

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL, SUS  
BENEFICIOS EN LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE  
SALUD VINCHOS- AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE, 2013.”**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**PRESENTADO POR:**

CHAVEZ BARRIENTOS, Mery

HUARCAYA HINOSTROZA, Edith Zulma

**ASESORA:**

ASESORA: Mg. Obst. LUCY ORELLANA DE PISCOYA

AYACUCHO – PERÚ

2014

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme gozar de mis facultades, colmarme de bendiciones y poder así, lograr mis objetivos.

A mis padres Luis Alberto y Mercedes que me han sabido guiar por el camino del bien y haberme brindado su apoyo incondicional en el logro de mi profesión.

A mi familia, por ser pilares fundamentales a lo largo de mi vida, porque a pesar de sacrificar momentos importantes, la comprensión ha sido su virtud, motivándome de esa manera a no desmayar y a luchar por mis objetivos cada día.

ZULMA

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme gozar de mis facultades, colmarme de bendiciones y poder así, lograr mis objetivos.

A mis padres Jorge y Roberta que me han sabido guiar por el camino del bien y haberme brindado su apoyo incondicional en el logro de mi profesión.

A mi familia, por ser pilares fundamentales a lo largo de mi vida, porque a pesar de sacrificar momentos importantes, la comprensión ha sido su virtud, motivándome de esa manera a no desmayar y a luchar por mis objetivos cada día.

MERY

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga por habernos acogido en sus aulas y ser testigo durante nuestra formación profesional.

A la Facultad de Obstetricia y su plana docente, por habernos legado conocimientos y experiencias durante nuestra formación profesional.

Con especial gratitud y reconocimiento a nuestra Asesora Mg. Lucy Orellana de Piscocoya por su constante apoyo, enseñanza, amistad brindada y por ser una persona con gran calidad humana.

Así mismo nuestro más sincero agradecimiento y estima personal a los miembros del jurado de la tesis: Mg. Martha Calderón Franco, Mg. Roaldo Pino Anaya, Prof. Patricia Bustamante Quispe, cuyos argumentos, críticas y profesionalismo impartido fueron aporte en esta tarea.

Al Centro de Salud Vinchos, por habernos brindado todas las facilidades para ejecutar el trabajo de tesis y en cuyos ambientes adquirimos nuevas experiencias para nuestro desarrollo profesional.

A todas y cada una de las personas que directa e indirectamente colaboraron en el desarrollo de esta investigación.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.3 OBJETIVOS.....	14

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2 .BASE TEÓRICA-CIENTÍFICA.....	23
2.2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DEL PARTO.....	23
2.2.2 PARTO.....	24
2.2.2.1 TRABAJO DE PARTO.....	24
2.2.2.2 POSICIONES DURANTE EL PARTO.....	26
2.2.2.2.1 POSICIÓN GINECOLÓGICA.....	26
2.2.2.2.2 POSICIÓN VERTICAL.....	28
2.2.2.3 FISIOLOGÍA COMPARADA.....	33
2.2.3 DOLOR EN EL PARTO.....	36
2.2.4 DESGARRO VULVOPERINEAL.....	39

2.2.5 EPISIOTOMÍA.....	39
2.2.6 COMODIDAD DE LA MADRE.....	40
2.2.7 PUNTAJE DE APGAR EN EL RECIÉN NACIDO.....	40
2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS OPERATIVOS.....	42
2.4 HIPÓTESIS.....	44
2.5 VARIABLES DE ESTUDIO.....	45

### **CAPÍTULO III**

#### **DISEÑO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN**

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.2 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.3 POBLACIÓN.....	46
3.4 MUESTRA.....	46
3.5 TIPO DE MUESTREO.....	46
3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	46
3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	47
3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
3.10 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.11 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	49

## **CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**CONCLUSIONES**

**RECOMENDACIONES**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ANEXOS**

## INTRODUCCIÓN

El parto vertical no es una práctica nueva, es la posición natural ya utilizada desde los albores de la humanidad, hecho que se ha demostrado en los grabados y esculturas encontrados en las diferentes culturas. Esta posición todavía se conserva en nuestras comunidades indígenas, donde la mujer aun acude a la partera y opta por el parto domiciliario<sup>(1)</sup>

Es preciso señalar que dar a luz de un modo natural no significa volver a épocas pasadas o renunciar a las nuevas tecnologías sino recuperar la capacidad y la confianza de la fisiología del cuerpo humano y emplear la ciencia cuando le corresponde, es decir, en las complicaciones y casos de riesgo para la madre y el bebé.<sup>(2)</sup>

Por otra parte con la aparición de la anestesia epidural para el parto sin dolor, se ha obligado a la mujer a tomar la posición horizontal como norma, en especial para el



periodo expulsivo, creándose cada vez mejores y modernas camas ginecológicas para comodidad de la paciente y de quien atiende el parto.

Las ventajas del parto vertical han sido reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes recomiendan ésta posición para el parto, al enfatizar su aporte a una mejor calidad de vida de las madres gestantes y de sus hijos, al referimos a ellos cabe señalar aquí otro beneficio de la posición vertical es la de evitar tracciones del feto o maniobras sobre el abdomen de la madre para su expulsión, que frecuentemente son realizadas en el parto horizontal, disminuyendo así los traumatismos del recién nacido.

En la actualidad en nuestro país se implementó la atención del parto vertical con adecuación intercultural, éste plan es una herramienta para movilizar y organizar los recursos institucionales y comunitarios, con el fin de dar una atención oportuna y de calidad a las madres gestantes. Pero esta tarea no es fácil se necesita un lugar adecuado para el parto vertical, tener personal capacitado que esté listo para resolver cualquier complicación y educar a las madres y sus familias para que acudan a las instituciones, al conocer la atención y los beneficios que puede recibir. <sup>(1)</sup>

En este contexto, la atención del parto en posición vertical, es considerada una estrategia para incrementar la cobertura de partos institucionales y reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, por tanto, la posibilidad de integrar la medicina tradicional y la occidental es necesaria para obtener resultados sostenibles en la

atención del parto, incorporando la posición vertical, teniendo en cuenta que un parto humanizado es aquel donde la mujer y el recién nacido son atendidos con los mejores cuidados técnicos, afectivos, emocionales y los beneficios que este ofrece. <sup>(3)</sup>

Las consideraciones descritas despertaron el interés de investigar: “EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL, SUS BENEFICIOS EN LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO” en el Centro de Salud de Vinchos. Teniendo como objetivo establecer los beneficios del parto en posición vertical y horizontal en las madres y recién nacidos. El tipo de estudio fue aplicada a través del diseño de investigación transversal, comparativo y prospectivo, mediante la técnica de la entrevista directa aplicada a las mujeres que dieron parto en posición horizontal y vertical y revisión de las historias clínicas de las madres y recién nacidos. La muestra estuvo constituida por 30 parturientas (15 en posición vertical y 15 en posición horizontal) que acudieron para la atención del parto al Centro de Salud Vinchos entre los periodos de Setiembre a Noviembre del 2013.

Los resultados hallados muestran que: En el 80.0% (12) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron multíparas, en comparación del 60.0% (9) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto quienes tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron primíparas, el 80.0% (12) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto no se le practicó la episiotomía y fueron multíparas, en comparación del 40.0% (6) de mujeres que optaron la posición

horizontal a quienes se les practicó la episiotomía y fueron primíparas, el 67.0% (10) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto no presentaron desgarro perineal y fueron múltiparas, en comparación del 47.0% (7) de mujeres quienes optaron la posición horizontal no presentaron desgarro perineal y fueron primíparas, el 53.0% (8) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto experimentaron grado de sensación de dolor leve, en comparación 60.0% (9) de mujeres que optaron la posición horizontal experimentaron grado de sensación de dolor moderado durante el trabajo de parto, el 73.0% (11) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto experimentaron comodidad durante el trabajo de parto, en comparación con el 67.0% (10) de las mujeres que optaron la posición horizontal experimentaron regular comodidad durante el trabajo de parto.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La ciencia Médica es una disciplina dinámica que está en búsqueda constante de nuevos procedimientos con la finalidad de que las atenciones del parto generen un mayor bienestar en la salud materna como en el recién nacido, tratando en lo posible de evitar cualquier complicación a consecuencia de una inadecuada atención. <sup>(4)</sup>

Con base en evidencias científicas, actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la parturienta no sea colocada en posición de litotomía durante el trabajo de parto y parto, ya que la considera perjudicial o ineficaz. Sin embargo, cada mujer debe tener la libertad de escoger su posición. <sup>(5)</sup>

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios

de Salud. Este movimiento es llamado en Argentina y España por “parto humanizado”; en Chile, por la “dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”. Hace casi una década se formó la “Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento”, con la participación de agrupaciones de más de 20 países.

El Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. <sup>(6)</sup>

Evidencias recientes muestran que la posición vertical comparadas con las posición horizontal (supina o de litotomía), reduce la duración del período de expulsión, de sentir un dolor severo, el número de partos que necesitan procedimiento quirúrgicos, la necesidad de episiotomía y las alteraciones en los latidos cardíacos fetales. Considerando los riesgos y beneficios de las diferentes posiciones, se debe permitir que las mujeres tomen decisiones informadas sobre las posiciones de parto y asuman aquella que desean. <sup>(7)</sup>

La posición que escogen las mujeres durante el parto son numerosos y complejos; y por lo general, es influida por las normas establecidas de cada lugar. En países como el nuestro, en el que la mayoría de los nacimientos se suscitan en un medio hospitalario, las normas usualmente han sido creadas en base a la experiencia que

brindan los conocimientos de los especialistas que van de la mano con las exigencias y avances médicos.

