

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN**



**“EFICACIA DEL PARTO VERTICAL EN EL BIENESTAR DE LA
MADRE Y EL NIÑO, HOSPITAL DE APOYO OTUZCO
ELPIDIO BEROVIDES PÉREZ”**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AUTOR:

HILDER SEGUNDO RAMÍREZ CAMPOS

ASESOR:

Mg. Dr. ROBERTO CAFFO MARRUFFO

Trujillo – Perú

2007

**EL PRESENTE TRABAJO
DE INVESTIGACIÓN ESTÁ
DEDICADO A...**

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

A Dios, por hacer posible la realización de este trabajo, te doy gracias, por permitirme cumplir mis metas, darme la fuerza necesaria para no desmayar frente a las adversidades y el valor para seguir adelante.

Hilder.

A mi asesor:

Mg. Roberto Caffo Marruffo

Mi profundo Agradecimiento por su valioso tiempo y paciencia dedicado al desarrollo del presente trabajo de investigación.

Hilder.

A las pacientes que formaron parte del estudio; por su comprensión, participación y colaboración en la realización del presente trabajo de investigación.

Hilder.

SUMARIO

	Pág.
RESUMEN	01
ABSTRACT	02
I. INTRODUCCIÓN	03
II. OBJETIVOS	13
III. MATERIAL Y MÉTODOS	14
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	41
VI. CONCLUSIONES	51
VII. RECOMENDACIONES	53
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
IX. ANEXOS	59

**“EFICACIA DEL PARTO VERTICAL EN EL BIENESTAR DE LA MADRE Y DEL NIÑO,
HOSPITAL DE APOYO OTUZCO ELPIDIO BEROVIDES PÉREZ”**

AUTOR: Hilder Segundo Ramírez Campos.

ASESOR: Mg. Roberto Caffo Marruffo.

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo cuasiexperimental, comparativo y prospectivo, se realizó en pacientes con embarazo uterino a término que acudieron para la atención de parto al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Apoyo Otuzco, durante los meses de Enero - Setiembre del 2007, con la finalidad de determinar la eficacia del parto en posición vertical en el mejoramiento del bienestar de la madre y del niño en comparación al parto en posición de litotomía. Participaron en el estudio un total de 74 pacientes seleccionadas según criterios de inclusión establecidos.

La recolección de datos, se obtuvo mediante la aplicación de dos instrumentos denominados: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto y la Encuesta para Determinar la satisfacción de la paciente al ser atendida por el personal de Salud del Hospital de Apoyo Otuzco durante la Labor de Parto, los cuales fueron aplicados durante el parto y al finalizar el mismo, la técnica que se utilizó fue la observación y la transcripción, teniéndose en cuenta los principios de libre participación y respeto a la dignidad humana.

Los datos obtenidos fueron tabulados y presentados en gráficos y cuadros estadísticos de simple y doble entrada. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15, los Test de Homogeneidad de varianzas (F) y Homogeneidad de Medias (T), así como el Test de independencia de criterios Chi cuadrado (X^2).

Los resultados muestran que el parto en posición vertical es más eficaz en el mejoramiento del bienestar de la madre y del niño, que el parto en posición de litotomía; siendo las diferencias porcentuales, de promedios y puntajes significativas para ambas variables independientes, a excepción del puntaje del Apgar a los 5 minutos, en el cual no se puede afirmar que esta diferencia sea determinada por el tipo de parto.

Palabras Claves: Eficacia del Parto en posición Vertical, Bienestar de la Madre y Bienestar del Niño.

"EFFECTIVENESS OF DELIVERY IN THE VERTICAL WELFARE OF MOTHER AND CHILD, HOSPITAL SUPPORT OTUZCO ELPIDIO BEROVIDES PEREZ"

AUTHOR: Hilder Segundo Ramírez Campos.

ADVISORY: Roberto Caffo Marruffo.

ABSTRACT

This research study is a quasi, and prospective comparison was performed in patients with uterine pregnancy to term who came to the attention of the delivery service Gineco Obstetrics Hospital Support Otuzco, during the months of January - September 2007, with the aim of determining the effectiveness of birth in an upright position in improving the welfare of mothers and children in childbirth compared lithotomy position. Participated in the study a total of 74 patients selected according to established criteria for inclusion.

The collection of data was obtained by applying two instruments denominated: Data Collection Instrument to determine the effectiveness of the Labor and Birth Survey to Determine the satisfaction of the patient to be served by the staff of Health Hospital Support for the Work of Otuzco breasts, which were implemented during childbirth and at the end of it, the technique used was the remark and the transcript, taking into account the principles of free participation and respect for human dignity.

The data were tabulated and presented in graphs and statistical tables of single and double entry. The analysis used the statistical package SPSS version 15, the test Homogeneity of variances (F) and Uniformity of Socks (T), as well as the test of independence criteria Chi square (X^2).

The results show that the birth in an upright position is more effective in improving the welfare of mother and child, the birth in lithotomy position, being the percentage differences, and mean scores for both significant independent variables, with the exception of Apgar score of the 5 minutes, in which no one can argue that this difference is determined by the type of delivery.

Key words: Effectiveness of Childbirth in a position Upright Effectiveness, Welfare Mother and Child Welfare.

I. INTRODUCCIÓN

Las mujeres a lo largo de la historia han preferido el parto en posición vertical y la mayoría de las posiciones de parto que se ilustran en historias de textos que muestran el nacimiento, son en una postura vertical con muslos cerrados, pues la posición de cuclillas es más efectiva, debido a que impide la compresión fetal, aumenta el diámetro de la pelvis con un menor tiempo del periodo expulsivo, por la fuerza de gravedad, facilitando de esta manera el esfuerzo materno (1-6).

El parto en Cuclillas es una costumbre que se ha practicado desde tiempos inmemoriales, así por ejemplo, en épocas prehistóricas el parto ocurría de una manera solitaria; la mujer primitiva se alejaba de los suyos y daba a luz en la soledad del bosque o dentro de una caverna, adoptando la posición de cuclillas y utilizando el agua de los ríos para la higiene tanto de sus genitales como del cuerpo del recién nacido (7). En el Antiguo Perú podemos observar estas costumbres a través de la cerámica, la cual muestra la atención del parto con formas y escenas reales como una parturienta sentada y asistida por una mujer (8).

El parto vertical también es denominado "parto fisiológico", porque es congruente con la mecánica del nacimiento. Fue la manera normal de traer hijos al mundo en todas partes hasta el siglo XVII, cuando en

Occidente se adoptó la posición supina, como reflejo de una absurda moda francesa (9).

Debido al progreso de la obstetricia en la atención del parto domiciliario durante los últimos 20 años, hoy en día se puede hablar de una considerable disminución del riesgo para la madre y el niño, en comparación con épocas anteriores. Asimismo, es importante tener en cuenta las necesidades emocionales e individuales de la madre y del niño, para suponer una mayor probabilidad de realización de partos domiciliarios. En tal sentido, el obstetra doméstico, debe aprender como lograr una atmósfera emocional adecuada durante el parto, y si éste es realizado en domicilio es importante mantener la decisión y cultura de la parturienta, se debe apoyar las técnicas de atención como el parto en posición fisiológica, el cual se presenta como un sistema normal de atención tradicional en diversos países, así como en la mayoría de las comunidades campesinas y pueblos andinos (10).

En Brasil, investigaciones realizadas por Sabatino y Vilarino (1-6), concluyen de manera casi uniforme, en la importancia y la necesidad de mantener el parto en la posición fisiológica, demostrando ventajas de las posiciones verticales y principalmente la de cuclillas, en relación a la posición tradicional para la atención del parto.

Generalmente las gestantes de los grupos de investigación son estimuladas para que asuman la posición fisiológica, especialmente en cuclillas para la ocasión del parto. Las mujeres luego de haber tenido la experiencia, refieren que el parto de esta forma les brinda mayor seguridad. Los investigadores afirman que esta posición es más segura para la madre y el producto por muchas ventajas que obtienen, especialmente en la disminución del tiempo del expulsivo; además el parto de cuclillas posibilita un contacto más precoz entre el recién nacido y su madre, tornando este momento íntimamente gratificante por lo cual existe un beneficio importante para el futuro desenvolvimiento del bebé (1,2).

Por otro lado Mizuta (11), estudió 148 mujeres parturientas a término, para determinar si la posición materna durante el trabajo de parto alteraba algunos factores del bienestar materno o fetal, evaluó la frecuencia cardiaca fetal (FHR), la duración del expulsivo, el apgar neonatal, los gases y catecolaminas en sangre de la arteria umbilical del cordón y la frecuencia cardiaca del recién nacido (NHR) a los 5 minutos después del nacimiento, así como la presencia de sufrimiento fetal (FD). En el estudio se encontró que la tasa de uso de fórceps y la depresión neonatal eran más bajas en las mujeres primíparas que tomaban la posición sentada que en el grupo supino.

Asimismo, en dicha investigación, las catecolaminas en la sangre arterial umbilical al minuto y a los 5 minutos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Los gases en la sangre arterial umbilical en el grupo de multíparas en posición supina eran significativamente mejores (p menos de 0,05) que en el grupo de sentadas. El sufrimiento fetal era menos prevalente en las primíparas del grupo en posición sentada que en la supina. La frecuencia cardíaca fetal básica y la amplitud de la variabilidad en el grupo sentada era mejor que en el de supinas. Sin embargo, ningún hallazgo es significativamente diferente en cuanto a aspectos favorables de comodidad y satisfacción entre las mujeres que tienen el parto sentadas que el grupo de posición supina (11).

