).

- Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxofemoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.
- Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta (Sabatino, 1992); (Paciornik, 1992); (Dunn, 1976). ⁽⁷⁾
- Efectos respiratorios: El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 mm Hg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical (Méndez Bauer, 1976). Esta postura también favorece una mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección"). Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. ⁽⁸⁾

Él feto, una vez iniciado su descenso, por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se

cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transverso, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones de cuclillas y arrodilla. El modelaje cefálico fetal es menor.

- Efectos musculares: Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interna de la ingle y muy cerca de la parte interna de la rodilla), se encuentran los músculos abductores.

Antiguamente se los llamaba custodios virginitates, custodios de la virginidad.

El abductor colabora en la apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayuda a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del feto.

Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de este músculo. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir. ⁽⁸⁾

- Eficiencia de la combinación del útero; prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo.
- Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes. ⁽⁸⁾
- La posición vertical evita el prolapso del cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello, aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconseja la de ambulación y la posición vertical.

- Se proporciona beneficios Psicoafectiva importantes a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, control, participación y mayor satisfacción durante y después del parto.
- Cuando el cuerpo se encuentra en posición vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas naturales.

b.2. DESVENTAJAS DE LA POSICIÓN VERTICAL

Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para los médicos. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico, se pueden encontrar cómodos.

La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres occidentales que ya no se acuclillan para defecar. Sin embargo existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar. ⁽⁸⁾

C. ATENCIÓN CULTURALMENTE ADECUADO DURANTE EL PARTO

c.1. Identificación de factores de riesgo obstétrico perinatal

- El personal debe brindar información adecuada a las usuarias que van a dar a luz, durante la atención del parto sobre los procedimientos que se le va a realizar a la parturienta, para que genere un ambiente de seguridad y confianza entre la parturienta y el personal de salud, (La información debe ser en palabras sencillas y claras sobre el progreso de la labor de parto, evitando el uso de términos técnicos y debe ser con afectividad, consejo y dialogo), mejor si es en el idioma nativo.

- El personal debe brindar un trato adecuado a las usuarias que van a dar a luz (Que se trate con expresión de amistad y de acercamiento entre la usuaria y el personal de salud, con paciencia, tranquilidad y respeto, que se respete sus costumbres).
- La revisión general de la parturienta debe realizarse en un marco de diálogo e información permanente, de manera que ella se sienta segura y adquiera confianza.
- Recordar que si la parturienta no se realizó el control prenatal, es muy importante informarle sobre cómo va hacer el procedimiento del parto y nacimiento del niño o de la niña, los métodos disponibles para la atención, las instalaciones físicas del establecimiento de salud y el personal de salud que le atenderá.
- También debemos determinar los factores de alto riesgo obstétrico – perinatal como: parto pretermino, ruptura prematura de membranas de más de 24 horas de duración, fiebre, hemorragia, patologías de alumbramiento en partos anteriores, signos de sufrimiento fetal, y alteraciones del estado materno.
- Debemos estar predispuestos a atender al llamado de las parturientas y sus familiares a cualquier hora del día o de la noche. ⁽⁷⁾
- Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta (madre, esposo, hermana, partera u otro familiar) desde el ingreso a la unidad de salud, todo el proceso de parto y pos parto hasta el egreso de la unidad de salud, es decir durante todo el tiempo que dure el proceso del parto.
- El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidad durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.
- En el primer contacto con la parturienta es importante que le preguntemos si ha tenido contracciones uterinas (dolores de parto), rotura de membranas con expulsión de líquido amniótico,

expulsión del tapón mucoso y pérdidas de sangre. De esto, debemos explicar los procedimientos de rutina, revisar carnets, otros, y averiguar si ha ingerido aguas medicinales o medicinas naturales para apurar el parto.

- Si la parturienta no tuvo control prenatal, tenemos que tomar muestras de sangre sólo en caso necesario, pero antes tenemos que explicarle en qué consiste el examen y para qué sirve tener su permiso y dejar que su familia le acompañe si la parturienta así lo desea.
- Tenemos que realizar la anamnesis para saber las condiciones en que se inició el parto.
- También tenemos que rescatar la información del o los anterior (res) parto/s si la parturienta es multípara.
- Tenemos que explicarle a la parturienta sobre la importancia del examen obstétrico, tener su permiso y dejar que su familia le acompañe si la parturienta así lo desea. Luego debemos informarle todo lo que se ha encontrado.
- Para determinar la situación fetal y grado de encaje de la presentación tenemos que realizar palpación abdominal con maniobras de Leopoldo.
- Auscultar la frecuencia cardiaca fetal. ⁽⁷⁾
- Se puede realizar tacto vaginal para saber el tipo de presentación, variedad de posición, grado de encajamiento, grado de dilatación y borramiento cervical, pero antes tenemos que explicarle a la parturienta en qué consiste el tacto y la importancia de realizarlo y permitir que un miembro de su familia o la partera lo acompañe si así ella lo desea.
- Debemos realizarle el examen clínico general, pero se puede postergar si la parturienta llega con trabajo de parto avanzado.

d. ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

d.1. APLICACIONES

El parto en posición vertical se puede realizar en diferentes posiciones y niveles de tecnificación, de acuerdo a las necesidades culturales y posibilidades técnicas.

Describiremos algunas que se pueden practicar en unidades de salud en conjunto con las parteras y el personal médico.

d.1.1. posición cuclillas – variedad anterior

Concepto: Adoptar y abandonar la posición del cuerpo de estar sentado o agachado sobre los miembros inferiores con las rodillas pegadas y sentado sobre los talones. 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 (arrodillada, cuclillas, sentada en un banco bajo) posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. ⁽⁷⁾

La partera o el familiar actúa como el soporte de la parturienta sentada en un banco 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. ⁽⁷⁾

d.1.2. 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.⁽⁷⁾

d.1.3. posición arrodillada

Concepto: El peso del cuerpo descansa sobre ambas rodillas, las piernas y el dorso de los pies. Comparado con la posición erecta, el centro de gravedad del cuerpo se ha acercado al suelo. Una mayor separación de las rodillas aumenta la superficie de apoyo y mejora la estabilidad de la postura.⁽⁶⁾

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante la misma que se encontrará en la colchoneta y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la colchoneta, 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.⁽⁷⁾

d.1.4. posición de pie

Concepto: es la posición de las piernas separadas el ancho de las caderas, donde los pies ligeramente van hacia los laterales. La superficie de apoyo es grande y garantiza una clara estabilidad. Esto sirve también para la posición de marcha.⁽⁶⁾

En esta posición, la cavidad uterina permite que la cabeza fetal se introduzca en la pelvis, con un moderado asiclintismo anterior, más favorable que el posterior, permitiendo que el ángulo de conducción mejore, disminuyendo de esta forma la duración del parto y la frecuencia de la realización de cirugías obstétricas.⁽¹¹⁾

El ángulo feto – pélvico de ingreso y conducción del parto se modifica con los movimientos que realiza la embarazada en posición vertical y libre de ataduras y que los puede efectuar

durante los periodos del parto, especialmente en el periodo expulsivo. La posición vertical corrige ligeras desproporciones por vicios de la presentación creados o mantenidos por la posición materna horizontal. ⁽¹¹⁾

d.1.5. posición hincada

Se acompaña en muchas ocasiones con sostén en la espalda de un acompañante y de un punto de apoyo para agarrarse y facilitar el pujo. ⁽¹⁰⁾

d.1.6. posición sentada

Concepto: es colocarse de manera que quede apoyado sobre una superficie dura y descansen los glúteos. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará a realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodilladas sobre la colchoneta o cama, 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. (Debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde de la tarima, cuidando que la colchoneta o estera este ubicada debajo de la gestante. ⁽⁷⁾

d.1.7. posición cogida de la soga

Concepto: La gestante se sujeta de una soga que se encuentra suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto quien ayudado por la fuerza de la gravedad avanza por el canal del parto suave y calmadamente. Esta posición dificulta las maniobras correspondiente cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación.

e. ALUMBRAMIENTO Y PLACENTA

Se prestará mucha atención a los signos vitales de la púérpera (frecuencia cardiaca, pulso y tensión arterial) y al volumen del sangrado, de manera de actuar con oportunidad y agilidad ante cualquier eventualidad.