Las experiencias más exitosas en atención de parto vertical, la encontramos en el Hospital Regional de Ayacucho y tres Establecimientos de Salud, los mismos que están ubicados en Vilcashuamán,, San José de Secce (Huanta), considerado el más destacado porque desde hace diez años se viene ofreciendo los servicios de manera sostenible asimismo, esta localidad fue sede de pasantías de nivel internacional congregando a profesionales de México, Guatemala, Bolivia, Ecuador y a nivel nacional a Cajamarca, Ucayali, Tacna, entre otras regiones, y el distrito de Vinchos (Huamanga) acercando a pobladores de menores recursos económicos y rompiendo las barreras culturales. <sup>(8)</sup>

El año 2010 se instauró el parto vertical con adecuación intercultural en el Centro de Salud Vinchos, el cual cuentan con una casa materna. En lo que va en año (2013) el 60% de partos corresponden a la posición vertical y 40% a la posición horizontal. <sup>(6)</sup>

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

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los beneficios del parto en posición vertical y posición horizontal en la madre y recién nacido en el Centro de salud Vinchos -Ayacucho de Setiembre- Noviembre del 2013?

## **1.3 OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Demostrar los beneficios del parto en posición vertical y la posición horizontal en la madre y recién nacido, en el Centro de salud Vinchos -Ayacucho de Setiembre- Noviembre del 2013.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar los beneficios del parto en posición vertical en la madre y recién nacido atendidas en el Centro de salud Vinchos -Ayacucho de Setiembre- Noviembre del 2013.
- Determinar los beneficios del parto en posición horizontal en la madre y recién nacido atendidas en el Centro de salud Vinchos -Ayacucho de Setiembre- Noviembre del 2013.
- Comparar los beneficios del parto en posición Vertical y parto en posición Horizontal en la madre y recién nacido atendidas en el Centro de salud Vinchos -Ayacucho de Setiembre- Noviembre del 2013.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

**Bomfim-Hyppólito S.** <sup>(9)</sup> en la investigación realizada en la Universidad Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. 1998. “Influencia de la posición de la madre en el parto sobre algunos resultados maternos y neonatales”. Cuyo **Objetivo:** fue Evaluar las posibles ventajas o desventajas de la sesión sobre la posición horizontal durante la segunda etapa del trabajo de parto, con **Método:** de ensayo clínico con selección aleatoria. **Resultados:** de 127 voluntarias para la posición sentada y 121 para la posición horizontal durante la segunda etapa del trabajo de parto. La duración de la segunda etapa y de la expulsión de la placenta, vulvo laceraciones vaginales y perineales, la pérdida de volumen sanguíneo y se evaluaron la puntuación de APGAR. Hubo una disminución no significativa de 3,4 min en la duración del segundo período en la posición vertical en comparación con la posición horizontal. La pérdida de sangre



fue ligeramente mayor entre las mujeres con partos en posición vertical, pero la diferencia no alcanzó significancia. La incidencia del traumatismo perineal fue del 44,1% para la posición vertical y 47% para la posición horizontal en todo el grupo y de 47,8% y 71,2% en el grupo con la historia de la episiotomía. Esta última diferencia fue estadísticamente significativa. Los resultados de este estudio están en la línea de otros estudios que sugieren que algunas de las ventajas y posibles desventajas de la posición vertical. **Conclusiones:** las madres deben tener la opción de la postura a asumir durante el parto. La posición supina no debe imponerse y la episiotomía no debería ser una rutina.

**Oliveira Ricardo José y colaboradores,** <sup>(10)</sup> Brasil-Rio de Janeiro 2008, “Relación entre posición adoptada por la mujer en el parto, integridad perineal y vitalidad del recién nacido”. **Objetivos:** fue analizar los partos asistidos por enfermeras obstétricas, relacionando la posición adoptada para el parto con la preservación perineal y la vitalidad de los recién nacidos, en una maternidad pública. **Método:** estudio observacional y descriptivo. **Resultados:** fueron analizados los registros de 1715 partos asistidos. Los resultados mostraron que la opción de la posición vertical por las parturientes en los partos asistidos por las enfermeras obstétricas resultó con un índice menor de episiotomía. Las laceraciones perineales, fueron en su mayoría de primer grado. En esos partos, el score de APGAR en el primer y en el quinto minutos fueron siempre superiores a siete. **Conclusiones:** que la asistencia realizada

por las enfermeras obstétricas en la institución, permitieron la adopción de la posición vertical y se evidenciaron una actitud menos intervencionista que protege la integridad de la mujer.

**Brüggemann, Odaléa María y colaboradores,** <sup>(11)</sup> Brasil 2009. “Parto vertical en el Hospital de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil serie de estudio 1996-2005”, **Objetivo:** mostrar la posibilidad de implementar la asistencia del parto en posición vertical respetando la decisión de la mujer. **Método:** estudio descriptivo, **Resultados:** que de 15 891 partos donde 4 998 fue cesárea y 10.893 vaginales, de los cuales 5 549 fueron verticales y 5344 horizontales donde el creciente porcentaje de partos verticales en relación con otros tipos de parto se encuentran en esta revisión, dicha posición para el parto están en línea con las recomendaciones de la OMS y el Ministerio de Salud, es decir, que la mujer debe alentarse a la experiencia de la posición deseada durante la segunda etapa del trabajo, evitar largos períodos en posición supina, y su elección debe ser apoyada. Esta práctica ha sido poco a poco introducida por el equipo de profesionales de la salud. **Conclusiones:** que a partir de este estudio se demuestra que la posición vertical es una práctica que puede ser considerada segura por no acarrear riesgo para la madre como para el recién nacido.

**Gayeski Michele Ediane; Brüggemann Odaléa María,** <sup>(12)</sup> Brasil 2009. “Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal”. **Objetivo:** conocer las percepciones de las puérperas sobre la vivencia

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

**Hugo Sabatino; Adalberto Bonfim; Lourivaldo R. de Sousas.** <sup>(13)</sup> Cuba 2012 “transformación de la posición horizontal en vertical en el parto y su impacto en indicadores materno y neonatal”. **Objetivo:** Comparar indicadores maternos y neonatales obtenidos durante el nacimiento en partos realizados con la madre en posición de litotomía y de cuclillas, para formular políticas de atención en el momento del nacimiento. **Método:** estudio analítico. **Resultados:** de los 728 casos estudiados encontramos 622 (85,4%) partos en posición de cuclillas y 106 (14,6%) partos en posición de litotomía. APGAR al primer minuto de vida: 0 a 3: cuclillas 5

casos (0,8%); litotomía 3 casos (2,8%); 4 a 6: cuclillas 8 casos (1,3%); litotomía 2 casos (1,9%); 7 a 10; cuclillas 609 casos (97,9%); litotomía 101 casos (95,3%). APGAR al quinto minuto: 0 a 3: cuclillas, 0 caso (0,0%) litotomía 3 casos (2,8%); 4 a 6: cuclillas 2 casos (0,3%); litotomía 2 casos (1,9%); 7 a 10: cuclillas 620 casos (99,7%); litotomía 101 casos (95,3%). **Conclusiones:** Con base en estos resultados, podemos concluir que en ambos indicadores (materno y neonatal) la posición de cuclillas modifica significativamente estos indicadores en forma netamente positivos cuando la mujer adopta la posición de cuclillas en el momento del parto.

**Martina M.** <sup>(14)</sup> La Oroya 1993. "Parto en Posición Sentada en la Oroya (3780msnm) Julio-Agosto de 1993" **Objetivo:** conocer la importancia del parto en posición sentada y sus beneficios para un buen nacimiento. **Método:** estudio analítico. **Resultados:** incluyó a 35 mujeres, quienes tuvieron parto en posición de litotomía y 35 mujeres cuyos partos se realizaron en posición sentada, para lo cual se confeccionó una silla de partos para tal fin, el grupo control (parto de cubito supino-litotomía) consistió de gestantes a término, todas las paridades, pelvis ginecoide, partos eutócicos, puntaje de APGAR. En el grupo de estudio (parto sentada) aparte de los parámetros ya señalados se cuantificaba la duración del expulsivo, grado de dolor de las contracciones, calidad de la dinámica uterina, opinión de la paciente, del obstetra, filmación de 5 partos. Se encontró que la duración del expulsivo en el grupo control fue de 21.43min y el grupo sentado de 12.06min, desgarros perineales

14.28% en el grupo control y 5.71% en el grupo de estudio, las contracciones uterinas fueron más intensas, eficaces y menos dolorosas en la posición sentada. Los valores antropométricos de ambos grupos fueron semejantes (talla, peso, perímetro cefálico).

**Conclusiones:** el parto en posición sentada es óptimo para el recién nacido.

**Jorge Calderón, José Bravo,** <sup>(15)</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Entre junio 2006 y junio 2007, “ventajas del parto vertical frente al parto horizontal”.

**Objetivo:** determinar las ventajas del parto vertical frente al parto horizontal

**Método:** Mediante un estudio observacional, comparativo y transversal. **Resultados:**

Se estudió 160 parturientas, 80 de las cuales tuvieron parto vertical (PV) y 80, parto horizontal (PH). **Conclusiones:** que: El tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min, respectivamente). El volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos (300 ml y 296,74 ml. Se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% vs. 56,3%). Hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical (en quienes no se realizó episiotomía), pero de poca profundidad (83% vs. 60%).

