

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DEL ECUADOR**

FACULTAD DE MEDICINA

**“VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL COMPARADO CON EL PARTO
HORIZONTAL Y SU ASOCIACION CON DESGARROS PERINEALES EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAÚL MALDONADO MEJÍA DE
CAYAMBE-ECUADOR ENTRE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

**Ana María Buitrón Vera
María José Del Pozo Zúñiga**

**Director: Dr. Ramiro Hidalgo (Docente de la PUCE)
Metodólogo: Dr. José Sola (Docente de la PUCE)**

Quito 2013

DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes gracias a sus enseñanzas y ejemplo han hecho de nosotras las personas que somos el día de hoy.

AGRADECIMIENTO

Cuando por los años no puedas correr, trota.

Cuando no puedas trotar, camina.

Cuando no puedas caminar, usa el bastón.

¡Pero nunca te detengas!

(Madre Teresa de Calcuta)

A lo largo de nuestra carrera hemos atravesado un sinnúmero de situaciones y vivencias que sería imposible describirlas en este momento; pero si tuviéramos que describir una en especial, es que no hay nada mejor que emplear los conocimientos y destrezas, fruto del esfuerzo, para ayudar a los demás.

Agradecemos en primer lugar a Dios, por permitirnos gozar de todas nuestras facultades y poder así, hacer lo que nos gusta cada día.

A nuestra familia, por ser pilares fundamentales a lo largo de toda nuestra vida, porque a pesar de que incluso hemos tenido que sacrificar momentos importantes, la comprensión ha sido su virtud, motivándonos de esa manera a no desmayar y a luchar por nuestros objetivos cada día.

Como no agradecer a cada uno de nuestros maestros, que han sido guías no solo del conocimiento científico, sino que han sido mentores en nuestra formación como personas integrales, logrando así no solo buenos médicos, sino buenos seres humanos.

A nuestros amigos, que han sido cómplices de esta aventura, en la cual ellos han sido testigos y participes de cada momento de alegría y de tristeza; impulsándonos a luchar por lo que queremos, sin dejar atrás nuestra esencia como personas.

RESUMEN

Objetivo:

Determinar las ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y los factores asociados a desgarros perineales.

Diseño:

Descriptivo observacional transversal comparativo.

Lugar:

Hospital Raúl Maldonado Mejía, Cayambe-Ecuador.

Intervenciones:

Entre Septiembre a Noviembre del año 2012 se estudiaron 281 pacientes, de las cuales 137 tuvieron parto vertical (PV) y 144 parto horizontal (PH).

Resultados:

Se presentó dolor leve 38,08% en PV y 29,18% en PH. Periodo expulsivo ≤ 5 minutos 33,81% en PV y 23,13% en PH. Sangrado de 250 cc 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 postparto). Etnia: 27,76% de PV por indígenas y el 21,35% por mestizas. Edad: menores a 25 años (32,38%) eligieron PH, y el 26,33% PV. Paridad: 39,50% multíparas optó por PV y el 35,59% PH. El 100% no presentó antecedentes patológicos personales. Se presentaron desgarros en el 34,16% de RN con peso de 2500 gramos o 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. No existió significancia estadística al comparar las variables con los tipos de desgarros.

CONCLUSIONES:

El PV produce menos dolor, menos sangrado, menos complicaciones, menor porcentaje de desgarros superficiales y lo eligen más mujeres multíparas, indígenas y mayores de 25 años; sin ventajas en el periodo del expulsivo. Los desgarros se producen cuando las medidas antropométricas del RN son mayores; en nulíparas, indígenas, menores de 25 años.

Palabras clave: Parto vertical, parto horizontal, desgarros.

ABSTRACT

Objective:

Determine the advantages of upright delivery versus horizontal position delivery in to perineal tearing.

Design and Place:

Cross-sectional study

Raul Maldonado Mejia Hospital in Cayambe, Ecuador

Timeline:

This study took was made from September through November 2012. We included 281 patients. 137 of them had upright delivery (UD) and 144 in horizontal position delivery (HPD).