Se respetarán las costumbres locales, familiares y sociales, en el uso de plantas medicinales y otros recursos usados para facilitar la expulsión de la placenta, tomando en cuenta que las mismas no afecten el curso normal del alumbramiento y no constituyan un riesgo o agresión a la puérpera.

Durante el descenso placentario se sostendrá la placenta con las manos, sin realizar tracción, ni torsión, ya que la placenta y sus membranas, la mayoría de veces, descienden por su propio peso.

Usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural:

1. Provocarse náuseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo
2. Soplar una botella
3. Dar de comer a la parturienta una colada caliente, aguas medicinales calientes para ayudar a expulsar la placenta. ⁽⁷⁾

Una vez que ha sido expulsada la placenta, se debe realizar el aseo vulvar-perineal con agua medicinal tibia respetando la cultura de cada pueblo.

El personal de salud debe consultar con la parturienta o con el acompañante para el destino final de la placenta. Si la parturienta o su familiar consideran que se le entregue la placenta, el personal de salud entregará la placenta en una funda sellada siguiendo normas de bioseguridad.

f. ATENCIÓN CULTURALMENTE ADECUADA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

En este periodo el personal de salud debe aplicar la norma de SSYR (Salud Sexual y Reproductiva) vigente del MSP. El personal debe respetar algunas prácticas inofensivas 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. ⁽⁷⁾

Controles que se realizan:

- Estimular la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y el bienestar de la madre.

Algunas parturientas se amarran el abdomen con fajas preparadas previamente.

- Brindar comodidad a la puérpera ubicándola en una habitación acondicionada donde haya calor y poca luz.
- Se usará sábanas y frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tienen temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas. ⁽⁷⁾

g. ALIMENTACIÓN

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: son de anís, manzanilla, de higo, etc. (según el sector).

Algunas de las infusiones que se preparan para la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento.

Sin embargo, el saber de las propiedades específicas de las plantas y hierbas medicinales que deberán usarse para encontrar el equilibrio.

En éste sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto.

Sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de aguas de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio. Se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención.

Algunas mujeres también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, ya sea con alimentos dados por la unidad de salud o que se permita a sus familiares llevar a la institución alimentos tradicionales para las puérperas, como por ejemplo: caldo de gallina, o arroz de cebada. ⁽⁷⁾

Los diámetros intrapelvicos, maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (Maniobra muy utilizada para la atención de la distocia de hombros), por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores.

La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad.

La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1. Interculturalidad

Plantear la interculturalidad desde la diferencia exige reconocer al otro `ser cultural como persona, digno en su ser, útil para sí mismo y para los demás. ⁽⁴⁾

Entonces la valoración del otro como persona implica que quien valora al otro se valore primero así mismo. El énfasis de esta corriente de interculturalidad se centra en la estructuración de una escala de valores en donde se dejen a un lado estereotipos como complejos de inferioridad, de superioridad y actitudes racistas. ⁽⁴⁾

La Organización Panamericana de la Salud señala: Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realizan 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 escuchar y el enriquecimiento mutuo. ⁽¹⁴⁾

La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, se dicen y cada una toma lo que puede ser tomada de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, si no de concertar, de dialogar simétrica y horizontalmente entre seres humanos con iguales derechos. ⁽⁷⁾

2.3.2. Fundamentos culturales

En nuestro país según el Instituto Nacional de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos (INDEPA), ha señalado que en el Perú existirían 77 etnias. Por lo menos existen 57 lenguas andinas y amazónicas agrupadas en 18 familias lingüísticas, 4'045,713 de personas mayores de 3 años de edad hablan una lengua indígena. Mayoría quechua (83%) ,11% aymara, 6% lenguas amazónicas. Aproximadamente 1 millón tiene 3-17 años (26% de la población indígena). Estos pueblos cuentan con una cosmovisión y comprensión de la salud-enfermedad muy diferente al de nuestro modelo convencional. ⁽⁸⁾

Todo lo que sucede en la tierra y el cosmos se puede clasificar como frío y caliente y su interacción con el ser humano puede favorecer su salud o condicionar desequilibrio y enfermedad. El alterar las reglas de armonía entre los seres humanos, la naturaleza, el cosmos y las divinidades, también puede ocasionar desequilibrios que lo pueden afectar a él, a su familia o a la comunidad. ⁽²¹⁾

Sin embargo, aunque parezca contradictorio, desde la percepción y cosmovisión indígena, la misma clínica u hospital, en muchas ocasiones también se valora como un lugar que posee riesgos importantes a la salud.

Específicamente con respecto al parto se señala: “que la sala de expulsión es “fría” y puede producir “frialidad” a la madre e inhibir con ello las contracciones que son “calientes”; que se le da el alta antes de

cumplir los primeros tres días después del parto en que todavía se encuentra en estado “caliente” con lo que se puede “desequilibrar” y enfermar; que se le prohíben a las usuarias sus elementos de protección para que no le “roben” el calor a ella y a su hijo, que maltratan y humillan a la mujer, la posición del parto con la mujer acostada, señalan que dificulta la “bajada del niño”, las contracciones, el pujar y aumenta los dolores”.

Estos elementos son ahora considerados como “barreras culturales” que dificultan (o alejan) a las usuarias indígenas de los servicios y que pueden estar presentes en la normatividad, en los espacios físicos y en la formación del personal de salud. La competencia cultural acentúa las ventajas de la diversidad cultural, celebra las contribuciones de cada cultura, anima los resultados positivos de obrar recíprocamente y apoya las responsabilidades y oportunidades. ⁽⁸⁾

La competencia cultural en las instituciones de salud, pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud, promoviendo;

Escuchar a las usuarias desde su manera de percibir el mundo.

La indagación de sus expectativas.

La comprensión de sus códigos culturales.

La modificación de procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de los usuarios desde su cultura.

La sensibilización y capacitación intercultural, promoviendo el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes.

La detección y eliminación de las barreras culturales existentes.

La atención del parto en posición vertical, además de poseer ventajas fisiológicas, es ahora un elemento de competencia cultural que puede disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud.

Población formada por mujeres que pueden presentar riesgos y complicaciones, cuyo rechazo o alejamiento de los servicios puede significar su muerte. ⁽⁸⁾

2.3.3. Adecuación cultural de la atención del parto

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por ésta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos.

Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para éste acontecimiento. Al reconocer que nuestro país es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, es necesario también comprender que los distintos grupos étnicos tienen diversas expectativas en la atención de salud. En gran parte esto puede explicar por qué el sistema biomédico no satisface sus necesidades. ⁽²⁰⁾

Según la antropóloga Margaret Clark, en estos contextos multiculturales un factor decisivo es la falta de reconocimiento hacia las creencias sobre las causas y curaciones de algunas enfermedades por parte de los médicos del sistema de salud occidental. Así por ejemplo, un médico que rechace la creencia del “mal de ojo” por considerarla irrelevante no tiene posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello. ⁽²⁰⁾

Y es que a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los saberes médicos ancestrales generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra cuerpo, alma y espíritu. Además, dentro de las diferentes comunidades, pueblos y nacionalidades, los sabios del Subsistema de Salud ancestral (Yachaks, Curanderos, Hierbateros, Parteras/os, Fregadores) y otras culturas, son gente que aparte de hablar el mismo idioma, están dispuestos a acompañar el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero sino que establecen un sistema de trueque, reforzando de ésta manera, las

relaciones de afecto, confianza y solidaridad al interior de la comunidad.