Respecto a la percepción de la madre sobre el parto vertical, este fue percibido como más rápido, más cómodo y menos doloroso; la mayoría de las mujeres con parto vertical tuvo la satisfacción de ver la salida de su bebé (96,3% vs. 42,5%) y la mayoría de las mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las

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

**Peña Casceres Jennifer, Arana Arnado Ros Mery.** <sup>(16)</sup> Cusco - Centro de salud Belén-Pampa, Agosto – Setiembre 2010, “Diferencias entre los beneficios de la posición vertical y la posición horizontal del parto en la madre y el recién nacido Centro de salud Belén-Pampa”. **Objetivos:** Determinar las diferencias entre los beneficios del parto vertical y parto horizontal en la madre y el recién nacido. **Método:** Estudio Prospectivo, Transversal, Analítico. **Conclusiones:** que de un estudio de 250 partos. Los beneficios encontrados en el parto en posición vertical fueron que el total de madres multíparas tuvo una duración del periodo expulsivo, normal, y el 3.6% de nulíparas presentó una duración del periodo expulsivo, prolongado, notándose mayor beneficio en multíparas que en nulíparas, en relación a la conservación de la integridad perineal, el parto en posición vertical muestra tan sólo un 2.2% de episiotomías y un 45.4% de las madres conservaron la integridad del periné. El grado de comodidad percibido por las madres fue superior en el parto en posición vertical, con un 64.9% en comparación a un 37.1% de las madres que manifestó comodidad en la posición horizontal. En cuanto al beneficio al recién nacido, se pudo observar que el puntaje de APGAR de los niños nacidos de parto en posición vertical fue siempre normal, en comparación al parto en posición horizontal

en el que se observó un porcentaje de 1.6% de niños con depresión severa para el Score de APGAR.

**Gallardo M.,** <sup>(17)</sup> Ayacucho-Vilcas Huamán 2005. En su trabajo de investigación “Beneficios y desventajas del parto vertical y el contexto intercultural en la provincia de Vilcas Huamán”, **Objetivo:** determinar los beneficios y desventajas del parto vertical. **Método:** descriptivo, transversal, prospectivo. **Resultados:** de un total de 152 mujeres atendidas, 67 fueron atendidas mediante el parto vertical, de los cuales 5 presentaron como complicación desgarros, el mismo numero presentaron hemorragia post parto. **Conclusiones:** que el parto vertical es más beneficioso en el acortamiento del tiempo del periodo expulsivo y como desventajas podría presentarse los desgarros.

**Landeo Sulca, Nelly Ada,** <sup>(18)</sup> Ayacucho-Vilcas Huamán Marzo a Julio 2007, “Factores socioculturales asociados al parto vertical en gestantes. Centro de Salud de Vilca Huamán”. **Objetivos:** determinar los factores socioculturales asociados con la posición del parto vertical. **Método:** Mediante un estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversal y observacional. **Resultados:** del 100% (82) de mujeres que se atendieron el 57.3%(47) optó por el parto vertical y el 42.7%(35) optó por el parto horizontal. De los cuales el parto vertical predomina en el 30.5% de mujeres con parto vertical previo a diferencia del 37.8% de mujeres sin parto vertical previo que optaron por la posición del parto horizontal. **Conclusiones:** se establece que el parto

vertical previo es un factor cultural asociado significativamente con la posición del parto vertical. Es decir las mujeres con antecedentes personal de parto vertical previo optan mayoritariamente por esta posición durante el trabajo de parto.

## **2.2 BASE TEÓRICA - CIENTÍFICA**

### **2.2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DEL PARTO**

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

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

En el Perú, la práctica de la atención vertical del parto ha venido siendo implementada por los establecimientos de salud de las regiones que atienden



poblaciones rurales como una estrategia para facilitar el acceso a los servicios de atención materna.<sup>(15)</sup>

### **2.2.2 PARTO**

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gr, igual o mayor a las 22 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación.

**Parto de término.-** Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

**Parto de pre término o parto prematuro.-** es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

**Parto inmaduro.-** esta denominación es una subdivisión del parto prematuro. Se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

**Parto de pos término o pos maduro.-** es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más <sup>(19)</sup>

#### **2.2.2.1 TRABAJO DE PARTO**

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.<sup>(19)</sup>

El parto se divide en tres periodos.

### **PRIMER PERIODO DEL PARTO: DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO.**

Empieza con el primer dolor verdadero de parto (cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, duración e intensidad suficientes para iniciar un rápido borramiento y dilatación cervical) y finaliza cuando la dilatación es máxima (10cm)

Duración: en las nulíparas 8 a 12h, en las multíparas 6 a 8h.

### **SEGUNDO PERIODO DEL PARTO: EXPULSIVO.**

Se inicia cuando la dilatación es completa (10cm) y culmina con la expulsión del recién nacido. Normalmente dura: en nulíparas hasta 2 h (promedio 50 min).

En multíparas hasta 1h (promedio 30 min).

### **TERCER PERIODO DEL PARTO: ALUMBRAMIENTO**

Se inicia con el nacimiento del niño y culmina con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares.

Gracias a la administración de fármacos oxitócicos (que estimula la contracción del miometrio) lo cual suele hacerse inmediatamente luego del nacimiento del niño, este periodo normalmente se completa en unos 5 min (tanto en nulíparas como multíparas) aunque se considera un lapso promedio de 5 a 15min. <sup>(20)</sup>

### **2.2.2.2 POSICIONES DURANTE EL PARTO**

De acuerdo a la posición que adopta la gestante durante el trabajo de parto, se clasifican en:

#### **2.2.2.2.1 PARTO EN POSICIÓN GINECOLÓGICA (LITOTÓMICA U HORIZONTAL)**

Es aquel donde la gestante adopta la posición ginecológica (horizontal). El personal de salud a sido entrenado básicamente para atender el parto en posición horizontal (acostada).<sup>(21)</sup>

#### **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.
- Favorece la revisión médica.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

#### **DESVENTAJAS DE LA POSICIÓN HORIZONTAL:**

- **Efectos respiratorios.** La posición horizontal de la madre favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la

capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.

- **Efecto Poseiro.-** Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200grs), útero (1,100 grs), placenta (600grs), líquido amniótico (900grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural).
- **Efectos mecánicos.** La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto, no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. También, la

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

- **Efectos fisiológicos.** La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- **Efectos psicológicos.** Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior.
- **Aumento en el índice de cesáreas.** El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no colaboración de la madre, son condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.<sup>(21)</sup>

#### **2.2.2.2.2 PARTO EN POSICIÓN VERTICAL**

Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical( de pie, sentada, apoyada a 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 actué como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal de parto, y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido. <sup>(21)</sup>

## **VARIEDADES DE LA POSICION VERTICAL DURANTE EL PERIODO**

**EXPULSIVO:** Las posiciones que pueda adoptar la parturienta son las siguientes.

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

### **Posición de cuclillas: variedad anterior.**

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

- El personal de salud realizara los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, cuclillas o sentados en una banquito bajo) y posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.

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

#### **Posición de cuclillas: variedad posterior**

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

#### **Posición de rodillas**

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

- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazara a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.
- En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

#### **Posición sentada y semi sentada**

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



### **Posición cogida de la soga**

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

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

### **Posición pies y manos**

- Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.
- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido.
- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia adelante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.
- La recepción del bebe se realizará por detrás de la mujer.

El personal de salud que atienda el parto vertical en cualquiera de las posiciones verticales deberá instruir a la parturienta para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo realizarlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen. <sup>(21)</sup>

### **2.2.2.3 FISIOLÓGÍA COMPARADA**

#### **Parto Horizontal:**

- El útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia; asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (Compresión Aorta-Cava). Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga.
- Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como “peso muerto” no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final.
- Los diámetros intrapélvicos maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (maniobra muy utilizada para la atención de la Distocia de Hombros), por lo que la posición

horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores.

- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad.
- La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.
- La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros.

**Parto Vertical:**

- En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
- Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el periodo de dilatación, como en el expulsivo. Facilitando la transición feto-neonatal.

- Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción.
- Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en transverso.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto.
- La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorecen el encaje y el descenso del feto.
- Se estima que la madre gana entre 30-40 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, que suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitócica y menos riesgo de alteraciones de latidos cardiacos fetales.
- El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente.
- El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.

- Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación. <sup>(21)</sup>

### **2.2.3 DOLOR EN EL PARTO**

El dolor es una propiedad inherente a la contracción del útero durante el trabajo de parto. Existen una serie de condiciones anátomo funcionales (dilatación del cuello, distensión del peritoneo uterino y ligamentos, vasoconstricción, etc.) que intervienen en mayor o menor grado en la sensación dolorosa durante el trabajo de parto. El dolor no depende solamente de estos factores, sino también del equilibrio psíquico de la parturienta que influye indiscutiblemente en su percepción. El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes de que el útero se relaje, para desaparecer completamente en los intervalos. Aumenta con la progresión del trabajo y con la intensidad y duración de la contracción. Su localización al principio es abdominal; después se irradia hacia la pelvis. Algunas mujeres acusan dolores lumbares o sacros. El acompañamiento y apoyo durante el parto brindado por una persona elegida por la mujer ayuda a tolerar el dolor y la ansiedad y reduce el tiempo del parto.

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

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

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

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

**LOCALIZACIÓN DEL DOLOR:** usualmente al comienzo del parto el dolor tiene localización abdominal; más adelante se irradia hacia la pelvis. En el periodo expulsivo el dolor es principalmente perineal. <sup>(19)</sup>

### **ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)**

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. <sup>(22)</sup>

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

#### 2.2.4 DESGARROS VAGINALES Y PERINEALES

Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:

**Los desgarros de primer grado**, laceraciones superficiales que afectan a la mucosa vaginal y a la piel del periné. Pero sin comprometer a los músculos subyacentes

**Los desgarros de segundo grado**, involucran además, los músculos perineales, pero sin comprometer el esfínter externo del ano.

**Los desgarros de tercer grado**, involucran al esfínter externo del ano, pero no afecta a la mucosa rectal.

**Los desgarros de cuarto grado**, se extiende incluso hasta la mucosa rectal. <sup>(20)</sup>

#### 2.2.5 EPISIOTOMÍA

Consiste en la sección perineo vaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño.