Koga, realizó una evaluación fisiológica de la posición sentada para el parto. En este reporte se midió el intervalo de tiempo entre el expulsivo y el primer llanto del producto, uno en posición supina ($n = 54$) y el otro en posición sentada ($n = 128$). Como resultados se encontraron que el tiempo de ocurrencia del primer llanto neonatal era significativamente más corto (p menos de 0,01) en el grupo de mujeres sentadas que en las de litotomía. Existe también una correlación negativa débil ($r = - 0,355$; p menos de 0,01) que se encontró entre el pH umbilical y el primer momento de ocurrencia del llanto. El gas de la sangre valorada en la arteria y vena umbilical en el grupo de sentadas era significativamente más altas en pH, PO₂, y SaO₂, y más bajo en PCO₂

que en el grupo de litotomía. La concentración de gases en la sangre materna no solamente en el parto, sino también antes de la labor no mostraron ninguna diferencia significativa entre los dos grupos. Se concluye por tanto que los recién nacidos que han manifestado un pH alto en sus vasos umbilicales, han tenido un llanto mucho antes que aquellos con una disminución del pH. Vale la pena aclarar que la causa de que los gases de la sangre umbilical mejoren son debido a la posición sentada del parto y no a la concentración de gases maternos (12).

Hasta el momento se ha podido percibir que la posición fisiológica del parto mejora la salud del recién nacido, de esta manera Stewart y Spiby desarrollan una nueva silla obstétrica que fue diseñada para superar algunos de los problemas de las técnicas de atención del parto en cuclillas, dichas sillas aún no están disponibles por la vía comercial. La silla fue empleada para evaluar los efectos de la posición de la segunda etapa de labor de parto sentada, sobre el resultado de 304 mujeres parturientas escogidas al azar para atenderlas en la silla o en la posición dorsal convencional. Los resultados muestran que el parto en la silla no confirió ningún beneficio a la madre o al bebé y el resultado era significativamente mayor en cuanto a la pérdida de sangre y un valor más alto de hemorragia posparto (13).

Gannon refiere un estudio de casos, para describir el tipo de parto sobre las manos y rodillas "posición de gato". Esta alternativa de la

posición del parto se sugiere como medio para conservar el piso perineal al tiempo del expulsivo. La ventaja primaria de esta técnica de atención es la de conservar el perineo, previniendo el deterioro de las estructuras vulvares y evitando desgarros (14).

En otro estudio realizado por Bomfim-Hyppólito, se evaluaron las ventajas y desventajas posibles de la posición horizontal versus la vertical, durante la segunda etapa de labor. Los resultados reportan que había una importante disminución de 3,4 minutos (no significativo) en la duración del segundo período de la posición vertical en comparación con la posición horizontal. Había una diferencia similar en la duración de la expulsión de la placenta, pero con escasa significancia. La pérdida de sangre era ligeramente mayor entre mujeres que tuvieron su parto en la posición vertical, pero la diferencia no fue significativa. La incidencia del trauma perineal era 44,1 por ciento para la posición vertical y 47 por ciento para la posición horizontal en el grupo de primíparas o con periné íntegro, mientras que fue de 47,8 por ciento y 71,2 por ciento en el grupo con historia de episiotomía. Esta última diferencia sí muestra diferencias estadísticamente significativas, por tanto es importante que las madres decidan la postura para ser atendidas durante el parto. La posición supina no debería imponerse y la episiotomía no debería ser una rutina (15).

Racinet y colaboradores, en una investigación para evaluar la influencia del parto en posición vertical, estudió diferentes parámetros

tales como la duración del expulsivo, la condición neonatal, el modo de parto, la frecuencia de hemorragia, la condición del periné y la comodidad de la paciente. Los resultados reportaron una tendencia de reducción del tiempo de la expulsión, reduciendo en esta fase el uso de fórceps en la posición de cuclillas, lo cual es coincidente con casi toda la literatura revisada. Aunque se enfatiza que aún no se encuentran diferencias estadísticas sobre la posición de cuclillas y la horizontal, es importante el hecho de que puede proveer una mayor comodidad para los pacientes que quieran usarlo (16).

Gardosi (17), refiere que existe una nueva asistencia obstétrica, el parto horizontal frente al vertical, el cual permite a la parturienta mantener una postura apoyada en cuclillas para la segunda etapa de labor de parto y el expulsivo; lo cual se adapta a la fisiología convencional del parto. Se realizó un ensayo clínico controlado en 427 mujeres primíparas, un primer grupo que se atendieron en parto de cuclillas (218), el cual se comparó con un segundo grupo con mujeres de parto en posición convencional (209). El grupo de cuclillas tuvo una tasa significativamente menor de fórceps en el parto (9 por ciento vs. 16 por ciento), y los tiempos de la segunda etapa del parto eran significativamente más cortos (promedio de tiempo del expulsivo 31 vs. 45 minutos). Había además menos desgarros perineales, pero existían mayor tasa de desgarros labiales y leves en los partos de cuclillas. El Apgar, la pérdida de sangre, el tipo de parto y el edema vulvar, eran similares en ambos grupos. El 82 por ciento de las

mujeres en el grupo de cuclillas mantuvieron las posiciones verticales en la segunda etapa de la labor de parto e informaron gran satisfacción con la posición apoyada en cuclillas. La postura de cuclillas puede fácilmente adaptarse para la atención moderna de la labor de parto y tiene ventajas sobre la tradicional para mujeres primíparas.

Otra investigación realizada por Gardosi (18), manifiesta que la evidencia apoya las posiciones verticales para el parto y especialmente la de cuclillas. De esta manera este investigador refiere que el parto en cuclillas es beneficioso para las mujeres por la comodidad, cultura y ventajas respecto al parto en decúbito dorsal.

En otro estudio Tuntiseranee, demuestra científicamente que el parto sentando o en posición de cuclillas influye en diversos parámetros de la contracción uterina. Se realizó un estudio comparativo, el cual analizó tres grupos de 40 pacientes, en posición dorsal, sentada y en cuclillas, demostrándose, las ventajas de la posición sentada y en cuclillas, respecto a la posición supina (19).

De esta forma, se afirma que estando en un ambiente adecuado, permitiendo a la gestante escoger que posición adoptar durante todo el período de dilatación y también optar por la posición en que será el parto, con presencia de su compañero, no solo se favorece a un contacto precoz entre la madre y el hijo, sino que se respetan los procesos fisiológicos y

las costumbres de casa (el parto en cuclillas). Por tanto los investigadores recomiendan que se tome el parto cada vez más humanizado (3-6).

Lo referido muestra que el parto vertical es una opción que da ciertas ventajas, sin embargo y debido a que el parto en posición de litotomía es un modelo estandarizado en la atención de los hospitales del sector salud, es que planteamos en nuestro estudio realizar una comparación entre ambos para mostrar las ventajas y beneficios que la literatura reporta. Actualmente en nuestro país, el 02 de agosto del 2005 se ha aprobado por Resolución Ministerial N° 598 – 2005 – MINSA la atención de parto vertical para las mujeres que lo deseen, estrategia que se inició desde hace algunos años en las Regiones de Salud del Cusco, Cajamarca, Ayacucho, Huancavelica, Amazonas y Apurímac. Sin embargo no se tiene una amplia experiencia en la atención del parto vertical ya que las cifras refieren como máximo un 28 por ciento de partos atendidos en esa modalidad, por lo que podemos afirmar que la experiencia aún es pobre. Por ello este estudio de investigación debe contribuir a una nueva alternativa de oferta de atención recibida desde la comunidad con su complejo bagaje cultural.

PROBLEMA:

¿Es eficaz el parto en posición vertical en el bienestar de la madre y del niño en comparación al parto en posición de litotomía?

HIPÓTESIS:

El parto en posición vertical es más eficaz en el mejoramiento del bienestar de la madre y del niño así como en la satisfacción de la atención frente al parto en posición de litotomía.

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

II. OBJETIVOS:

- **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la eficacia del parto en posición vertical en el mejoramiento del bienestar de la madre y del niño en comparación al parto en posición de litotomía.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la duración del expulsivo en mujeres atendidas en parto en posición vertical frente al parto en posición de litotomía.
- Determinar el Apgar del recién nacido en mujeres atendidas en parto en posición vertical frente al parto en posición de litotomía.
- Determinar la frecuencia de hemorragia en mujeres atendidas en parto en posición vertical frente al parto en posición de litotomía.
- Determinar la frecuencia de desgarros perineales en mujeres atendidas en parto en posición vertical frente al parto en posición de litotomía.
- Determinar la frecuencia del edema vulvar en mujeres atendidas en parto en posición vertical frente al parto en posición de litotomía.
- Determinar la satisfacción de la paciente en mujeres atendidas en parto en posición vertical frente al parto en posición de litotomía.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Estuvo constituida por las pacientes con embarazo uterino a término que acudieron para atención de parto al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Apoyo Otuzco, durante los meses de Enero - Setiembre del 2007, y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Gestantes en labor de parto entre 37 y 42 semanas de embarazo determinado por FUR o Ecografía precoz.
- ✓ Feto en presentación cefálica de vértex.
- ✓ Gestantes que no presenten antecedentes de distocias en el parto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Gestante cesareada anterior.
- ✓ Gestante en edad extrema.
- ✓ Gestante considerada de alto riesgo obstétrico.

UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL:

El estudio se llevó a cabo en los ambientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo Otuzco Elpidio Berovides Pérez, de la provincia de Otuzco, Región La Libertad, Perú.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo Otuzco para la atención de parto que cumplen con los criterios de inclusión.

MUESTRA DE ESTUDIO:

Se obtuvo el tamaño muestral de 37 pacientes para cada grupo de estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para el cálculo de la muestra se emplea la forma de cálculo muestral para dos poblaciones comparadas y relacionadas.

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (p1.q1 + p2.q2)}{(p1 - p2)^2}$$

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

$Z\alpha = 1,96$ Coeficiente de confiabilidad de la muestra en estudio.

$Z\beta = 0,84$ Coeficiente de confiabilidad del control.

$p2 = 41,2$ Porcentaje de demora en el tiempo del expulsivo en el parto de litotomía.

$$p2 = 58,8 \quad 100 - p1$$

$p1 = 72$ Eficacia en la reducción del tiempo del expulsivo en el parto vertical.

$$q1 = 28 \quad 100 - p2$$

$n = 37$ parturientas para cada grupo (37 parturientas de parto vertical y 37 que de parto en litotomía).

DISEÑO:

Grupo Cuasiexperimental

PV \Rightarrow **O1**

Grupo de control

PL \Rightarrow **O2**

PV son las parturientas de parto vertical (**O1**) es la observación de las condiciones y resultados del mismo, mientras que **PL** son las parturientas que dieron a luz por litotomía y (**O2**) es la observación de las condiciones y resultados del parto.

MÉTODOS:

- **TIPO DE ESTUDIO:**

La presente investigación de tipo cuasiexperimental, comparativa y prospectiva, se realizó con pacientes con embarazo uterino a término en dos grupos: uno en parturientas en posición vertical y el otro en parturientas en posición de litotomía.

- **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Técnicas de Muestreo:

Se utilizó el muestreo aleatorio para casos y controles con variable cualitativa o de atributo. La selección se realizó en salto sistemático con inicio aleatorio. El tipo de muestreo es aleatorio sistemático debido a que obtiene la información por medio de un intervalo intermuestral que recogió la muestra de forma aleatoria y al azar.

Técnicas de Recolección de Información:

La técnica que se utilizó fue la observación y la transcripción, empleando para ello dos instrumentos: El Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto y la Encuesta para Determinar la satisfacción de la paciente al ser atendida por el personal de Salud del Hospital de Apoyo Otuzco durante la Labor de Parto, los cuales fueron aplicados durante el parto y al finalizar el mismo.

La captación de la muestra y la aplicación de los instrumentos de observación fueron realizados por el investigador, estableciéndose mecanismos de control de calidad y confiabilidad de la información, mediante ítems contradictorios y excluyentes.

El estudio se realizó en todas aquellas gestantes que firmaron previamente un consentimiento informado en presencia de testigos y

sin la intervención del personal que participó en el mismo, además se les explicó detalladamente el estudio a realizarse según la Declaración de Helsinki (20).

Técnicas de Procesamiento y análisis de datos:

Los datos obtenidos fueron tabulados y presentados en gráficos y cuadros estadísticos de simple y doble entrada, haciendo la respectiva distribución porcentual y de frecuencias a los datos descriptivos.

Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15, empleándose un modelo comparativo de dos poblaciones independientes, utilizándose el método de 2 proporciones, aplicándosele el Test de Homogeneidad de Varianzas (F), el Test de Homogeneidad de Medias (T) y el Test de independencia de criterios Chi cuadrado (X^2) para establecer su validez estadística.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Consentimiento Informado: Las pacientes al momento de ingresar al estudio dieron su consentimiento informado en forma escrita. Se siguieron los lineamientos de la declaración de Helsinki sobre experimentación en seres humanos.

Respeto a la Dignidad Humana: Se les explicó a las pacientes los objetivos de la investigación y se respetó su decisión de participar voluntariamente en esta investigación; no se encontró ninguna paciente que se negara a brindar la información.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

Variable Independiente:

- ✓ Tipo de Parto

Variable Dependiente:

- ✓ Bienestar de la Madre y del Niño
- ✓ Satisfacción de la Atención

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Relación de Dependencia	Tipo	Escala de Medición
Posición de Parto	Independiente	Categórico	Nominal
Bienestar de la madre y del niño	Dependiente	Categórico	Nominal
Satisfacción de la Atención	Dependiente	Categórico	Nominal

✓ Bienestar de la madre y del niño:

- Duración del Expulsivo: Se medirá el tiempo en minutos, considerándose eficaz si es menor o igual a 30 minutos en multíparas y 60 minutos en primíparas.
- Apgar del Recién Nacido: A medirse en puntuación Apgar 1' mayor o igual a 7 y 8 a los 5'.
- Hemorragia: Cantidad de sangre a medirse en cc perdidos durante el parto colocando un recipiente bajo el periné y

cantidad de paños usados después del parto. Eficaz si la cantidad de sangre perdida es menor a 500 cc.

- Desgarros perineales: A medirse en presencia y magnitud.
- Edema Vulvar: A medirse en presencia e intensidad.

Se considera un parto eficaz si estos ítems aparecen como ausentes en la hoja de recolección de datos.

✓ **Satisfacción de la Atención:**

A medirse a través de encuesta de satisfacción, la cual consta de 5 partes: Trato recibido, Información, Interés, Comodidad y Seguridad de la usuaria, con un total de 16 ítems, cada uno tiene un valor mínimo de 0 puntos y un máximo de 2 puntos, con la siguiente distribución:

De acuerdo: 2 puntos.

Indiferente: 1 punto.

En desacuerdo: 0 puntos.

La cual se calificará de acuerdo a la siguiente escala nominal:

- **Satisfecha:** Cuando la paciente alcanza un puntaje de 24 a 32 puntos.
- **Medianamente satisfecha:** Cuando la paciente alcanza un puntaje de 17 a 23 puntos.
- **No satisfecha:** Cuando la paciente alcanza un puntaje de 0 a 16 puntos.

IV. RESULTADOS

En la investigación participaron 74 pacientes, las que estuvieron divididas en dos grupos, 37 pacientes dieron a luz en posición vertical y 37 pacientes en posición de litotomía.

En el cuadro 01 se muestra las características generales de la población en estudio, tales como: La edad, la paridad y la procedencia. La edad promedio de las pacientes del grupo que dieron a luz en posición vertical fue de $28,1 \pm 6$ años y del grupo en posición de litotomía fue de $26,5 \pm 7$ años. En ambos grupos hubo proporciones similares de pacientes primíparas y multíparas ($X^2 = 2,720$ $p > 0,05$), así como de pacientes de la zona rural y urbana ($X^2 = 3,795$ $p > 0,05$), permitiendo que ambos grupos sean comparables.

En cuanto al tiempo de expulsivo por cada tipo de parto en el cuadro 02 se muestra el promedio, siendo de 18,2 minutos para el parto en posición vertical y de 32,4 minutos para el parto en posición de litotomía; resultando la prueba altamente significativa entre las diferencias de medias poblacionales ($F = 12,801$ $p < 0,01$), ($T = -4,916$ $p < 0,01$).

Asimismo, en el cuadro 03 se muestra el promedio del apgar del recién nacido al minuto según el tipo de parto, siendo de 8,4 el puntaje para los recién nacidos a través del parto vertical y de 7,9 el puntaje para

los recién nacidos a través del parto en posición de litotomía; resultando la prueba significativa entre las diferencias de medias poblacionales ($F = 3,003$ $p < 0,05$), ($T = 2,494$ $p < 0,05$).

En cuanto al promedio del apgar del recién nacido a los 5 minutos según el tipo de parto, en el cuadro 04 se observa que el puntaje para los recién nacidos a través del parto vertical es de 9,4 y el puntaje para los recién nacidos a través del parto en posición de litotomía es de 9,1; siendo la prueba no significativa entre las diferencias de medias poblacionales ($F = 1,356$ $p > 0,05$ N. S.), ($T = 1,774$ $p > 0,05$ N. S.).

En el cuadro 05 se muestra el promedio del volumen del sangrado según tipo de parto, obteniéndose que para el parto en posición vertical el volumen promedio es de 210,8 ml. Y para el parto en posición de litotomía el volumen es de 279,8 ml.; siendo la prueba altamente significativa entre las diferencias de medias poblacionales ($F = 1,3$ $p > 0,05$ N. S.), ($T = -4,462$ $p < 0,01$).

Además, para complementar el resultado anterior, adicionalmente se analizó el tiempo de alumbramiento por cada tipo de parto obteniéndose un promedio de 10,3 minutos para las pacientes que dieron a luz en posición vertical y 17,2 minutos para las que lo hicieron en posición de litotomía, resultando la prueba altamente significativa entre las

diferencias de medias poblacionales ($F = 6,226$ $p < 0,05$), ($T = -4,682$ $p < 0,01$).