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y la falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para las pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar.

Todo ello, junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado.

Reconocer las diferencias culturales en la atención de la salud es un aspecto muy positivo, sin embargo no es suficiente, pues es necesario estar conscientes de que estos principios culturales deben ser profundizados en su estudio y conocimiento. ⁽⁸⁾

Debemos entender las concepciones y valores en el trasfondo de dichas diferencias para tomarlas en cuenta en las consideraciones de la salud física, emocional y espiritual de la mujer embarazada y poder adecuarlas a la atención calificada del parto en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y el parto. ⁽⁸⁾

2.2.4. Información y consentimiento

El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, a todo nivel, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para dar a conocer a las parturientas y a sus acompañantes y solicitar de ellos su consentimiento.

El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos.

CAPÍTULO III

3.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Luego de recoger la información a través del instrumento creado para dicho fin, los datos fueron procesados en el programa Excel. Estos resultados se presentan a manera de tablas y gráficos.

1: GRUPO DE EDAD DE LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

EDAD	#	%
15-19	21	16
20-24	28	21
25-29	25	19
30-35	18	13
36-39	15	11
40-45	18	13
> 49	10	7
TOTAL	135	100

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De las 135 mujeres la edad más prevalente se encuentra entre los 20 a 24 años de la población en edad fértil es el 21%, el 19 % corresponde entre los 25-29 años, el 16% se encuentran los de 15 - 19 años, el 13% comprende entre los 30 a 35 años y los 40 a 45 años, el 7% mayores de 49 años.

GRÁFICO # 1

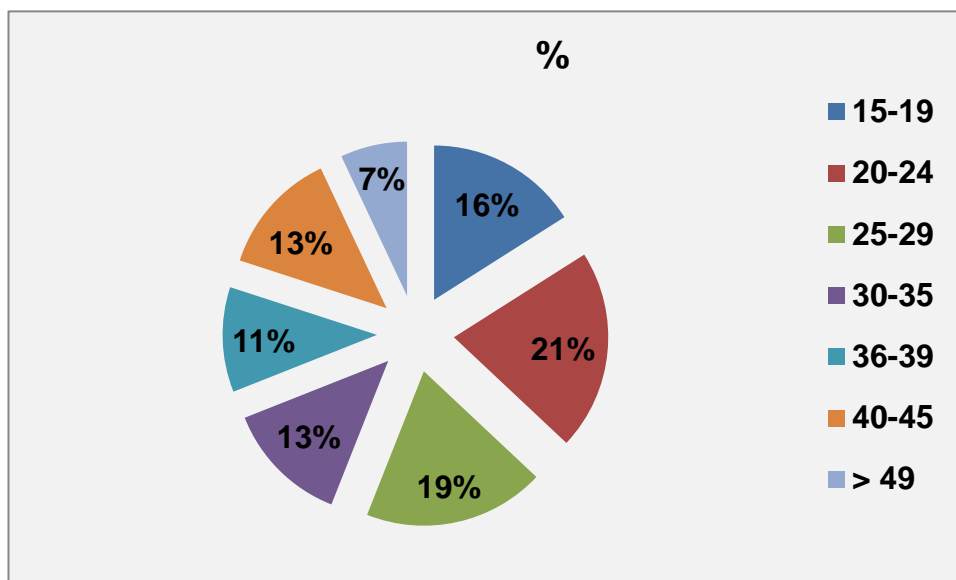


TABLA # 2: ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICO EN MUJERES CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

GRUPO DE EDAD	NUMERO DE HIJOS					
	1 a 2	3 a 4	5 a 7	> de 8	#	%
15-19	2	0	0	0	2	2
20-24	4	4	2	0	10	7
25-29	10	5	4	0	19	14
30-35	8	8	5	0	21	16
36-39	15	5	15	2	37	27
40-45	6	15	6	3	30	22
> 49	5	5	5	1	16	12
Total	50	43	37	6	135	100

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De las 135 mujeres, el 27% comprende el mayor número de hijos de 1 a 8 entre los 36 a 39 años, el 22% entre las edades de 40 a 45 años poseen de 1 a 8 hijos, el 16% comprende entre los 30 a 35 años con 1 a 7 hijos, el 14% entre los 25 a 29 poseen desde 1 a 7 hijos, el 12% mayor de 49 años poseen de 1 a 8 hijos, el 7% de 20 a 24 años tienen entre 1 a 7 hijos y el 2% entre los 15 a 19 años poseen de 1 a 2 hijos.

GRÁFICO # 2

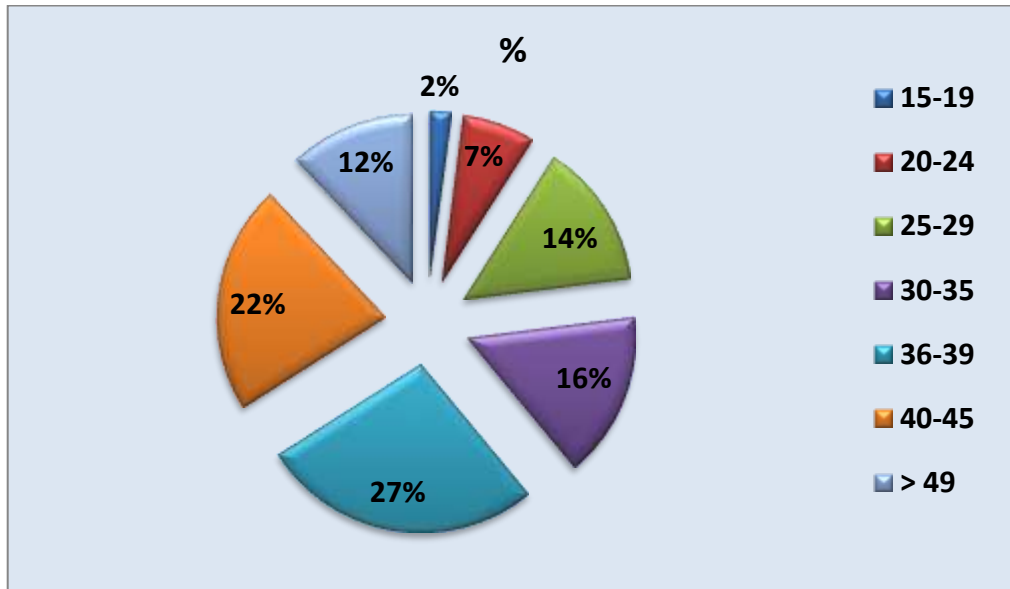


TABLA # 3: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

<i>Instrucción</i>	#	%
Analfabeta	11	8
Primaria	59	44
Secundaria	45	33
Superior	20	15
TOTAL	135	100

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De las 135 mujeres en estudio 59 han realizado la instrucción primaria con el 44%, 45 mujeres han cursado la instrucción secundaria con el 33%, mientras que 20 mujeres han cursado la instrucción superior con el 15% y 11 mujeres no han realizado sus estudios con el 8%.

