

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

ESCUELA DE POST GRADO



**PARTO VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL
EN RELACION AL PARTO HORIZONTAL EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERÍODO
MAYO-AGOSTO 2012**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. Leila Rosa Marino Panduro de Ibazeta**

HUÁNUCO – PERU

2016

DEDICATORIA:

A mi esposo Jorge Luis, a mis hijos:

Ruth Kelly, Jorge Daniel y Scarlett Desirré

Por su paciencia, comprensión tras largas

Ausencias demostrando incondicional

Apoyo para el logro de éste objetivo.

AGRADECIMIENTO:

A los docentes de la Universidad
"Hermilio Valdizán" quienes han
Sido guías no solo del conocimiento
Científico si no que han sido mentores
En nuestra formación como personas
Integrales.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las ventajas y desventajas que ofrece el parto vertical con adecuación intercultural en relación al parto horizontal. Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

Método: Estudio observacional, comparativo, transversal, prospectivo. La muestra esta conformada de 160 gestantes de las cuales 80 pacientes fueron atendidas bajo la modalidad de parto vertical con adecuación intercultural y 80 gestantes bajo la modalidad de parto horizontal. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario el cual consto de 17 preguntas. En el análisis estadístico inferencial se empleó la estadística chi cuadrado.

Resultados: Entre las ventajas del parto vertical está el tiempo transcurrido de la fase activa del trabajo de parto y del período expulsivo, la elección del parto vertical y un número significativo menor de episiotomias en comparación con el grupo de parto horizontal se evidencia una fuerte correlación con diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$ respectivamente) y las costumbres regionales e individuales con enfoque intercultural en las madres que dieron a luz en posición vertical; el acompañamiento de la mamá, la toma de infusiones y la posición sentada durante el parto, y la disposición final de la placenta un porcentaje menor fue llevado a casa para enterrarlo, se evidencia una fuerte correlación con diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,00$ respectivamente). El volumen de pérdida sanguínea en el parto vertical y horizontal no revelo diferencias estadísticamente significativas siendo similar la pérdida en ambos grupos($p= 0,879$) mayor de 0.05 de la prueba de chi cuadrado. El desgarro vaginal y perineal se pudo observar en forma porcentual que el desgarro vaginal es mayor en el parto vertical que en el horizontal, siendo esta una diferencia estadísticamente minima ($p=0,016$), no revela diferencia

estadísticamente entre la eleccion del parto y el desgarro perineal ($p=0,601$ respectivamente).

Conclusión: Se aprueba la hipótesis general que “El parto vertical con adecuación intercultural ofrece mayores ventajas para la gestante en relación al parto horizontal atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo-Agosto 2012”.

Palabras clave: Parto vertical, adecuación intercultural, parto horizontal.

ABSTRACT

Objective: To determine the advantages and disadvantages offered vertical delivery with intercultural adaptation in relation to the horizontal delivery. Amazónico Hospital. May-August 2012 period.

Method: observational, comparative, transversal, prospective study. The sample is comprised of 160 pregnant women, of which 80 patients were treated in the form of vertical delivery with intercultural adaptation and 80 pregnant women in the form of a horizontal delivery. The instrument used was the questionnaire which consisted of 17 questions. In the inferential statistical analysis chi square statistic it was used.

Results: Among the advantages of vertical delivery is the time of the active phase of labor and the second stage time, the choice of vertical delivery and a significant number less than episiotomies compared to group horizontal delivery is a strong correlation is evident with statistically significant differences ($p = 0.000$ respectively). And the regional and individual customs with intercultural focus on mothers who gave birth in an upright position; the accompaniment of the mother, making tea and sitting position during delivery, and disposal of the placenta a smaller percentage was brought home for burial, a strong correlation is evidenced by statistically significant differences ($p = 0.00$ respectively). And the downside is the volume of blood loss and vaginal tear in the vertical delivery. **Conclusion:** the general hypothesis that "The vertical delivery with intercultural adaptation offers major advantages for the mother in relation to the horizontal delivery at the Amazon Hospital was approved. May-August 2012 period".

Keywords: Vertical Parto, intercultural adaptation, horizontal delivery.

SUMÁRIO

Objectivo: Para determinar as vantagens e desvantagens oferecidos entrega vertical com adaptação intercultural em relação à entrega horizontal. Hospital Amazónico. Maio-agosto período de 2012.

Método: observacional, comparativo, transversal, estudo prospectivo. A amostra é composta por 160 mulheres grávidas, das quais 80 pacientes foram tratados na forma de entrega vertical com a adaptação intercultural e 80 mulheres grávidas sob a forma de uma entrega horizontal. O instrumento utilizado foi o questionário que consistia em 17 perguntas. Na estatística de análise de chi quadrado estatística inferencial foi utilizado.

Resultados: Entre as vantagens do parto vertical é o tempo da fase ativa do trabalho de parto ea segunda vez estágio, a escolha do parto vertical e um número significativo inferior a episiotomia comparado ao parto horizontal grupo é uma forte correlação é evidente com diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,000$, respectivamente). E os costumes regionais e individuais com enfoque intercultural sobre as mães que deram à luz na posição vertical; o acompanhamento da mãe, fazendo chá e posição sentada durante o parto, e eliminação da placenta uma porcentagem menor foi trazido para casa para o enterro, uma forte correlação é evidenciado pela diferença estatisticamente significativa ($p = 0,00$ respectivamente). **Conclusão:** a hipótese geral que "A entrega vertical com adaptação intercultural oferece grandes vantagens para a mãe em relação à entrega horizontal no Hospital Amazon foi aprovado. Maio-agosto período de 2012".

Palavras-chave: Vertical Parto, adaptação intercultural, a entrega horizontal.

INTRODUCCION

El parto es un acto fisiológico en el cual uno de los factores más importantes es la posición materna la cual es determinada más por patrones culturales y comportamientos que por factores fisiológicos. Desde los albores de la humanidad, el parto en posición vertical ha sido considerado como un acontecimiento natural, espontaneo como lo demuestran grabados o esculturas de prácticamente todas las culturas. La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural del Ministerio de Salud del Perú señala la siguiente definición “El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Actualmente las políticas de salud en nuestro país orientan sus esfuerzos en difundir los beneficios que este brinda, incorporando capacitaciones que estimulen al personal asistencial a ofertar en los establecimientos de salud la atención del parto vertical ya que numerosas evidencias han demostrado beneficios sustanciales para la madre y el recién nacido. En nuestro país la atención de parto vertical, está estrechamente ligado a la interculturalidad, siendo esta definida por la Organización Panamericana de la Salud como la “Relación entre varias culturas diferentes, que se realiza con respeto y horizontalidad, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo. La Interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan donde ambas partes se dicen, y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. La Atención del Parto vertical con adecuación intercultural en los establecimientos de salud, implica también rescatar las costumbres y posicionar el

derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en la que desea ser atendida, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, el recién nacido y el entorno familiar. La posición adoptada naturalmente por las mujeres durante el parto ha quedado descrita, en 1882, por Engelmann, quien observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas para parir. El Parto en posición Horizontal la historia registra, que en el siglo XVII el obstetra Mauriceau “acostó” a las mujeres para parir y aplicar el instrumento de moda (el fórceps), en las décadas de los 70 con el uso de la anestesia peridural, Una de las prácticas culturales en relación al parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz, la gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical ya sea de cuclillas, sentada, arrodillada, de pie entre otras; estas dos prácticas diferentes ocasionan un desencuentro cultural. El presente estudio determinará los beneficios maternos que pudieran brindar cada uno de las modalidades de parto que se pretende estudiar, aportando resultados con evidencia científica.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMMARY.....	VI
RESUMÒ.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Objetivo General y específicos.....	18
1.4 Variables.....	20
1.5 Sistema de Hipótesis	21
1.6 Justificación e importancia.....	23
1.7	Viabilidad
.....	26
1.8	
Limitaciones.....	27

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	28
2.2. Bases teóricas.....	38
2.3. Bases	o fundamentos
filosóficos.....	41
2.4. Definiciones	
conceptuales.....	42
2.5	Bases
epistémicas.....	51

CAPITULO III

3.	MARCO METODOLÓGICO	
3.1.	Tipo de investigación.....	53
3.2.	Diseño y esquema de la investigación.....	53
3.3.	Población y muestra	53
3.4.	Instrumento, tecnica de recojo, procesamiento.....	55
3.5.	Elaboración de datos	55
3.6.	Análisis o comprobación de la hipótesis.....	56
CAPITULO IV		
RESULTADOS		
	Frecuencia y Gráficos.....	56
	Prueba de Hipótesis	73
CAPITULO V		
	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	79
	CONCLUSIONES.....	87
	RECOMENDACIONES.....	89
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.....	91
	ANEXOS.....	101
	Instrumentos de recolección de datos.....	102
	Consentimiento informado	108
	Alcances del Estudio	109
	Imágenes Fotográficas.....	12

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del Problema

Desde las culturas ancestrales la posición del parto asumida naturalmente por la madre ha sido la posición vertical, sin embargo posterior a la institucionalización del parto, con el objeto de lograr un mayor acceso a la realización de maniobras médicas, se ha difundido la atención en posición de litotomía. El parto institucional alcanza una cobertura hasta el 85% a nivel nacional (ENDES 2012) con brechas importantes en la población del ámbito rural. La práctica del parto en posición vertical sigue siendo la elección que justifica el parto domiciliario y la barrera para el acceso al parto calificado e institucionalizado. Al recibir la madre una atención por parte de un proveedor calificado durante el parto, aumenta la probabilidad de sobrevivencia para la madre y el niño. En nuestra población hay un alto índice de población indígena, muchas de las mujeres son atendidas en casa por familiares o parteras, o no reciben ayuda, teniendo temor de asistir a los establecimientos de salud, esto se debe a que en el país, como en la mayor parte de Latinoamérica, coexiste dos modelos de atención médica, el institucional formal y el indígena empírico; en lo que respecta a la atención del parto, para estas personas es importante que sean

consideradas sus tradiciones ancestrales donde las culturas se respetan, toman lo mejor una de otra tratando de concertar para un enriquecimiento mutuo. Es notable que la libre elección de la posición durante el parto se considere un marcador importante de una buena atención, pues. múltiples estudios han demostrado que la imposición de una determinada posición para dar a luz provoca que la madre experimente de forma negativa este evento.

Teóricamente, una posición vertical durante la segunda etapa del parto en comparación con la supina, ofrece beneficios a la madre durante la expulsión fetal, debido al efecto que ejerce la gravedad, un aumento de los diámetros pélvicos por los que atraviesa el feto, y mayor fuerza de empuje y mayor oxigenación para el feto. Además es conocido que la posición vertical se considera como fisiológica, y brinda una mayor comodidad a la madre Según Stewart P, Spiby H (1989). El parto vertical ofrece ventajas obstétricas, por lo que se han realizado varios estudios que están dirigidos a comparar las ventajas y desventajas de la posición vertical durante la segunda etapa del parto con respecto a la posición supina, habiéndose identificado en algunos de ellos una reducción en la tasa de episiotomías, reducción en la frecuencia de partos asistidos, aumento de desgarros perineales de II grado, aumento de hemorragia post parto, índices Apgar más altos y menor acidosis fetal con una posición vertical. Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E, Poseyro JJ, et al (1981).

En un estudio realizado en Brasil, se identificó que las mujeres perciben la adopción de la posición vertical como beneficiosa, por una participación más activa y cómoda, y como facilitadora de la expulsión

del feto (Gupta JK, Nikodem VC). La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue (2003).

Desde las culturas ancestrales la posición del parto asumida naturalmente por la madre ha sido la posición vertical, sin embargo posterior a la institucionalización del parto, con el objeto de lograr un mayor acceso a la realización de maniobras médicas, se ha difundido la posición de litotomía.

El parto Horizontal se le ha dado un enfoque biomédico, que no ha sido probado científicamente sus ventajas; contrariamente se han demostrado sus grandes desventajas en las que podemos mencionarlas siguientes: Aumenta la carga materna al miocardio, comprime la aorta, desfavoreciendo la irrigación placentaria, impide la participación de la musculatura de las piernas, condiciona estrechamiento del canal vaginal, desvía hacia atrás la presión hidráulica de las bolsas de las aguas, produce trastornos ventilatorios a la madre.

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, como en la mayoría de los centros en que se atienden partos en EsSalud, el parto horizontal es la única opción de parto vaginal para toda gestante que ingresa al Centro Obstétrico. A esto se agrega que, en el período de dilatación, se obliga a la parturienta a mantenerse recostada y no se le permite sentarse, deambular y alguna otra posición que podría ser más cómoda para ella, así como tampoco se le permite estar acompañada por alguna persona de su entorno o de su confianza, en un momento tan importante para ella como mujer y como persona.

Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño. En el Perú el Ministerio de Salud, en agosto del 2005, emitió la Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado. Con ello, se busca lograr mayor credibilidad de los servicios médicos, mayor institucionalización del parto y, por ende, la disminución de la mortalidad materna y perinatal. En Perú, al igual que en otros países en vías de desarrollo, la mortalidad materna sigue siendo alta, actualmente se registra 93 muertes maternas por 100.000 nacimientos, pese a que en los últimos años estas cifras se han reducido, sigue siendo una de las más altas en América Latina y el Caribe. Un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) hizo un cálculo que se producirían 410 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; es decir en el Perú una mujer fallece cada cuatro horas a consecuencia del embarazo, durante el parto o después de él, debido a que no se acepta la posición del parto vertical como una costumbre típica de ellas (interculturalidad). Artemisa noticias «mujeres hoy» (2005). Al hablar de interculturalidad se refiere a la

interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. Ranzana karina. (2005). La posición que adoptan las mujeres durante el parto responde a diferentes factores, especialmente de tipo cultural, por lo que parece difícil determinar cuál sería la conducta instintiva de las mujeres que habitan en países desarrollados. No obstante, en mujeres que viven en zonas menos desarrolladas y que no están tan influidas por la «tecnología» en el parto, se puede observar cómo adoptan posiciones más «fisiológicas», buscando la verticalidad: de pie, cuclillas, cuádrupedia o de rodillas. Por todas estas razones, organismos internacionales promueven desde hace varios años la iniciativa del parto humanizado, siendo éste aquel que promueve la participación activa de la mujer en la toma de decisiones, que toma ventaja la experiencia de médicos y de las tradiciones de cada pueblo, y permite a la mujer trabajar con el médico en un nivel de igualdad, basándose en medicina basada en la evidencia. Kirschhoff (1971). Esta iniciativa está dirigida a aumentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante el parto y fomentar estrategias como la implementación de compañía familiar durante el parto, permitir cambios de posición, permitir la alimentación en la sala de labor, entre otras: Arroyo J y col (1994). La Organización Mundial de la Salud se ha pronunciado de la siguiente manera en relación a la posición adoptada durante el parto: “La mujer puede adoptar la posición que ella prefiera, evitando preferiblemente estar largos períodos en posición supina. Se

les debe animar a experimentar la posición en que ellas se sientan más cómodas y apoyar su elección.

En la actualidad la gran mayoría de mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas o arrodilladas. El personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal (acostada); de ello el Ministerio de Salud al evaluar la situación de estas dos prácticas totalmente diferentes sostiene que es un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos, poniendo en riesgo su salud y la vida de ellas y su niño por nacer en caso de que se presente alguna complicación. Burgo Calos (2009). Según el informe 2008 de la ONG Proyecto del Consorcio Madre-Niño. Indican que el 90 % de usuarias del departamento de Huancavelica, manifestó sentirse satisfecha por el trato recibido y asegura que volvería a recurrir a los establecimientos del MINSA. Reportaje cuarto poder sobre el maravilloso milagro del parto vertical (2008). El Hospital Amazónico es una institución en la que las pacientes obstétricas constituyen aproximadamente el 50% de los ingresos hospitalarios, y es uno de los lugares que dispone de instalaciones adecuadas para la atención del parto en posición vertical, considerado uno de los centros del parto humanizado en el país. Sin embargo se desconoce qué consecuencias maternas ha traído la aplicación de este procedimiento en esta población. En Ucayali no se registran publicaciones pertinentes respecto a este tema, y a esto se suma que la evidencia en torno a las ventajas y desventajas de la atención del parto en posición vertical es aún controversial, lo cual justifica la realización de

este estudio, dirigido a la comparación de resultados obstetricos del parto vertical con adecuación intercultural versus parto horizontal, con el fin de identificar el método que genere los mejores resultados para las madres de esta comunidad. Los resultados obtenidos en este trabajo contribuirán a promover un mayor acceso de las madres a una medicina de calidad en la comunidad estudiada, y a un esclarecimiento acerca del tema mencionado. Aún más, las conclusiones obtenidas podrían extenderse a otros centros a nivel nacional e internacional.