Results:

HPD had Mild pain in 38.8%, in the other hand UD had 29.18%. The second stage of labor lasts 5 minutes or less in 33.81% of HPD versus 23.13% in UD. The bleeding volume more than 250 ml was 6.76% in UD and 30.60% in HPD. The postpartum complication: 1,07%, in HPD (vulvar edema), 3.20% in UD (postpartum bleeding). UD was chosen by native patients in 27,76% and 21,35% in mixed raced people. The patient who decided to had UD was 32,28% besides 26,33% of HPD, where at the age under 25. The 39,50% of Multiple pregnancy women wanted UD and 35,59% wanted HPD. All of the patients affirm, they didn't have illness history. In the patients who had perineal tearing, the 34,16% of them delivered a new born who weighed more than 2500 grams o more. 26,33% of the had a cephalic perimeter of 34cm or even more. 22,78% were multiple pregnancy. 22,42% were at the age under 25 years, 19,22% were native and 18,25% were mixed race. The wasn't any statistics significant in the variables in the moment we compare with other types of tearing

Conclusions:

UD produces less pain, less bleeding volume, less complications even less perineal tearing. UD is chosen by native, multiple pregnancies an under 25 year's women. The lasting of the second stage of labor was about the same in both deliveries. The perineal tearing are common in new born who length a weigh more, in first pregnancy, native and under 25 year's women.

Key words: upright delivery, horizontal position delivery, perineal tearing

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIV
CAPITULO I	1
1. INTRODUCCION	1
1.1 JUSTIFICACIÓN	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4 HIPÓTESIS	6
CAPITULO II	7
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 INTRODUCCIÓN AL PARTO	7
2.1.1 ANATOMÍA DEL PERINÉ	8
2.1.2 MECANISMO DEL PARTO NORMAL	11

2.1.3	DESGARROS DEL PERINÉ	16
2.1.4	OTRAS LESIONES OBSTÉTRICAS	22
2.1.5	LAS DIFERENTES POSICIONES DEL PARTO	25
2.1.6	INSTRUMENTOS PARA EL PARTO	27
2.1.7	FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA POSICIÓN DEL PARTO	31
2.1.8	PARTO CULTURAL A TRAVÉS DE LA HISTORIA	31
2.2	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS DIFERENTES POSICIONES DE PARTO	35
2.2.1	VENTAJAS DE LA POSICIÓN HORIZONTAL	36
2.2.2	DESVENTAJAS DE LA POSICIÓN HORIZONTAL	36
2.2.3	VENTAJAS DE LA POSICIÓN VERTICAL	39
2.2.4	DESVENTAJAS DE LA POSICIÓN VERTICAL	41
2.3	FISIOLOGÍA DEL PARTO VERTICAL	46
2.3.1	ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL	48
2.3.2	ASPECTOS SOCIO CULTURALES	53
CAPITULO III		55
3. MATERIALES Y MÉTODOS		55
3.1	LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	55
3.2	PERÍODO DE INVESTIGACIÓN	55
3.3	RECURSOS EMPLEADOS	55
3.3.1	RECURSOS HUMANOS	55
3.3.2	RECURSOS FÍSICOS, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO	55
3.4	UNIVERSO Y MUESTRA	56
3.4.1	UNIVERSO	56
3.4.2	MUESTRA	56
3.4.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	57
3.4.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	57
3.5	MÉTODOS	57
3.5.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
3.6	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	58