GRÁFICO # 3

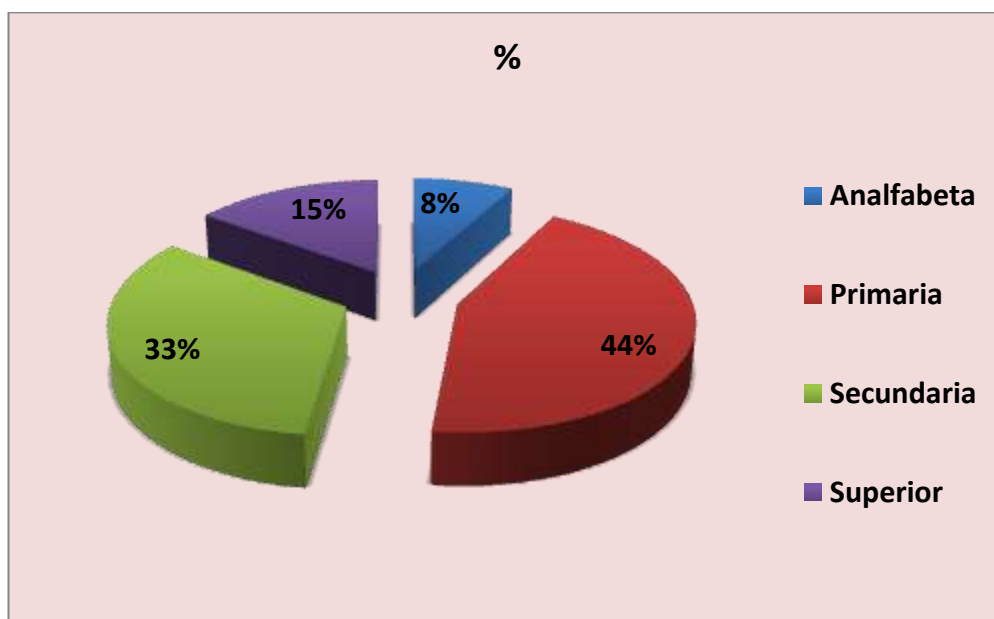


TABLA # 4: FORMAS DE ATENCIÓN DE PARTO DE LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

Formas de parto	#	%
vertical	48	36
horizontal	87	64
total	135	100

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De los resultados obtenidos 48 mujeres el parto ha sido de forma vertical con el 36%, 87 mujeres han optado por la forma horizontal con el 64%.

GRÁFICO # 4

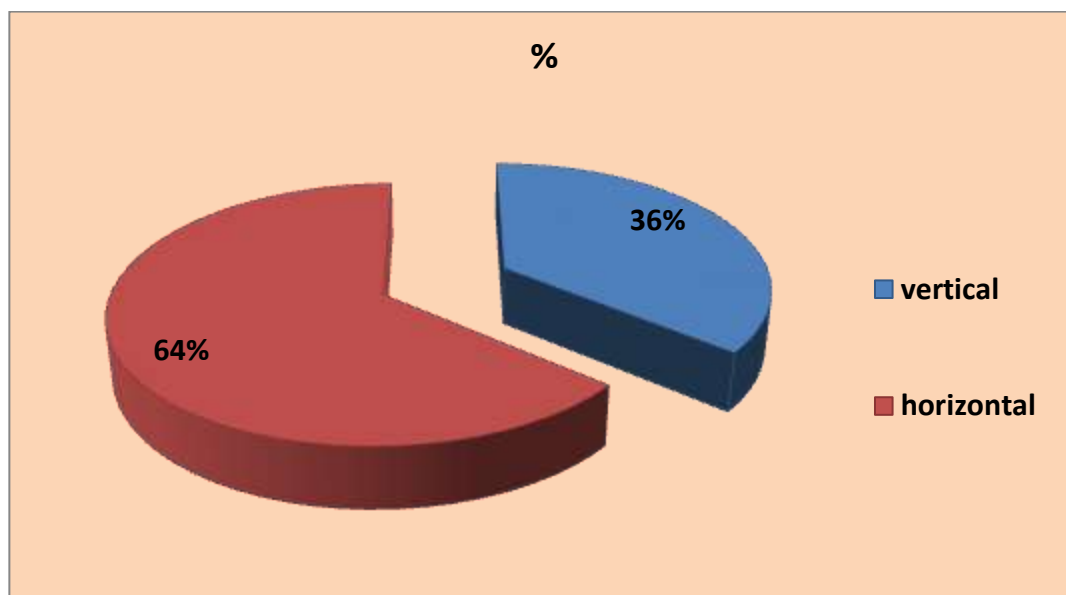


TABLA # 5: VARIEDAD DE POSICIONES PREFERIDAS EN EL PARTO VERTICAL POR LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

VARIEDADES DE POSICIÓN	#	%
parada	19	40
Sentada	3	6
Arrodillada	4	8
Hincada	1	2
Cuclillas	21	44
Cogida de sogá	0	0
total	48	100

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.
Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De los datos obtenidos el 44% de las mujeres prefieren la posición cuclillas, el 40% en posición parada, el 8% arrodillada, el 6% sentada, el 2% prefieren la posición hincada y acostada, el 0% que no optaron por la posición cogida de sogá (no se encuentra implementada).

GRÁFICO # 5

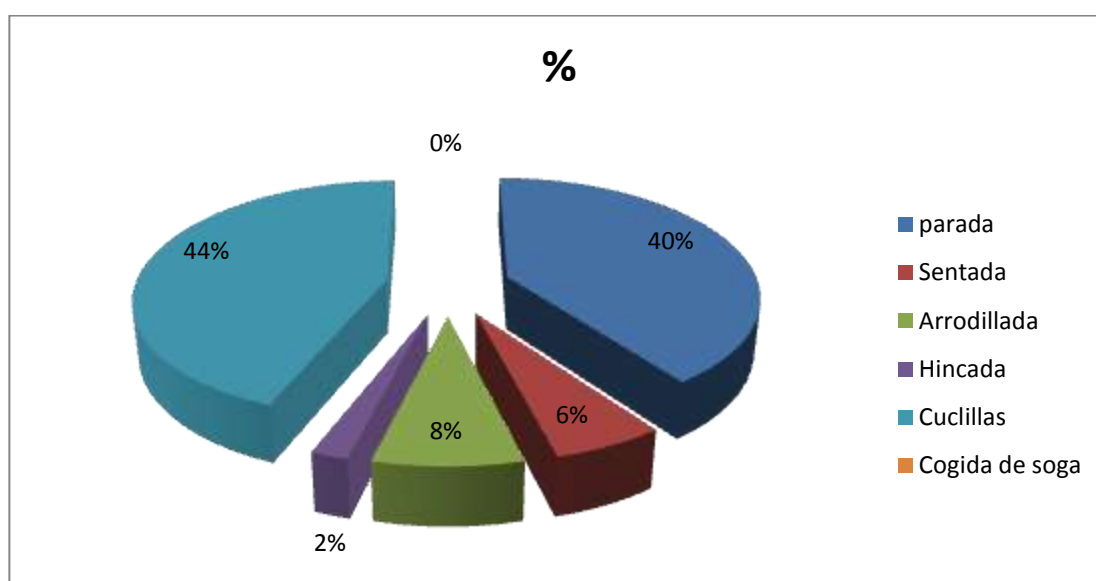


TABLA # 6: UMBRAL DEL DOLOR DURANTE LA FASE EXPULSIVA PERCIBIDA POR LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

Umbral del dolor	Parto vertical (#)	%	Parto horizontal (#)	%
Leve (+)	17	12.8	10	7.4
Moderada (++)	21	15.8	15	11
Intenso(+++)	10	7.5	62	45.6
total	48	36	87	64

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De los datos obtenidos 15.8% de las mujeres responden que el umbral del dolor es moderado ++, 12.8% es leve +, el 7.5% es intenso para el parto vertical, en relación al horizontal donde el umbral es intenso +++ con el 45.6%, el 11% moderada, el 7.4% leve.