1.2 Formulación del Problema

➤ Problema General

¿Cuáles serán las ventajas y desventajas que ofrece el parto vertical con adecuación intercultural en relación al parto horizontal. Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

➤ Problemas Específicos

¿Cuál de los factores; la edad, grado de instrucción, raza, paridad, inciden en el tipo de parto que elijan las pacientes atendidas en el período Mayo-Agosto 2012?

¿Cuál es el tiempo transcurrido de la fase activa del trabajo de parto y del período expulsivo en pacientes con parto vertical con adecuación intercultural y parto horizontal atendidas en el Hospital Amazónico- Mayo-Agosto 2012?

¿Cuál es el volumen de pérdida sanguínea en parto vertical con adecuación intercultural y parto horizontal de pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012?

¿Qué tipo de desgarro se produjo en pacientes con parto vertical con adecuación intercultural y parto horizontal en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012?

¿Qué ventajas existe entre el parto vertical y parto horizontal con relación a las costumbres regionales e individuales con enfoque intercultural durante el trabajo de parto y alumbramiento de gestantes atendidas en el Hospital Amazónico Período Mayo-Agosto 2012.

1.3 Objetivo General

Determinar las ventajas y desventajas que ofrece el parto vertical con adecuación intercultural en relación al parto horizontal. Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

➤ Objetivos Específicos

- ✓ Identificar si la edad, grado de instrucción, raza, paridad, son factores que inciden en el tipo de parto que elijan las pacientes atendidas en el Periodo Mayo-Agosto 2012.

- ✓ Identificar el tiempo transcurrido de la fase activa del trabajo de parto y del período expulsivo en pacientes con parto vertical con adecuación intercultural y parto horizontal. Hospital Amazónico Periodo Mayo-Agosto 2012.
- ✓ Cuantificar el volumen de pérdida sanguínea de pacientes con parto vertical con adecuación intercultural. y parto horizontal Hospital Amazónico Periodo Mayo-Agosto 2012.
- ✓ Identificar el tipo de desgarro que se produjo en pacientes con atención de parto vertical con adecuación intercultural. y parto horizontal Hospital Amazónico Periodo Mayo-Agosto 2012.
- ✓ Identificar las ventajas que existe entre el parto vertical con enfoque intercultural y parto horizontal con relación a las costumbres regionales e individuales durante el trabajo de parto y alumbramiento de gestantes atendidas en el Hospital Amazónico Periodo Mayo-Agosto 2012.

1.4 Variables

➤ **Variable Independiente**

Parto Vertical con Adecuación Intercultural

➤ **Variable Dependiente**

Parto Horizontal

➤ **Variable Interviniente**

Edad

Grado de instrucción

Raza

Paridad

1.5 Sistema de Hipótesis

➤ **Hipótesis General**

HI : El parto vertical con adecuación intercultural ofrece mayores ventajas para la madre en relación al parto horizontal en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo-Agosto 2012.

Ho : El parto vertical con adecuación intercultural no ofrece mayores ventajas para la madre en relación al parto horizontal en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo-Agosto 2012.

➤ **Hipótesis Específicas**

H₁ : La edad, grado de instrucción, raza, paridad, son factores que inciden en el tipo de parto que elijan las pacientes

atendidas en el Hospital Amazónico en el período Mayo-Agosto 2012.

Ho : La edad, grado de instrucción, raza, paridad, son factores que no inciden en el tipo de parto que elijan las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el período Mayo-Agosto 2012.

H2.: El parto vertical con adecuación intercultural disminuye el tiempo de la fase activa del trabajo de parto y el período expulsivo, en relación al parto horizontal. en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

Ho : El parto vertical con adecuación intercultural no disminuye el tiempo de la fase activa del trabajo de parto y el período expulsivo, en relación al parto horizontal. en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

H3: El parto vertical con adecuación intercultural produce igual pérdida del volumen sanguíneo en relación al parto horizontal en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012

H₀: El parto vertical con adecuación intercultural produce diferencia de pérdida del volumen sanguíneo en relación al parto horizontal en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

H₄: El parto vertical con adecuación intercultural ocasiona menores desgarros vaginales y perineales en relación al parto horizontal. en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

H₀: El parto vertical con adecuación intercultural ocasiona mayores desgarros vaginales y perineales en relación al parto horizontal. en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

H₅: El parto vertical con adecuación intercultural mejora las condiciones de parir, al incorporar costumbres regionales e individuales, coadyuvando a mejores resultados maternos en relación al parto horizontal en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Periodo Mayo-Agosto 2012.

H₀: El parto vertical con adecuación intercultural no mejora las condiciones de parir, al incorporar costumbres regionales e individuales, en relación al parto horizontal en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo Mayo-Agosto 2012.

1.6 Justificación e Importancia

Es importante que las instituciones donde se atiende partos permitan a cada mujer la elección de la posición en que se quiere parir, previa información adecuada y completa, la cual se debe iniciar desde los niveles de atención primaria hasta los niveles más altos, ser conocido por todo el personal de salud, a fin de involucrarse en los nuevos paradigmas para conducir a las madres a un parto exitoso.

El parto vertical debe ser ofrecido como alternativa, por los beneficios mencionados, como una estrategia para que las mujeres opten por tener parto institucionalizado, precisamente en zonas de provincias, y porque en forma indirecta sería una de las estrategias para disminuir el índice de cesáreas que cada día va en aumento.

El parto vertical, al requerir menor medicalización y tecnificación (sueros, acentuación, monitoreo electrónico, suturas, anestésicos, instrumentación y cesárea), disminuye los riesgos que de ellos devienen, menor estancia hospitalaria, menos complicaciones por intervencionismo, menores complicaciones perinatales y también disminuiría los costos de atención en esta área.

El interés por el parto vertical con adecuación intercultural es consecuencia de la minuciosa búsqueda de una solución alternativa práctica y universal a la posición supina que ha demostrado ser por varios motivos inconveniente, iatrogénica e inhumana.

Los pasos que se han dado para cambiar arraigadas prácticas obstétricas están expuestas en diversas recomendaciones de la OMS/OPS y publicadas por el Ministerio de Salud de nuestro país y otros países de Latinoamérica.

Se han asociado la experiencia clínica de médicos obstetras, la reflexión de antropólogos y sanitaristas que ven en el “Parto Vertical” una práctica saludable y de sensata aplicación y beneficiosa para la Salud Pública. Esta inquietud por la humanización del parto ha resurgido en este siglo en consonancia con los avances del Psicoanálisis, la Neurología y otros que pusieron de manifiesto la importancia del “modo de nacer” en el desarrollo del vínculo “madre-hijo” de tanta trascendencia en la construcción de la resiliencia de cada ser humano.

El parto en posición vertical genera otros beneficios desde el punto de vista obstétrico; aprovecha la fuerza de la gravedad, favorece el movimiento del sacro, ampliando la pelvis en un 28% de promedio, impide la compresión aorto-cava (“efecto poseiro”), favorece la presión hidráulica de las bolsas de las aguas, mejora la oxigenación del bebé, provoca menor trauma cerebral, permite la libertad de movimientos a la madre, facilita el alumbramiento que se produce por gravedad.

El parto vertical con adecuación intercultural representa una alternativa viable que contribuye a la disminución de la morbilidad materna perinatal al incrementarse los partos institucionales, las estadísticas regionales demuestran que sólo el 70% de los partos se atienden en los establecimientos de salud y aún el 30% restante siguen ocurriendo en los

domicilios, lo que incrementa las tasas de mortalidad materna perinatal como consecuencia de demoras en el reconocimiento de las complicaciones, en la llegada al establecimiento de salud, retraso en recibir la atención pertinente, entre otros.

Para el año 2007, el Ministerio de Salud (MINSA) registró la muerte de 513 mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio, no obstante el sub registro existente; se estima que la mayor proporción de estas muertes se encuentran en lugares de la sierra y selva con altos índices de pobreza y pobreza extrema; siendo las regiones de Huánuco, Ucayali, Puno, Junín, Loreto, Amazonas, Cajamarca y San Martín los de mayor reporte.

El abordaje actual de la atención de la salud materna, pretende empoderar a la población, especialmente de las zonas rurales, al reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución, el acceso a los servicios de salud, proponiendo extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional, que si bien son marcos conceptuales diferentes, no significa que tienen que estar contrapuestos, pudiendo complementarse, implica rescatar las costumbres y posicionar el derecho de las mujeres de participar activamente en la forma en la que desean ser atendidas, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, bebe y el entorno familiar, favoreciendo el incremento de los partos institucionales.

1.7 Viabilidad

El presente estudio se desarrollo sin mayores implicancias, puesto que el Hospital Amazónico cuenta con la infraestructura, equipamiento y personal entrenado para brindar atención de parto horizontal y parto vertical con adecuación intercultural, siendo este último ofertado a las gestantes por contar con salas de parto acondicionadas para este propósito, siendo además una sede hospitalaria reconocida en el ámbito regional por el Ministerio de Salud como Centro de Desarrollo de Competencias (CDC) en atención de parto vertical con adecuación intercultural.

1.8 Limitaciones

No se contó con limitaciones que dificultara la investigación.

CAPITULO II

2 . MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

➤ Antecedentes Internacionales

Buitrón Vera, Ana M. (2012) Ecuador. 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 setiembre-noviembre. **Objetivo:** determinar las ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y los factores asociados a desgarros perineales. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo observacional transversal comparativo, como muestra representativa se incluyó 281 pacientes, 137 tuvieron parto vertical (PV) y 144 (PH). **Resultados:** Se presentó dolor leve 38,08% en PV y 29,18% en PH. Período expulsivo ≤ 5 minutos 33.81% en PV y 23% en PH. Sangrado de 250cc o más en el 6.76% en PV y en PH el 30.60%. Complicaciones: 1.07% en PV (hematoma vulvar) y 3.20% en PH (sangrado post parto). Etnia: 27.76% de PV por indígenas y el 21.35% PH. Paridad: 39.50% multíparas optó por PV y el 35.59% PH. Se presentaron desgarros en el 34.16% de RN con peso de 2500 gramos más y 26.33% PC de 34 cm o más; 22.78% multíparas; 22.42% menores

de 25 años; 16.01% indígenas y 19.22% mestizas; 18.15% en PV y 17.08% en PH. **Conclusiones:** El PV produce menos dolor, menos sangrado, menos complicaciones, menos porcentaje de desgarros superficiales y lo eligen mas mujeres multíparas, indígenas y mayores de 25 años; sin ventajas en el período expulsivo. Los desgarros se producen cuando las medidas antropométricas del RN son mayores; en nulíparas, en indígenas, menores de 25 años.

Sabatino H. et al. (1987) Brasil. En un estudio controla sobre pérdida de sangre medida indirectamente a través de los índices de hemoglobina (Hb) y del hematocrito (Ht), antes y después del parto. **Resultados:** Encontró que la pérdida de sangre puede ser significativamente diferente cuando se modifican tres tipos de posiciones de la madre en el momento del parto. La posición que tuvo mayor pérdida de sangre fue la denominada de “cuclillas”, la siguiente fue la denominada posición “ginecológica” y la que tuvo menor pérdida fue la denominada de “cuclilla supino”. Esta última consiste en colocar a las mujeres en posición de cuclillas en el momento del expulsivo, e inmediatamente después del nacimiento, la madre es apoyada a adoptar la posición supino levemente recostada.

Calvo O, Flores R, Morales G (2012) **México.** Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical *versus* supina. Marzo 2011 a abril 2012, Ginecología y Obstetricia Mex. 2013: 81: 1-10. **Objetivo:** Comparar los resultados perinatales y obstétricos entre la postura supina y la vertical en el parto. **Material y**

Métodos: Ensayo clínico con distribución al azar, doble ciego, en el que se incluyeron mujeres sanas en trabajo de parto asignadas a postura vertical o supina, con seguimiento de las complicaciones en el puerperio inmediato y mediato, se evaluaron las variables: pérdida sanguínea, dolor en el segundo período de trabajo de parto y puerperio inmediato, duración del segundo período del trabajo de parto, desgarros perineales y vaginales, necesidad de instrumentar el parto, comodidad en la postura y resultados perinatales. **Resultados:** 164 pacientes se asignaron al azar a uno de dos grupos, el I, de posición vertical, y el II, de posición supina. Las pérdidas fueron de 5.4%; la tasa de cesárea fue de 4.6%. Solo se encontró diferencia en el caso de desgarros vaginales, de los que hubo más casos con la postura vertical, con riesgo relativo de 1.4 (IC 1.1-3.2), y el acortamiento del segundo período, con diferencia significativa de 10 minutos, en promedio ($p < 0.05$). **Conclusiones:** la postura vertical durante el parto no brinda mejores resultados perinatales ni disminuye las complicaciones obstétricas. Acorta el segundo período del trabajo de parto, pero es riesgo de desgarros perineales. La mejor postura durante el parto es con la que la paciente se siente cómoda.

Sabatino & Villarino, (2001) Brasil, Paciornick (1992). Evaluación del Estado de Salud del Recién Nacido, este último con 11,100 partos, todos en posición de cuclillas. **Metodología:** Estudios observacionales. **Resultados:** La puntuación del Apgar, al primer y quinto minuto de vida fueron excelentes. Así también las medidas de oxigenación y el equilibrio ácido-básico de la sangre de los vasos

umbilicales analizados inmediatamente al nacimiento de partos en posición sentada y de cuclillas son superiores a los obtenidos en las mismas condiciones de parto en litotomía; estos mismos autores también en partos con la mujer en posición de cuclillas, encuentran que la sangre de los vasos umbilicales, la oxigenación, y el equilibrio ácido básico, se encuentran en valores considerados normales aún en casos con período expulsivo con duración de más de 100 minutos.

Villasis Núñez, Diana. (2011). Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Experiencia en el Hospital Raúl Maldonado Mejía en el período 2009-2013- Ecuador.

Objetivo: Cuantificar la prevalencia de partos verticales e identificar la asociación entre complicaciones maternas y neonatales y esta posición de partos. **Material y Métodos:** Se realizó el estudio de corte transversal retrospectivo, incluyó 2319 mujeres que tuvieron parto

cefalovaginal. **Conclusiones:** Se identificaron 2057 (88.7%) partos horizontales, y 262 (11,3%) partos verticales. La posición vertical se asoció a una menor probabilidad de haber presentado una enfermedad o complicación durante el embarazo (OR=0,68,IC 95% 0,48-0,95, P=0,02), una menor probabilidad de realización de episiotomía medio lateral (OR=0,18,IC 95%:0,12-0,27.P<0,001), y una probabilidad mayor de presentar un cefaloematoma por caída del neonato (OR=15,74,IC95%:1,13-218,51 P=0,40), concluyéndose que la posición vertical durante el parto sí genera diferentes resultados maternos y neonatales.

Mendez-Bauer (2008). Los registros de la contractilidad uterina por método interno, con ayuda de la telemetría realizados en mujeres en posición vertical y deambulando, demuestran que esas contracciones son menos frecuentes y más intensas mejorando con estos su eficacia. Esta mejor eficacia produce mayores beneficios maternos tales como:

- Disminución del número total de contracciones
- Disminuye los dolores de parto
- Menos interrupciones circulatorias útero placentarias; y el tiempo total del período de dilatación.

Estas ventajas junto a las encontradas en los trabajos de La Fuente (2008), con:

- Menos intervenciones obstétricas, porque disminuyen las distocias
- Menos utilización de oxitocina.
- Disminución de las alteraciones de los latidos cardiacos fetales, y cuando estos están presentes con la parturienta en decúbito dorsal, los latidos fetales se normalizan colocándolas en posición vertical.

Sabatino, Serva, Diaz, (2009), Paclornlk (2010). Realizaron estudios observacionales mostrando que la media de duración del período expulsivo, es menor cuando comparada a la duración del período expulsivo en otras posiciones (Sabatino H; Vieira 2011).

Franco Ninoska, Ayllon Sonia, Vallejo Marcelo (2010) , realizaron estudio en el Hospital Manuel Ascencio Villarreal-

Bolivia; para determinar los beneficios y/o riesgos fisiológicos del parto en posición vertical; demostrando los beneficios de algunas posiciones verticales para la atención del parto vertical, además se respetó la cultura y costumbre de las pacientes, demostrando que algunas posiciones verticales reduce el uso de episiotomía y menor incidencia de complicaciones hemorrágicas, la posición sentada fue la más frecuentemente adoptada y se demostró que es la que con menor frecuencia se complica con desgarros perineales (Sabarino, J, Soares, 2012).

Gupta et al (2012). Ha encontrado que la atención en posición vertical disminuye la cantidad de episiotomías realizadas y evidencia un incremento leve de desgarros de segundo grado.

Enfoque de Salud Intercultural (OPS)

Durante los decenios de 1980 y 1990, en el marco del proceso de globalización y sus repercusiones, han surgido y se ha consolidado nuevos movimientos sociales. Durante este período cobran fuerza formulaciones políticas y académicas que plantean un proyecto de interculturalidad en las relaciones entre pueblos étnicamente diversos. En 1992, la OPS propone que se considere más detenidamente la salud y el bienestar de los indígenas. Una reunión de expertos de 19 países, realizada en Panamá en 2005, sirvió para mostrar una serie de logros y retos en materia de salud indígena (OPS 2009).