En el cuadro 07 se muestra la presencia de desgarro según el tipo de parto, observándose que del total de las 37 pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición vertical el 75,7 por ciento no presentaron desgarro, y un 24,3 por ciento si lo presentaron; asimismo del total de las 37 pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía el 67,6 por ciento presentaron desgarro y un porcentaje menor el 32,4 por ciento no lo presentaron. Por otro lado al analizar la descripción del desgarro según grados (cuadro 07 – A) se observa que, del total de pacientes que sufrieron desgarro a través de un parto en posición vertical el 100 por ciento de dichos desgarros son de primer grado, y del total de pacientes que sufrieron desgarro a través de un parto en posición de litotomía el 60 por ciento son de primer grado, el 32 por ciento de segundo grado y el 8 por ciento son de tercer grado; siendo la prueba altamente significativa existiendo relación entre las variables ($X^2 = 13,9$ $p < 0,01$).

En el cuadro 08 se muestra la presencia de edema vulvar según el tipo de parto, observándose que del total de las 37 pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición vertical el 97,3 por ciento no presentaron edema vulvar y sólo el 2,7 por ciento si lo presentaron; asimismo del total de las 37 pacientes que dieron a luz a través de un

parto en posición de litotomía, el 70,3 por ciento no presentaron edema vulvar y el 29,7 por ciento si lo presentaron. Al analizar la descripción del edema vulvar según intensidad (cuadro 08 – A), se observa que, del total de pacientes que sufrieron edema vulvar a través de un parto en posición vertical el 100 por ciento de dichos edemas son de menor intensidad (+), y del total de pacientes que sufrieron edema a través de un parto en posición de litotomía el 81,8 por ciento son de menor intensidad (+), y el 18,2 por ciento son de moderada intensidad (++); siendo la prueba altamente significativa existiendo relación entre variables ($X^2 = 8,056$ $p < 0,01$).

En cuanto a la satisfacción de la usuaria al ser atendida por el personal de salud según el tipo de parto, en el cuadro 09 se muestra que, del total de las pacientes que dieron a luz a través de un parto vertical el 86,5 por ciento estuvieron satisfechas con la atención recibida, el 13,5 por ciento estuvieron medianamente satisfechas, no habiendo pacientes totalmente insatisfechas con la atención. Por el contrario del total de pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía el 48,6 por ciento estuvieron satisfechas con la atención, el 18,9 por ciento estuvieron medianamente satisfechas y el 32,4 por ciento un porcentaje considerable no estuvieron satisfechas con la atención; siendo la prueba altamente significativa existiendo relación entre variables ($X^2 = 16,253$ $p < 0,01$). Finalmente para complementar esta información se analizó los puntajes obtenidos según los criterios establecidos en la

encuesta de satisfacción de la usuaria, obteniéndose para las pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición vertical, los siguientes puntajes en promedio según orden de importancia por criterio: Seguridad (7,3 puntos), Información (6,7 puntos), trato recibido (6,6 puntos), interés (3,7 puntos) y comodidad (3,6 puntos). Asimismo para las pacientes que dieron a luz en posición de litotomía se obtuvo los siguientes puntajes en promedio según el orden de importancia por criterio: Trato recibido (5,8 puntos), Información (5,4 puntos), seguridad (5,4 puntos), interés (2,9 puntos) y comodidad (2,4 puntos); resultando las pruebas significativas y altamente significativas entre las diferencias de medias poblacionales ($p < 0,05$; $p < 0,01$).

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

CUADRO 01

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES: EDAD,
PARIDAD Y PROCEDENCIA, SEGÚN TIPO DE PARTO. HOSPITAL DE
APOYO OTUZCO, 2007.**

CARACTERÍSTICAS	TIPO DE PARTO		PRUEBA	p
	VERTICAL	LITOTOMÍA		
EDAD (años)	28,1±6	26,5±7	T= 0,996	p > 0,05
PARIDAD				
Primípara	13 (35 %)	19 (51 %)	X ² = 2,720	p > 0,05
Múltipara	24 (65 %)	18 (49 %)		
PROCEDENCIA				
Rural	20 (54 %)	28 (76 %)	X ² = 3,795	p > 0,05
Urbana	17 (46 %)	09 (24 %)		

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de madres que corresponden a partos verticales y a los de litotomía.

CUADRO 02**PROMEDIOS DEL TIEMPO DE EXPULSIVO SEGÚN TIPO DE PARTO.****HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.**

TIEMPO DE EXPULSIVO	TIPO DE PARTO	
	VERTICAL	LITOTOMÍA
PROMEDIO (min.)	18,2	32,4
DESVIACIÓN ESTÁNDAR (min.)	6,7	16,2

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

Test F. De Homogeneidad de Varianzas = 12,801 $p < 0,01$

Test T. De Homogeneidad de Medias = -4,916 $p < 0,01$

CUADRO 03

**PROMEDIOS DEL APGAR DEL RECIEN NACIDO AL MINUTO SEGÚN
TIPO DE PARTO. HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.**

APGAR AL MINUTO	TIPO DE PARTO	
	VERTICAL	LITOTOMÍA
PROMEDIO	8,4	7,9
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	0,6	1,1

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

Test F. De Homogeneidad de Varianzas = 3,003 $p < 0,05$

Test T. De Homogeneidad de Medias = 2,494 $p < 0,05$

CUADRO 04

**PROMEDIOS DEL APGAR DEL RECIEN NACIDO A LOS 5 MINUTOS
SEGÚN TIPO DE PARTO. HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.**

APGAR A LOS 5 MINUTOS	TIPO DE PARTO	
	VERTICAL	LITOTOMÍA
PROMEDIO	9,4	9,1
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	0,6	0,8

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

Test F. De Homogeneidad de Varianzas = 1,356 N. S.

Test T. De Homogeneidad de Medias = 1,774 N. S.

CUADRO 05

PROMEDIOS DEL VOLUMEN DE SANGRADO SEGÚN TIPO DE PARTO. HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.

VOLUMEN DE SANGRADO	TIPO DE PARTO	
	VERTICAL	LITOTOMÍA
PROMEDIO (ml.)	210,8	279,8
DESVIACIÓN ESTÁNDAR (ml.)	59,6	72,9

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

Test F. De Homogeneidad de Varianzas = 1,3 N. S.

Test T. De Homogeneidad de Medias = - 4,462 $p < 0,01$

CUADRO 06**PROMEDIOS DEL TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO SEGÚN TIPO DE PARTO. HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.**

TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO	TIPO DE PARTO	
	VERTICAL	LITOTOMÍA
PROMEDIO (min.)	10,3	17,1
DESVIACIÓN ESTÁNDAR (min.)	5,2	7,1

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

Test F. De Homogeneidad de Varianzas = 6,266 $p < 0,05$

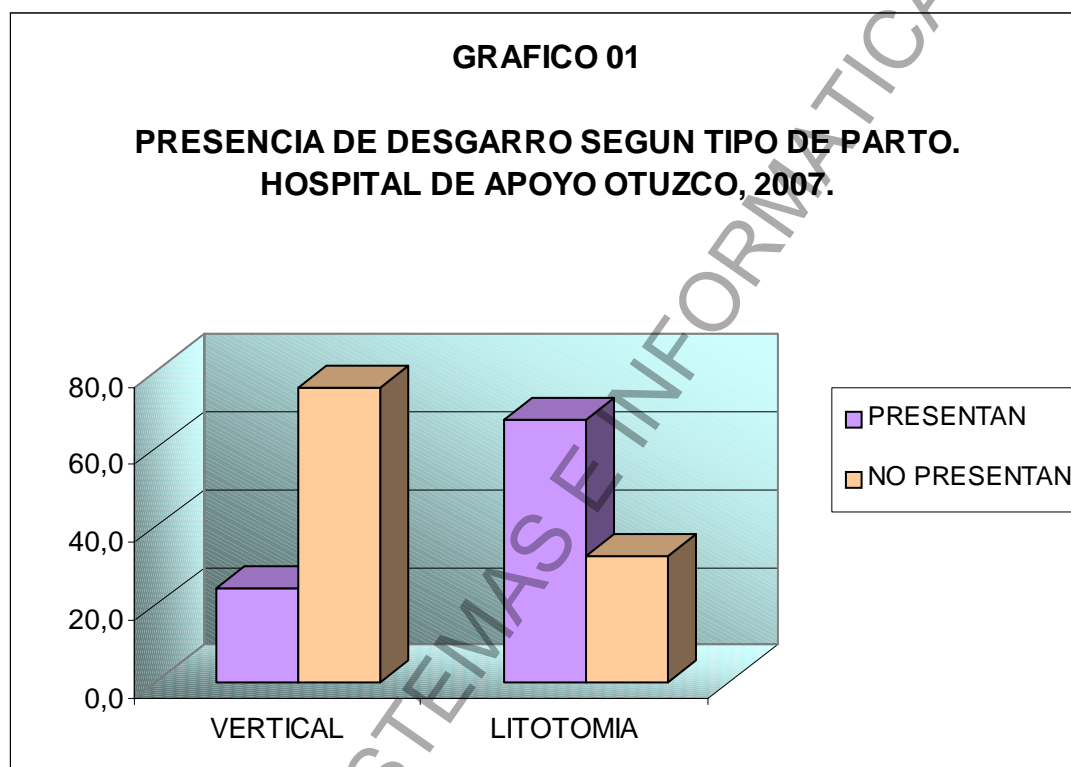
Test T. De Homogeneidad de Medias = -4,682 $p < 0,01$

CUADRO 07**PRESENCIA DE DESGARRO SEGÚN TIPO DE PARTO. HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.**

DESGARRO	TIPO DE PARTO			
	VERTICAL		LITOTOMÍA	
	N	%	N	%
PRESENTAN	09	24,3	25	67,6
NO PRESENTAN	28	75,7	12	32,4
TOTAL	37	100,0	37	100,0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

$$X^2 = 13,9 \quad p < 0,01$$



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

$$X^2 = 13,9 \quad p < 0,01$$

CUADRO 07 – A

GRADO DE DESGARRO VAGINAL SEGÚN TIPO DE PARTO.

HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.

GRADOS	TIPO DE PARTO			
	VERTICAL		LITOTOMÍA	
	N	%	N	%
1º	09	100,0	15	60
2º	00	0,0	08	32
3º	00	0,0	02	8,0
4º	00	0,0	00	0,0
TOTAL	09	100,0	25	100,0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

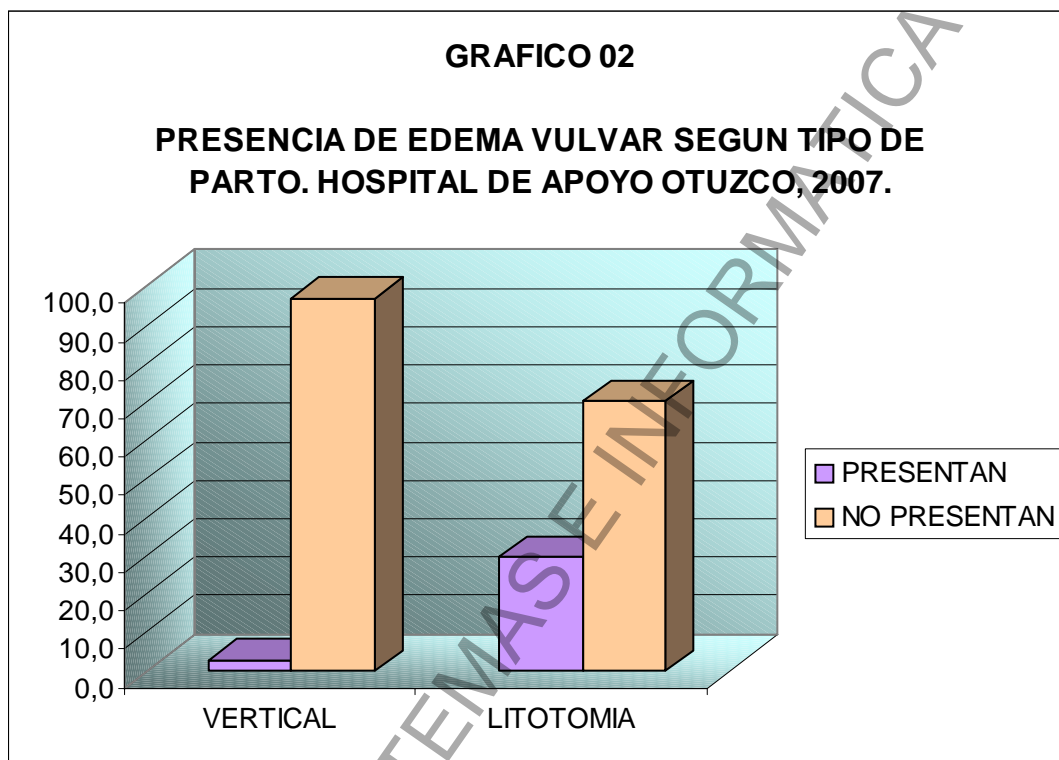
$p < 0,01$

CUADRO 08**PRESENCIA DE EDEMA VULVAR SEGÚN TIPO DE PARTO.****HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.**

EDEMA VULVAR	TIPO DE PARTO			
	VERTICAL		LITOTOMÍA	
	N	%	N	%
PRESENTAN	01	2,7	11	29,7
NO PRESENTAN	36	97,3	26	70,3
TOTAL	37	100,0	37	100,0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

$$X^2 = 8,056 \quad p < 0,01$$



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

$$X^2 = 8,056 \quad p < 0,01$$

CUADRO 08 – A

INTENSIDAD DEL EDEMA VULVAR SEGÚN TIPO DE PARTO.

HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.

INTENSIDAD	TIPO DE PARTO			
	VERTICAL		LITOTOMÍA	
	N	%	N	%
+	01	100,0	09	81,8
++	00	0,0	02	18,2
+++	00	0,0	00	0,0
TOTAL	01	100,0	11	100,0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos para Determinar la Eficacia de la Labor de Parto.

$p < 0,01$

CUADRO 09

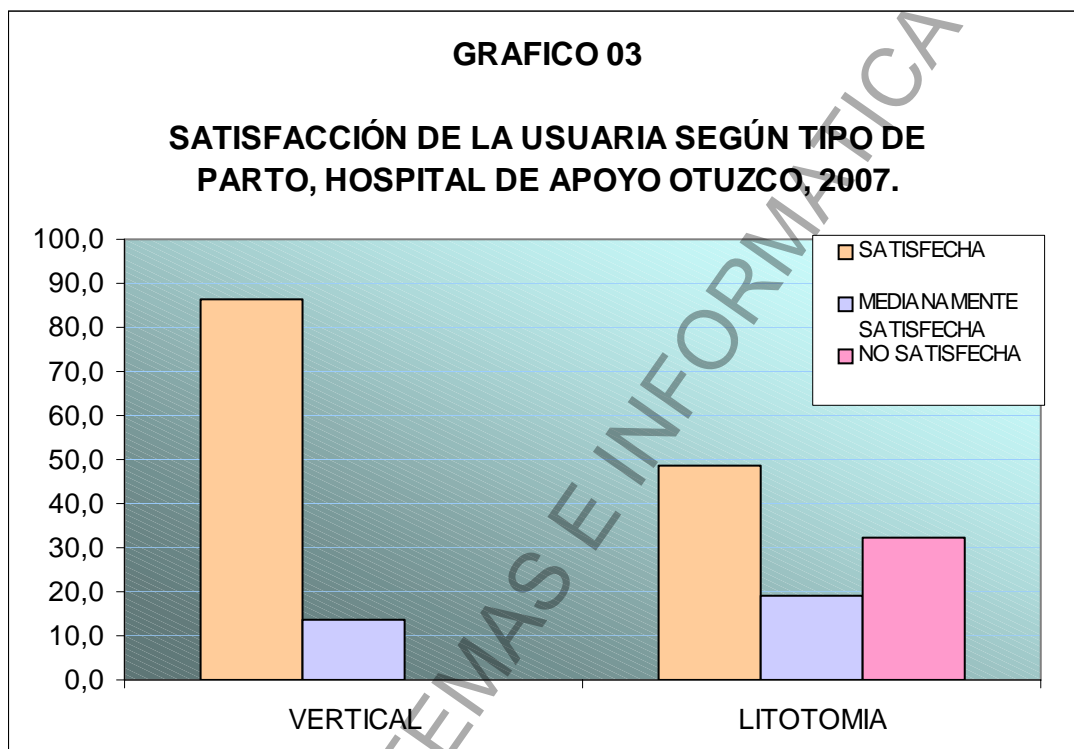
SATISFACCIÓN DE LA USUARIA SEGÚN TIPO DE PARTO.

HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.

SATISFACCIÓN DE LA USUARIA	TIPO DE PARTO			
	VERTICAL		LITOTOMÍA	
	N	%	N	%
SATISFECHA	32	86,5	18	48,6
MEDIANAMENTE SATISFECHA	05	13,5	07	18,9
NO SATISFECHA	00	0,0	12	32,4
TOTAL	37	100,0	37	100,0

Fuente: Encuesta para Determinar la satisfacción de la paciente al ser atendida por el personal de Salud del Hospital de Apoyo Otuzco durante la Labor de Parto.

$$X^2 = 16,253 \quad p < 0,01$$



Fuente: Encuesta para Determinar la satisfacción de la paciente al ser atendida por el personal de Salud del Hospital de Apoyo Otuzco durante la Labor de Parto.

$$X^2 = 16,253 \quad p < 0,01$$

CUADRO 09 – A

PUNTAJES OBTENIDOS POR CADA CRITERIO: TRATO RECIBIDO, INFORMACIÓN, INTERÉS, COMODIDAD Y SEGURIDAD, SEGÚN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA USUARIA POR TIPO DE PARTO. HOSPITAL DE APOYO OTUZCO, 2007.

CRITERIOS	TIPO DE PARTO	PUNTAJE PROMEDIO x CRITERIO	DESVIACIÓN STANDAR	TEST HOGENEIDAD DE VARIANZAS		TEST HOGENEIDAD DE MEDIAS	
				F	p	T	p
TRATO RECIBIDO	VERTICAL	6,6	1,8	0,9223	N. S.	1,986	p < 0,05
	LITOTOMÍA	5,8	2,0				
INFORMACIÓN	VERTICAL	6,7	1,7	3,324	N. S.	2,716	p < 0,01
	LITOTOMÍA	5,4	2,3				
INTERÉS	VERTICAL	3,7	0,7	23,243	p < 0,01	3,498	p < 0,01
	LITOTOMÍA	2,9	1,2				
COMODIDAD	VERTICAL	3,6	0,6	51,921	p < 0,01	4,753	p < 0,01
	LITOTOMÍA	2,4	1,5				
SEGURIDAD	VERTICAL	7,3	1,2	58,289	p < 0,01	3,774	p < 0,01
	LITOTOMÍA	5,4	2,9				

Fuente: Encuesta para Determinar la satisfacción de la paciente al ser atendida por el personal de Salud del Hospital de Apoyo Otuzco durante la Labor de Parto.