GRÁFICO # 6

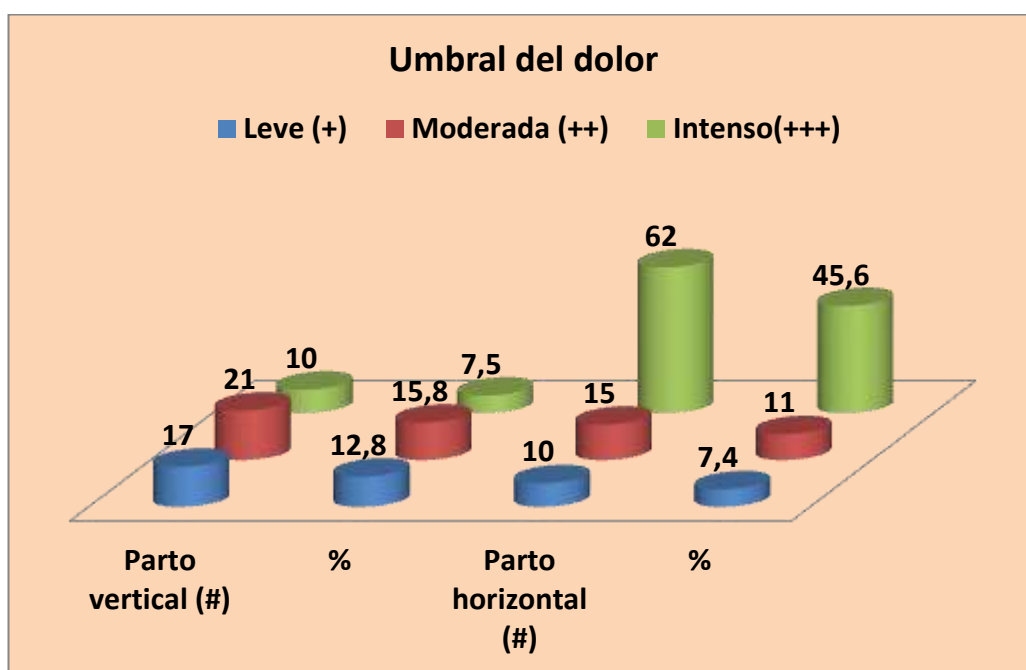


TABLA # 7: PERCEPCIÓN DE LA SALIDA RÁPIDA DEL RECIÉN NACIDO EN EL PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL POR LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

Expulsión del RN	Parto horizontal (#)	%	Parto vertical(#)	%
SI	35	26	45	34
NO	52	38	3	2
total	87	64	48	36

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De la información obtenida el 34% refieren que la expulsión del RN fue rápida en el parto vertical, con respecto al horizontal representado por el 26%.Com respecto a que la expulsión den RN no fue rápida parto horizontal con el 38%, en el parto vertical corresponde al 2%.

GRÁFICO # 7

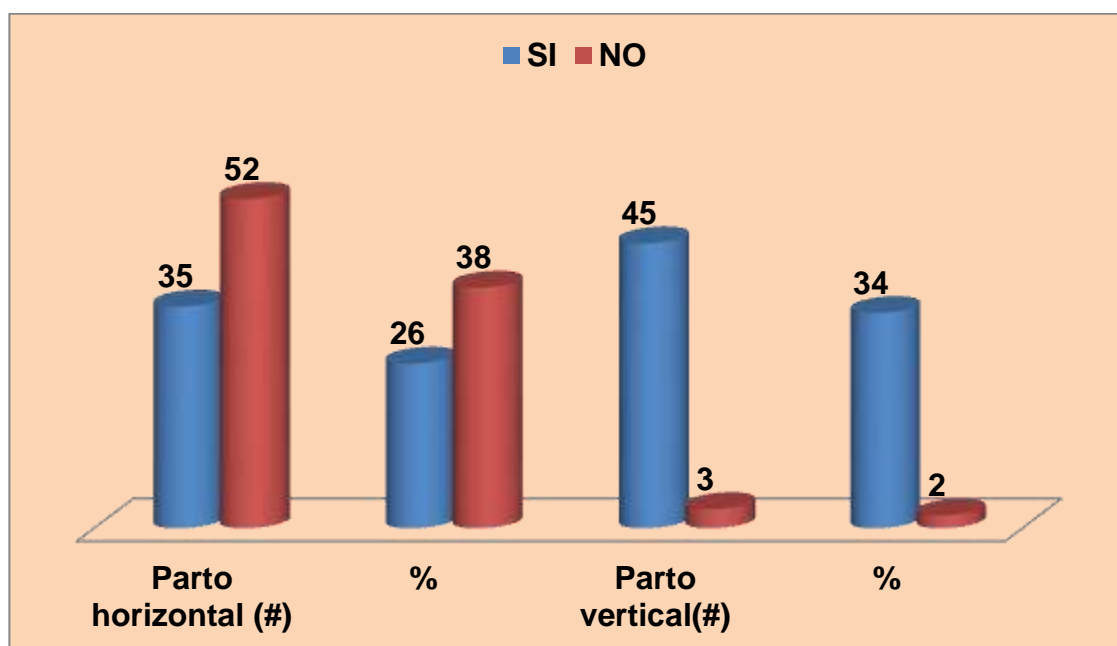


TABLA # 8: HEMORRAGIA GENITAL COMO COMPLICACIÓN, PERCIBIDA POR LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

COMPLICACIONES				
Hemorragia	Parto horizontal(#)	%	Parto vertical(#)	%
Abundante > 500cc	2	1	5	4
Moderada 300-400cc	20	15	36	27
Escaso 100-200cc	65	48	7	5
total	87	64	48	36

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De los datos obtenidos el 27% de las mujeres refieren haber tenido una hemorragia moderada, el 5% escasa, el 4% abundante en el parto vertical y en el horizontal el 48% escasa, el 15% moderada, el 1% abundante.

GRÁFICO # 7

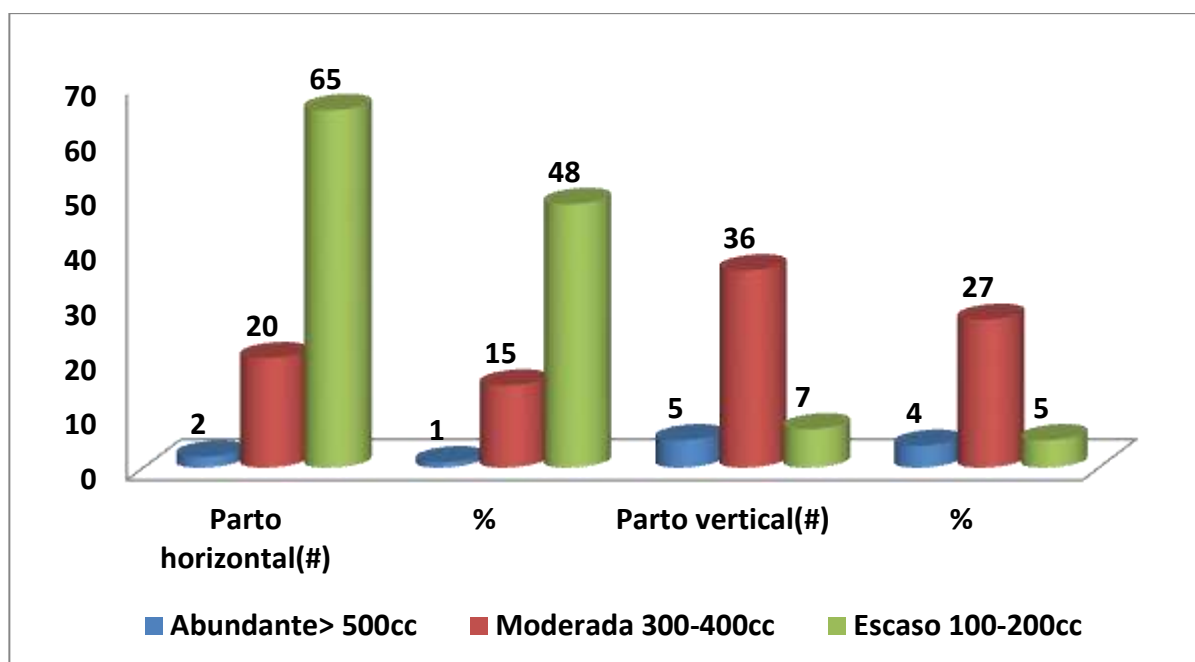


TABLA # 9: DESGARRO COMO COMPLICACIÓN, PERCIBIDA EN LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

COMPLICACIONES				
Desgarro	Parto horizontal (#)	%	Parto vertical (#)	%
Si	18	13	4	3
No	62	46	44	33
Episiotomía	7	5	0	0
total	87	64	48	36

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De las 135 mujeres respondieron para parto horizontal no haber presentado desgarros con el 46% y en el vertical el 33%, refieren haber sufrido desgarros con el 3% en el parto vertical y en el horizontal el 13%, además indican haber tenido episiotomía en un 5%y en parto vertical refieren no haber presentado episiotomías con el 0%.