Se supo entonces que la mayoría de las naciones han aprobado actualmente al menos una directiva legal que sirve como marco de política sobre los pueblos indígenas.

➤ **Antecedentes Nacionales**

Calderón Jorge, Bravo J (2007) Lima : Parto Vertical: Retorno a una costumbre ancestral; departamento de Gineco-Obstetricia Hospital Rebagliati EsSalud.Junio 2006-Junio . **Objetivo:** determinar las ventajas del parto vertical frente al parto horizontal. **Diseño:** estudio observacional, comparativo y transversal, participando 160 parturientas 80 de las cuales tuvieron parto vertical (PV) y 80 parto horizontal (PH). **Resultados:** El tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48min, respectivamente). El volumen de sangre promedio fue similar a ambos grupos (300 ml y 296.74 ml). Considerando el uso y no uso de oxitocina postparto, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el volumen de sangrado, siendo mayor cuando no se usó oxitocina. La maniobra de Kristeller casi fue innecesaria para el parto vertical (1,3%), mientras fue realizada en 16 pacientes con Parto horizontal (20%). Se requirió de episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26.5% vs. 56.3%).Se necesitó instrumentación del parto en solo dos casos de parto horizontal (1 vacuum, 1 fórceps de salida), se presento un hematoma vaginal y una hemorragia post postparto, para el parto

horizontal sin diferencia estadísticamente significativa. 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). Conclusiones: 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.

Ministerio de Salud del Perú 2006. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú, derecho de todas las mujeres. “En nuestro país en los últimos años se ha venido incrementando la atención del parto vertical con enfoque intercultural, sobre todo en las zonas alto andinas”

“El ritual del parto en los Andes”, es uno de los primeros trabajos más completos en lo relacionado a todo el proceso de parto, y su relación con el componente del ritual (Orellanos, Lucy, 2011).

Centro de Salud de Churcampa – Huancavelica, en el año 2009. Se atendieron 55 partos horizontales y 166 partos verticales; en el 2010 atendieron 51 partos horizontales y 183 partos verticales; y a junio del 2011 se había atendido 65 partos horizontales y 146 partos verticales lo que evidencia el

incremento paulatino de esta forma ancestral de la atención del parto (Paredes Chanhualla, Rosa.2010).

Ritos en el Parto Andino en Comunidades Rurales (2006)

Ayacucho: La mujer del mundo andino prefieren la posición vertical, el parto es el acto más humano que se relaciona a historia, experiencia generacional, cultura, sentimiento, enseñanza, expresión humana, donde la mujer andina y de otras culturas, posponen ese silencio y traen a recordar a la abuela, la madre, la comunidad, es una expresión de su resistencia cultural, una defensa de su integridad física y personal y una forma de defensa de su patrimonio cultural (Cavero, Gilberto. 1985).

DIRESA A, (2004) **yacucho** reporta que de 2300 partos domiciliario han tenido esta forma de atención, que representa el 28%, teniendo experiencia de trabajo en los Centros de Salud de Vilcashuaman y San José de Secce.

DIRESA Cajamarca, el registro del año 2006 que la atención de partos verticales alcanzó el 9.3% de todos los partos atendidos por personal de salud, tanto en domicilio como en el establecimiento de salud. Para el año 2008 se incrementó a 14.8%.

Martina, M (La Oroya), Julio-Agosto de 1993 ,en una muestra de 35 mujeres PV y 35 PH, encontró que la duración del expulsivo y la incidencia de desgarros perineales fue significativamente menor en el grupo de PV.

Ojeda, E (Hospital Nacional Essalud (Cusco) 2006. En una muestra de 65 partos en cada modalidad, demuestra mayor tiempo de expulsivo y del alumbramiento para el PH. Mayor riesgo de sangrado (>200 cc) para el PH. El riesgo de cesárea fue el doble para las que dieron a luz en la PH, comparada con el Parto Vertical.

Enfoque Intercultural en el Sistema de Salud Peruano

El Perú alberga muchas culturas que guardan entre sí relaciones muy diversas. Se estima que la población indígena en el Perú representa alrededor de 40% del total de habitantes. La población indígena presenta tasas muy elevadas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas. El personal de salud posee en general una limitada competencia en materia intercultural, por otra parte, aunque la asistencia sanitaria suele ser gratuita para las comunidades campesinas y nativas, las barreras geográficas dificultan el acceso a los servicios.

Por otro lado, el temor y la desconfianza hacia los trabajadores de salud, causados muchas veces por prejuicios, discriminación o desencuentros culturales, impiden a menudo que los indígenas busquen en el sistema de salud la atención que necesitan (Ministerio de Salud. 2006).

➤ **Antecedentes Regionales**

En marzo 2011, DIRESA Ucayali, con apoyo de UNICEF, UNFA , USAID, realizó diagnóstico rápido, a través del levantamiento de

información, en dos comunidades nativas regionales para “Identificar creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y al cuidado del recién nacido en comunidades shipibo conibos”, cuyos resultados serán la línea de base para la implementación del parto

institucional de gestantes nativas en la región Ucayali, puesto que, la norma técnica nacional, elaborado por el MINSA en el año 2005 está enfocada principalmente a usos y costumbres de la mujer andina.

Esta necesidad de implementar en los establecimientos de salud la atención del parto vertical con adecuación intercultural como lo señala la norma técnica nacional, ha llevado a los centros asistenciales de esta zona del país a iniciar esta práctica atencional, es así que en el año 2009, se atendieron en el Hospital Amazónico 96 partos verticales con adecuación cultural, entre los años 2009-2011 superan las cifras atendándose más de 600 partos verticales (Análisis Situacional de la Salud Ucayali .2011).

2.2 Bases Teóricas

➤ Teoría de la Gravedad

Cada vez que una mujer durante el parto adopta la posición vertical, el plano de dirección seguido del plano del canal del parto, adopta una posición paralela facilitando la fuerza de la gravedad. Actuando con mayor intensidad la fuerza de la gravedad sobre el cuerpo fetal, según lo estipulado por Newton.

La posición vertical determina que el ángulo de encaje (“dive angle” para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto (MINSA 2005).

Newton en 1687, con su célebre ley de la gravedad universal “*todos los cuerpos se atraen mutuamente por la razón directa de sus masas y por la razón inversa del cuadrado de sus distancias*”. Este principio permite dar una ayuda extra natural al proceso de expulsión fetal.

➤ **Teoría Antropológica**

La antropología, es el estudio de los seres humanos desde una perspectiva biológica, social, y humanista. La antropología social o cultural, que se ocupa de las formas en que las personas viven en sociedad, es decir, las formas de evolución de su lenguaje, cultura y costumbres.

Los antropólogos dan especial importancia a las experiencias de primera mano, participando en las actividades, costumbres y tradiciones de la sociedad a estudiar. Todas las sociedades (modernas o tradicionales) moldean el comportamiento reproductivo de sus miembros (Browner y Sargent 1966). Los patrones culturales de reproducción incluyen las creencias y prácticas relacionadas con la menstruación, embarazo, parto y puerperio, definiciones de roles masculinos o femeninos, reglas de matrimonio.

La antropología médica, y en especial la antropología de la reproducción, plantea que el estudio de estos patrones proporciona una poderosa lente a través del cual es posible observar procesos sociales y culturales más amplios. Por ejemplo, la forma en que una sociedad organiza la conducta reproductiva de sus miembros refleja el conjunto de valores y principios que rigen la propia estructura de la sociedad. Este modo de concebir la reproducción humana implica un análisis que asocia la conducta biológica a procesos socioculturales de perpetuación de los sistemas sociales (Harris y Young. 2011).

En este proceso forzado y hegemónico de adaptación, es que la pérdida paulatina del conocimiento como patrimonio cultural alcanza un nivel crítico para la sociedad dominada. La conversión conceptual es hacia una hibridización del conocimiento tradicional indígena, es un cambio en esencia epistemológico y de las lógicas de las explicaciones sobre los fenómenos (García Canclini 2005; Wolf 1999).

En la actualidad, las tensiones culturales derivadas de los procesos de tradición y modernidad, con el contexto de la reproducción humana, confluyen en un nuevo fenómeno sociopolítico y cultural, la interculturalidad en salud, concebida como la posibilidad de un diálogo democrático, o trato igualitario, entre los sistemas de salud tradicional-indígena y la biomedicina (Alarcón et al 2011).

La OPS propuso como líneas de acción, incorporar la perspectiva de los pueblos indígenas en el marco de los objetivos del Milenio, y en las políticas nacionales de salud, mejorar la gestión del conocimiento e integrar el abordaje intercultural. Este organismo considera que la incorporación del enfoque intercultural puede efectivizarse

mediante protocolos para intervenciones culturalmente apropiadas y el desarrollo de modelos de buenas prácticas interculturales de la atención de los sistemas de salud.

El enfoque intercultural en las políticas sanitarias del Perú, propone entre otras cosas mejorar la calidad de la atención del parto y del recién nacido, la adecuación cultural de los servicios, el desarrollo de actividades de educación, y la prestación de servicios teniendo en cuenta una perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad.

Hace hincapié en la disminución de las tasas de mortalidad materna y perinatal y en el incremento de la atención del parto en instituciones de salud, procurando reducir las barreras económicas (mediante el seguro integral de salud) .

2.3 Bases o Fundamentos Filosóficos

El entendimiento del parto como parte de la cultura de una sociedad, no se resume sólo a comprender lo orgánico, el tipo de atención que se ofrece o el tipo de posición, compromete mucho más como el análisis de las costumbres, las creencias, las formas de percibir el mundo, y los rituales que forman parte de su realidad, más aún si consideramos que en el Perú antiguo; en el hombre andino, amazónico, predominó el pensamiento mágico, donde prevaleció el conocimiento empírico (Degregori, Carlos Juan.2012).

Al ser desplazadas las formas de atender un parto en el Perú, por el advenimiento de la conquista, que trajo consigo sus propios métodos de atención, la forma que cobró mayor preponderancia fue la de la civilización conquistadora, sin embargo no fue suficiente para anular las prácticas nativas ligadas a su pragmatismo de su cosmovisión, que estaban ligadas a su historia, a sus ritos, a su entendimiento familiar. Pero más allá de las ventajas ya reconocidas de esta forma aborigen de nacimiento y la subsistencia de la misma, surgió un vacío durante la República por falta de políticas de salud que facilitaran el acceso a los centros atencionales, reorientando por ende estas formas atencionales hacia una integración social.

Es imprescindible hacerle saber al poblador nativo el valor de su práctica, la pervivencia de estas costumbres, que deben ser reconocidas, valoradas, e integradas en la medida de las posibilidades con la finalidad de promover mayor empatía, confianza en la población y promover la concurrencia a los servicios de salud, mejorando la calidad atencional sin dejar de lados sus usos y costumbres; lo que viene a traducir una negación de cualquier tipo de discriminación.

2.4 Definiciones Conceptuales

➤ Introducción al Parto

Es indispensable tener un conocimiento básico de la anatomía funcional que participan en el trabajo de parto; por esta razón se procede a exponer rápidamente los órganos intrapélvicos del aparato reproductor femenino (Cabero, 2009): El útero es un órgano muscular hueco que se encarga de contener y nutrir al embrión durante el

embarazo y expulsar al feto al final de su desarrollo. Este tiene forma de pera, con un extremo superior conocido como fondo, una porción media llamada cuerpo y otra inferior llamada cuello. Mide aproximadamente 7 cm de longitud y de 3 a 4 cm de ancho en su posición más amplia. La pared uterina consiste en una capa externa llamada peritoneo, una capa muscular media conocida como miometrio y una capa mucosa interna, el endometrio. El cérvix tiene una forma cilíndrica, su longitud es de 2.5 cm aproximadamente. Las trompas de Falopio son conductos musculares que se encargan de transportar al ovocito a la cavidad uterina o a su encuentro con el espermatozoide. Los ovarios son estructuras anatómicas que se encargan de la producción de las hormonas sexuales y de los gametos sexuales femeninos.

➤ **Parto**

Es el proceso por el cual se expulsa del útero, el producto de la concepción maduro o casi maduro, ya sea en forma espontánea y fisiológica constituyendo la Eutocia o en forma anormal o patológica en cuyo caso constituye la Distocia (Mongrut A. 2009).

➤ **Fase Activa del Trabajo de Parto**

Se denomina fase activa del trabajo de parto cuando alcanza una dilatación de 4 a 10 centímetros, acompañada de dinámica uterina regular. Duración promedio en nulíparas es de 8 horas, duración promedio en múltiparas es de 5 horas (Mongrut A.2009).

➤ **Parto Vertical**

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas),

mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido (Ministerio de Salud.2005).

➤ **Parto Horizontal**

La mujer adopta la posición decúbito dorsal o de litotomía para parir, el personal que atiende se coloca delante de la paciente permitiéndole realizar múltiples maniobras y una buena visualización del canal del parto(Sabatino H. 2007).

El parto es un proceso natural y fisiológico mediante el cual se expulsa al feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno. A través de la historia se ha podido evidenciar diversas formas en las que este ha ocurrido. Actualmente, la asistencia del parto en su gran mayoría se realiza en un medio hospitalario y con personal especializado; asimismo, casi todas las mujeres tienen sus partos en la llamada posición dorsal; misma que se supone permite al médico controlar de mejor manera el estado del feto, asegurando así un parto seguro. De esta manera “se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad” (Lugones, 2012).

Gráfico; Posición Horizontal



La posición supina o en semidecúbito para el nacimiento se emplea rutinariamente en la práctica obstétrica actual. La principal ventaja indicada es el fácil acceso del especialista al abdomen de la mujer para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal.

Por otro lado, la posición de litotomía con las piernas de la mujer fijadas en apoyos se usa en muchas instituciones para los partos vaginales espontáneos y fundamentalmente para los partos vaginales asistidos.

“El uso de apoyos puede combinarse con una inclinación pélvica lateral y una posición semisupina, con la madre sentada en aproximadamente 45 grados, para reducir la compresión aortocava” de la misma manera, las mujeres pueden adoptar posiciones de rodillas en el período expulsivo del trabajo de parto. Estas pueden variar desde la posición arrodillada vertical a la posición de "cuatro puntos", con la pelvis y los hombros al mismo nivel. M. Lugones (2012) menciona también la posición de macroberts, con los muslos hiperflexionados, que se introdujo para resolver la distocia de hombros; que se ha demostrado un aumento en la fuerza expulsiva en el período expulsivo. También, se menciona el parto en una silla de parto; sin embargo, menciona que los estudios realizados en este sentido ofrecen posibles ventajas y desventajas de usar una silla de parto para este evento. Por otro lado, se encuentran los estudios hechos por Engelmann, citado por Lugones -quien observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas, suspensión con cuerdas entre otros, en posición de rodillas, de cuclillas, sentadas, semisentadas, usando ladrillos, piedras, o bancos de

partos, y que hace una descripción pormenorizada con más de 30 posiciones para parir.

Gráfico : Posición vertical



Fuente: (Perú C. d., 2011)

➤ **Variedades de posición para el parto vertical**

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

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

Las posiciones que puede adoptar la parturienta son las siguientes:

- Posición de cuclillas: variedad anterior
- Posición de cuclillas :variedad posterior
- Posición sentada
- Posición semi sentada
- Posición cogida de la soga

- Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo)

➤ **Período Expulsivo**

Período que comprende desde la culminación de la dilatación, hasta el nacimiento del feto. En este proceso se cumplen los mecanismos del parto, tiene duración hasta 1 hora en las primerizas y treinta minutos en las multíparas.

➤ **Hemorragia Post Parto**

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal o más de 1000 cc luego de cesárea. También se define por:

Sangrado postparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre:

- Caída del hematocrito en más del 10% y/o 2.9gr.% en la Hemoglobina.
- Pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal.

➤ **Episiotomía**

Incisión de las partes pudendas materna, como medio para crear espacio suficiente para el pasaje del polo de presentación fetal al final del parto, con el objeto de evitar compresión al feto y de prevenir desgarros perineales.

La episiotomía correcta y oportunamente realizada es una medida de protección para la madre y el feto, acorta en cierta forma el período expulsivo al disminuir la resistencia de las partes blandas y

actúa profilácticamente para evitar desgarros cuyos trazos y extensión son siempre imprevisibles (Mongrut A.2009).

➤ **Desgarros**

- *Desgarro del cuello uterino:*

Se produce por el pasaje de la cabeza fetal por un cuello aún no dilatado totalmente o a causa de pujos prematuros en los partos espontáneos, desgarros espontáneos, menor de 1.5 cm. poco sangrante que no necesita tratamiento en su mayoría.