Es una técnica quirúrgica simple de relajación (sección del anillo vulvoperineal) que se realiza con carácter profiláctico, para ensanchar el introito vaginal y así evitar que el desprendimiento de la presentación fetal provoque una hiperdistensión y posterior desgarro del periné, vagina y especialmente de los músculos y aponeurosis del suelo pélvico. <sup>(19)</sup>

#### **2.2.6 COMODIDAD DE LA MADRE.**

Se refiere a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

Las comodidades se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales, así como la limpieza y la privacidad que hace referencia al respecto de los derechos del paciente. (Instrumento Validado por Magda Lucía Flórez Flórez “comodidad del paciente”)

#### **BENEFICIOS DEL RECIÉN NACIDO**

Consecuencias favorables para el recién nacido por la atención del parto en las diferentes posiciones.

#### **2.2.7 PUNTAJE APGAR EN EL RECIÉN NACIDO.**

El test se realiza al minuto, a los cinco minutos. La puntuación al 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible

sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.

### **PUNTAJE DE APGAR**

VALORACIÓN:

Recién nacido normal	7 – 10
Recién nacido deprimido moderado	4 – 6
Recién nacido deprimido severo	0 – 3 <sup>(23)</sup>

### **PUNTAJE DE APGAR**

PUNTAJE DE APGAR	0	1	2
<b>Latidos cardíacos por minuto</b>	Ausente	Menos de 100	100 o mas
<b>Respiración</b>	Ausente	Irregular	Regular o llanto
<b>Tono muscular</b>	Flaccidez	Flexión Moderada de extremidades	Movimientos activos
<b>Irritabilidad refleja</b>	Sin respuesta	Muecas	Llanto vigoroso
<b>Color de piel y mucosas</b>	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado

### 2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS OPERATIVOS:

- **PARTO:** conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida del claustro materno de un feto viable y sus anexos.
- **PARTO HORIZONTAL:** Es aquel donde la gestante adopta la posición ginecológica (horizontal). El personal de salud a sido entrenado básicamente para atender el parto en posición horizontal (acostada).
- **PARTO VERTICAL:** Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyada a una o dos rodillas, o de cuclillas).
- **BENEFICIO:** Bien que se hace o se recibe.
- **DIFERENCIAS:** Cualidad o aspecto por el cual una persona o cosa se distingue de otra, se utiliza para mostrar la discrepancia que hay entre dos cosas, o compararlas entre sí.
- **POSICIÓN:** relación que existe entre un punto de referencia tomado sobre la presentación y ubicación del eje central de la madre.
- **COMODIDAD:** Conveniencia, copia de las cosas necesarias para vivir a gusto y con descanso.
- **INTERCULTURALIDAD:** Proceso de comunicación en relaciones de convivencia que establecen dos o más individuos o grupos culturales que manifiestan características e intereses a veces diferentes
- **DOLOR DE PARTO:** Sensación subjetiva desagradable producido por las contracciones involuntarias e intermitentes del útero durante el parto.

1) Ausencia de dolor (0)

2) Dolor leve (1 - 3)

3) Dolor moderada (4 - 7)

4) Dolor severo (8 - 10)

- **EDAD GESTACIONAL:** La edad gestacional es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.
- **PROCEDENCIA:** Lugar de origen o de nacimiento de la madre gestante.
- **PARIDAD:** Es el número de partos que tiene la gestante hasta la fecha, ya sea por cesárea o vía vaginal.
- **EDAD:** Es el tiempo vivido por la gestante desde el nacimiento hasta el presente. Se expresa en años cumplidos.
- **NIVEL DE INSTRUCCIÓN:** Es el nivel o escolaridad de la gestante a la fecha expresado en años aprobados.

## **2.4 HIPÓTESIS**

El parto en posición vertical es beneficioso en un alto porcentaje comparado al parto en posición horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, menos casos de episiotomía, mejor comodidad para la madre durante el parto, menor sangrado, en el recién nacido ofrece mejores puntuaciones en el APGAR.

## **2.5 VARIABLES**

### **2.5.1 Variables independientes.**

- Posición horizontal, posición vertical durante el parto.

### **2.5.2 Variables dependientes.**

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

### **CAPÍTULO III**

#### **DISEÑO METODOLÓGICO**

- 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Aplicada
- 3.2 METODO DE INVESTIGACIÓN:** Transversal, comparativo, prospectivo
- 3.3 POBLACIÓN:** La población estuvo constituida por 36 parturientas atendidas en el Centro de Salud Vinchos durante el periodo de Setiembre- Noviembre del 2013.
- 3.4 MUESTRA:** El tamaño de la muestra estuvo conformada por 30 parturientas (15 en posición vertical y 15 en posición horizontal) que acudieron al Centro de Salud Vinchos y que cumplieron los criterios de inclusión.
- 3.5 TIPO DE MUESTREO:** No Probabilístico por conveniencia.
- 3.6 CRITERIO DE INCLUSIÓN:**
- Todas las parturientas sin complicaciones durante el trabajo de parto (parto eutócico)

### **3.7 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:**

- Parturientas que durante el proceso de trabajo de parto presentaron complicaciones y fueron referidas a otro establecimiento de salud de mayor complejidad resolutive.
- Parturientas que tuvieron parto domiciliario.

### **3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **TÉCNICAS:**

**ENTREVISTA:** Esta técnica se utilizó para obtener información de las púérperas, acerca de su experiencia y opinión sobre los beneficios y la atención brindada en el Centro de salud Vinchos -Ayacucho de Setiembre-Noviembre del 2013, para lo cual se utilizó una entrevista estructurada. La cual se inició tomando datos generales de las púérperas de las historias clínicas y preguntas directas. (Ver ANEXO N° 1)

**OBSERVACIÓN:** Básicamente esta técnica fue utilizada para observar el proceso del parto en posición vertical y horizontal; teniendo parámetros establecidos para que dicha recolección sea veraz, e identificar los beneficios en ambas posiciones del parto, la misma que se efectuó en el Centro de salud Vinchos. (Ver ANEXO N° 2)

**REVISIÓN DOCUMENTAL:** Recopilación de datos de la historia clínica

#### **INSTRUMENTOS:**

**FICHA DE ENTREVISTA:** Se realizó una entrevista personal a las púérperas que fueron atendidas en el Centro de salud Vinchos con preguntas cerradas y abiertas.



**GUÍA DE OBSERVACIÓN:** Se realizó una ficha de observación documentaria para revisar datos de la historia clínica de las púerperas, así como registros de los recién nacidos.

**HISTORIA CLÍNICA:** Se revisó datos de la historia clínica materno perinatal

### **3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

- A través del Decanato de la Facultad de Obstetricia de la UNSCH se solicitó autorización al Centro de salud Vinchos para la aplicación de la entrevista y revisión de historia clínica de cada parturienta.
- Una vez obtenido el permiso se solicitó al Gerente del Centro de Salud de Vinchos para poder realizar la investigación durante el tiempo establecido.
- Se realizó un cronograma de asistencia al Centro de salud Vinchos durante el periodo de la investigación.
- Se cumplió con el proceso del consentimiento informado a las parturientas solicitando su aceptación y colaboración para el desarrollo de la entrevista.
- Se entrevistaron a las parturientas de parto en posición vertical y horizontal, que cumplieran con los criterios de inclusión.

- Se observó todos los partos verticales y horizontales en las parturientas que aceptaron participar en la investigación, con el fin de recabar información sobre la duración del periodo expulsivo, conservación de la integridad del periné y la cantidad del volumen sanguíneo y con respecto al recién nacido la valoración del APGAR.
- Se tomaron datos de la historia clínica de las parturientas de parto en posición vertical y horizontal, que cumplieran con los criterios de inclusión.
- Consideraciones éticas: Se informó a las parturientas que los datos obtenidos a través de la entrevista eran confidenciales y que serán utilizados solo con fines de estudio.

**3.11 PROCESAMIENTO DE DATOS:** El procesamiento informático de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 20.0 (español) PAWS. Codificando cada variable previamente. Luego se elaboraron cuadros de contingencia a los cuales se le aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la relación de las principales variables de estudio.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**TABLA N° 1**

**PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN RELACIÓN A LA DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO Y PARIDAD EN LAS MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VINCHOS. AYACUCHO SETIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2013.**

<b>POSICIÓN DE PARTO</b>	<b>DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO DEL PARTO</b>								<b>TOTAL</b>	
	<b>PRIMIPARA</b>				<b>MULTÍPARA</b>					
	<b>Normal (&lt; 2h)</b>		<b>Prolongado (&gt; 2h)</b>		<b>Normal (&lt;1h)</b>		<b>Prolongado (&gt;1h)</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>		
<b>Vertical</b>	03	20.0%	00	00.0%	12	80.0%	00	00.0%	15	100.0%
<b>Horizontal</b>	09	60.0%	00	00.0%	06	40.0%	00	00.0%	15	100.0%

Fuente: Ficha de entrevista y guía de observación.

La tabla N° 1, referida al parto en posición vertical y horizontal en relación a la duración del periodo expulsivo en las madres atendidas en el centro de salud de Vinchos. Ayacucho setiembre – noviembre del 2013. Nos muestra que del 100% (15) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, de ellas el 80.0% (12) tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron multíparas, seguido del 20.0% (3) quienes tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron

primíparas. En comparación del 100.0% (15) mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto, el 60.0% (9) tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron primíparas, seguido del 40.0% (6) quienes tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron multíparas.

Del análisis del cuadro podemos concluir que el mayor porcentaje de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto el 80.0% (12) tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron multíparas, en comparación con el mayor porcentaje de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto el 60.0% (9) tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron primíparas.