GRÁFICO # 9

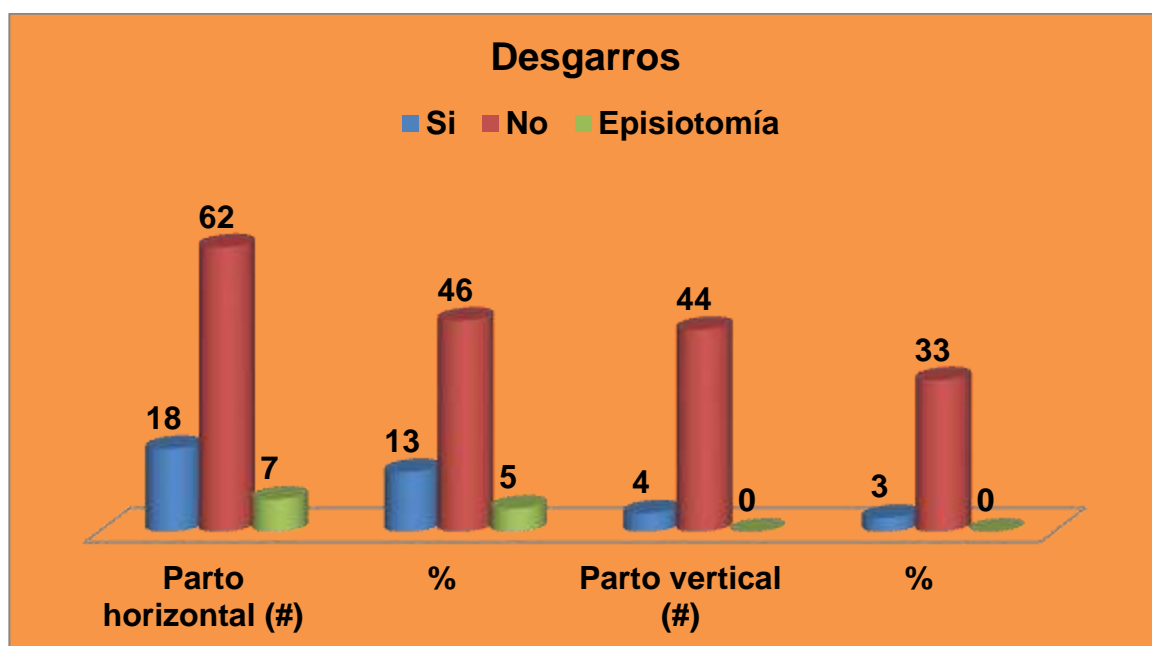


TABLA # 10: COMODIDAD PERCIBIDA DURANTE LA FASE EXPULSIVA DEL PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL, POR LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

COMODIDAD	PARTO HORIZONTAL (#)	%	PARTO VERTICAL(#)	%
muy cómodo	2	1	10	8
cómodo	5	4	25	19
poco cómodo	38	28	8	6
nada cómodo	42	31	5	4
TOTAL	87	64	48	36

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

De las 135 mujeres refieren criterios de comodidad durante el parto, nada cómodo con el 31%, el 28% poco cómodo, el 4% cómodo, el 1% muy cómodo para parto horizontal, las percepciones en parto vertical cómodo con el 19%, muy cómodo con un 8%, poco cómodo el 6%, nada cómodo el 4%.

GRÁFICO # 10

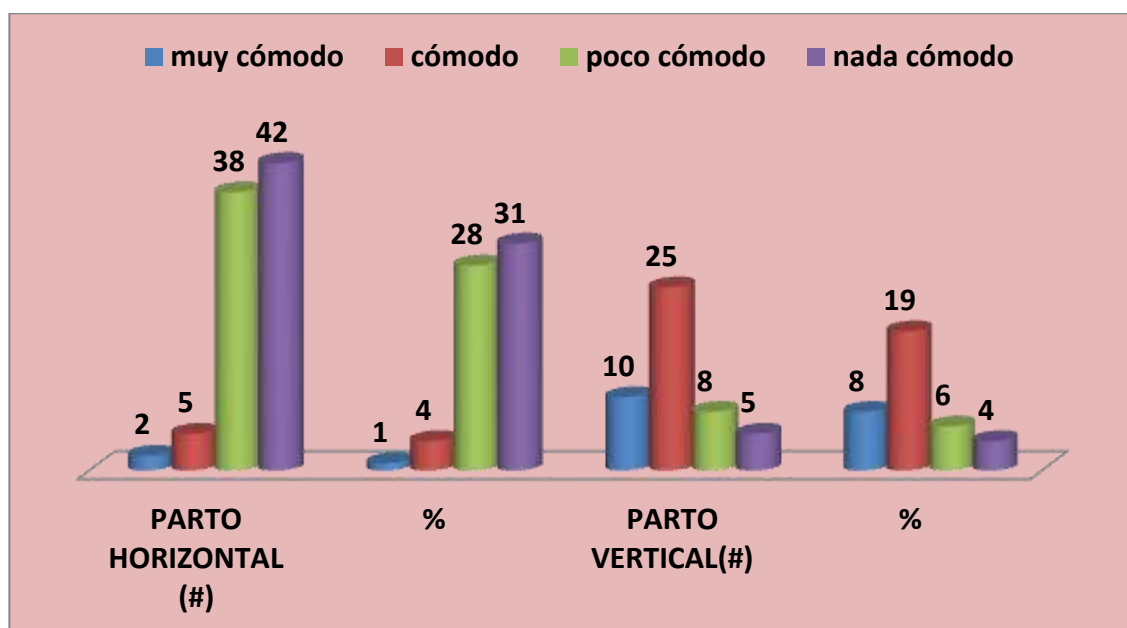


TABLA # 11: LOS BENEFICIOS PERCIBIDOS DURANTE LA FASE EXPULSIVA DEL PARTO VERTICAL, POR LAS MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

BENEFICIOS	#	%
Posición para pujar	5	3.8
Ambiente familiar	2	1.5
Menor sangrado	5	3.8
Expulsión de RN es rápido	10	7.5
Mejor movilidad	10	7.5
Menos dolor	7	5.3
Mayor confianza	9	6.8
TOTAL	48	36

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el período agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

Las 48 mujeres que optaron por un parto vertical, los beneficios que ellas percibieron durante el parto, representa el 7.5% la expulsión rápida del RN y mejor movilidad, mayor confianza un 6.8%, un 5.3% menos dolor, el 3.8% permite mejor posición para pujar y menos sangrado, y el 1.5% refiere tener mejor ambiente familiar en relación a sus partos anteriores.