Desgarros artificiales, producido por dilatación incompleta, dilatación manual del cuello, parto precipitado, fetos voluminosos,

- *Desgarros Vaginales*

Es una lesión de la pared de la vagina de trayecto lateral y longitudinal que puede abarcar sólo mucosa o todos los planos de la vagina y aún órganos vecinos (vejiga y recto).

- *Desgarros Vulvoperineales*

Existen cuatro grados de desgarros del periné de acuerdo a su extensión. I y II grado, son desgarros incompletos, III y IV grado son desgarros completos.

- *Desgarro de I Grado.*- afecta la orquilla, la piel perineal, membrana mucosa vaginal pero no la aponeuosis y músculos subyacentes.

- *Desgarro de II Grado.*- afecta además de la piel de la mucosa la aponeuosis y los músculos del periné, pero no del esfínter anal.

- Desgarro de III Grado.- La laceración de tercer grado se extiende a través de la piel, las membranas mucosas y el perineo, afecta el esfínter anal.

- Desgarro de IV Grado.- Los desgarros de cuarto grado incluye extensión en mucosa rectal, deja descubierto la luz del recto.

➤ **Interculturalidad**

La Organización Panamericana de la Salud señala: “...Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo... La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar...” (Ministerio de Salud, 2005).

➤ **Interculturalidad**

Relación de dos o más culturas con respeto y horizontalidad, cada una toma de la otra lo que pueda ser tomado, no se impone ni se avasalla, si no más bien se concerta (Ministerio de Salud.2005).

➤ **Interculturalidad en la atención de la gestante**

Se basa en el respeto a los derechos humanos, es democrático y participativo; el propósito es proveer la normalidad y lo fisiológico durante el proceso de dilatación y parto, permitiendo el acompañamiento, y el uso de medicinas tradicionales, que son consideradas por la población necesaria para evitar las complicaciones (Ministerio de Salud.2005).

➤ **Adecuación Intercultural**

Facilitar a la gestante el uso de medicina tradicional como infusiones, mates, baños de asiento; masajes y posiciones antálgicas, así también la deambulacion y acompañamiento durante el proceso de dilatación y el acompañamiento durante la atención del parto.

➤ **Acompañamiento**

Garantizar a la gestante el acceso de familiares (pareja, hermana, madre, tía, etc.) entre otros (agentes comunitarios, partera tradicional) durante el proceso del trabajo de parto-parto, se le informará su rol y responsabilidad durante su permanencia con la gestante particularmente en el momento del período expulsivo. (Ministerio de Salud.2005).

➤ **Plantas Amazónicas Medicinales Utilizadas en el Trabajo de Parto**

- **Sharamasho:** Planta medicinal Amazónica, nombre científico Ociman, amaricanum familia Lamiaceae. Hierva utilizada para agilizar el trabajo de parto y el parto, el cual es utilizado como infusión. (Vademecun de plantas medicinales).
- **Algodón:** Planta medicinal. Nombre científico Gossipium barbadense familia malvaceae. Utilizada las hojas en infusiones para acelerar el parto.⁽⁴⁷⁾
- **Paico:** Planta medicinal. Nombre científico Chenopodium ambrosioides, familia chenopodiaceae, se utiliza las hojas y la raíz en infusiones, para acelerar el parto y facilitar la salida de la placenta. (Vademecun de plantas medicinales).
- **Orégano:** Planta medicinal, Nombre científico Lippia alba familia verbenaceae. Es utilizada con la finalidad de disminuir el dolor en el trabajo de parto y parto. (Vademecun de plantas medicinales).

2.5 Bases Epistémicas

Teorías bioquímicas, Fisiológicas y Anatómicas

➤ Presión Intra Amniótica en Posición Vertical

Mendez-Bauer; Arroyo; Garcia-Ramos (2009), aseguran que la madre gana entre 30 a 40 mmHg de presión intrauterina extra, cuando adopta una posición vertical.

La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorece 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. Así mismo 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 (Ministerio de Salud.2005).

➤ **Compresión de los Grandes Vasos Maternos**

Con la mujer en posición horizontal, se facilita mecánicamente, durante el parto la compresión de los grandes vasos maternos entre el útero y la columna vertebral, BIENIARZ et al. (2009) e ABBITBOL (2010). Esta situación no acontece cuando la mujer adopta la posición vertical por que los vasos maternos permanecen lejos de la columna vertebral, y por esto son respetados los procesos e intercambio materno- feto-placentario, evitando el riesgo de sufrimiento fetal.

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 (Ministerio de Salud.2005).

➤ **Diámetros del Canal del Parto**

Según los trabajos de Borell & Fernstron (2009), los que a través de estudio radiológicos realizados en mujeres grávidas, demuestran que se puede aumentar los diámetros de la pelvis ósea en dos centímetros el antero posterior y en un centímetro el transversal cuando la mujer adopta la posición vertical (Sabatino H; Vieira A, 2011).

El parto vertical evidencia aumento del canal del parto 2 cm. en sentido antero posterior y un centímetro en el diámetro transversal en mujeres con esta modalidad de parir (Ministerio de Salud.2005).

CAPITULO III

3 MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo y Nivel de Investigación

Es un trabajo observacional comparativo porque se presentan dos grupos en la investigación; es de corte transversal ya que estudia las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo.

3.2 Diseño y esquema de la investigación

El diseño es un estudio observacional, comparativo, transversal, prospectivo. Contamos con dos grupos de trabajo:

M1 = Gestantes atendidas el parto en posición vertical con adecuación intercultural

M2 = Gestantes atendidas en posición Horizontal

M1 ----- O1

M2 ----- O1

3.3 Población y Muestra

➤ Población

La población está conformada por 274 gestantes atendidas en el Hospital Amazónico período: Periodo Mayo-Agosto 2012.

Criterios de Inclusión:

- Gestantes sin complicaciones obstétricas que se encontraron en trabajo de parto, con feto único, vivo, en presentación cefálica con compatibilidad feto pélvica.
- Gestantes con mayor de 36 semanas de gestación.

Criterios de Exclusión:

- Se excluyó a aquellas gestantes que dieron a luz a través de parto abdominal, o que presentaron complicaciones obstétricas.

➤ Muestra

La muestra esta conformada de 160 gestantes 80 pacientes fueron atendidas bajo la modalidad de parto vertical con adecuación intercultural y 80 gestantes bajo la modalidad de parto horizontal.

Formula:

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

$$N = 274$$

$$P = 0.5$$

$$E = 0.05$$

$$Z = 1.96$$

$$1-P = 261$$

3.4 Instrumentos de Recolección de Datos, Técnica y Procesamiento de Datos

Para realizar el presente estudio se consideró la aplicación de la ficha de recolección de datos que recogió información registrada en la historia clínica de gestantes con parto vertical con adecuación intercultural y de parto horizontal respectivamente.

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario el cual consto de 17 preguntas. El cálculo de coeficiente de confiabilidad del mencionado cuestionario según Spearman alcanzó 0,94 y el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronback alcanzó el valor de 0,90.

El presente estudio recogió la información aplicando la ficha de recolección de datos. Para el procesamiento de datos se uso el software estadístico SPSS versión 21.

3.5 Elaboración de Datos.

Se plantearon las siguientes fases:

- **Revisión de los datos:** Donde se examinó en forma crítica cada uno de los formularios que se utilizaron y control de calidad de los datos a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos:** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de

acuerdo a las respuestas esperadas en los formularios respectivos, según las variables del estudio.

- **Clasificación de los datos:** Se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos:** Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.6 Análisis o Comprobación de Hipótesis

Análisis Descriptivo

Para el análisis descriptivo se utilizó el Programa de SPSS versión 21 en la cual se presenta los resultados de la investigación en tablas y gráficos estadísticos.

Análisis Inferencial

Se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado con el fin de probar la igualdad de proporción de las diferentes dimensiones.

CAPITULO IV

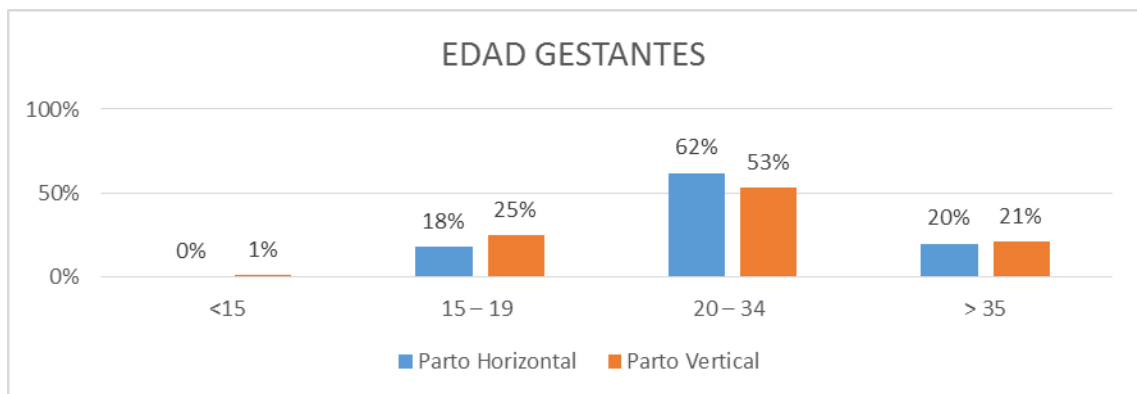
RESULTADO

TABLA N° 01

GESTANTES ATENDIDAS CON PARTO EN POSICIÓN VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL Y PARTO HORIZONTAL SEGÚN EDADES HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

EDADES	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
<15	0	0	1	1
15 – 19	14	18	20	25
20 – 34	50	62	42	53
≥ 35	16	20	17	21
TOTAL	80	100	80	100

GRAFICO N° 01



INTERPRETACIÓN

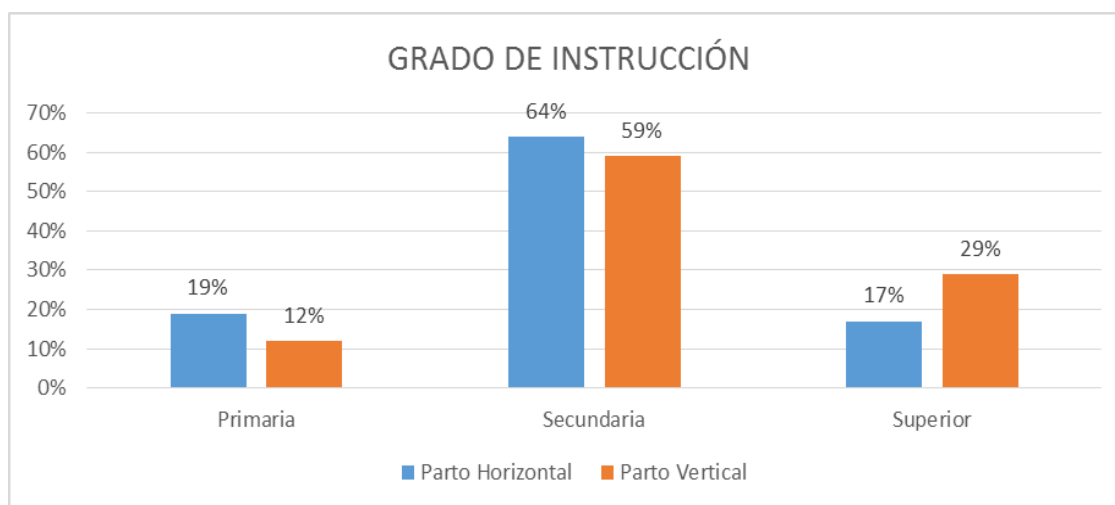
En la tabla y gráfico N° 01 se observa que del total de la muestra para ambos grupos, en el parto vertical el 62% sus edades se concentran en los mismos rangos de edades respectivamente

TABLA N° 02

GESTANTES ATENDIDAS CON PARTO EN POSICION VERTICAL DON ADECUACION INTERCULTURAL Y PARTO HORIZONTAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL AMAZONICO
MAYO – AGOSTO 2012

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Primaria	12	19	10	12
Secundaria	51	64	47	59
Superior	14	17	23	29
TOTAL	80	100	80	100

GRAFICO N° 02

**INTERPRETACION.**

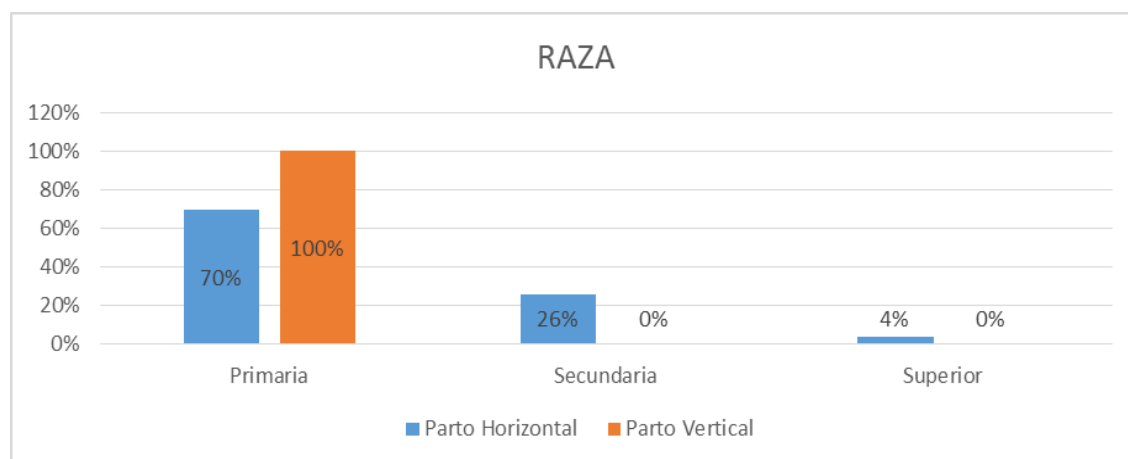
En la tabla y gráfico N° 02 se observa que del total de la muestra para ambos grupos el 64% que son de parto vertical su grado de instrucción se concentra en secundaria y el 59% del parto horizontal de igual manera se concentran en los mismos rangos de grado de instrucción secundaria respectivamente.

TABLA N° 03
GESTANTES ATENDIDAS CON PARTO EN POSICION VERTICAL CON
ADECUACION INTERCULTURAL Y PARTO HORIZONTAL SEGÚN RAZA
HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO - AGOSTO 2012

RAZA	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Mestiza	56	70	80	100
Shipibo – Conibo	21	26	0	0
Cashibo – Cacataibo	3	4	0	0
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 03



INTERPRETACION:

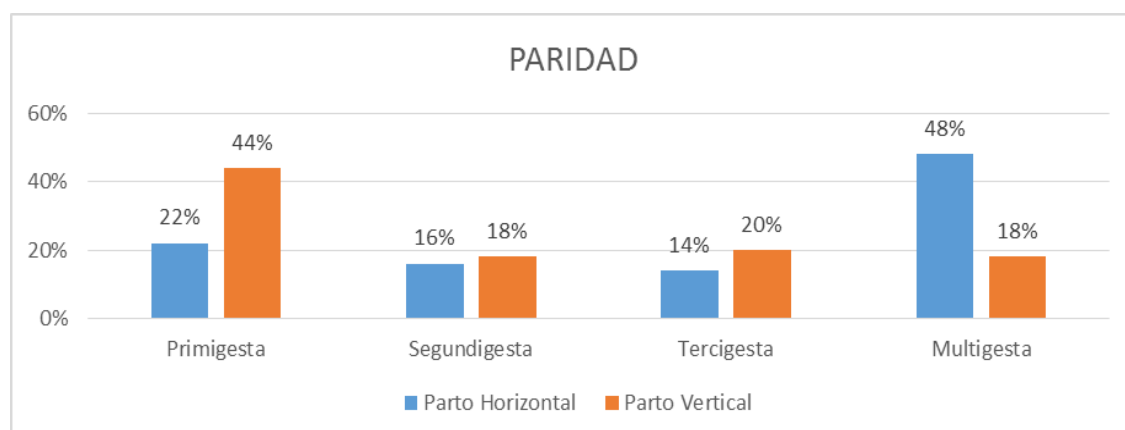
En la presente tabla y gráfico N°03 se observa que el total de la muestra para ambos grupos las gestantes de parto vertical el 70% es de raza mestiza y el 30% corresponde a Etnias Shipibo – Conibo, Shipibo Catataibo y en el parto horizontal en 100% son de raza mestiza

TABLA N° 04
GESTANTES ATENDIDAS CON PARTO EN POSICION VERTICAL CON
ADECUACION INTERCULTURAL Y PARTO HORIZONTAL SEGÚN PARIDAD
HOSPITAL AMAZONICO MAYO – AGOSTO 2012

PARIDAD	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Primigesta	18	22	35	44
Segundigesta	13	16	14	18
Tercigesta	11	14	16	20
Multigesta	38	48	15	18
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 04



INTERPRETACION:

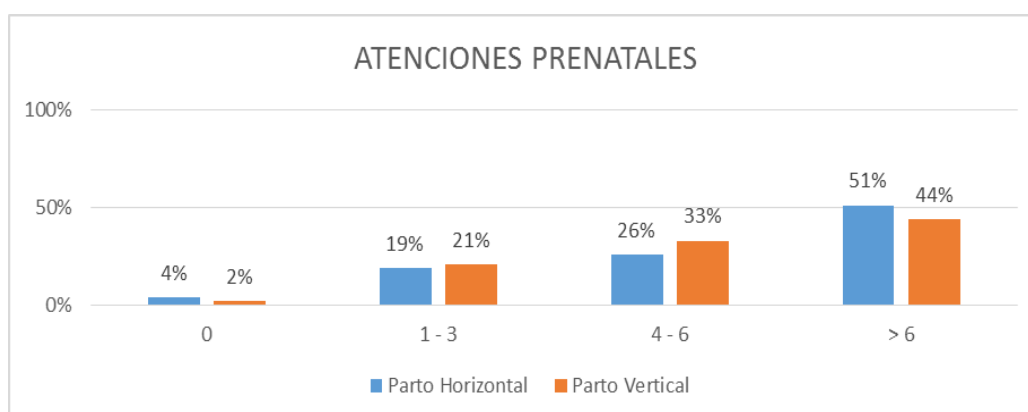
En la tabla y gráfico N° 04 se observa que del total de la muestra para ambos grupos, las gestantes que son de parto vertical del 48% son multigestas y 44% en el parto horizontal son primigestas.