Los resultados demuestran que la posición del parto se relacionó con la duración del periodo expulsivo.

Nuestros hallazgos se asemejan a los reportados por **Bomfim Hyppolito**<sup>(9)</sup>, quién en su estudio, “La influencia de la posición de la madre en el parto sobre beneficios maternal y neonatal” refieren en las ventajas posibles sobre la posición horizontal versus la posición vertical, durante la segunda etapa de labor, fue que había una importante disminución de 3.4 minutos en la duración del segundo período de la posición vertical en comparación con la posición horizontal.

Así mismo **Calderón y Bravo**.<sup>(15)</sup> en su estudio ventajas del parto vertical frente al parto horizontal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Entre

junio 2006 y junio 2007, reportan que el tiempo del periodo expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min, respectivamente).

En el parto vertical hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir la posición vertical.

La fuerza de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, 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, favoreciendo la salida del bebé y acortando el tiempo del expulsivo.

**TABLA N° 2**

**PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN RELACIÓN A LA  
EPISIOTOMÍA Y PARIDAD EN LAS MADRES ATENDIDAS EN EL  
CENTRO DE SALUD DE VINCHOS. AYACUCHO SETIEMBRE –  
NOVIEMBRE DEL 2013.**

POSICIÓN DE PARTO	EPISIOTOMÍA								TOTAL	
	SI				NO					
	Primípara		Múltipara		Primípara		Múltipara		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Vertical</b>	01	7.0%	00	00.0%	02	13.0%	12	80.0%	15	100.0%
<b>Horizontal</b>	06	40%	01	07.0%	03	20.0%	05	33.0%	15	100.0%

Fuente: Ficha de entrevista y guía de observación.

G.L. 1       $X^2_t = 3,84$        $X^2_c = 4,104$        $P < 0.05$

La tabla N° 2, referida al parto en posición vertical y horizontal en relación a la episiotomía y paridad en las madres atendidas en el centro de salud de Vinchos. Ayacucho setiembre – noviembre del 2013. Nos muestra que del 100% (15) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, de ellas al 80.0% (12) no se le practicó la episiotomía y fueron múltiparas, seguido del 13.0% (2) a quien no se le practicó la episiotomía y fueron primíparas, seguido del 7.0%(1) se les practico episiotomía y fueron primíparas. En comparación del 100% (15) mujeres que optaron la

posición horizontal para el trabajo de parto el 40.0% (6) se les practicó la episiotomía y fueron primíparas, seguido del 33.0% (5) a quienes no se les practicó la episiotomía y fueron múltiparas, seguido del 20.0%(3) a quienes no se les practicó la episiotomía y fueron primíparas, seguido del 7.0%(1) a quien se le practicó la episiotomía y fue primípara.

Del análisis del cuadro podemos concluir que del mayor porcentaje de las mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto el 80.0% (12) no se le practicó la episiotomía y fueron múltiparas, en comparación delo mayor porcentaje de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto el 40.0% (6) se les practicó la episiotomía y fueron primíparas.

Sometidos los resultados a la prueba estadística chi cuadrado, se halló significancia estadística que demuestra, que la posición del parto se relacionó con la episiotomía.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos de **Calderón y Bravo**.<sup>(15)</sup> en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Entre junio 2006 y junio 2007, “ventajas del parto vertical frente al parto horizontal”. Donde refiere que se realizó la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal, 26,5% vs. 56,3% respectivamente.

Así mismo la **Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural México**.<sup>(1)</sup>, que en el estudio “La posición tradicional de atención del parto (parto



vertical), en los servicios de salud” reporta que el periodo expulsivo en posición vertical que es de terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros.

No justifica la realización de la episiotomía en el parto vertical porque se evidencia la distensión del periné por la compresión de la cabeza fetal; Comparado a la posición horizontal que brinda mayor comodidad y facilidad al obstetra para poder realizar la episiotomía.

**TABLA N° 3**  
**PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN RELACIÓN A**  
**DESGARRO PERINEAL Y PARIDAD EN LAS MADRES ATENDIDAS EN**  
**EL CENTRO DE SALUD DE VINCHOS. AYACUCHO SETIEMBRE –**  
**NOVIEMBRE DEL 2013.**

POSICIÓN DE PARTO	DESGARRO PERINEAL								TOTAL	
	SI				NO					
	Primípara		Multípara		Primípara		Multípara		Nº	%
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<b>Vertical</b>	03	20.0%	02	13.0%	00	00.0%	10	67.0%	15	100.0%
<b>Horizontal</b>	02	13%	00	00.0%	07	47.0%	06	40.0%	15	100.0%

Fuente: Ficha de entrevista y guía de observación.

G.L. 1       $X^2_t = 3,84$        $X^2_c = 4,055$        $P < 0.05$

La tabla N° 3 referida al parto en posición vertical y horizontal en relación a desgarro perineal y paridad en las madres atendidas en el centro de salud de Vinchos. Ayacucho setiembre – noviembre del 2013. Nos muestra que del 100% (15) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, de ellas al 67.0% (10) no presentaron desgarro perineal y fueron multíparas, seguido del 20.0% (3) quienes si presentaron desgarro perineal y fueron primíparas, seguido del 13.0%(2) quienes si presentaron desgarro perineal y fueron multíparas. En comparación del

100% (15) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto el 47.0% (7) no presentaron desgarro perineal y fueron primíparas, seguido del 40.0% (6) quienes no presentaron desgarro perineal y fueron múltiparas, seguido del 13.0%(2) quienes si presentaron desgarro perineal y fueron primíparas.

Del análisis del cuadro podemos concluir que el mayor porcentaje de las mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto el 67.0% (10) no presentaron desgarro perineal y fueron múltiparas, en comparación del mayor porcentaje de mujeres quienes optaron la posición horizontal el 47.0% (7) no presentaron desgarro perineal y fueron primíparas.

Sometidos los resultados a la prueba estadística chi cuadrado, se halló significancia estadística que demuestra, que la posición del parto se relacionó con desgarro perineal.

Nuestros resultados coinciden a los reportados por **Peña y Arana**,<sup>(16)</sup> en su estudio, “Diferencias entre los beneficios de la posición vertical y la posición horizontal del parto en la madre y el recién nacido”. Centro de salud Belén-Pampa, Agosto – Setiembre 2010 reportaron que en cuanto al desgarro perineal, el parto en posición vertical posee un 52.2%, mientras que el parto en posición horizontal el 48.4% de madres tuvo desgarro perineal.

El parto en la posición vertical con respecto a la protección perineal es más dificultoso por la brusca salida del feto, por lo que se evidencia más desgarros.

TABLA N° 4

**PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN RELACIÓN AL GRADO DE SENSACIÓN DE DOLOR EN LAS MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VINCHOS. AYACUCHO SETIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2013.**

POSICIÓN DE PARTO	GRADO DE SENSACIÓN DEL DOLOR						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Vertical</b>	8	53.0%	6	40.0%	1	7.0%	15	100.0%
<b>Horizontal</b>	1	7.0%	9	60.0%	5	33.0%	15	100.0%

Fuente: Ficha de entrevista.

G.L. 2       $X^2_t = 5,99$        $X^2_c = 8,72$        $P < 0.05$

La tabla N° 4, referida al parto en posición vertical y horizontal en relación al grado de sensación de dolor en las madres atendidas en el centro de salud de Vinchos. Ayacucho setiembre – noviembre del 2013. Nos muestra que del 100% (15) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, el 53.0% (8) experimentaron grado de sensación de dolor leve, seguido del 40.0% (6) quienes experimentaron grado de sensación de dolor leve, seguido del 40.0% (6) quienes experimentaron grado de sensación de dolor moderado, seguido del 7.0% (1) experimento grado de sensación de dolor severo durante el trabajo de parto. En comparación del 100% (15) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto y de ellas el 60.0% (9) experimentaron grado de sensación del dolor

moderada, seguido del 33.0% (5) quienes experimentaron grado de sensación de dolor severo y un 7.0% (1) quién experimento grado de sensación de dolor leve durante el trabajo de parto.

Del análisis del cuadro podemos concluir que el mayor porcentaje de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto el 53.0% (8) experimentaron grado de sensación de dolor leve, en comparación del mayor porcentaje de mujeres que optaron la posición horizontal el 60.0% (9) experimentaron grado de sensación de dolor moderado durante el trabajo de parto.

Sometidos los resultados a la prueba estadística chi cuadrado, se halló significancia estadística que demuestra, que la posición del parto se relacionó con el grado de dolor.

Según los autores; **Schwarcz R. Fescina R. C. Duverges.**<sup>(19)</sup>, La libertad de movimientos y de elegir la posición más cómoda (sentada, de pie, etc) cambiándola a voluntad, también contribuye a mitigar el dolor y otras molestias durante el parto.

Al respecto **Peña y Arana.**<sup>(16)</sup> en su estudio, “Diferencias entre los beneficios de la posición vertical y la posición horizontal del parto en la madre y el recién nacido”. Centro de salud Belén-Pampa, Agosto – Setiembre 2010 reportaron que el grado de sensación del dolor, tanto en posición horizontal como en vertical, el mayor porcentaje calificó el dolor como insoportable.