V. DISCUSIÓN

Los investigadores afirman que la posición fisiológica es la más segura para la madre y el producto durante el parto, pues obtienen muchas ventajas, especialmente en la disminución del tiempo del expulsivo; lo cual posibilita un contacto más precoz entre el recién nacido y su madre. Asimismo, la física moderna y los conocimientos fisiológicos actuales han demostrado que la posición vertical materna, al permitir la fuerza de la gravedad sobre el feto dentro del útero, condiciona y permite un rápido y no traumático nacimiento, pues facilita el descenso del bebé por el canal vaginal. Y por el contrario cuando la mujer está acostada boca arriba, el canal vaginal queda hacia arriba, lo que hace más dificultoso el paso del bebé; dicha postura horizontal, durante el momento expulsivo, hace que la madre realice un esfuerzo tal, que casi queda sentada y pone a trabajar innecesariamente los músculos abdominales y los de la espalda, cuando lo ideal es que el esfuerzo se concentre en aquellos órganos y músculos encargados de expulsar al niño (9, 21).

El parto fisiológico además, contribuye en la mejor oxigenación del bebé y el útero, con lo que ayuda a la efectividad de las contracciones y que el bebé las tolere mejor, adicionalmente la parturienta en esta posición respira mejor, llena y mantiene el aire en la cavidad torácica, permitiendo que el diafragma baje y empuje al útero, esto se traduce en

pujos más efectivos, disminuyendo el tiempo del expulsivo y por ende provocando mucho menos dolor (9).

En la presente investigación se evidencian resultados que corroboran dicha información, pues se observa que el promedio del tiempo de expulsivo para el parto en posición vertical es menor (18,2 minutos) que el tiempo de expulsivo para el parto en posición de litotomía (32,4 minutos), (ver cuadro 02). Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre dichos promedios ($F = 12,801$ $p < 0,01$), ($T = -4,916$ $p < 0,01$), mostrando de esta manera la eficacia del parto vertical en comparación con la posición de litotomía.

Estos resultados son similares a los encontrados por Koga, quien realizó una evaluación fisiológica de la posición sentada para el parto. En este reporte se midió el intervalo de tiempo entre el expulsivo y el primer llanto del producto, observándose que el tiempo de ocurrencia del primer llanto neonatal era significativamente más corto ($p < 0.01$) en el grupo de mujeres sentadas que en las de litotomía (12).

Asimismo, en otra investigación realizada por Gardosi (17), acerca del parto vertical frente al horizontal, se encontró que los tiempos de la segunda etapa del parto eran significativamente más cortos (promedio de tiempo del expulsivo 31 vs. 45 minutos). Resultados que también fueron demostrados por Racinet y colaboradores quienes al evaluar la influencia

del parto en posición vertical, reportaron una tendencia de reducción del tiempo de la expulsión, reduciendo en esta fase el uso de fórceps en la posición de cuclillas, lo cual es coincidente con casi toda la literatura revisada (16).

En cuanto al promedio del apgar del recién nacido al minuto según el tipo de parto (ver cuadro 03), se obtuvo que, es 8,4 puntos en promedio para los recién nacidos a través del parto vertical y 7,9 puntos para los recién nacidos a través del parto en posición de litotomía. Encontrándose también una diferencia estadísticamente significativa entre dichos promedios ($F = 3,003$ $p < 0,05$), ($T = 2,494$ $p < 0,05$), mostrándose nuevamente la eficacia del parto vertical en comparación con la posición de litotomía. Sin embargo, al analizar el promedio del apgar del recién nacido a los 5 minutos según el tipo de parto (ver cuadro 04), el puntaje para los recién nacidos a través del parto vertical es de 9,4 y el puntaje para los recién nacidos a través del parto en posición de litotomía es de 9,1. No encontrándose una diferencia estadística significativa entre dichos promedios ($F = 1,356$ $p > 0,05$ N. S.), ($T = 1,774$ $p > 0,05$ N. S.), es decir no se puede afirmar que la diferencia de estos puntajes sea determinada por el tipo de parto, debido probablemente a la influencia de otros factores del entorno en el momento del parto.

La experiencia en las atenciones de partos en posición vertical, permiten conocer resultados más eficaces e importantes, como la

disminución significativa de hemorragias y del volumen de sangrado, pues la posición vertical mejora el riego sanguíneo al haber menos presión sobre la vena cava y la aorta, permitiendo una mejor irrigación para el útero y la placenta, además se logra mejores contracciones al colocarse en una posición que mantenga una presión sobre el orificio uterino, intensificando de esta manera el reflejo de Ferguson y aumentando así la producción de oxitocina. De esta manera se logra disminuir el tiempo de duración del alumbramiento y por ende del sangrado (22,23).

Según los resultados obtenidos, el promedio del volumen del sangrado es menor para el parto en posición vertical (210,8 ml.) que para el parto en posición de litotomía (279,8 ml.), (ver cuadro 05). Encontrándose una diferencia estadística significativa entre dichos promedios ($F = 1,3$ $p > 0,05$ N. S.), ($T = -4,462$ $p < 0,01$). Además, para complementar este resultado, adicionalmente se analizó el tiempo de alumbramiento por cada tipo de parto (ver cuadro 06), obteniéndose que es menor en las pacientes que dieron a luz en posición vertical (10,3 minutos en promedio) que en las pacientes que lo hicieron en posición de litotomía (17,2 minutos en promedio), resultando la prueba altamente significativa entre las diferencias de medias poblacionales ($F = 6,226$ $p < 0,05$), ($T = -4,682$ $p < 0,01$). Demostrándose así la eficacia del parto vertical en comparación con la posición de litotomía.

Estos resultados son apoyados por Tuntiseranee quien realizó un estudio comparativo entre la posición dorsal, sentada y en cuclillas, en donde también demuestra científicamente que el parto sentando o en posición de cuclillas influye en diversos parámetros de la contracción uterina (19).

Existen diferentes posiciones para el parto vertical, como la posición de cuclillas, en la cual la salida de la pelvis está en su máxima abertura, debido a la colaboración de los músculos abductores que ayudan a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebe; la posición sentada sobre las piernas; la posición de pie; sobre sillas o taburetes especiales y la posición del gato en donde hay menor presión sobre la musculatura de la pelvis. Aunque todas estas posiciones al principio parezcan extrañas e incómodas, son las más efectivas pues evitan la ruptura del periné, haciendo que este se dilate más despacio y más simétrico, expulsando la placenta rápidamente, y evitando así los desgarros y edemas vulvares (23, 24).

En cuanto a los resultados obtenidos acerca de la presencia de desgarro según el tipo de parto (ver cuadro 07), se observa que del total de las 37 pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición vertical el 75,7 por ciento no presentaron desgarro, y un 24,3 por ciento si lo presentaron; asimismo del total de las 37 pacientes que dieron a luz a

través de un parto en posición de litotomía el 67,6 por ciento presentaron desgarro y un porcentaje menor el 32,4 por ciento no lo presentaron. Por otro lado al analizar la descripción del desgarro según grados (cuadro 07 – A) se observa que, del total de pacientes que sufrieron desgarro a través de un parto en posición vertical el 100 por ciento de dichos desgarros son de primer grado, y del total de pacientes que sufrieron desgarro a través de un parto en posición de litotomía el 60 por ciento son de primer grado, el 32 por ciento de segundo grado y el 8 por ciento son de tercer grado. Encontrándose relación estadística altamente significativa ($X^2 = 13,9$ $p < 0,01$), pues se observa que el porcentaje de desgarro es menor en las pacientes de parto vertical en comparación con las que dieron a luz en posición de litotomía.

Este resultado es apoyado por Gannon en su estudio de casos, para describir el tipo de parto sobre las manos y rodillas “posición de gato”, en el cual refiere que este es una alternativa de la posición del parto para conservar el piso perineal al tiempo del expulsivo. La ventaja primaria de esta técnica de atención es la de conservar el perineo, previniendo el deterioro de las estructuras vulvares y evitando desgarros (14). Por otro lado, en otro estudio realizado por Bomfim-Hyppólito, se evaluaron las ventajas y desventajas posibles de la posición horizontal versus la vertical, durante la segunda etapa de labor. Los resultados reportaron que la incidencia del trauma perineal era mayor en la posición

horizontal que en la vertical en el grupo de primíparas o con periné íntegro, así como en el grupo con historia de episiotomía (15).