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	59
4.1 INFORMACIÓN GENERAL	59
4.1.1 EDAD	59
4.1.2 ETNIA	60
4.1.3 INSTRUCCIÓN	61
4.1.4 PESO	62
4.2 INFORMACIÓN PREVIA AL PARTO	63
4.2.1 PARIDAD	63
4.2.2 PREPARACIÓN DE PROFILAXIS	64
4.2.3 NÚMERO DE CONTROLES PREVIOS AL PARTO	65
4.2.4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	66
4.3 INFORMACIÓN POSTERIOR AL PARTO (APARTADO LLENO POR EL MÉDICO QUE ATENDIÓ EL PARTO)	67
4.3.1 PREFERENCIA DEL PARTO	67
4.3.2 DESGARRO	68
4.3.4 GRADO DE DOLOR	69
4.3.5 PERIODO EXPULSIVO	70
4.3.6 VOLUMEN DE SANGRADO	71
4.3.7 COMPLICACIONES DE LA MADRE	72
4.4 DATOS DEL NEONATO	73
4.4.1 APGAR	73
4.4.2 PESO DEL NIÑO AL NACER	74
4.4.3 TALLA DEL NEONATO	75
4.4.4 PERÍMETRO CEFÁLICO DEL NEONATO	76
4.5 CRUCE DE VARIABLES	77
4.5.1 GRADO DE DOLOR EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DEL PARTO	77
4.5.2 PERIODO EXPULSIVO EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DEL PARTO	77
4.5.3 VOLUMEN DE SANGRADO EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	78
4.5.4 COMPLICACIONES DE LA MADRE EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	78
4.5.5 INSTRUCCIÓN EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	79
4.5.6 ETNIA EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	79

4.5.7	EDAD EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	79
4.5.8	PARIDAD EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	80
4.5.9	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	80
4.5.10	DESGARRO EN RELACIÓN AL PESO DEL NIÑO AL NACER	81
4.5.11	DESGARRO EN RELACIÓN AL PC DEL NIÑO AL NACER	81
4.5.12	DESGARRO EN RELACIÓN A LA PARIDAD	81
4.5.13	DESGARRO EN RELACIÓN A LA EDAD DE LAS PACIENTES	82
4.5.14	DESGARRO EN RELACIÓN A LA ETNIA DE LAS PACIENTES	82
4.5.15	DESGARRO EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DEL PARTO	83
4.5.16	GRADO DE DESGARRO EN RELACIÓN AL PESO DEL NIÑO AL NACER	83
4.5.17	GRADO DE DESGARRO EN RELACIÓN AL PC DEL RECIÉN NACIDO	84
4.5.18	GRADO DE DESGARRO EN RELACIÓN A LA PARIDAD	84
4.5.19	GRADO DE DESGARRO EN RELACIÓN A LA EDAD DE LAS PACIENTES	85
4.5.20	GRADO DE DESGARRO EN RELACIÓN A LA ETNIA DE LAS PACIENTES	85
4.5.21	GRADO DE DESGARRO EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DEL PARTO	86
4.6	TABLAS RESUMEN DEL CRUCE DE VARIABLES	86
4.6.1	TABLA RESUMEN EN RELACIÓN AL TIPO DE PARTO	86
4.6.2	TABLA RESUMEN EN RELACIÓN A LA PRESENCIA DE DESGARROS	87
4.6.3	TABLA RESUMEN EN RELACIÓN A LOS GRADOS DE DESGARRO	87
<u>CAPÍTULO V</u>		89
<u>5. DISCUSIÓN</u>		89
<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>		94
CONCLUSIONES		94
RECOMENDACIONES		95
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>		97
<u>ANEXOS</u>		100