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

**TABLA N° 5**

**PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN RELACIÓN A LA COMODIDAD EN LAS MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VINCHOS. AYACUCHO SETIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2013.**

POSICIÓN DE PARTO	COMODIDAD DURANTE EL PARTO						TOTAL	
	Cómoda		Regularmente cómoda		Incómoda		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Vertical</b>	11	73.0%	4	27.0%	0	0.0%	15	100.0%
<b>Horizontal</b>	2	13.0%	10	67.0%	3	20.0%	15	100.0%

Fuente: Ficha de entrevista

G.L. 2       $X^2_t = 5,99$        $X^2_c = 7,12$        $P < 0.05$

La tabla N° 5, referida al parto en posición vertical y horizontal en relación a la comodidad en las madres atendidas en el centro de salud de Vinchos. Ayacucho setiembre – noviembre del 2013. Nos muestra que del 100% (15) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, el 73.0% (11) experimentaron comodidad durante el trabajo de parto, seguido del 27.0% (4) experimentaron regular comodidad. En comparación del 100% (15) de mujeres quienes optaron la posición horizontal para el trabajo de parto el 67.0% (10) experimentaron regular comodidad, seguido del 20.0% (3) experimentaron incomodidad, seguido del 13.0%(2) experimentaron comodidad durante el trabajo de parto.

Del análisis del cuadro podemos concluir que el mayor porcentaje de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto el 73.0% (11) experimentaron comodidad durante el trabajo de parto, en comparación con el mayor porcentaje de las mujeres que optaron la posición horizontal el 67.0% (10) experimentaron regular comodidad durante el trabajo de parto.

Sometidos los resultados a la prueba estadística chi cuadrado, se halló significancia estadística que demuestra, que la posición del parto se relacionó con la comodidad.

Nuestros hallazgos concuerdan con los referidos por **Peña y Arana**.<sup>(16)</sup> en su estudio, “Diferencias entre los beneficios de la posición vertical y la posición horizontal del parto en la madre y el recién nacido”. Centro de salud Belén-Pampa, Agosto – Setiembre 2010 reportaron que el grado de comodidad percibido por las madres fue superior en el parto en posición vertical, con un 64.9% en comparación a un 37.0% de las madres que manifestó regular comodidad en la posición horizontal.

La parturienta durante el trabajo de parto en la posición vertical tiene un punto de apoyo por la posición de sus piernas, la cual la ayuda a realizar una mejor presión abdominal.

Permitir a la mujer elegir la posición de parto vertical habla de autonomía y mayor libertad de movimientos.



Los beneficios psicoafectivos en el parto vertical tienen mayor satisfacción y sensación placentera de logro personal.

**TABLA N° 6**  
**PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN RELACIÓN AL**  
**VOLUMEN DE PÉRDIDA SANGUÍNEA EN LAS MADRES ATENDIDAS EN**  
**EL CENTRO DE SALUD DE VINCHOS. AYACUCHO SETIEMBRE –**  
**NOVIEMBRE DEL 2013.**

POSICIÓN DE PARTO	VOLUMEN DE PÉRDIDA SANGUÍNEA						TOTAL	
	Menor a 100 cc.		Entre 100 – 200 cc.		Mayor a 200 cc.		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Vertical</b>	6	40.0%	7	47.0%	2	13.0%	15	100.0%
<b>Horizontal</b>	3	20.0%	11	73.0%	1	7.0%	15	100.0%

Fuente: Guía de observación.

G.L. 2       $X^2_t = 5,99$        $X^2_c = 3,236$        $P > 0.05$

La tabla N° 6, referida al parto en posición vertical y horizontal en relación al volumen de pérdida sanguínea en las madres atendidas en el centro de salud de Vinchos. Ayacucho setiembre – noviembre del 2013. Nos muestra que del 100% (15) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, el 47.0% (7) tuvieron una pérdida sanguínea entre 100 a 200 cc, seguido del 40.0% (6) tuvieron una pérdida sanguínea menor a 100 cc y un 13.0% (2) tuvieron una pérdida sanguínea mayor a 200cc. En comparación del 100% (15) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto, el 73.0% (11) tuvieron una pérdida sanguínea entre 100 a 200 cc, seguido del 20.0% (3) quienes tuvieron pérdidas sanguínea menor

a 100 cc , seguido del 7.0%(1) quien tuvo una perdida sanguínea mayor a 200 cc durante el trabajo de parto.

Del análisis del cuadro podemos concluir que el mayor porcentaje de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto el 47.0% (7) tuvieron una perdida sanguínea entre 100 a 200 cc, en comparación del mayor porcentaje de mujeres que optaron la posición horizontal el 73.0% (11) tuvieron una perdida sanguínea entre 100 a 200 cc durante el trabajo de parto.

Sometidos los resultados a la prueba estadística chi cuadrado, no se halló significancia estadística que demuestre, que la posición del parto no se relacionó con el volumen de pérdida sanguínea.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos de **Calderón y Bravo.**<sup>(15)</sup> quienes en su estudio ventajas del parto vertical frente al parto horizontal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Entre junio 2006 y junio 2007, reportan que el volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos 300 ml y 296,74 ml.

Nuestros resultados muestran que el volumen de pérdida sanguínea se encuentra dentro de los parámetros normales ya que se realizó alumbramiento dirigido, en parto en posición vertical y horizontal. También se puede relacionar con la nutrición y paridad.

**TABLA N° 7**

**PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN RELACIÓN A LA  
VALORACIÓN DEL APGAR DEL RECIÉN NACIDO DE LAS MADRES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VINCHOS. AYACUCHO  
SETIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2013.**

POSICIÓN DE PARTO	APGAR AL MINUTO A LOS 5 MINUTOS					
	Normal (7 – 10 pts.)		Deprimido moderado (4 – 6 pts.)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Vertical</b>	15	100.0%	0	0.0%	15	100.0%
<b>Horizontal</b>	14	93.0%	1	7.0%	15	100.0%

Fuente: Guía de observación

G.L. 1       $X^2_t = 3,84$        $X^2_c = 2,309$        $P > 0.05$

La tabla N° 7, referida al parto en posición vertical y horizontal en relación a la valoración del APGAR del recién nacido de las madres atendidas en el centro de salud de Vinchos. Ayacucho setiembre – noviembre del 2013. Nos muestra que del 100% (15) nacieron de parto en posición vertical, el 100.0% (15) tuvieron una valoración del APGAR al minuto y cinco minutos normal. En comparación del 100.0% (15) de recién nacidos de parto en posición horizontal el 93.0% (14) tuvieron una valoración del APGAR al minuto y cinco minutos normal, seguido del 7.0% (1) quien tuvo una valoración del APGAR al minuto y a los cinco minutos, deprimido moderado.

Del análisis del cuadro podemos concluir que el mayor porcentaje de recién nacidos de parto en posición vertical el 100.0% (15) tuvieron una valoración del APGAR al minuto y a los cinco minutos normal, en comparación al mayor porcentaje de recién nacidos de parto en posición horizontal el 93.0% (14) tuvieron una valoración del APGAR al minuto y a los cinco minutos normal.

Sometidos los resultados a la prueba estadística chi cuadrado, no se halló significancia estadística que demuestra, que la posición del parto no se relacionó con el APGAR del recién nacido.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por **Sabatino y colaboradores**,<sup>(13)</sup> quienes en su estudio transformación de la posición horizontal en vertical en el parto y su impacto en indicadores materno y neonatal, reportaron que el APGAR al primer minuto de vida en la posición vertical (cuclillas) se presentaron en 5 casos representando el 0,8% de los casos en estudio. Mientras que la puntuación de 0 a 3 en la posición litotomía fueron 3 casos representando el 2,8%; la puntuación de 4 a 6 en la posición vertical (cuclillas) fue 8 casos representando el 1,3%; mientras que en la posición litotomía se presentaron 2 casos representando el 1,9%; la puntuación de 7 a 10 en la posición vertical (cuclillas) se presentó en 609 casos representando el 97,9%, mientras que en la posición litotomía fueron 101 casos representando el 95,3%, estando los mayores porcentajes de la puntuación del APGAR dentro de los parámetros normales.

Los resultados demuestran que el APGAR no disminuye en partos verticales ni horizontales, se puede notar que se obtuvo valores dentro de los parámetros normales en ambas posiciones.

**TABLA N° 8**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES CON PARTO EN POSICION VERTICAL Y HORIZONTAL ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VINCHOS. AYACUCHO SETIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2013.**

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>POSICIÓN DEL PARTO</b>			
	<b>Vertical</b>		<b>Horizontal</b>	
<b>EDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
17 – 24 años	6	40.0%	12	80.0%
25 – 32 años	6	40.0%	1	7.0%
33 – 40 años	3	20.0%	2	13.0%
<b>PROCEDENCIA</b>				
Arizona	3	20.0%	3	20.0%
Ccoñani	3	20.0%	2	13.0%
Culluhuancca	0	0.0%	1	7.0%
Ñaupallaccta	1	7.0%	0	0.0%
Paccha	5	33.0%	2	13.0%
Vinchos	3	20.0%	7	47.0%
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>				
Sin instrucción	2	13.0%	0	0.0%
Primaria	8	53.0%	8	53.0%
Secundaria	5	34.0%	7	47.0%
<b>PARIDAD</b>				
Primípara	3	20.0%	9	60.00%
Múltipara	12	80.0%	6	40.0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100.00%</b>	<b>15</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Ficha de entrevista

La tabla N° 9, referida a las características sociodemográficas de las madres con parto en posición vertical y horizontal atendidas en el centro de Salud de

Vinchos. Ayacucho, setiembre-noviembre del 2013. Nos muestra 100.0% (15) de mujeres que optaron la posición vertical. El mayor porcentaje el 40.0%(6) se encontraban entre las edades de 17 a 24 años, seguido del 40.0% (6) se encontraban entre las edades de 25 a 32 años, en comparación del 100.0%(15) de mujeres que optaron la posición horizontal, el 80.0%(12) se encontraban entre las edades de 17 a 24 años.

El 100.0% (15) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, el mayor porcentaje de mujeres el 33.0%(5) procedían de Paccha, en comparación con el mayor porcentaje del 100.0%(15) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto, el 47.0%(7) procedían de vinchos.