TABLA N°05
GESTANTES ATENDIDAS CON PARTO EN POSICIONES VERTICAL CON
ADECUACION INTERCULTURAL Y PARTO HORIZONTAL SEGÚN
ATENCIONES PRE NATALES HOSPITAL AMAZONICO
MAYO - AGOSTO 2012

ATENCIONES PRE NATALES	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
0	3	4	2	2
1 – 3	15	19	17	21
4 – 6	21	26	26	33
> 6	41	51	35	44
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 05



INTERPRETACION:

En la presente tabla y gráfico N° 05 se observa que del total de la muestra en estudio, las gestantes que optaron el parto en posición vertical el 51% tuvieron más de 6 atenciones pre natales, así mismo las que optaron por el parto horizontal el 44% también se observa similar número de atenciones.

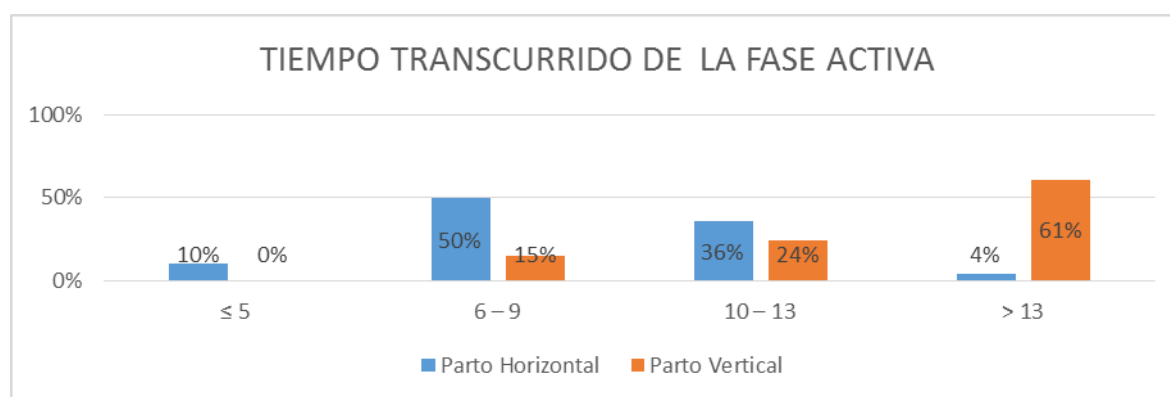
TABLA N°06

TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO AL PERIODO EXPULSIVO SEGÚN PARTO VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL EN RELACION AL PARTO HORIZONTAL HOSPITAL AMAZONICO MAYO - AGOSTO 2012

TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA FASE ACTIVA (HORAS)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
≤ 5	8	10	0	0
6 – 9	0	50	12	15
10 – 13	29	36	19	24
> 13	3	4	49	61
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 06

**INTERPRETACIÓN**

En la tabla y gráfico N° 06 se observa que del total de la muestra el 50% de las gestantes con parto vertical tuvieron menor de 09 horas de fase activa de trabajo de parto a diferencia de las pacientes de parto horizontal se evidenció solo el 15% tuvieron menor de 09 horas

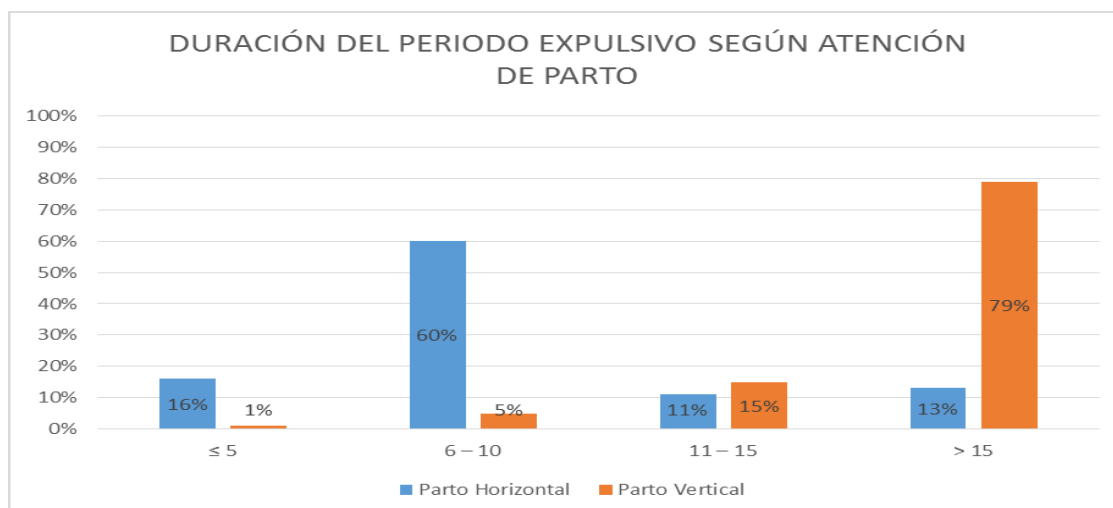
TABLA N° 07

DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO DE PACIENTES SEGÚN ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN RELACIÓN AL PARTO HORIZONTAL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO (MINUTOS)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
≤ 5	13	16	1	1
6 – 10	48	60	4	5
11 – 15	9	11	12	15
> 15	10	13	63	79
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 07

**INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N°07 en relación a la duración de periodo expulsivo de las gestantes en el parto vertical observamos que el 76% tuvieron menor o igual a 10 minutos de periodo expulsivo y el 79% de las gestantes en posición horizontal la duración del periodo expulsivo fue > de 15 minutos.

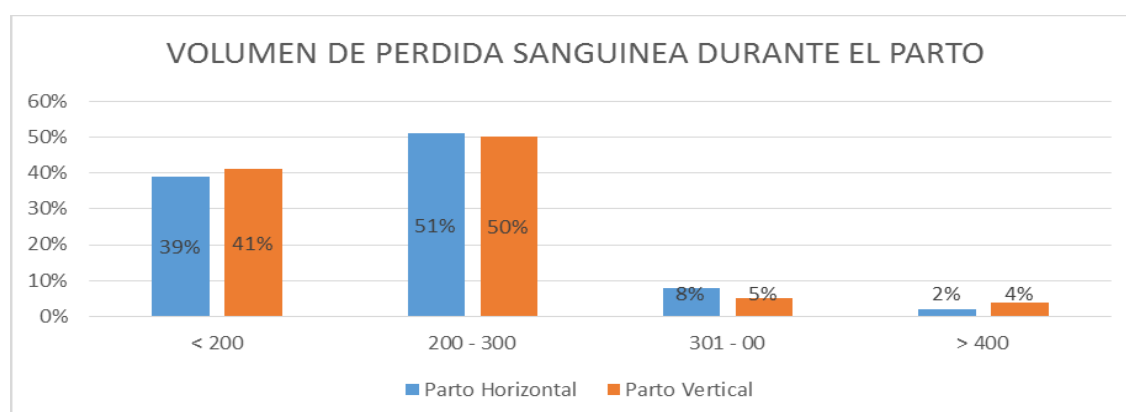
TABLA N° 08

VOLUMEN DE PERDIDA SANGUINEA DURANTE EL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN RELACIÓN AL PARTO HORIZONTAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

VOLUMEN DE PÉRDIDA SANGUINEA (mL)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
< 200	31	39	33	41
200 – 300	41	51	0	50
301 – 400	6	8	4	5
> 400	2	2	3	4
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 08

**INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N°08 se observa del total de la muestra que las gestantes con parto vertical el 90% tuvieron pérdida sanguínea menor o igual que 300 ml, similar volumen de pérdida se observó en gestantes de parto horizontal con el 91% respectivamente.

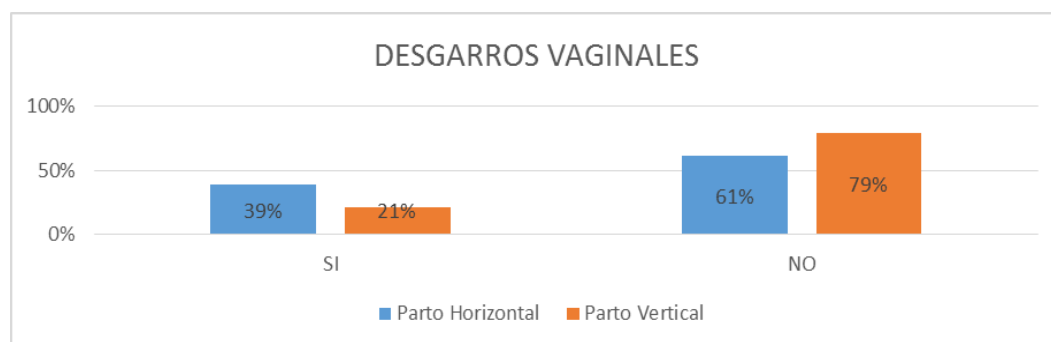
TABLA N° 09

DESGARROS VAGINALES EN GESTANTES CON ATENCION DE PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN RELACION AL PARTO HORIZONTAL HOSPITAL AMAZONICO. MAYO – AGOSTO 2012

DESGARROS VAGINALES	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
SI	31	39	17	21
NO	49	61	63	79
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 09

**INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N°09 se evidencia que el 39% de gestantes con parto vertical, presentaron desgarros vaginales a diferencia del parto en posición horizontal los desgarros vaginales representaron el 21%.

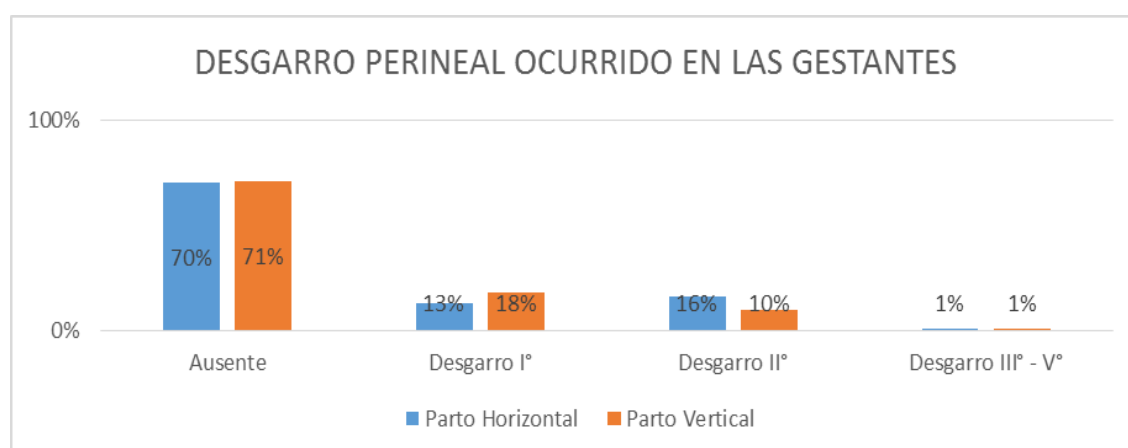
TABLA N° 10

DESGARROS PERINEALES OCURRIDOS EN GESTANTES CON PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN RELACIÓN AL PARTO HORIZONTAL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

DESGARRO PERINEAL (GRADO DE PROFUNDIDAD)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Ausente	56	70	57	71
Desgarro I°	10	13	14	18
Desgarro II°	13	16	8	10
Desgarro III° - IV°	1	1	1	1
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 10

**INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N°10 observamos que el 16% de gestantes con parto vertical con adecuación intercultural tuvieron desgarros perineales de II grado y solo el 10% se produjo en pacientes con parto horizontal en ambas modalidades de parto se evidencio desgarro de III y IV grado equivalente al 1% respectivamente.

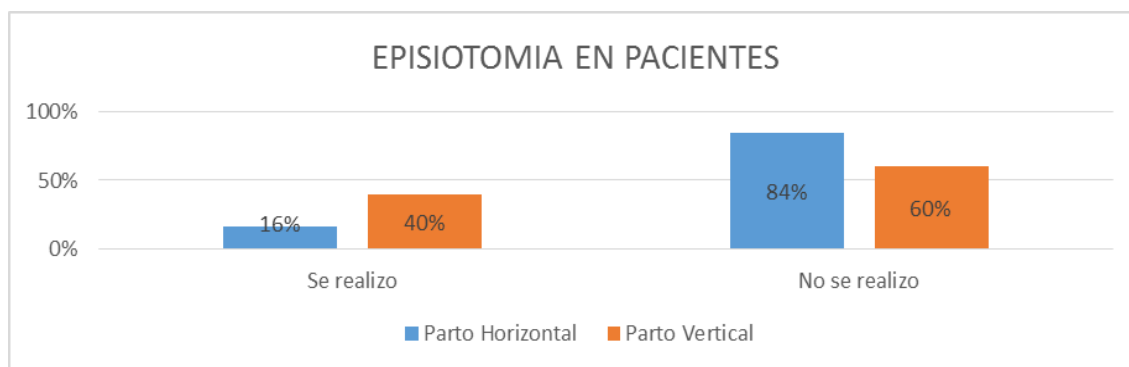
TABLA N° 11

EPISIOTOMIA REALIZADA EN PACIENTES QUE FUERON ATENDIDAS EL PARTO EN POSICION VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL EN RELACION AL PARTO HORIZONTAL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

EPISIOTOMIA	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Se realizo	13	16	32	40
No se realizo	67	84	48	60
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

GRAFICO N° 11

**INTERPRETACION:**

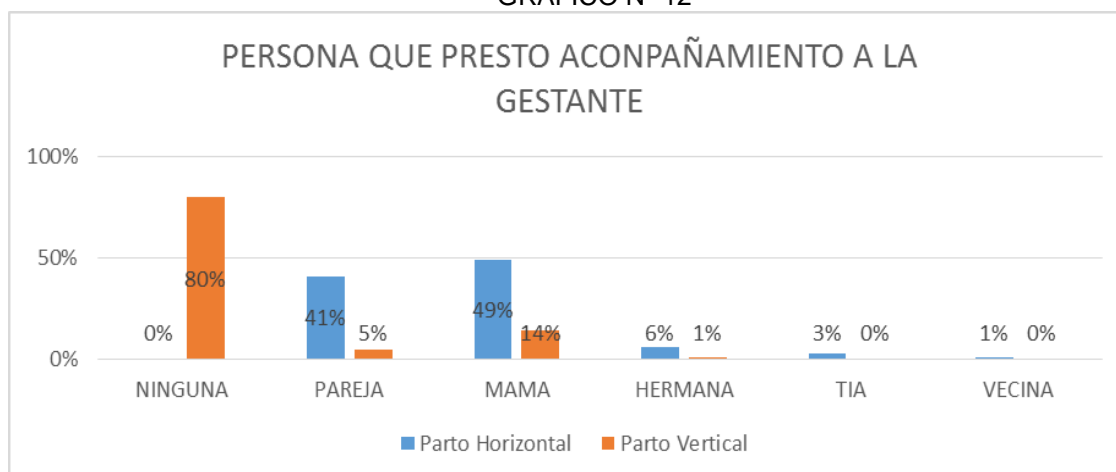
En la tabla y gráfico N°11 se aprecia que el 16 % de gestantes con parto vertical requirió de episiotomía, a diferencia de un 40% que fue necesario la episiotomía en gestantes de parto en posición horizontal.