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	100
ANEXO 2. FICHA DE OBSERVACIÓN	101
ANEXO NO. 3 EDAD DE LAS PACIENTES	102
ANEXO NO. 4 ETNIA DE LAS PACIENTES	102
ANEXO NO. 5 INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES	102
ANEXO NO. 6 PESO DE LAS PACIENTES	102
ANEXO NO. 7 PARIDAD	103
ANEXO NO. 8 PREPARACIÓN PROFILAXIS	103
ANEXO NO. 9 CONTROLES PREVIOS AL PARTO	103
ANEXO NO. 10 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	103
ANEXO NO. 11 PREFERENCIA DEL PARTO	103
ANEXO NO. 12 DESGARRO	104
ANEXO NO. 13 GRADO DE DOLOR	104
ANEXO NO. 14 PERIODO EXPULSIVO	104
ANEXO NO. 15 VOLUMEN DE SANGRADO	104
ANEXO NO. 16 COMPLICACIONES DE LA MADRE	105
ANEXO NO. 17 APGAR	105
ANEXO NO. 18 PESO DEL NIÑO AL NACER	105
ANEXO NO. 19 TALLA DEL NEONATO	105
ANEXO NO. 20 PC DE LOS NEONATOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NO. 2.1 CLASIFICACIÓN DE DESGARROS	18
TABLA NO. 2.2 PRINCIPALES POSICIONES DURANTE EL PARTO	27
TABLA NO. 2.3 INSTRUMENTOS PARA EL PARTO	28
TABLA NO. 2.4 PRINCIPALES VENTAJAS DE LAS DIFERENTES POSTURAS	35
TABLA NO. 2.5 POSICIÓN GINECOLÓGICA. POSTURAS FACILITANTES	42
TABLA NO. 2.6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL DESGARRO VAGINAL, SEGÚN TIPO DE PARTO	45
TABLA NO. 2.7 PARTOS EN HOSPITAL DE CAYAMBE ENERO – DICIEMBRE 2011	52
TABLA NO. 4.8 GRADO DE DOLOR EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	77
TABLA NO. 4.9 PERIODO DEL EXPULSIVO EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	77
TABLA NO. 4.10 VOLUMEN DE SANGRADO EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	78
TABLA NO. 4.11 COMPLICACIONES DE LA MADRE EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	78
TABLA NO. 4.12 INSTRUCCIÓN EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	79
TABLA NO. 4.13 ETNIA EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	79
TABLA NO. 4.14 EDAD EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	79
TABLA NO. 4.15 PARIDAD EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO	80

<u>TABLA NO. 4.16 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO</u>	<u>80</u>
<u>TABLA NO. 4.17 DESGARRO EN RELACIÓN AL PESO DEL NIÑO AL NACER</u>	<u>81</u>
<u>TABLA NO. 4.18 DESGARRO EN RELACIÓN AL PC DEL NIÑO AL NACER</u>	<u>81</u>
<u>TABLA NO. 4.19 DESGARRO EN RELACIÓN A LA PARIDAD</u>	<u>81</u>
<u>TABLA NO. 4.20 DESGARRO EN RELACIÓN A LA EDAD DE LAS PACIENTES</u>	<u>82</u>
<u>TABLA NO. 4.21 DESGARRO EN RELACIÓN A LA ETNIA DE LAS PACIENTES</u>	<u>82</u>
<u>TABLA NO. 4.22 DESGARROS EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO</u>	<u>83</u>
<u>TABLA NO. 4.23 GRADO DE DESGARROS EN RELACIÓN AL PESO DEL NIÑO AL NACER</u>	<u>83</u>
<u>TABLA NO. 4.24 GRADO DE DESGARROS EN RELACIÓN AL PC DEL NIÑO AL NACER</u>	<u>84</u>
<u>TABLA NO. 4.25 GRADO DE DESGARROS EN RELACIÓN A LA PARIDAD</u>	<u>84</u>
<u>TABLA NO. 4.26 GRADO DE DESGARROS EN RELACIÓN A LA EDAD DE LAS PACIENTES</u>	<u>85</u>
<u>TABLA NO. 4.27 GRADO DE DESGARROS EN RELACIÓN A LA ETNIA DE LAS PACIENTES</u>	<u>85</u>
<u>TABLA NO.4.28 GRADO DE DESGARROS EN RELACIÓN A LA PREFERENCIA DE PARTO</u>	<u>86</u>
<u>TABLA NO. 4.29 TABLA RESUMEN DE LAS VARIABLES EN RELACIÓN AL PARTO VERTICAL/CHI CUADRADO/GRADO DE LIBERTAD/NIVEL DE CONFIANZA Y TABLA ESTADÍSTICA</u>	<u>86</u>
<u>TABLA NO. 4.30 TABLA RESUMEN DE LAS VARIABLES EN RELACIÓN A PRESENCIA DE DESGARROS/CHI CUADRADO/GRADO DE LIBERTAD/NIVEL DE CONFIANZA Y TABLA ESTADÍSTICA</u>	<u>87</u>