GRÁFICO # 11

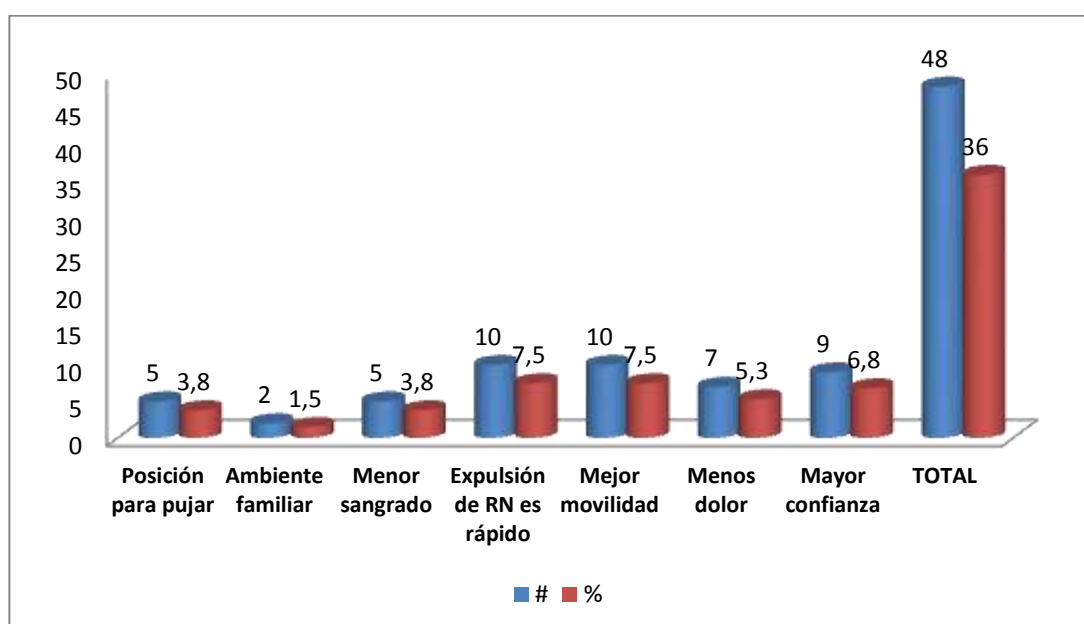


TABLA # 12: EL APGAR DEL RN DURANTE EL PARTO VERTICAL Y HORIZONTAL, IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE CURAHUASI ATENDIDAS EN EL PERIODO AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2015.

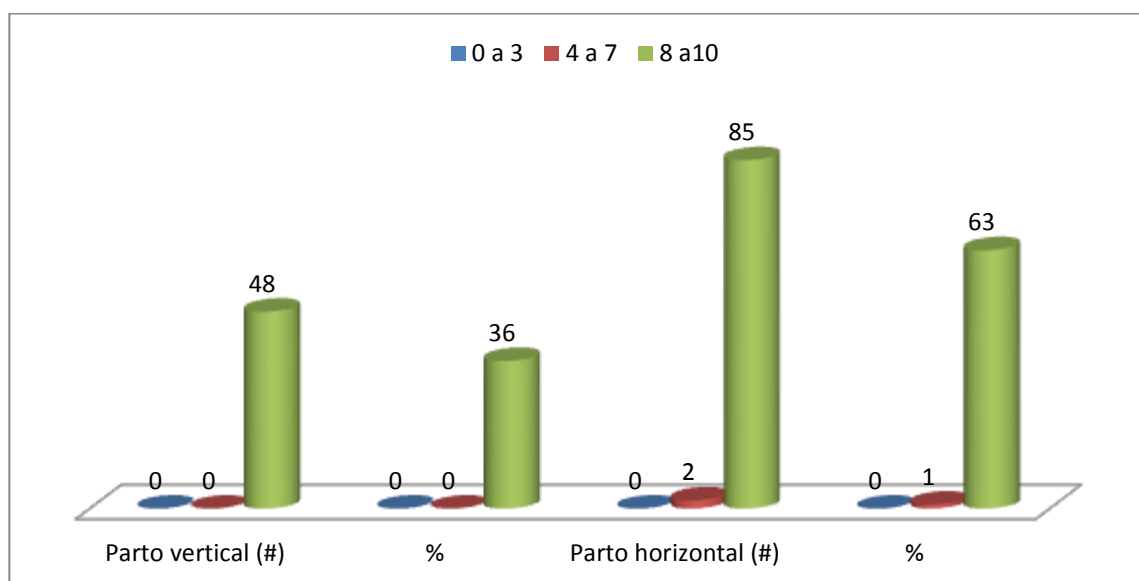
APGAR	Parto vertical (#)	%	Parto horizontal (#)	%
0 a 3	0	0	0	0
4 a 7	0	0	2	1
8 a 10	48	36	85	63
TOTAL	48	36	87	64

Fuente: Encuesta a gestantes atendidas en el Centro de Salud de Curahuasi en el periodo agosto a noviembre 2015.

Elaboración: Bach. Kcacha montes Sandra betsabe.

El personal de salud refirió que el APGAR del recién nacido de 4 a 7 es de 1% y de 8 a 10 es 63% en el parto horizontal, mientras que en el parto vertical en su totalidad fue de 8 a 10.

GRÁFICO # 12



CONCLUSIONES

En base a los datos descritos podemos concluir lo siguiente:

- De acuerdo a la información obtenida la forma de atención del parto, más aceptada por la mujer del Centro de Salud de Curahuasi es el horizontal con el 64%, y vertical 36%.
- Se identificó las posiciones preferidas en la atención del parto vertical, cuclillas con un 44%, seguido por la posición parada con el 40%, arrodillada con el 8%, sentada con el 6% e hincada con el 2%.
- De los resultados obtenidos las mujeres refieren tener conocimientos de las complicaciones que se presentan durante el parto, en posición horizontal destacan hemorragia genital escasa el 48%, moderada 15%, abundante con el 2%, además de presentar desgarros con un 13%, más episiotomías realizadas en el periodo expulsivo con un 7% respectivamente, en el parto vertical indican hemorragia genital escasa con el 5%, moderada el 27%, abundante con el 4%, más desgarros con un 3%.
- Las ventajas percibidas por las mujeres, durante el periodo expulsivo se constató, que el tiempo de expulsión del RN es más rápida en el parto vertical con el 34%, en relación al horizontal con un 26%, el umbral del dolor durante la fase expulsiva en el parto vertical es menor ++(moderado) representada por el 15.8%, mientras que en el parto horizontal es intenso +++ con un 45.6%, la comodidad en el parto vertical es un 19% y poco cómodo para parto horizontal con un 28%

- Desventajas del parto horizontal desde el punto de vista de las usuarias, el dolor durante la fase expulsiva es intensa (+++), se realizan episiotomías, incomodidad durante la fase expulsiva del parto. Además la parturienta realiza mayor esfuerzo al momento de pujar, movilidad limitada para desplazarse.
- Los resultados de la presente investigación me permitió conocer las perspectivas de las usuarias sobre el parto vertical con relación a su familia y a su hijo, la salida del RN es rápida representada por el 34%, permite una mejor posición para pujar en la fase expulsiva con el 5 %, además favorece un ambiente familiar, cuidado en la alimentación y vestimenta, permite movilizarse o desplazarse con libertad ante un hecho natural con el 10%, además la intensidad del dolor en la fase expulsiva es menor con el 12.8%, en relación al parto horizontal.