TABLA N° 12

PERSONA QUE PRESTO ACOMPAÑAMIENTO A LA GESTANTE DURANTE EL PARTO VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL EN RELACION HORIZONTAL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

PERSONA ACOMPAÑANTE	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Ninguno	0	0	64	80
Pareja	33	41	4	5
Mama	39	49	11	14
Hermana	5	6	1	1
Tia	2	3	0	0
Vecina	1	1	0	0
TOTAL	80	100	80	100

GRAFICO N° 12

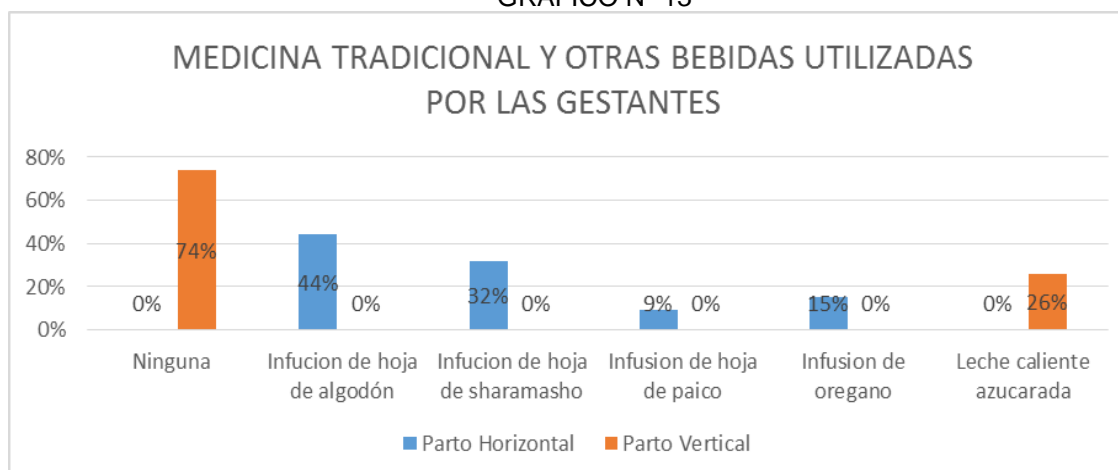
**INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N°12 se aprecia que las gestantes que optaron por el parto vertical con adecuación intercultural tuvieron acompañamiento en un 100% durante el parto prevaleciendo la compañía materna, a diferencia de las pacientes de parto horizontal que solo tuvieron acompañamiento en el 20%.

TABLA N° 13
MEDICINA TRADICIONAL Y BEBIDAS UTILIZADAS POR LAS GESTANTES DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN RELACIÓN AL PARTO HORIZONTAL EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

MEDICINA TRADICIONAL Y OTRAS BEBIDAS UTILIZADAS	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Ninguna	0	0	59	74
Infusión de hoja de algodón	35	44	0	0
Infusión de hoja de sharamasho	26	32	0	0
Infusión de hoja de paico	7	9	0	0
Infusión de orégano	12	15	0	0
Leche caliente azucarada	0	0	21	26
TOTAL	80	100	80	100

GRAFICO N° 13



INTERPRETACION:

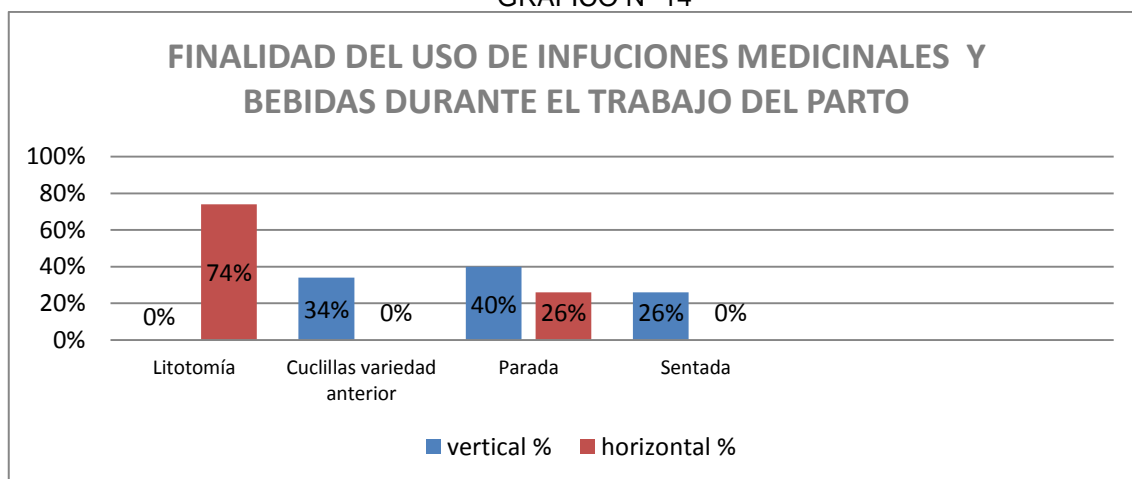
En la tabla y gráfico N°13 se aprecia que el 100% de las gestantes con parto vertical con adecuación intercultural utilizaron infusiones preparadas con hierbas medicinales durante la fase activa, a diferencia del 26% de gestantes con parto horizontal que utilizaron bebidas no medicinales.

TABLA N° 14

FINALIDAD EN EL USO DE INFUSIONES MEDICINALES Y OTRAS BEBIDAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES QUE DIERON A LUZ EN POSICION VERTICAL EN RELACION AL PARTO HORIZONTAL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

FINALIDAD DEL USO DE INFUSIONES MEDICINALES Y BEBIDAS DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
No utilizó	0	0	80	100
Disminuir el dolor	26	10	0	0
Agilizar el trabajo de parto	31	2	0	0
Facilitar la salida de la placenta	23	88	0	0
TOTAL	80	100	80	100

GRAFICO N° 14

**INTERPRETACION:**

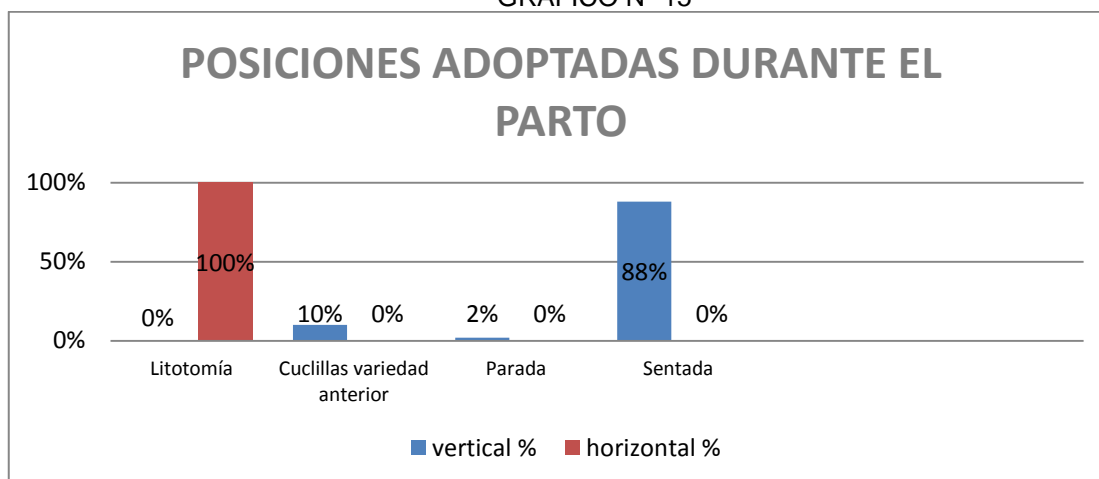
En la presente tabla y gráfico N°14 se aprecia que el 100% de las gestantes que dieron a luz en la modalidad de parto vertical utilizaron infusiones medicinales con la finalidad de agilizar el trabajo de parto el 40%, disminuir el dolor el 34%, facilitar la salida de la placenta 26% y gestantes de parto horizontal solo el 26% utilizaron bebida no medicinal con la finalidad de acelerar el trabajo de parto.

TABLA N° 15

POSICIONES ADOPTADAS POR LAS GESTANTES DURANTE EL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN RELACION AL PARTO HORIZONTAL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO – AGOSTO 2012

POSICIONES ADOPTADAS DURANTE EL PARTO	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Litotomía	0	0	80	100
Cuclillas variedad anterior	8	10	0	0
Parada	2	2	0	0
Sentada	70	88	0	0
TOTAL	80	100	80	100

GRAFICO N° 15

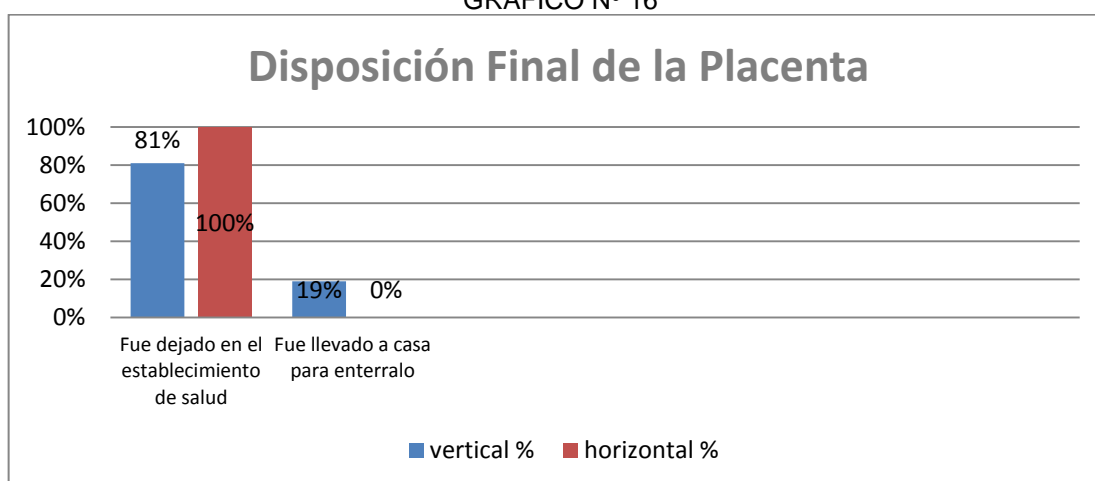
**INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N°15 se evidencia en relación a las posiciones adoptadas durante el parto vertical; predomina la posición sentada en una 88% y en el parto horizontal la posición adoptada es la litotomía en un 100%.

TABLA N° 16
DISPOSICIÓN FINAL DE LA PLACENTA DE PACIENTES QUE DIERON A LUZ
EN POSICIÓN VERTICAL EN RELACIÓN AL PARTO HORIZONTAL CON
ADECUACIÓN INTERCULTURAL HOSPITAL AMAZÓNICO MAYO -
AGOSTO – 2012

DISPOSICION FINAL DE LA PLACENTA	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	N°	%	N°	%
Lo dejaron en el establecimiento de Salud	65	81	80	100
Fue llevado a casa para enterrarlo	15	19	0	0
TOTAL	80	100	80	100

GRAFICO N° 16

**INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N° 16 se observa que las gestantes con atención de parto vertical, el 19% de ellas solicitaron la placenta para llevárselo a casa y enterrarlo a diferencia de las pacientes de parto horizontal el 100% de las usuarias no la solicitaron.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para contrastar la hipótesis y se rechaza la hipótesis nula si el valor de p es menor a 0.05.

HIPOTESIS ESPECIFICAS 1:

H_1 : La edad, grado de instrucción, raza, paridad, son factores que influyen en el tipo de parto que elijan las gestantes atendidas en el Período Mayo a Agosto 2012.

H_0 : La edad, grado de instrucción, raza, paridad, son factores que no influyen en el tipo de parto que elijan las gestantes atendidas en el Período Mayo a Agosto 2012.

CATEGORIA		POSICIONES DEL PARTO		P
		VERTICAL N=80	HORIZONTAL N=80	
Edad	<15	0 (0%)	1 (1%)	0,426
	15-19	14(18%)	20 (25%)	
	20-34	50(62%)	42 (53%)	
	>35	16(20%)	17 (21%)	
Grado de Instrucción	Primaria	15 (19%)	10 (12%)	0,187
	Secundaria	51(64%)	47 (59%)	
	Superior	14(17%)	23 (29%)	
Raza	Mestiza	56 (70%)	80 (100%)	0,00
	(shipibo-Conibo)	21(26%)	0 (0%)	
	Cashibo-Cacataibo	3 (4%)	0 (0%)	
Paridad	Primigesta	18 (22%)	35 (44%)	0,01
	Segundigesta	13 (16%)	14 (18%)	
	Tercigesta	11 (14%)	16 (20%)	
	Multigesta	38 (48%)	15 (18%)	

La comparación realizada mediante la prueba de Chi cuadrado entre los grupos de posición de parto vertical con adecuación cultural y parto horizontal en lo que respecta a la edad, grado de instrucción no reveló diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,426$, $p=0,187$ respectivamente).

En relación a la raza y a la paridad, existe diferencias estadísticamente

significativas entre los grupos de parto de posición vertical con adecuación cultural y parto horizontal siendo su valor de ($p = 0,000$ $p= 0,001$ respectivamente) para la prueba de Chi cuadrado.

HIPOTESIS ESPECIFICAS 2:

H₂: El parto vertical con adecuación intercultural disminuye el tiempo de la fase activa del trabajo de parto y el período expulsivo, en relación al parto horizontal. en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

H₀: El parto vertical con adecuación intercultural nodisminuye el tiempo de la fase activa del trabajo de parto y el período expulsivo, en relación al parto horizontal. en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

CATEGORIA		POSICIONES DEL PARTO		P
		VERTICAL N= 80	HORIZONTAL N=80	
T/transcurrido de la Fase activa del Trabajo de parto	<5	8(10%)	0,(0%)	0,00
	6-9	40(50%)	12(15%)	
	10-13	29(36%)	19(24%)	
	<13	3(4%)	49(61)	
Duración del Periodo expulsivo	<5	13(16%)	1(1%)	0,00
	6-10	48(60%)	4(5%)	
	11-15	9(11%)	12(15%)	
	>15	10(13%)	63(79%)	

Se evidencia fuerte correlación entre la elección del parto vertical y el tiempo transcurrido desde la fase activa del trabajo de parto y la duración del periodo expulsivo, ya que por su significancia estadística ($p= 0,00$) constituye una ventaja frente al parto horizontal. Por lo se rechaza la hipótesis nula.

HIPOTESIS ESPECIFICAS 3:

H₃: El parto vertical con adecuación intercultural produce igual pérdida del volumen sanguíneo en relación al parto horizontal en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

H₀: El parto vertical con adecuación intercultural produce diferencia de pérdida del volumen sanguíneo en relación al parto horizontal en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

CATEGORIA		POSICIONES DEL PARTO		<i>P</i>
		VERTICAL N=80	HORIZONTAL N=80	
Volumen de pérdida sanguínea	<200	31 (39%)	33 (41%)	0,879
	200-300	41 (51%)	40 (50%)	
	301-400	6 (8%)	4 (5%)	
	>400	2 (2%)	3 (4%)	

Al comparar el volumen de pérdida sanguínea en el parto vertical y horizontal no reveló diferencias estadísticamente significativas, entre la elección del parto($p = 0,879$) mayor de 0.05 de la prueba de chi cuadrado .

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

HIPOTESIS ESPECIFICAS 4:

H4: El parto vertical con adecuación intercultural ocasiona menores desgarros vaginales y perineales en relación al parto horizontal. en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

Ho: El parto vertical con adecuación intercultural ocasiona mayores desgarros vaginales y perineales en relación al parto horizontal. en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

CATEGORIA		POSICIONES DEL PARTO		<i>P</i>
		VERTICAL N=80	HORIZONTAL N=80	
Desgarro vaginal	Si	31 (39%)	17 (21%)	0,16
	No	49 (61%)	63 (79%)	
Desgarro Perineal	Ausente	56 (70%)	57 (71%)	0,601
	Desgarro I	10 (13%)	14 (18%)	
	Desgarro II	13 (16%)	8 (10%)	
	Desgarro III o IV	1 (1%)	1 (1%)	
Episiotomía	Se realizo	13 (16%)	32 (40%)	0,01
	No se realizo	67 (84%)	48 (60%)	

Se puede observar en forma porcentual el desgarro vaginal es mayor en el parto vertical que el parto horizontal, siendo esta una diferencia estadística mínima ($p=0,16$). No revela diferencia estadísticamente entre la elección del parto y el desgarro perineal ($p=0,601$ respectivamente). Por lo tanto se acepta la Hipótesis nula.

Se evidencio una fuerte correlación entre la elección del parto vertical y un número significativo menor de episiotomias en comparación con el grupo de

parto horizontal ($p=0.01$) por su significancia estadística constituye una ventaja frente al parto horizontal.