**TABLA NO. 4.31 TABLA RESUMEN DE LAS VARIABLES EN RELACIÓN A LOS GRADOS DE
DESGARROS/CHI CUADRADO/GRADO DE LIBERTAD/NIVEL DE CONFIANZA Y TABLA
ESTADÍSTICA**

87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO NO. 2.1 EL PERINÉ FEMENINO	9
GRÁFICO NO.2.2 PROTECCIÓN DEL PERINEO DURANTE EL NACIMIENTO	11
GRÁFICO NO. 2.3 PROCESO DE DILATACIÓN EN PACIENTES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS	14
GRÁFICO NO. 2.4 ESQUEMA DEL DESCENSO DEL FETO	15
GRÁFICO NO. 2.5 GRADOS DE DESGARRO DEL PERINÉ	17
GRÁFICO NO. 2.6 POSICIÓN HORIZONTAL	25
GRÁFICO NO. 2.7 POSICIÓN VERTICAL	27
GRÁFICO NO. 2.8 MESA DE PARTO CONVENCIONAL	29
GRÁFICO NO. 2.9 SALA DE PARTO INTERCULTURAL. CASA MATERNA HOSPITAL PURATA	30
GRÁFICO NO. 2.10 DIOSA AZTECA TLAZOLTEOTL	32
GRÁFICO 2.11 DIOSA PACHAMAMA DE LOS PUEBLOS PRECOLOMBINOS	33
GRÁFICO NO. 2.12 PARTO VERTICAL EN CUCLILLAS	35
GRÁFICO NO. 2.13 EFECTO POSEIRO	37
GRÁFICO NO. 2.14 EFECTO RESPIRATORIO	39
GRÁFICO NO. 2.15 POSICIÓN DE PARTO EN EL ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL M. VILLAROEL (BOLIVIA 2010)	43

GRÁFICO NO. 2.16 COMPRESIÓN DE LOS GRANDES VASOS MATERNOS	46
GRÁFICO NO. 2.17 ÁNGULO DE ENCAJE	47
GRÁFICO NO. 2.18 ACCIÓN DE LA GRAVEDAD	48
GRÁFICO NO. 4.19 EDAD DE LAS PACIENTES	59
GRÁFICO NO. 4.20 ETNIA DE LAS PACIENTES	60
GRÁFICO NO. 4.21 INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES	61
GRÁFICO NO. 4.22 PESO DE LAS PACIENTES	62
GRÁFICO NO. 4.23 PARIDAD	63
GRÁFICO NO. 4.24 PREPARACIÓN PROFILAXIS	64
GRÁFICO NO. 4.25 CONTROLES PREVIOS AL PARTO	65
GRÁFICO NO. 4.26 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	66
GRÁFICO NO. 4.27 PREFERENCIA DEL PARTO	67
GRÁFICO NO. 4.28 DESGARRO Y TIPO DE DESGARRO	68
GRÁFICO NO. 4.29 GRADO DE DOLOR	69
GRÁFICO NO. 4.30 PERIODO EXPULSIVO	70
GRÁFICO NO. 4.31 VOLUMEN DE SANGRADO	71
GRÁFICO NO. 4.32 COMPLICACIONES DE LA MADRE	72

GRÁFICO NO. 4.33 APGAR	73
GRÁFICO NO. 4.34 PESO DEL NIÑO AL NACER	74
GRÁFICO NO. 4.35 TALLA DEL NEONATO	75
GRÁFICO NO. 4.36 PC DE LOS NEONATOS	76

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

1.1 JUSTIFICACIÓN

Cada mujer vive el parto de manera muy interna y personal, y siempre que lo relate no lo describirá de la misma forma que lo vivió, ni su pareja, ni otra persona que la acompañó, cada mujer lo vive de distinto modo.

El parto natural es una total sorpresa, para la gran mayoría de mujeres es una experiencia positiva. La clave consiste en llegar al momento libre de pensamientos y dejar que ocurra lo que tenga que ocurrir. Durante todo el proceso la madre tiene el control de su cuerpo y, frecuentemente cuenta con un acompañante que, con mucha delicadeza la guía y apoya durante todas las etapas del trabajo de parto. Después del parto la mujer se siente más fuerte y con poder ante la vida. (Arroyo J, 2007).