El 100.0% (15) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, el mayor porcentaje de mujeres el 53.0%(8) tuvieron nivel de instrucción primaria, en comparación con el mayor porcentaje del 100.0%(15) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto, el 53.0%(8) tuvieron nivel de instrucción primaria.

El 100.0%(15) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto, el mayor porcentaje de mujeres el 80.0%(12) fueron multiparas, en comparación con el mayor porcentaje del 100.0%(15) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto, el 60.0%(9) fueron primíparas



## CONCLUSIONES

Como resultado del presente trabajo de investigación se demostró que el parto vertical es más beneficioso en comparación al parto en posición horizontal en los siguientes aspectos:

1.- En el 80.0% (12) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron multíparas, en comparación del 60.0% (9) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto quienes tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron primíparas.

2.- En el 80.0% (12) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto no se le practicó la episiotomía y fueron multíparas, en comparación del 40.0% (6) de mujeres que optaron la posición horizontal a quienes se les practicó la episiotomía y fueron primíparas.

3.- En el 67.0% (10) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto no presentaron desgarro perineal y fueron multíparas, en comparación del 47.0% (7) de mujeres quienes optaron la posición horizontal no presentaron desgarro perineal y fueron primíparas.

4.- En el 53.0% (8) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto experimentaron grado de sensación de dolor leve, en comparación 60.0% (9) de

mujeres que optaron la posición horizontal experimentaron grado de sensación de dolor moderado durante el trabajo de parto.

5.- En el 73.0% (11) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto experimentaron comodidad durante el trabajo de parto, en comparación con el 67.0% (10) de las mujeres que optaron la posición horizontal experimentaron regular comodidad durante el trabajo de parto.

## **RECOMENDACIONES**

1.- Al Centro de Salud de Vinchos, sugerir que continúen integrando la atención del parto en posición vertical como horizontal, y continúen dando la facilidad a las madres de poder elegir la posición que ellas deseen y vean por conveniente. Así como sugerimos que difundan con mayor énfasis la labor que realizan de integrar la atención del parto vertical y horizontal.

2.- Fortalecer la promoción del parto vertical en los establecimientos de las comunidades rurales con capacidad resolutive con el propósito de incrementar la cobertura de partos institucionalizados y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

3.- A la Universidad, recomendamos continuar con investigaciones referidas a la atención del parto en posición vertical, ampliando la muestra en estudio.

4.- A la Facultad, recomendamos incluir en su currículo la enseñanza de la atención del parto en posición vertical, teórico y práctico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Facultad de Medicina.** Área de Investigación El Parto vertical: una práctica nueva o una cultura ancestral. N.5 Cuenca, Ecuador. 2011. Revista virtual. Fecha de acceso: 02-08-2013. [http:// www.investigacionsalud.com/](http://www.investigacionsalud.com/)
2. **Chalmers, B. M.** Who principles of perinatal care: theessential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. (2001).
3. **Botero Jaime U. Jubiz Alfonso H. Henaco Guillermo.** Obstetricia - Ginecología .4ª edición. Colombia. 1990.
4. **Platt, Tristan.** Universidad La Católica. “El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los andes” estudios Atacameños, N°022.Universidad Católica del Norte San Pedro de Atacama. Chile 2002. pág. 127– 155
5. **Organización mundial de la salud,** Guía practico de Ginebra., asistencia de parto normal.1996
6. **Ana María Buitrón Vera, María José Del Pozo Zúñiga.** “Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su Asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre septiembre a noviembre del año 2012” Quito 2013
7. **Práctica-de-parto-vertical-ayudo-a-reducir-mortalidad-materna-e**  
Ayacucho<http://www.larepublica.pe/06-02-2012/>

8. <http://www.saludayacucho.gob.pe/web/prensa/notas-de-prensa-2012/336-nota-de-prensa-n-115-2012>
9. **Bomfim-Hyppólito S.** “Influencia de la posición de la madre en el parto sobre algunos resultados maternos y neonatales”. Universidad Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. 1998
10. **Oliveira Ricardo José y Colaboradores.** “Relación entre posición adoptada por la mujer en el parto, integridad perineal y vitalidad del recién nacido. Brasil- Rio de Janeiro. 2008.
11. **Brüggemann, Odaléa María y colaboradores,** Brasil 2009. en su estudio “Parto vertical en el Hospital de la Universidad serie de estudio 1996-2005”
12. **Gayeski Michele Ediane, Brüggemann Odalea Maria.** “Percepciones de puérperas sobre la vivencia del el parto en la posición horizontal y vertical. Brasil. 2009.
13. **Hugo Sabatino; Adalberto Bonfim; Lourivaldo R. de Sousas.** “transformación de la posición horizontal en vertical en el parto y su impacto en indicadores materno y neonatal”. Cuba Salud 2012
14. **Martina M.** 1994 (10) “Parto en Posición Sentada en la Oroya (3780msnm) julio-agosto de 1993”
15. **Jorge Calderón, José Bravo.** “ventajas del parto vertical frente al parto horizontal”. Departamento de obstetricia y ginecología. Red asistencial Rebagliati. Lima 2008.

16. **Peña Casceres Yennifer**, Arana Armando Ros Mery. Diferencias entre los beneficios de la posición vertical y horizontal del parto en la madre y el recién nacido". Cusco, 2010.
17. **Gallardo M.** Beneficios y Desventajas del parto vertical y el contexto intercultural en la provincia de Vilcas Huamán. Ayacucho. 2005.
18. **Landeo Sulca, Nelly Ada**, Ayacucho Vilcas Huamán 2007, "Factores socioculturales asociados al parto vertical en gestantes. Centro de Salud de Vilca Huamán – Ayacucho Marzo a Junio 2007
19. **Schwarcz R. Fescina R. Duverges C.** OBSTETRICIA.6ª edición. Buenos Aires. El Ateneo, 2005. Pág. (431 ,433, 442, 443, 485)
20. **Juan C. Alvarado A.** Apuntes Médicos del Perú. Manual de Obstetricia. UNSM. 1ra Edición Lima- Perú 1998. Pág. (63-69, 115)
21. **Ministerio de Salud.** Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. N.T.Nº033- MINS/DGSP-V.01)/Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima; Ministerio de Salud, 2005.
22. <http://www.slideshare.net/doctorjaimedelrio/la-escala-visual-analogica>  
**Yacut E, Bayar B**, et al. "Confiable y Validez de la Escala Visual Analógica Invertida (de Derecha a Izquierda) en Dolores de Diferente Intensidad." The Pain Clinic 15(1):1-6, 2003
23. **Ministerio de Salud.** Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva (MINS/DGSP)/Dirección General de Salud de las Personas.

Lima; Ministerio de Salud, 2004. Atención de Parto. Atención de Recién  
Nacido. pág(Módulo IV Pág.5)

# ANEXOS



## ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE OBSTETRICIA



### ENTREVISTA

“EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL, SUS BENEFICIOS  
EN LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO, EN EL CENTRO DE SALUD  
VINCHOS – AYACUCHO, SETIEMBRE- NOVIEMBRE 2013”

FICHA DE ENTREVISTA N° : .....

#### INSTRUCCIONES:

- La presente entrevista tiene la finalidad de recolectar información sobre el parto en posición vertical y horizontal, sus beneficios para la madre y recién nacido.
- Registrar los datos con una sola respuesta al ítem.

N° de HCL : ..... Fecha de parto:.....

#### I.- Datos Generales

##### 1.- Edad:

- 1) Menor igual a 19 años
- 2) Más de 19 años

**2.- Procedencia:**

- 1) Urbano
- 2) Rural

**3.- Nivel de Instrucción:**

- 1) Superior
- 2) Secundaria
- 3) Primaria.
- 4) Sin instrucción.

**4.-Paridad**

- 1) Primípara.
- 2) Multípara
- 3) Gran multípara

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

- 1) Leve (1 - 3)
- 2) Moderada (4 - 7)
- 3) Severa (8 - 10)

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

- 1) Cómoda
- 2) Regularmente cómoda
- 3) Incómoda

## ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE OBSTETRICIA

GUÍA DE OBSERVACIÓN



“EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL, SUS BENEFICIOS  
EN LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO, EN EL CENTRO DE SALUD  
VINCHOS – AYACUCHO, SETIEMBRE- NOVIEMBRE 2013”

N° : .....

### INSTRUCCIONES:

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

### 1.-Posición de la madre durante el periodo expulsivo

- 1) Horizontal.
- 2) Vertical.

## **2.- Variedad de posición vertical**

- 1) Posición de cuclillas: variedad anterior
- 2) Posición de cuclillas: variedad posterior.
- 3) Posición de rodillas.
- 4) Posición sentada.
- 5) Posición semisentada.
- 6) posición cogida de la soga
- 7) Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo)

## **3.-Duración del periodo expulsivo:**

- 1) < de 2 horas primíparas (normal)
- 2) > de 2 horas primíparas (expulsivo prolongado)
- 3) < de 1 hora múltipara (normal)
- 4) > de 1 hora múltipara (expulsivo prolongado)

## **4.- Desgarro perineal:**

- 1) SI
- 2) NO

## **5.- Episiotomía:**

- 1) SI
- 2) NO

**6.-Sangrado durante el periodo de alumbramiento:**

- 1) Menor de 100 ml.
- 2) Entre 100 ml y 200 ml.
- 3) Mayor a 200ml.