HIPOTESIS ESPECIFICAS 5:

H₅ : El parto vertical con adecuación intercultural mejora las condiciones de parir, al incorporar costumbres regionales e individuales, coadyuvando a mejores resultados maternos en relación al parto horizontal en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

H₀: El parto vertical con adecuación intercultural no mejora las condiciones de parir, al incorporar costumbres regionales e individuales, en relación al parto horizontal en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

CATEGORIA		POSICIONES DEL PARTO		P
		VERTICAL N=80	HORIZONTAL N=80	
Persona que presto acompañamiento	Ninguna	0(0%)	64 (80%)	0,000
	Pareja	33 (41%)	4 (5%)	
	Mamá	39(49%)	11(14%)	
	Hermana	5 (6%)	1 (1%)	
	Tia	2 (3%)	0 (0%)	
	Vecina	1 (1%)	0 (0%)	
Bebidas consumidas antes del parto	Ninguna	0 (0%)	59 (74%)	0,000
	Infusión de hoja de algodón	35 (44%)	0 (0%)	
	Infusión de hoja de sharamasho	26 (32%)	0 (0%)	
	Infusión de hoja de paico	7 (9%)	0 (0%)	
	Infusión de orégano	12 (15%)	0 (0%)	
	Leche caliente azucarada	0 (0%)	21 (26%)	
Finalidad del uso de infusiones	No utilizo	0 (0%)	59 (74%)	0,000
	Disminuir el dolor	26 (34%)	0 (0%)	
	Agilizar el trabajo de parto	31 (40%)	21 (26%)	
	Facilitar salida de la placenta	21 (26%)	0 (0%)	
Posición adoptada durante el parto	Litotomia	0 (0%)	80 (100%)	0,000
	Cucilllas variedad anterior	8 (10%)	0 (0%)	
	Parada	2 (2%)	0 (0%)	
	Sentada	70 (88%)	0 (0%)	
Disposición final de la placenta	Lo dejaron en el Establecimiento de Salud	65 (81%)	80 (100%)	0,000
	Fue llevado a casa para enterrarlo	15 (19%)	0 (0%)	

Se evidencio una fuerte correlación con diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$ respectivamente) entre las costumbres regionales e individuales con enfoque intercultural en las madres que dieron a luz en posición vertical, observandose en forma porcentual el acompañamiento de la mamá, bebiendo infusión de la hoja de algodón para facilitar el trabajo del parto, y la posición adoptada durante el parto fue sentada , y la disposición final de la placenta un porcentaje menor fue llevado a casa para enterrarlo. Se rechaza la hipótesis nula.

En conclusión:

Se acepta la H_1 : El parto vertical con adecuación intercultural ofrece mayores ventajas para la gestante en relación al parto horizontal atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo a Agosto 2012.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se encontró evidencia estadística que permite afirmar que la atención del parto vertical con adecuación intercultural ofrece mayores ventajas para la gestante en relación al parto horizontal y de esta manera se aprueba la hipótesis de investigación.

Los resultados de esta investigación muestran las características evaluadas durante el parto vertical con adecuación intercultural en relación al parto horizontal. Según la prueba de Chi cuadrado entre los grupos de posición de parto vertical con adecuación cultural y parto horizontal en lo que respecta a la edad, grado de instrucción no reveló diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,426$, $p=0,187$ respectivamente). Estos hallazgos coinciden con lo afirmado por Robertson y Darnell (2009) en la que demostró que no existen diferencias significativas entre la edad, el nivel de instrucción y la preferencia del parto.

En relación a la raza y a la paridad, existe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de parto de posición vertical con adecuación intercultural y parto horizontal siendo su valor de ($p = 0,000$ $p= 0,001$ respectivamente) para la prueba de Chi cuadrado. Según los aportes realizados por Calderón J. y otros (2008) en el estudio "Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral" se demostró que no existen diferencias en cuanto a la paridad y la elección de la posición del parto. En el proyecto FONIS (2009) que investigó las ventajas del parto vertical, se

menciona que el 63,6% de las pacientes en estudio fueron multíparas. Según Buitrón Vera y otros (2012) en el estudio “Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales” encontró que todas las pacientes que eligieron parto vertical, el 39,50% fueron multíparas, frente al 9,61% eran nulíparas, con significancia estadística.

En relación a la raza y la paridad, en el Hospital Raúl Maldonado Mejía, Cayambe-Ecuador (2012) realizaron un estudio para determinar las ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal en los resultados encontraron que el 39,50% de pacientes fueron multíparas y optaron por PV y el 35,59% PH, así mismo el 27,6% correspondió a etnias y el 21,35% a pacientes mestizas atendidas en la posición vertical.

En lo que respecta a la elección del parto vertical y el tiempo transcurrido desde la fase activa al trabajo de parto y la duración del periodo expulsivo en nuestro estudio las gestantes con parto vertical tuvieron menos de 10 minutos de periodo expulsivo, en comparación pacientes que optaron por parto horizontal. Y esto se evidencia con la fuerte correlación por su significancia estadística ($p= 0,00$) constituye una ventaja frente al parto horizontal. Según Liu YC. The effects of the upright position during childbirth. J Nurs.(1989) menciona que la posición horizontal la pelvis de la mujer se aplana haciendo el parto más difícil, en cambio se cree que el parto vertical la fuerza de la gravedad juega un papel fundamental facilitando la dilatación por el peso que ejerce el bebé sobre el canal de parto, que además se encuentra mejor orientado. La mujer que da a luz en posición vertical, generalmente, tiene una disminución significativa del tiempo de duración del expulsivo, al aumentar la presión intraútero y facilitar el pujo,

comparada con la que da a luz en una posición supina. Según Calvo, O y otros (2011) en su estudio sobre “Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical *versus* supina”, la duración del segundo periodo de trabajo de parto tuvo diferencia significativa en cuanto al tiempo a favor de la postura vertical, ya que este período se acortó diez minutos con respecto a la supina. La acción positiva de las fuerzas 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 por Díaz, (1980); lo que concuerda con el estudio realizado por Calderón y otros (2008), en el cual se encontró que el periodo del expulsivo es menor en el parto vertical ($p: 0,001$) que en el horizontal.

Al comparar el volumen de pérdida sanguínea en el parto vertical y horizontal no reveló diferencias estadísticamente significativas, entre la elección del parto ($p = 0,879$) mayor de 0.05 de la prueba de chi cuadrado. Según el estudio realizado por Calvo O, (2013) “Comparación de resultados obstétricos y perinatales” evaluó la pérdida sanguínea durante el parto. La cuantificación en mililitros indicó una media para el estudio de 172.03, para el grupo de parto en posición vertical y para el grupo de parto en posición horizontal fue de 167.88 mL, la diferencia fue de 10 mL sin significancia estadística. Algunos autores manifiestan que la pérdida sanguínea tiende a ser mayor en la postura vertical. Han establecido, además, que esta misma postura genera una cantidad más elevada de eventos de hemorragia obstétrica, así mismo menciono que en la investigaciones desarrolladas

sobre estas diferencias ningunas de las pacientes ameritó transfusión sanguínea, lo que indica que la postura no condiciona mayor o menor pérdida de sangre.

En nuestros estudios incluimos el desgarro vaginal y perineal en la que se puede observar en forma porcentual el desgarro vaginal es mayor en el parto vertical que el parto horizontal, siendo esta una diferencia estadística mínima ($p=0,16$). No revela diferencia estadísticamente entre la elección del parto y el desgarro perineal ($p=0,601$ respectivamente). Según Pozo y otros (2013) "Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales" En el parto vertical se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transverso, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transverso; la posición de litotomía estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros por Chalmers, 2001). Según Calderón y otros (2008), el parto vertical ocasiono más desgarros de localización anterior, posterior, pero con menor profundidad en relación al parto horizontal; en nuestro estudio encontramos que de igual forma se producen mayor porcentaje de desgarros en el parto vertical.

Se evidencio una fuerte correlación entre la elección del parto vertical y un número significativo menor de episiotomias en comparación con el grupo de parto horizontal ($p=0.01$) por su significancia estadística constituye una ventaja frente al parto horizontal.

Cuando se analiza la posición en el parto en relación con la episiotomía, se observa que existe un aumento de episiotomías en decúbito supino y una tendencia a la disminución de los desgarros de segundo grado, pero estos datos no llegan a ser significativos. En posición supina hay un mayor índice de episiotomías combinadas con desgarros de segundo grado. En los partos en los que la mujer adopta la posición vertical aparecen un número menor de episiotomías; esto queda contrarrestado, en parte, por el aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como las laceraciones y los desgarros labiales se ven aumentados. Según Gupta JK.(2000).

Se evidencio una fuerte correlación con diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$ respectivamente) entre las costumbres regionales e individuales con enfoque intercultural en las madres que dieron a luz en posición vertical, observandose en forma porcentual el acompañamiento de la mamá, bebiendo infusión de la hoja de algodón para facilitar el trabajo del parto, y la posición adoptada durante el parto fue sentada, y la disposición final de la placenta un porcentaje menor fue llevado a casa para enterrarlo. La atención del parto en posición vertical, además de ofrecer ventajas fisiológicas, es ahora un elemento de competencia cultural que puede disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud y que a futuro podría incidir en una disminución de muertes maternas domiciliarias por falta de atención médica que aun persiste en nuestro país. Existe experiencias de atención del parto vertical con adecuación intercultural en la región selva, el Hospital Amazónico es uno de los establecimientos de salud que consideró explorar

las creencias, mitos y costumbres de las mujeres indígenas amazónicas para adecuar la atención de parto vertical con enfoque intercultural.

Según la OMS el enfoque intercultural supera contraposiciones y concibe a la salud como un derecho toma en cuenta la manera que los pueblos tienen de entender la vida. Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño. En el Perú, el Ministerio de Salud, en agosto del 2005, emitió la Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado. Las evidencias científicas y la presión social en Europa y otras partes del mundo, inclinaron a la OMS a pronunciarse por permitir y estimular el parto humanizado con posiciones verticales. También por facilitar a la mujer tomar decisiones acerca de su cuidado, el acompañamiento de una persona si lo requiere, así como el que los servicios requieren ser sensibles a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias, respetando su privacidad y dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto. Otra práctica central es que la gestante tome las infusiones de hierbas o mejor conocidas como “mates”, que es tan importante para el “acomodo” de la wawa que realiza la partera al comienzo del trabajo de parto. Para la mujer aymara es vital calentar el cuerpo con infusiones de diferentes hierbas

como orégano, manzanilla, culen, albahaca, cilantro, etc. La elección depende de la experiencia personal de cada mujer, de cada partera o de cada Región.

En relación a la posición que adoptan las gestantes en el parto vertical para el alumbramiento en mayor porcentaje es la sentada. Según “Colaboración Cochrane” elaboró en (2003) un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto, que incluyó 19 estudios con 5764 participantes. Este estudio refiere que en muchas de las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, sentadas y entre otras variantes. En las sociedades occidentales, en cambio los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre la espalda, algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos. La revisión de los ensayos clínicos demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto en esta última posición, éste fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardiaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y un mayor número de mujeres a las que se les realizó incisiones en el canal del parto.

En lo que respecta a la salida de la placenta es uno de los momentos significativos del parto, y su importancia es tal, que incluso es tratado como otro nacimiento. La importancia simbólica y ritual de la placenta en las culturas andinas y amazónicas se basa en que la placenta es símbolo de la vida, del mundo materno ancestral. Por otra parte, se encontró a lo largo del vocabulario aymara la importancia biocultural de la placenta, como símbolo

de la continuidad de la vida entre madre y wawa, ilustrado en los varios ritos del entierro de la placenta. A nivel profundo, la placenta se relaciona con los antepasados maternos de su familia; incluso en un nivel práctico, se dice que una mujer siempre aprende a tejer cerca del lugar donde su ombligo está enterrado. Por eso, el aymara debe conocer el lugar, si no su alma está condenada a caminar siempre buscando ese lugar, convirtiéndose en un alma errante en busca de su camino. Con la experiencia alienante que las mujeres rurales experimentan actualmente en muchos hospitales y clínicas, ellas sienten un temor a pedir la placenta de su parto, y aún más preocupación cuando no se la entregan.

Se concluye la investigación mencionando que el parto vertical con adecuación intercultural ofrece mayores ventajas para la gestante en relación al parto horizontal observando en la raza, paridad, el tiempo transcurrido de la fase activa del trabajo de parto, en la duración del periodo expulsivo, menor número de episiotomias y entre las costumbres regionales e individuales con enfoque intercultural en las madres que dieron a luz en posición vertical, observándose en forma porcentual mayor en el acompañamiento de la mamá, bebiendo infusión de la hoja de algodón, la posición adoptada durante el parto fue sentada y la disposición final de la placenta un porcentaje menor fue llevada a casa para enterrarlo en comparación del parto horizontal.

CONCLUSIONES

De los resultados del estudio concluimos que se encontró diferencias entre la posición vertical con adecuación intercultural cultural y la posición horizontal para la atención del parto observando lo siguiente:

- ✓ En relación a la edad y grado de instrucción, no reveló diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,426$, $p=0,187$ respectivamente) y en lo respecta a la raza y paridad, existe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de parto de posición vertical con adecuación intercultural y parto horizontal siendo su valor de ($p = 0,000$ $p= 0,001$ respectivamente) mediante la prueba de Chi cuadrado.
- ✓ En el tiempo transcurrido de la fase activa del trabajo de parto y del período expulsivo en pacientes con parto vertical con adecuación intercultural y parto horizontal, se evidencia fuerte correlación por su significancia estadística ($p= 0,00$) constituyendo una ventaja frente al parto horizontal.
- ✓ Al cuantificar el volumen de pérdida sanguínea en el parto vertical y horizontal no reveló diferencias estadísticamente significativas, entre la elección del parto ($p = 0,879$) mayor de 0.05 de la prueba de chi cuadrado.
- ✓ El desgarro vaginal es mayor en el parto vertical que el parto horizontal, siendo esta una diferencia estadística mínima ($p=0,16$). No revela

diferencia estadísticamente entre la elección del parto y el desgarro perineal ($p=0,601$ respectivamente). Así mismo se evidenció una fuerte correlación entre la elección del parto vertical y un número significativo menor de episiotomias en comparación con el grupo de parto horizontal ($p=0.01$) por su significancia estadística constituye una ventaja frente al parto horizontal.

- ✓ En lo que respecta a las costumbres regionales e individuales con enfoque intercultural en las madres que dieron a luz en posición vertical, se observa en forma porcentual mayor el acompañamiento de la mamá, bebiendo infusión de la hoja de algodón para facilitar el trabajo del parto, y la posición adoptada durante el parto fue sentada, y la disposición final de la placenta un porcentaje menor fue llevado a casa para enterrarlo. Evidenciándose una fuerte correlación con diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$ respectivamente), mediante la chi cuadrado.

- ✓ Finalmente se aprueba la hipótesis general que “El parto vertical con adecuación intercultural” ofrece mayores ventajas para la gestante en relación al parto horizontal atendidas en el Hospital Amazónico. Período Mayo- Agosto del 2012.

RECOMENDACIONES

- Es necesario que los establecimientos de salud permitan a la gestante la libre elección de la posición del parto, brindándole información completa y adecuada la cual debe iniciarse desde la Atención Pre Natal.
- El personal de salud debe garantizar la calidad de atención del parto humanizado, que incluyen medidas de comodidad para la gestante durante el trabajo de parto y parto, así disminuir los riesgos de someter a grandes tiempos de dolor a la madre.
- Los profesionales que atienden a la gestante en los establecimientos de salud, deben considerar todos los factores interculturales posibles, como son la presencia del familiar, el uso de plantas medicinales y/o prácticas ancestrales inherentes a su cultura, durante el trabajo de parto, parto o puerperio, recomendando que el uso de los mismos se encuentren bajo supervisión permanente del personal de salud controlando excesos que conlleven a complicaciones.
- El personal del servicio de Gineco-Ostetricia debe fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de las gestantes, promoviendo hacia los usuarios del servicio, actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

- El parto vertical debe ser ofrecido como una alternativa, además de ofrecer ventajas fisiológicas, es ahora un elemento de competencia que puede disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud, incrementando los índices de parto institucionales y así contribuir a disminuir la morbimortalidad materno perinatal en el país.
- El parto en posición vertical se puede realizar en diferentes posiciones y niveles de tecnificación, de acuerdo a las necesidades culturales de las usuarias que acuden a los establecimientos de salud, permitiendo el acompañamiento a la gestante por la persona de su elección, que favoreciera la conducción del trabajo de parto, parto y puerperio al establecer vínculos de apoyo físico y psicológico.
- Continuar realizando estudios similares con mayor número de pacientes, realizando seguimiento de ellos mismos, para lograr conclusiones universales.
- Finalmente es importante que las instituciones donde se atienden partos permitan a cada mujer la elección de la posición en que se quiere parir, previa información adecuada y completa, la cual se debe iniciar desde los niveles de atención primaria hasta los niveles más altos y ser conocido por todo el personal de salud, a fin de involucrarse en los nuevos paradigmas atencionales y conducir a las madres y al niño por nacer a un parto exitoso, basados en la evidencia científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Álvarez, A. Interculturalidad, conceptos alcances y derechos. Nov. 2014 Primera Edición. México. [Internet] disponible en: <https://www.coe.int/t/dg4/cultureheritage/culture/interculturalidad-web.p>
- 2.- Análisis Situacional de la Salud Ucayali. Dirección General de Epidemiología de Ucayali Año 2013- Pag. 25
- 3.- Artemisa noticias «mujeres hoy» publicado en el 2005 [en línea]. 2009 fecha de acceso 17 de abril del de 2009]. Url disponible en: <http://www.convencion.org.uy/menu4-757.htm>
- 4.- Atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural. [internet] disponible en: http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/articulos/Mexico_2008.pdf.
- 5.- Barroso Nino, M. Clavijo, I. La posición adoptada para la primípara durante el trabajo de parto, sus efectos en la evolución del parto y condiciones del recién nacido. Bogotá Colombia, Universidad Nacional, facultad de enfermería , 144p, junio 2009.