Además, al analizar la presencia de edema vulvar según el tipo de parto (ver cuadro 08), se obtuvo que del total de las 37 pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición vertical el 97,3 por ciento no presentaron edema vulvar y sólo el 2,7 por ciento si lo presentaron; asimismo del total de las 37 pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía, el 70,3 por ciento no presentaron edema vulvar y el 29,7 por ciento si lo presentaron. En cuanto a la descripción del edema vulvar según intensidad (cuadro 08 – A), se observa que, del total de pacientes que sufrieron edema vulvar a través de un parto en posición vertical el 100 por ciento de dichos edemas son de menor intensidad (+), y del total de pacientes que sufrieron edema a través de un parto en posición de litotomía el 81,8 por ciento son de menor intensidad (+), y el 18,2 por ciento son de moderada intensidad. Encontrándose relación estadística altamente significativa ($X^2 = 8,056$ $p < 0,01$), pues se observa que el porcentaje de edema es menor en las pacientes de parto vertical en comparación con las que dieron a luz en posición de litotomía.

Una atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el parto, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, en el centro de salud o en el hospital. Para que esto ocurra, el proveedor debe tener las destrezas

necesarias y además la capacidad de comprender las costumbres locales para trabajar con la comunidad en la toma de decisiones saludables, a través de una comunicación eficaz con las mujeres y sus familias, a fin de brindar una atención que satisfaga las necesidades de las mujeres que reciben estos servicios. El enfoque de una atención calificada se basa en la premisa de que todas las mujeres tienen derecho a cuidados de calidad durante el parto, asumiendo que este tipo de cuidados tales como, las prácticas higiénicas y el manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto, puedan prevenir algunas complicaciones (25).

Los razonamientos que utilizan determinados profesionales para acostar a las mujeres en el momento del parto, constituyen argumentos al servicio de prácticas tradicionales destinadas a solventar la comodidad del profesional, pues se debe tener en cuenta que para la historia de una mujer y fortalecer el vínculo con sus hijos, es muy importante el modelo que se utilice para parir, ellas prefieren estar despiertas y participar activamente en el parto, pudiendo sentir el placer y la satisfacción que significa mirar al hijo cuando éste abandona el interior de su cuerpo (24).

Los resultados obtenidos en la presente investigación, en cuanto a la satisfacción de la usuaria al ser atendida según el tipo de parto (ver cuadro 09), mostraron que, del total de las pacientes que dieron a luz a través de un parto vertical el 86,5 por ciento estuvieron satisfechas con la atención recibida, el 13,5 por ciento estuvieron medianamente

satisfechas, no habiendo pacientes totalmente insatisfechas con la atención. Por el contrario del total de pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía el 48,6 por ciento estuvieron satisfechas con la atención, el 18,9 por ciento estuvieron medianamente satisfechas y el 32,4 por ciento un porcentaje considerable no estuvieron satisfechas con la atención. Encontrándose relación estadística altamente significativa ($X^2 = 16,253$ $p < 0,01$), pues se observa que el porcentaje de satisfacción es mayor en las pacientes de parto vertical en comparación con las que dieron a luz en posición de litotomía. Para complementar esta información se analizo los puntajes obtenidos según los criterios establecidos en la encuesta de satisfacción de la usuaria (ver cuadro 09 – A), obteniéndose para las pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición vertical, mayores puntajes en comparación con las que lo hicieron en posición de litotomía, siendo para ellas los criterios más destacados la seguridad, la información y el trato recibido. Y por el contrario, para las pacientes que dieron a luz en posición de litotomía con menores puntajes, los criterios más importantes fueron el trato recibido, la información y la seguridad; resultando las pruebas significativas y altamente significativas entre las diferencias de medias poblacionales ($p < 0,05$; $p < 0,01$).

En otra investigación realizada por Gardosi (18), también se manifiesta que la evidencia apoya las posiciones verticales para el parto y especialmente la de cuclillas. De esta manera este investigador refiere

que el parto en cuclillas es beneficioso para las mujeres por la comodidad, cultura y ventajas respecto al parto en decúbito dorsal.

Teniendo en cuenta esta perspectiva, podemos inferir que estando en un ambiente adecuado, permitiendo a la gestante escoger la posición a adoptar durante todo el período de dilatación y también optar por la posición en que será el parto, con presencia de su compañero, no solo favorecemos un contacto precoz entre la madre y el hijo, sino que la paciente se sienta cómoda y satisfecha con la atención recibida, a través de un trato más humanizado (3-6).

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

VI. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- El parto en posición vertical es más eficaz en el mejoramiento del bienestar de la madre y el niño, que el parto en posición de litotomía.
- El tiempo de duración del expulsivo en las pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición vertical es menor (18,2 minutos) que el de las pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía (32,4 minutos). ($p < 0,01$ A. S.).
- El puntaje del Apgar del recién nacido a través de un parto vertical al minuto es mayor (8,4 en promedio) que el apgar del recién nacido a través de un parto en posición de litotomía (7,9 en promedio). ($p < 0,05$ S.).
- El puntaje del Apgar del recién nacido a través de un parto vertical a los 5 minutos es relativamente mayor (9,4 en promedio) que el apgar del recién nacido a través de un parto en posición de litotomía (9,1 en promedio), sin embargo no se puede afirmar que esta diferencia de puntajes sea determinada por el tipo de parto ($p > 0,05$ N. S.).

- Ninguna de las pacientes en estudio presentaron hemorragia, sin embargo el volumen de sangrado en las pacientes que dieron a luz a través de un parto vertical es menor (210,8 ml. En promedio) que el de las pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía (279,8 ml. En promedio). ($p < 0,01$ A. S.).
- Los desgarros perineales son más frecuentes en las pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía (67,6 por ciento) que en las pacientes que dieron a luz en posición vertical (24,3 por ciento). ($p < 0,01$ A. S.).
- El edema vulvar es más frecuente en las pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía (29,7 por ciento) que en las pacientes que dieron a luz en posición vertical (2,7 por ciento). ($p < 0,01$ A. S.).
- Las pacientes que dieron a luz a través de un parto vertical estuvieron más satisfechas con la atención recibida (86,5 por ciento) que las pacientes que dieron a luz a través de un parto en posición de litotomía (48,6 por ciento). ($p < 0,01$ A. S.).

VII. RECOMENDACIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación se ha creído conveniente brindar las siguientes recomendaciones:

- Realizar estudios de investigación acerca de calidad de atención en los diferentes establecimientos de salud con la finalidad de mejorar el grado de satisfacción de las usuarias.
- Instalar el parto vertical como una forma de atención en los diferentes establecimientos de salud, respetando la elección de la paciente acerca de la posición deseada durante el parto.
- Capacitar al recurso humano en la atención del parto vertical, planteándoles que se debe respetar la elección de la gestante acerca de la posición deseada durante el parto, para favorecer su comodidad y satisfacción.
- Habilitar los ambientes adecuados para la atención del parto vertical en los diferentes establecimientos de salud, que favorezcan la calidad de atención de las pacientes y no permitiendo que este sea improvisado.
- Utilizar el presente estudio de investigación como referencia para la elaboración de protocolos de atención durante el parto en los diferentes establecimientos de salud, que promuevan la salud integral de la madre y el niño.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabatino H. Fuchtnner C. Santos L.P. Narbot L.B. Cintra M.A. Miguel M.A.C.C. (1987) Parto em posição de cócoras. En Medicina Perinatal. (pp. 322 – 324). Brazil. Editores Pinotti J. A. Sabatino J. H.
2. Sabatino H. Dunn P. Caldeyro - Barcia R. (1992) Parto Humanizado – Formas Alternativas. Brazil. Editora da Unicamp. Campinas S. P.
3. Sabatino H. Caldeyro L. Serpa J.F. Dias A.L.(1992). Análise da região, da intensidade dolorosa e do comportamento, referidos durante o parto. En Parto Humanizado – Formas Alternativas (pp. 98 – 99). Brazil. Editores Sabatino H. Dunn P. Caldeyro - Barcia R. Editora da Unicamp. Campinas S. P.
4. Sabatino H. Vilarino J.F. (1992) Avaliação obstétrica de partos em posição de cócoras. En Parto Humanizado – Formas Alternativas. (pp. 103 – 105). Brazil. Editores Sabatino H. Dunn P. Caldeyro - Barcia R. Editora da Unicamp. Campinas S. P.
5. Sabatino H. (1997). Parto na vertical. Rev. Bras. Med. – GO 8(2): 51-64.

6. Vilarino J.F. (1989). Estudio Perinatal do parto em posição de cócoras na Unicamp. Tese de Doutorado defendida no Departamento de Tocoginecologia da Unicamp.
7. Historia de la Ginecología. Salvat Editores S.A. (1948). Barcelona, España. pg. 22.
8. Molina L. (1970). Historia de la Obstetricia y la Ginecología en Latinoamérica. Bogotá, Colombia. Impresiones Distrital.
9. Organización Mundial de la Salud. (2005). Parto vertical: La Forma más apropiada para dar a Luz. Disponible en:
<http://www.cantv.net/mujeryfamilia/resena.asp?id=84661&cat=3&Frese na=TRUE> [Acceso en Noviembre del 2007].
10. Dudenhausen JW; Saling E. (1983). El parto domiciliario o el Hospital – Una declaración libre de ideologías. Wien Klin Wochenschr, 95(20):705-7.
11. Mizuta M. (1987). Estudio sobre la influencia de la posición materna del parto sobre la condición fetal. Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi, 39(6): 965-71.