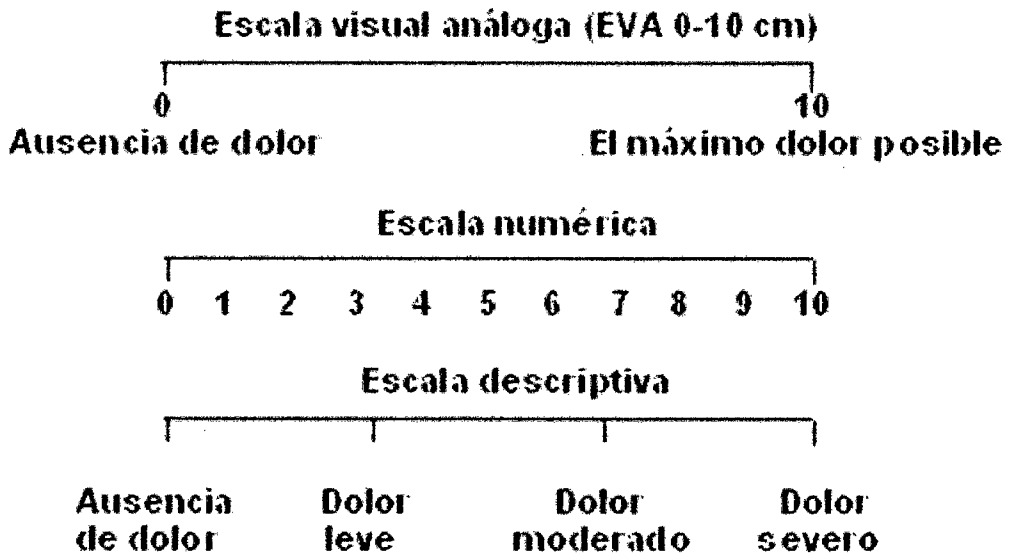
**7.-Puntaje y valoración de APGAR del recién nacido: AL 1° MINUTO:**

- 1) 0 a 3
- 2) 4 a 6
- 3) 7 a 10

**8.-Puntaje y valoración de APGAR del recién nacido: AL 5° MINUTO:**

- 1) 0 a 3
- 2) 4 a 6
- 3) 7 a 10

## ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



**Figura 1. Escalas para medir la intensidad del dolor**

Instrumento Validado por Yacut E, Bayar B, et al.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**“EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL, SUS  
BENEFICIOS EN LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO, EN EL CENTRO  
DE SALUD VINCHOS – AYACUCHO, SETIEMBRE- NOVIEMBRE 2013”**

**ÀREA DE INVESTIGACIÓN : Materno, neonatal**

**AUTORES :**

CHAVEZ BARRIENTOS, Mery DNI: 44292825

HUARCAYA HINOSTROZA, Edith Zulma DNI: 45007047

**TÍTULO PROFESIONAL DE : OBSTETRA**

**AÑO DE APROBACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN : 2014**

**“EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL, SUS BENEFICIOS EN LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD VINCHOS- AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE, 2013.”**

**RESUMEN**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** Los beneficios del parto vertical han sido reconocidos por la OMS y la OPS quienes recomiendan esta posición para el parto. En nuestro país se implementó la atención del parto vertical con adecuación intercultural para incrementar la cobertura de partos institucionales y reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, por tanto la posibilidad de integrar la medicina tradicional y la occidental es necesaria para obtener resultados sostenibles en la atención del parto. **OBJETIVO:** Demostrar los beneficios del parto en posición vertical y la posición horizontal en la madre y recién nacido, en el Centro de salud Vinchos -Ayacucho de Setiembre- Noviembre del 2013. **MARCO TEÓRICO: PARTO.-**Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gr, igual o mayor a las 22 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación. **PARTO EN POSICIÓN VERTICAL.-**Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyada a una o dos rodillas, o de cuclillas). **PARTO EN POSICIÓN (LITOTÓMICA U HORIZONTAL).-** Es aquel donde la gestante adopta la posición ginecológica (acostada) **CONCLUSIONES:**1.- En el 80.0% (12) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron multíparas, en comparación del 60.0% (9) de mujeres que optaron la posición horizontal para el trabajo de parto quienes tuvieron una duración del periodo expulsivo normal y fueron primíparas. 2.- En el 80.0% (12) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto no se le practicó la episiotomía y fueron multíparas, en comparación del 40.0% (6) de mujeres que optaron la posición horizontal a quienes se les practicó la episiotomía y fueron primíparas. 3.- En el 67.0% (10) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto no presentaron desgarro perineal y fueron multíparas, en comparación del 47.0% (7) de mujeres quienes optaron la posición horizontal no presentaron desgarro perineal y fueron primíparas. 4.- En el 53.0% (8) mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto experimentaron grado de sensación de dolor leve, en comparación 60.0% (9) de mujeres que optaron la posición horizontal experimentaron grado de sensación de dolor moderado durante el trabajo de parto.5.- En el 73.0% (11) de mujeres que optaron la posición vertical para el trabajo de parto experimentaron comodidad durante el trabajo de parto, en comparación con el 67.0% (10) de las mujeres que optaron la posición horizontal experimentaron regular comodidad durante el trabajo de parto. **RECOMENDACIONES:** 1.-Fortalecer la promoción del parto vertical en los establecimientos de las comunidades rurales con capacidad resolutive con el propósito de incrementar la cobertura de partos institucionalizados y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. 2.- A la Facultad, recomendamos incluir en su currículo la enseñanza de la atención del parto en posición Vertical, teórico y práctico.

**BIBLIOGRAFÍA:**

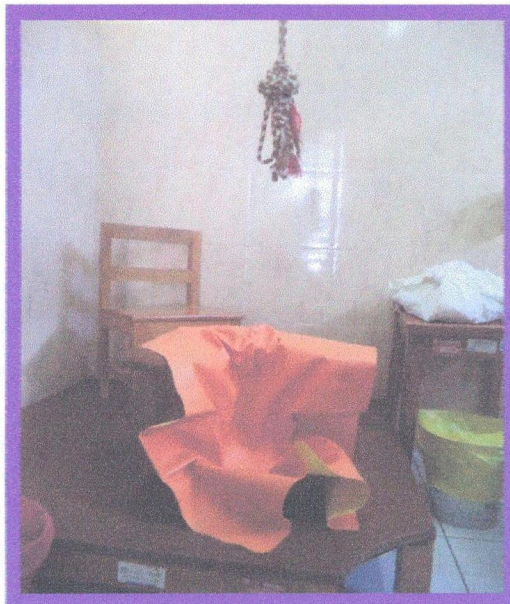
- 1.- Schwarcz R. Fescina R. Duverges C. OBSTETRICIA.6ª edición. Buenos Aires. El Ateneo, 2005. Pág. (431, 433, 442, 443, 485)
- 2.- Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. N.T.N°033- MINS/DGSP-V.01/Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima; Ministerio de Salud, 2005



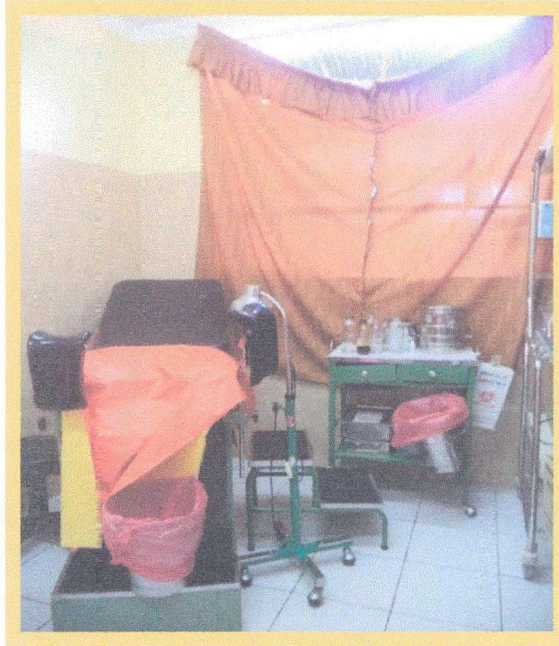
## CENTRO DE SALUD VINCHOS



## SALA DE PARTOS: POSICIÓN VERTICAL



**SALA DE PARTO: POSICIÓN HORIZONTAL**



**PERIDODO DE DILATACIÓN**



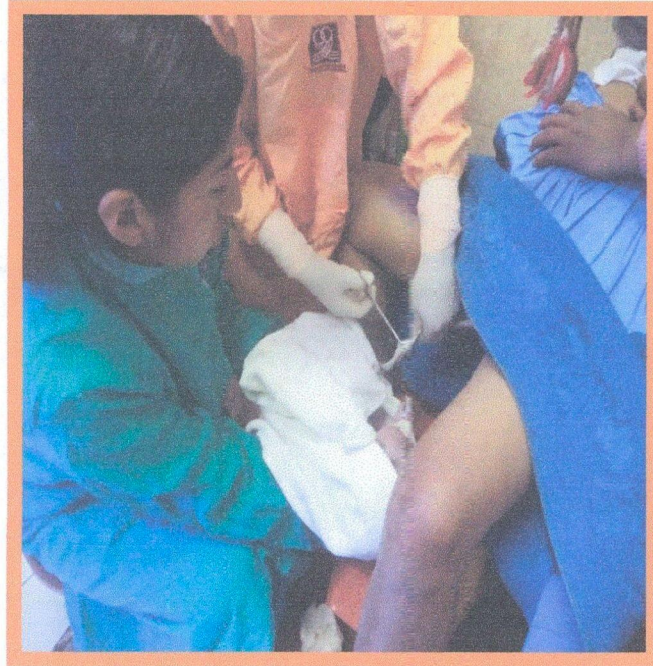
**PERIODO EXPULSIVO EN LA POSICIÓN VERTICAL**



**CONTACTO PRECOZ**



## **PINZAMIENTO Y SECCIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL**



## **PERIODO DE ALUMBRAMIENTO**



## ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDO



## ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN HORIZONTAL