Para un sin número de mujeres, el parto natural no se relaciona con ser más valientes; sino, con considerar al parto como un proceso fisiológico natural. A incontables futuras madres la experiencia les resulta considerablemente única y gratificante.

Actualmente se están realizando múltiples estudios sobre los diferentes impactos que poseen tanto la posición convencional (horizontal o en posición en litotomía), como la posición vertical en la atención del parto en todo el mundo, los cuales están dedicados a evaluar las intervenciones médicas para valorar si poseen evidencia científica de las posiciones para parir escogidas. (MSP de Perú, 2005).

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es

llamado en Argentina y España por un “parto humanizado”; en Chile, por la “dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”. Hace casi una década se formó la “Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento”, con la participación de agrupaciones de más de 20 países. (Norma Técnica para la Atención del parto Vertical con adecuación Intercultural, Perú, 2004).

El propósito de esta investigación fue crear una fuente de información para el personal de salud que labora en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador y otros Centros de Salud, con la finalidad de que conozcan los beneficios y desventajas que se pueden presentar en las diferentes pacientes que van a tener un trabajo de parto en el mencionado sitio de acuerdo al método de parir que sea elegido, ya sea por parte de la madre o por el personal de salud que va asistir el parto, el cual debe encontrarse totalmente predispuesto a acatar el pedido de la madre y conocer a ciencia cierta cuál es la posición que disminuye los riesgos de desgarros durante el proceso del trabajo de parto, además de poseer los conocimientos necesarios y los lineamientos que faciliten la adaptación de los servicios para aprovechar sus ventajas.

Ya que el proceso de modificación de las condiciones de atención del embarazo y parto es todo un reto, que requiere de procesos graduales de sensibilización, formación y adaptación, es significativo modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, y de igual forma que dichas modificaciones sean cómodas para el personal médico, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto. (Mendez y Cervera, 2002, pag 88).

Se espera que con el tema ofrecido en este documento se favorezca la humanización de la atención del parto y específicamente se mejore la atención de la población que asiste el trabajo de parto en el mencionado centro asistencial.

El parto es considerado un momento de trascendental importancia para la mujer y el bebé, se relaciona con su supervivencia inmediata y con la posibilidad de mejorar su salud, al mismo tiempo, con el riesgo de morbilidad y mortalidad para ambos. En Ecuador, para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de

muerres infantiles estuvieron relacionadas con el parto (Mendez y cols, 2004). Por esta razón, es indispensable que exista una atención calificada del parto que incluya el cumplimiento de normas y protocolos establecidos. Entre 1999 a 2006 un 74,2 % de los partos en el país fueron atendidos por un profesional (médicos u obstetras) y un 8,8 % en el domicilio por una partera capacitada. (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil ENDEMAIN -2006. Ecuador 2006)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor perineal no sólo influye de forma negativa sobre el funcionamiento físico y mental de la madre, sino que puede afectar la lactancia materna, y puede deteriorar el desarrollo de una adecuada interacción madre-hijo. Los factores físicos asociados con el dolor perineal, como la disminución de la movilidad, la incontinencia urinaria y fecal, las molestias perineales al sentarse y la disfunción sexual, pueden llevar al agotamiento mental y dañar la experiencia de la maternidad (Calderón, 2008, págs. 49-57).

A partir de las primeras estadísticas realizadas en el año 1840 la mortalidad materna a nivel mundial ha disminuido de modo significativo (de 600/100.000 nacidos vivos hasta 10/100.000 en la última década) fundamentalmente, gracias al empleo de antibióticos, transfusiones sanguíneas y al desarrollo de técnicas y estrategias de tratamiento específicas de la patología materno-fetal. No obstante, a pesar de esta significativa caída en la mortalidad materna, todavía existe una considerable morbilidad materna asociada al proceso del parto. (Amaila, 2004)

La morbilidad en relación con las lesiones perineales producidas durante el parto constituye un problema mayor de salud que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Alrededor de tres (3) millones de mujeres dan a luz cada año en Estados Unidos, muchas de ellas presentan trauma perineal debido a la realización de una episiotomía, a la presencia de un desgarró perineal espontáneo o a una combinación de ambos. En España, la tasa anual de partos es de 475.635 partos en el año 2006 (Instituto Nacional de Estadística de España, 2006).