12. Koga S. (1985). Los efectos del parto relacionado a la iniciación del primer grito y parámetros de gas de sangre umbilical. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi*, 37(1):107-14.
13. Stewart P; Spiby H. (1989). Estudio aleatorizado del parto en posición sentada. Uso de un diseño nuevo de silla obstétrica. Departamento de Obstetricia y Gynaecología, Hospital General Norteño, Sheffield. *Br J Obstet Gynaecol*, 96(3):327-33.
14. Gannon JM. (1992). El parto sobre las manos y rodillas. Estudio de casos. *J Cuida Obstetricia*, 37 (1): 48 – 52.
15. Bomfim-Hyppólito S. (1998). Influencia de la posición de la madre en el parto. Algunos resultados Maternos y neonatales. Universidade Federal de Ceará, Fortaleza, Brasil. *Int J Gynaecol Obstet*, 63 Suppl 1(1):67-73.
16. Racinet C; Eymery P; Philibert L; Lucas C. (1999). Parto en posición de cuclillas. [Un ensayo aleatorizado que compara el parto de cuclillas con la posición clásica para el expulsivo. *Atend. de Gynecologie - Obstétrique et Medecine de la Reproducción*, Hospital de la Tronche, CHU De Grenoble. *SR - J Gynecol Obstet Biol Reprod (París)*, 28:263-70.

17. Gardosi J; Hutson N. (1989). B-LYNCH C- Ensayo controlado Aleatorizado de acucillar en la segunda etapa de labor. Gardosi J; Hutson N; B-LYNCH C - Departamento de Obstetricia y Gynaecology, Milton Keynes de General El hospital, Buckinghamshire. SR - de Lancet, 2:74-7.
18. Gardosi J; Hutson N. (1989). B-LYNCH C. Una experimentación de parto en cuclillas. Departamento de Obstetricia y Gynaecology, Milton Keynes de General. El hospital, Buckinghamshire. SR - Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2:217-20.
19. Tuntiseranee P; Geater Un; Chongsuvivatwong V; Kor-anantakul O. (1987). Posición y parto - Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Medicina, Príncipe de Songkla La Universidad, Tailandia. SR – Rev Fr Gynecol Obstet, 40:205-7.
20. Boletín Sanitario Panamericano. Código de Helsinky, s.e. (1990). Art. 7.
21. Cárdenas O. (2006). Nuevo Método para el Parto Natural. Disponible en: <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=729> [Acceso en Mayo del 2006].

22. Barreto Paniza S. (2007). Posición de la Embarazada durante el Parto.

Disponible en:

<http://www.google.com.pe/search?hl=es&q=efectividad++del+parto+vertical+sobre+el+horizontal+&meta=> [Acceso en Noviembre del 2007].

23. Andrea Bendl, (2002). Las Posiciones verticales del parto: Recomendaciones de la O. M. S. . Alemania.

24. Giberti E. (1999). El Porque de la Verticalidad. Artículo publicado en el fascículo N° 03 de la Colección Escuela para Padres. Argentina.

Disponible en: http://www.geocities.com/rima_web/egiberti_parto.html.
[Acceso en Setiembre del 2007].

25. MacDonald M. and Starrs A. (2003). La Atención Calificada durante El Parto. Disponible en:

<http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20info%20book.pdf>

[Acceso en Noviembre del 2007].

26. Holguin Ponce Yobana. Factores Socioculturales que influyen en el abandono del control pre natal. Centro de Salud II Talara. Tesis para optar el grado de Maestra en Salud Pública con Mención en Gerencia y Políticas Sociales. UNT 2005.

IX. ANEXOS

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

ANEXO I

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR LA EFICACIA DE LA LABOR DE PARTO

Nombre de la Gestante:.....

Edad:.....

Procedencia:.....

H. Cl.

Paridad: Primípara () Multípara ()

Tipo de parto: Vertical () Litotomía ()

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

➤ Duración del expulsivo:

Tiempo en minutos. Desde 10 cm. de dilatación.

➤ Apgar del recién nacido: 1' 5'

➤ Cantidad de Sangre perdidacc. (numero de apósitos o toallas, restadas el peso del mismo)

➤ Duración del Alumbramiento:

Tiempo en minutos.....

➤ Desgarros perineales:

Presencia de desgarro () Ausencia de desgarro ()

Magnitud del desgarro En cm.

Tejido comprometido: Piel () Músculo ()

Fosa izquierectral ()

➤ Edema vulvar

Presencia de edema () Ausencia de edema ()

Intensidad: + () ++ () +++ () ++++ ()

ANEXO II

**ENCUESTA PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DE LA
PACIENTE AL SER ATENDIDA POR EL PERSONAL DE SALUD DEL
HOSPITAL DE APOYO OTUZCO DURANTE LA LABOR DE PARTO**

CRITERIOS	De Acuerdo	Indiferente	En Desacuerdo
<p>TRATO RECIBIDO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La recepción por parte del personal fue Excelente. 2. A su ingreso, el personal saluda con buenas maneras. 3. Considera que fue escuchada durante la atención. 4. El personal le brindó buen trato. <p>INFORMACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de la atención del parto recibió explicación de cómo se realizaría. 2. Considera que recibió adecuada información sobre su estado de salud y/o de su bebé. 3. Recibió información adecuada sobre el tratamiento indicado. 4. Se siente satisfecho con la información recibida. 			

<p>INTERÉS</p> <ol style="list-style-type: none">1. El personal puso interés y atención en su caso.2. El personal mostró interés en resolver sus problemas o necesidades. <p>COMODIDAD</p> <ol style="list-style-type: none">1. Es adecuado el ambiente en la Sala de Partos.2. El parto fue atendido conforme a su comodidad. <p>SEGURIDAD</p> <ol style="list-style-type: none">1. Usted se sintió confiado ante el personal de salud.2. Está de acuerdo en volver a atenderse en este establecimiento.3. Recomendará a algún familiar o amigo para que se atienda en este establecimiento.4. Usted califica en conjunto la atención recibida como buena.			
---	--	--	--

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMATICA

ANEXO III

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doña, de años de edad y con DNI n°, manifiesta que ha sido informada sobre los datos que serán tomados durante y después de la atención del parto para cumplir con los objetivos del Proyecto de Investigación Titulado “Eficacia del Parto Vertical en el Bienestar de la madre y el niño, Hospital de Apoyo Otuzco Elpidio Berovides Pérez”.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta investigación tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

..... de de 2007.

Firma

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

El que suscribe Mg. Roberto Caffo Marruffo, Docente Principal del Dpto. de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Trujillo: Hago constar que he asesorado el proyecto de investigación Titulado: “Eficacia del Parto Vertical en el Bienestar de la Madre y del Niño, Hospital de Apoyo Otuzco Elpidio Berovides Pérez”; elaborado por Hilder Segundo Ramírez Campos; el cual expido la presente a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Trujillo 24 de Noviembre del 2007

Mg. ROBERTO CAFFO MARRUFFO

EVALUACIÓN DE LA TESIS

El Jurado deberá:

- a. Consignar las observaciones y objeciones pertinentes relacionados a los siguientes ítems.
- b. Anotar el calificativo final.
- c. Firmar los tres miembros del jurado.

TESIS:.....
.....
.....

1. DE LAS GENERALIDADES:

El Título.....
.....
Tipo de Investigación:.....
.....

2. DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN:

Antecedentes:.....
Justificación:.....
Problema:.....
Objetivos:.....
Hipótesis:.....
Diseño de Contrastación:.....
Tamaño muestral:.....
Análisis estadístico:.....

3. RESULTADOS:.....

4. DISCUSIÓN:.....

5. CONCLUSIONES:.....

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....

.....

7. RESUMEN:.....

.....

8. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:.....

9. ORIGINALIDAD:.....

10. SUSTENTACIÓN:

10.1. Formalidad:.....

10.2. Exposición:.....

10.3. Conocimiento del Tema:.....

CALIFICACIÓN:

(Promedio de las 03 notas del Jurado)

JURADO:

Nombre

Código Docente

Firma

Presidente: Dr.....

Grado Académico:.....

Secretario: Dr.....

Grado Académico:.....

Miembro: Dr.....

Grado Académico:.....

RESPUESTAS DE TESISISTAS A OBSERVACIONES DEL JURADO

El tesista deberá responder en forma concreta a las observaciones del jurado a manuscrito en el espacio correspondiente:

- a. Fundamentando su discrepancia.
- b. Si está de acuerdo con la observación también registrarla.
- c. Firmar.

TESIS:.....
.....
.....

1. DE LAS GENERALIDADES:

El Título.....
.....
Tipo de Investigación:.....
.....

2. DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN:

Antecedentes:.....
Justificación:.....
Problema:.....
Objetivos:.....
Hipótesis:.....
Diseño de Contrastación:.....
Tamaño muestral:.....
Análisis estadístico:.....

3. RESULTADOS:.....

4. **DISCUSIÓN:**.....
.....
5. **CONCLUSIONES:**.....
6. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**.....
.....
7. **RESUMEN:**.....
.....
8. **RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:**.....
9. **ORIGINALIDAD:**.....
10. **SUSTENTACIÓN:**
 - 10.1. **Formalidad:**.....
 - 10.2. **Exposición:**.....
 - 10.3. **Conocimiento del Tema:**.....

OFICINA DE SISTEMAS E INFORMÁTICA