RECOMENDACIONES

La importancia de una pesquisa exhaustiva de esta entidad en todas las embarazadas, hace necesario recomendar lo siguiente:

1. Se sugiere realizar estudios en otros centros de salud de la localidad para corroborar los hallazgos de este estudio.
2. Se sugiere evaluar periódicamente los factores de ventajas para atención del parto vertical y sus complicaciones para tomar decisiones correctivas (si fuera necesario) apuntando a la eficacia de la atención del parto.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. SABATINI HUGO. Parto vertical. Universidad de campiñas Brasil.2009.
2. MSPAS. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala (2010).
3. CARPIÓ LUCY. Coordinadora Nacional de Estrategia Nacional de la Salud y Reproductiva. Parto vertical.peru.2008.
4. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. República del Perú, 2005.
5. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.
6. OJEDA LAZO ELENA. profesora asociada UAC. alumbramiento dirigido en parto vertical. lima.2008.
7. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Proceso de Normatización del SNS, Subproceso de Normatización de medicina Intercultural. Norma Técnica para la atención del parto vertical culturalmente adecuado 2008.
8. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD. La posición tradicional de atención del parto (PARTO VERTICAL), en los servicios de salud dirección de medicina tradicional y desarrollo

intercultural, [www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/intercultural /Modelo](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/intercultural/Modelo).

9. . www.unicef.org/peru. fondo de las naciones unidas para la infancia.
10. MINISTRA DE SALUD PÚBLICA CAROLINE CHANG CAMPOS Y COLABORADORES Proceso de Normatización de SNS. Sub-comisión de prestaciones del SNS Componente Normativo Materno Neonatal Subproceso de Salud Intercultural Agosto del 2008.
11. www.ecuanex.net.ec/constitucion/titulo03b.html
12. ADELE GETTY Parir como las diosas: recuperando el parto vertical, Editorial Debate 17-12-2003
13. AGUAL RAMÓN. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado (2008).
14. ARROYO J. y Cols. La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. Clin. Invest. Obst. Ginec. 1, 221, 1974.
15. BERNARDO, AMAILA. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México No 69. Lunes 4 de mayo de 2004.
16. BLOUIN, MAURICE. Índice Internacional y Diccionario de la Rehabilitación y de la Integración Social (IIDRIS). IIDRIS, <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris>.
17. CALDEYRO, BARCIA R. Bases fisiológicas y Psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Simposio sobre recientes adelantos en medicina perinatal. Tokio Japón, oct 21 y 22, 1979.

Publicación científica No 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

18. <http://wikipedia.org/wiki/Parto>.

19. ELSA ELENA ARELLANES JARQUÍN SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD, Abril 2008. www.cenetec.salud.gob.mx

20. PARTERA ELVIRA LUTZ. Ps. Sandra Misol. (Parto Humanizado) 2006-2007

21. RAÚL MIDEROS M. OCTAVA VERSIÓN DE LA NORMATIVA TÉCNICA NACIONAL DE ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL 7 Abril – 2008
<http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/Normativa%20parto%20V8.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

La presente trabajo es conducido por El objetivo es Determinar Las ventajas del parto vertical en gestantes que acuden al Centro de Salud de Curahuasi de Agosto a Noviembre del 2015.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo.

No hay ningún problema ni riesgo que pueda causar esta actividad.

Comprendo que en mi calidad de participante voluntario puedo dejar de participar en esta actividad en algún momento. También entiendo que no se me realizará, ni recibirá algún pago o beneficio económico por esta participación.

Desde ya le agradecemos cordialmente su participación.

SI ACEPTO participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXOS:



INSTRUMENTOS.

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUDESCUELA
ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

ME DIRIJO A USTED CON LA FINALIDAD DE OBTENER DATOS QUE AYUDEN A VERIFICAR LAS FORMAS DE PARTO QUE SE REALIZAN CON EL APOYO DEL PERSONAL DE SALUD.

ENCUESTA #.....
EDAD.....
INSTRUCCIÓN.....

FORMA DE PARTO

- VERTICAL

Parada () Sentada () Rodillada () Hincada () Cuclillas ()

Otros ().....

- HORIZONTAL(Acostada).....

1. ¿Si tuvo parto horizontal (acostada) previo al parto vertical? ¿Cuál le pareció más duradero?

- Parto horizontal () cuantas horas.....

- Parto vertical () cuantas horas.....

- Igual ().....

- Otros ().....

2. ¿Si usted tuvo parto de posición parada, sentada o de rodillas que tal de doloroso le pareció?

- Leve (+) ()

- Moderada (++) ()

- Intenso (+++) ()

3. ¿Si tuvo parto horizontal (acostada) que tan doloroso le pareció?

- Leve (+) ()
- Moderada (++) ()
- Intenso (+++) ()

4. ¿En el parto horizontal, ¿la expulsión del recién nacido fue rápido?

- Sí ()
- No ()

5. ¿En el parto Horizontal, ¿presentó complicaciones cómo sangrado?

Abundante () Moderada () Escaso ()

6. ¿Presento desgarro durante el trabajo de parto horizontal?

- Si () No ()

7. En el parto vertical, (parada, cuclillas, sentada, hincada, etc.) ¿presentó complicaciones cómo sangrado?

Abundante () Moderada () Escaso ()

8. ¿Presento desgarro durante el trabajo de parto vertical?

- Si () No ()

9. ¿Qué tan cómodo fue el parto horizontal?

- Muy cómodo ()
- Cómodo ()
- Poco cómodo ()
- Nada cómodo ()

10. ¿Qué tan cómodo fue el parto vertical?

- Muy cómodo ()
- Cómodo ()
- Poco cómodo ()
- Nada cómodo ()

11. ¿Qué beneficios cree usted que le ofrece el parto vertical (parada, cuclillas, sentada, hincada, cogida de una sogá, etc.), en relación al parto en posición acostada?

.....

Observación

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal en gestantes atendidos en el centro de salud de Curahuasi en el periodo agosto – noviembre del 2015”

PROBLEMA	OBJETIVO	hipótesis	indicadores	variable / diseño de investigación	Técnicas / Instrumentos
<p><u>Problema general</u> -¿Cuáles son las Ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal en Gestantes atendidos en el Centro de Salud de Curahuasi de agosto-noviembre del 2015?</p>	<p><u>Objetivo general</u> -Determinar las ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal en gestantes atendidos en el Centro de Salud de Curahuasi de agosto- diciembre del 2015.</p>	implícita	Ventajas y desventajas	<p><u>Independiente</u> Parto horizontal</p>	<u>Técnica</u>
<p><u>problemas específicos</u> -¿Cuál de las formas de atención al parto es más aceptada por las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi de agosto-noviembre del 2015? -¿Cuáles son las variedades de posición vertical para el parto en las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi de agosto-noviembre del 2015? -¿Cuáles es el nivel conocimiento de las complicaciones más frecuentes en el parto vertical y horizontal entre las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi agosto-noviembre del 2015? -¿Cuáles son las ventajas y desventajas que trae consigo el parto vertical y el horizontal para el hijo y la familia de las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi agosto-noviembre del 2015?</p>	<p><u>Objetivos específicos</u> -Cuantificar la forma de atención del parto que es más aceptada por las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi de agosto- diciembre del 2015 -Identificar las variedades de la posición vertical para el parto en las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi de agosto- diciembre del 2015. -Identificar el nivel de conocimiento de las complicaciones más frecuentes en el parto vertical y horizontal entre las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi de agosto-diciembre del 2015. -Conocer las ventajas y desventajas que trae consigo el parto vertical y el horizontal para el hijo y la familia de las gestantes del Centro de Salud de Curahuasi agosto-noviembre del 2015.</p>			<p><u>dependiente</u> parto vertical</p> <p><u>Diseño</u> Diseño descriptivo</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p><u>muestra</u> 135 gestantes</p>

Sala de partos del centro de salud de Curahuasi



Parto vertical atendido en el centro de salud de Curahuasi



Vista panorámica del distrito de Curahuasi



Personal de salud del centro de salud de Curahuasi