Esta morbilidad materna a corto y largo plazo asociada a la lesión y reparación del periné puede producir problemas graves físicos, psicológicos y sociales, afectando a la capacidad de la madre para amamantar y atender de manera adecuada a su nuevo hijo. Puesto que el bienestar de un recién nacido obedece en gran medida al estado de salud de su madre y a la capacidad que ella presente para atenderle apropiadamente, el estado general de la salud materna es una preocupación prioritaria entre los profesionales de la salud que laboran en las unidades de maternidad. (Vizwanathan, 2005, pag 1-8).

La morbilidad materna atribuible al parto, permanece relativamente poco documentada y ha sido difícilmente investigada. Resulta asombroso imaginar que un procedimiento quirúrgico tan frecuente como la reparación perineal tras el parto sea objeto de tan escaso interés en la literatura científica (Graham, 2005, pág. 32).

Indudablemente, los síntomas clínicos ocasionados por el trauma perineal en muchas ocasiones permanecen desconocidos por el personal de salud que realizó la reparación y en la mayoría de los casos se pretende que esta afección se cure con el tiempo sin brindarle la importancia necesaria. Es imprescindible tener en consideración que esta morbilidad asociada al parto es virtualmente reducible y puede prevenirse favoreciendo a millones de mujeres (Chalmers, 2001).

En nuestros días la preocupación de las mujeres por la lesión perineal ocasionada en los partos vaginales constituye uno de los principales motivos por los cuales la demanda de cesáreas elegibles, como procedimiento de dar a luz alternativo al parto vaginal, se ha visto aumentada en los últimos años. Sin embargo, para los profesionales de la salud que asisten los partos no cabe duda de que la cesárea no está libre de complicaciones, y que la morbi-mortalidad materna de esta técnica es mayor que la del parto vaginal (Gupta, 2007). Cualquier medida que vaya dirigida a disminuir el dolor perineal postparto y la morbilidad a medio y largo plazo y que consiga mejorar el grado de satisfacción de las madres, debe ser bien recibida y valorada (Caldeyro B. y., 2008).

Es preciso señalar que dar a luz de un modo natural no significa volver a épocas pasadas, inversamente a lo que se pudiera pensar, sino recuperar la capacidad y la

confianza en la fisiología del cuerpo humano, y rendirse a la propia naturaleza. No significa renunciar a las nuevas tecnologías, sino emplearlas cuando les corresponde, es decir, en las complicaciones y casos de riesgo para la madre y el bebé (Chalmers, 2001).

Diversos estudios científicos señalan que el parto natural no sólo es más digno para la madre, además es el más seguro. El parto natural intenta devolver a la mujer la confianza en su cuerpo y, recobrar la dignidad del nacimiento del ser humano porque parir sigue siendo lo más natural (Carlson, 2006).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar las ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y los factores asociados a desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre Septiembre a Noviembre del año 2012

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar si el nivel de instrucción, la etnia, la edad, la paridad, la edad gestacional y los antecedentes patológicos son factores que inciden en el tipo de parto que elijan las pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre Septiembre a Noviembre del año 2012
- Establecer las ventajas y desventajas como dolor, periodo del expulsivo, volumen de sangrado, complicaciones de la madre, tanto en la atención del parto vertical como horizontal en pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre Septiembre a Noviembre del año 2012.

- Determinar si las medidas antropométricas del RN, la paridad, la edad, la etnia y el tipo de parto constituyen un factor de riesgo para la presencia o no de desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre Septiembre a Noviembre del año 2012.