- 6.- Bibliotec Virtual en Salud- Uruguay 2011 Aranovich F. Análisis del Parto Vertical- Fundamentos y Metodología. Octubre 2011 disponible:<http://3.bp.blogspot.com>
- 7.- Buitron A, Del Pozo M. Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el hospital Raúl Moldonado Mejí.
- 8.- Burgo Calos. «parto y nacimiento humanizado» publicado en el 2003 [fecha de acceso 13 de abril de 2009].url disponible en: <http://www.partohumanizado.com.ar/>
- 9.- Calderon J; Bravo J; Albinagota R;Rafael P; Laura A; Flores C. Parto Vertical: Retornando a una costumbre ancestral. SPOG. Enero-Marzo 2008. Vol.54 N°1: (Revista Gineco-Obsetricia) Pág. 49-56
- 10.- Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E, Poseyro JJ, et al (1981). The bearing- down efforts and their effects on fetal heart rate, oxygenation and acid-base balance. J Perinat Med. 1981;9:63-7.
- 11.- Calvo O, Flores A, Morales V. Comparación de resultados obstétricos y perinatales de parto en posición vertical versus supina. Ginecol Obstet. México enero 2013, vol 81. Numero 1 p. 1-10

- 12.- Cayambe [para optar el título de médico cirujano] Quito: Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe. 2013. [Internet] disponible en: repositorio.puse.edu.ec/handle/2000/...T-PUCE.5740 pdf
- 13.- Cavero, Gilberto. Supersticiones y medicina quechua-Primera Edición p. 32-33. Perú- 1985.
- 14.- Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Experiencia en el Hospital Raúl Maldonado Majía en período 2009 [internet] disponible: www.Repositorio.usfd.edu.ec/bitstream/23000/3015/109708.pdf.
- 15.- Definición de Trabajo de Parto. [internet] disponible en: <http://www.iets.org.co/apoyoenlaimplementación/documents/hoja%20de%20definiciones%20de%20parto>
- 16.- Degregori, Carlos Juan. Desigualdades persistentes y construcción de un país pluricultural, reflexiones a partir de la CVR, ponencia presentada en la mesa sobre interculturalidad en salud organizada Por CEPES/ IEP – Manuscrito 2012.
- 17.- Diálogo Regional, Género e Interculturalidad: Factores claves en la capacitación para implementar Políticas Públicas Descentralizadas. “Atención del parto en posición vertical una estrategia para mejorar el acceso al parto institucional”, Hurtado la Rosa MD.MPH Perú 2013

[Internet] [accesado 18 de noviembre 2015] disponible en:
www.cadesan.pe/.../experiencia-politica-intercultural_parto-vertical-R_H

- 18.- Díaz, AG, Scwarcz R, Caldeyro-Barcia R. La posición vertical de la embarazada durante el trabajo de parto y sus efectos sobre el progreso del parto y el neonato. Investigación colaborativa entre maternidades de América Latina. Primer informe. Publicación Científica 703, CLAP. 1977 [internet] [consultado 3 de octubre 2015] disponible en:
[www.partolibremexico.org/...Modelo-de-parto-vertical-en la-S-de-Salud-ME](http://www.partolibremexico.org/...Modelo-de-parto-vertical-en-la-S-de-Salud-ME)
- 19.- Do Santos. Leite. Episiotomía: Atención del nacimiento humanizado, Brasil 2010 cap.22. pag. 471.
- 20.- El Comercio Blogs [internet] Parto vertical reduce el sufrimiento del bebe y de la madre [consultado el 20 de Noviembre 2015] disponible en [elcomercio.pe/blog/vida y futuro 2013/04](http://elcomercio.pe/blog/vida-y-futuro-2013/04).
- 21.- Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades centradas en la familia. Nov. 2010. Dirección Nacional Maternidad e Infancia Ministerio de Salud. Argentina. 4ta Edición. Nov. 2010 [Internet] [accesado 20 de diciembre 2015] disponible en:
[www.msal.gob.ar/...000000239cnt-g09.guias-atencion-parto-normal pdf](http://www.msal.gob.ar/...000000239cnt-g09.guias-atencion-parto-normal.pdf).

- 22.- Gupta JK, Nikodem VC). La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford:
- 23.- Instituto Nacional de Salud: Reglamento de ensayos clínicos. Ed.Nº1.Pag. 31. Perú- 2010
- 24.- Interculturalidad. Wikipedia, la enciclopedia libre [internet] disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/interculturalidad>.
- 25.- Interculturalidad. Diplomatura en Medicina natural y complementaria- Cultura y Salud. Universidad Wiener. Clase 6 [internet] disponible en: www.uviener.edu.pe/cursosyeventos/2007/mayor.
- 26.- Hagberg H. Birth in standing position: a high frequency of third degree tears. Acta Obstet Gynecol Scan. 1994; 73: 630-3.
- 27.- Kirchhoff,H. La posición de la mujer durante el parto “De la pre historia a la fecha” Gottingen, Al. Occidental. Organorama; Mayo 2010
- 28.- La posición Tradicional de Atención del parto, en los servicios de salud. Dirección de Medicina y Desarrollo Intercultural. [Internet] [acceso1deoctubre2015].disponible,en:189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_parto.pdf.

- 29.- Latinmedicina-Efecto Poseiro. [internet] [consultado 29.01.16], disponible
en:<https://www.facebook.com/latinmedicina/posts/813096715398445>
- 30.- Lesiones perineales de origen obstétrico. [internet] disponible en:
https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%2
- 31.- Libre elección del parto en posición vertical. Ministerio de Salud-Parsalud. Perú. [internet] [accesado el 28 de enero 2016] disponible en:http://www.parsalud.gob.pe/phocadownloadpap/documentos/publicaciones-institucionales/HOJAS%20INFOR_9pv.pdf.
- 32.- Lora Miryam.: Gestión de la Atención Integral en Salud Reproductiva Derecho e Interculturalidad. I Curso Nacional 28-29 Agosto 2013 Pucallpa. Colegio de Obstetras del Perú.
- 33.- Marco, A, Fernandez, V. Parto en posición sentado en la Horoya. 1994.[internet] [accesado 10 de enero 2016] disponible en
:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_andina/v03_n2/parto.htm
- 34.- Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto [internet] disponible en:
https://www.engenderhelth.org/files/pubs/...amtsl_poster_spanish.pdf

- 35.- Ministerio de Salud. Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. NT N° 033- MINS/DGSP-V.01 Perú -2005.
- 36.- Ministerio de Salud: Resolución 1480/2011; Guía para investigación con seres humanos; Pag. 22 . Salud Pública-2011.
- 37.- Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual Reproductiva –Lima-Perú 2004
- 38.- Ministerio de Salud- Libre elección del parto en posición vertical PARSALUD. Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud 2014 [Internet] [accesado 01 de enero 2016] disponible en: [www.parsalud.gob.pe/ph_ocadownloadpap/...HOJAS%INFOR_9 pv.pdf](http://www.parsalud.gob.pe/ph_ocadownloadpap/...HOJAS%INFOR_9_pv.pdf)
- 39.- Ministerio de Salud. Avanzando hacia una Maternidad Segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. p35-36 2006.
- 40.- Mongrut A. Tratado de Obstetricia. Tomo II, Tercera Edición. 2009 p. 48-49.
- 41.- Nikosca, F. Ayllon, S. Trabajo de Investigación: Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Experiencia en el Hospital Manuel A. Villarroel de Punata, Cochabamba, Bolivia 2010 [internet] disponible

en:http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092010000100004&lng=pt&nrm=iso

- 42.- OMS. Recomendaciones de la para un parto más seguro, humano y respetuoso/Proyecto Doula [Internet] [accesado 29 de noviembre 2015] disponible: [proyecto doula.blogspot.com/...recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-mas-seguro](http://proyecto-doula.blogspot.com/...recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-mas-seguro).
- 43.- Orellanos, Lucy. "Ritos en el parto Andino y en las comunidades rurales. Ayacucho 2011.
- 44.- Organización Panamericana de la Salud de los pueblos Indígenas de las América. Washington D.C. junio 2009.
- 45.- Paredes Chanhuala, Rosa. Atención Integral del Embarazo, Parto Vertical y Recién Nacido con Interculturalidad [video] Chulcampa-Huancavelica-Perú.2010
- 46.- Ranzana karina. Parto en cuclillas historia, fundamentos y repercusión en las primeras experiencias de vida.2006. [en línea] 2005. [fecha de acceso 13 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.bvcooperacion.pe:8080/biblioteca/bitstream/123456789/3037/1/BVC10002997.pdf>

- 47.- Revista Médica en salud [internet] Cochabamba Bolivia set. 2010.
Consultado 2015.diciembre 14. Disponible en: www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.hph.
- 48.- Revista Médica. Posiciones de parto vertical vs. Horizontal [internet]
[accesado 1 enero 2016]. Disponible en: www.revistasportalesmedicos.com/...posición de parto vertical-vshorizontl.
- 49.- Riquelme R Gutierrez M. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. Universidad Clínico de Granada 2005.[internet] [consultado 10 diciembre 2015] disponible <http://www.google.com.pe/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=influencia+de+las+posiciones+de+la+mujer+sobre+distintos+param>
- 50.- Sabatino H; Giraldo P. Equilibrio ácido básico de recién nacidos de partos en posición vertical. Univeridad de Campinas Sao Paulo, Brasil. P.78-79 2011
- 51.- Sabatino H. Parto fisiológico en la posición vertical. Universidad de San Paulo, Campinas SP Brasil; P. 88-89 Mayo 2007
- 52.- Sabatino H; Vieira A. Unidades UNICAMP y factores que justifican la posición vertical. Universidad de Campinas Sao Paulo, Brasil 2011.

- 53.- Sabarino, J, Soares, A. Transformacion de la posición horizontal en vertical en el parto y su impacto en indicadores materno y neonatal. Convencion de salud. Cuba 2012.[internet] [accesado el 15 de enero 1016]disponibleen<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/626>
- 54.-Sewart P, Spiby H (1989). . Randomized study of the sitting position for delivery using a newly de-signed obstetric chair. Br J Obstet-Gynecol. 1989;95(3):327-33
- 55.-Servicios de salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Saavedra Chile, 2010
- 56.-Sistematización parto humanizado en población aymara. Sistematizacion de u n modelo de parto humanizado. Hospital de Iquique 2006 [internet] [accesado diciembre 2015] disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/05-Parto-aymara.pdf>
- 57.-Vademecun de plantas medicinales. [internet] disponible en: <http://books.google.com.pe/book?isbn=8490114919>

ANEXOS

ANEXO Nº 01

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA EVALUAR EL PARTO
VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL Y PARTO
HORIZONTAL. HOSPITAL AMAZONICO MAYO-AGOSTO 2012**

I.- DATOS GENERALES**Edad de la gestante:**

- | | | |
|---------|------|-----|
| < 15 | años | () |
| 15 a 19 | años | () |
| 20 a 34 | años | () |
| ≥ 35 | años | () |

Grado de Instrucción:

- | | |
|------------|-----|
| Primaria | () |
| Secundaria | () |
| Superior | () |

Raza :

- | | |
|-------------------|-----|
| Mestiza | () |
| Shipibo-conibo | () |
| Cashibo cacataibo | () |
| otros | |

Paridad:

Primigesta	()
Segundigesta	()
Tercigesta	()
Multigesta	()

Atención Pre Natal:

0 Atenciones Pre- Natales	()
1 – 3 Atenciones Pre -Natales	()
4 - 5 Atenciones Pre -Natales	()
≥ 6 Atenciones Pre -Natales	()

II.- TRABAJO DE PARTO y PARTO**Duración de la Fase Activa del Trabajo de Parto (Horas)**

≤ 5	()
6 - 9	()
10 - 13	()
>13	()

Duración del Período Expulsivo (Minutos)

≤ 5	()
6 - 10	()
11 - 15	()
>15	()

Volumen de la Pérdida Sanguínea (ml)

< 200	()
200- 299	()
300-399	()
>400	()

Desgarros**• Desgarros Vaginales:**

SI () NO ()

• Desgarros Perineales :

Ningún desgarro perineal ()

I grado ()

II grado ()

III grado ()

IV grado ()

Episiotomía:

Sí se realizó () No se realizó ()

III.- INTERCULTURALIDAD**¿Tuvo Acompañamiento Durante el Parto?**

SI () NO ()

¿Quién acompañó? :

Pareja () Mama() Hermana () Tía () Vecina () Otros ()

¿Qué Medicina u Otras Bebidas o Alimentos Utilizó?

Infusión de Algodón ()

Infusión de Sharamasho ()

Infusión de Orégano ()

Infusión de Paico ()

Otros

Finalidad del uso de Medicina Tradicional y/o Bebidas o Alimentos Durante el Trabajo de Parto/ Parto y Alumbramiento

No utilizó ()

Disminuir el dolor ()

Agilizar el parto ()

Facilitar la salida de la placenta ()

Posiciones Adoptada Para el Parto:

Posicion de litotomía ()

Posición de pie ()

- Posición de cuclillas : variedad anterior ()
- Posición de cuclillas : variedad posterior ()
- Posición de rodillas ()
- Posición sentada ()
- Posición semi sentada ()
- Posición cogida de la soga ()
- Posición pies y manos (4 puntos de apoyo) ()

Eliminación de la Placenta

- La dejó en el establecimiento de salud ()
- La llevó a su domicilio para enterrarlo ()
- Otros : ()

ANEXO Nº 02**ALCANCES DEL ESTUDIO PARA CONOCIMIENTO DE LAS PARTICIPANTES Y/O REPRESENTANTE LEGAL**

El presente estudio tiene como finalidad mejorar el acceso de la población a los servicios de salud para disminuir la mortalidad materna, brindando a las gestantes la posibilidad de la atención del parto vertical con adecuación intercultural y/o parto Horizontal según su preferencia. Para ello se facilitará a las participantes del estudio la utilización de la medicina tradicional de su preferencia, así como el acompañamiento de una persona que designe, que le sea de soporte para todo el proceso de trabajo de parto y parto y tenga la libertad de elegir una de las diversas modalidades o posiciones que pudiera adoptar para parir, ello permitirá evaluar posteriormente si la posición adoptada tiene ventajas significativas para la madre que permita demostrar con evidencias científica los beneficios de cada una de las posiciones adoptadas, contribuyendo de esta manera a disminuir los índices de mortalidad materna en nuestra región al incrementarse los partos institucionales, disminuyendo la brecha de partos domiciliarios que aún es alto en nuestro medio. El presente estudio no le significará costo alguno a la participante y/o representante legal.

ANEXO Nº 04

IMÁGENES FOTOGRAFICAS

SALA DE PARTO VERTICAL HOSPITAL AMAZÓNICO



GESTANTE EN PERIODO ESPULSIVO



PARTO VERTICAL POSICION DE PIE





PACIENTE EN PERIODO EXPULSIVO POSICION SENTADA CON ACOMPAÑANTE.

HOSPITAL AMAZONICO



ATENCION DE PARTO VERTICAL CON ACOMAÑAMIENTO DE LA PAREJA

HOSPITAL AMAZONICO



ATENCION DE PARTO EN POSICION VERTICAL CON ACOMPAÑAMIENTO MATERNO



ATENCION DE PARTO EN POSICION HORIZONTAL

HOSPITAL AMAZÓNICO



POSICION ADOPTADA PARA EL ALUMBRAMIENTO DE PARTO VERTICAL



**PACIENTE SHIPIBA CON ACOMPAÑANTE EN PARTO VERTICAL EN ESPERA DEL
ALUMBRAMIENTO - HOSPITAL AMAZÓNICO**