1.4 HIPÓTESIS

El parto vertical comparado con el parto horizontal tiene menor número de desgarros perineales, menor tiempo de expulsivo, menor volumen de sangrado, menos dolor y menos complicaciones; independientemente de la paridad, número de controles, la etnia o el nivel de instrucción materno; a la vez que las medidas antropométricas mayores en el RN constituyen un factor de riesgo para la incidencia de desgarros, en las pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre Septiembre a Noviembre del año 2012.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 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.

2.1.1 Anatomía del periné

De acuerdo a los autores Juan Jiménez y Carlos Ballesteros (2007), se denomina periné a la región constituida por las partes blandas que cierran por debajo, formando suelo a la cavidad pelviana. En su parte superficial está constituido por dos triángulos, uno posterior o anal, y otro anterior o urogenital, atravesado este último por la uretra y la vagina en la mujer. Forma parte del periné un componente muscular, suspendido a modo de hamaca entre el pubis por delante y el cóccix por detrás, que ayudan a sostener a las vísceras abdómino-pelvianas y que adicionalmente, se ve perforado por los conductos del aparato urogenital y digestivo, que tratan de abrirse paso al exterior, formándose por tanto una hendidura anteroposterior o hiato urogenital (Jiménez, 2da. ed. 207, pág. 64).

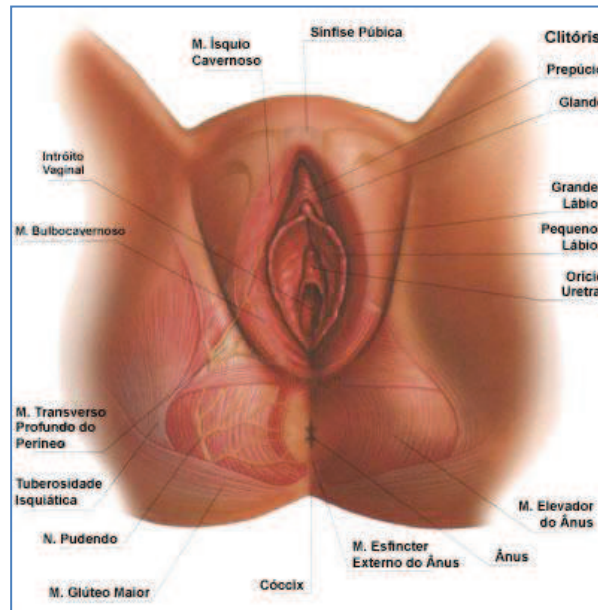
El contenido muscular pelviano, con forma de embudo, se estratifica en un triple plano, que queda supeditado desde el punto de vista de su inervación al plexo pudendo.

El plano muscular superior está constituido por el músculo elevador del ano y el músculo isquio-coccígeo. Este diafragma pelviano que se encuentra cubierto internamente por la aponeurosis o fascia pelviana profunda, tiene como función la contención de las vísceras pelvianas y ejercer sobre el recto una acción elevadora y dilatadora que ayuda a controlar la defecación.

Por debajo del plano muscular diafragmático se sitúa un segundo plano muscular de tipo esfínter que contribuyen al cierre voluntario de los orificios anal y urogenital. Entre ellos se encuentran los músculos esfínter externo del ano, esfínter estriado de la uretra, constrictor de la vulva y el músculo trasverso profundo del periné. Todas las musculaturas nombradas tienen un punto central de confluencia que es el llamado centro tendinoso del periné, cuya importancia radica en que el desgarramiento del mismo en el parto priva de su apoyo a las formaciones urogenitales, en especial a la vagina, pudiéndose provocar un prolapso vaginal. (Jiménez, 2da. ed. 207, pág. 65).

El plexo nervioso pudendo, al que acompañan los vasos pudendos internos, se encarga de la inervación motora y sensitiva, así como de la vascularización de las estructuras perineales, discurriendo de detrás a adelante entre el plano muscular profundo y la aponeurosis perineal media.

Gráfico No. 2.1 El Periné femenino



Fuente: http://www.quiobody.com/images_ant/perineo.jpg (consultado el 10/10/2012)

Así mismo es necesario señalar que el perineo ejecuta dos tareas muy importantes, una pasiva y otra activa. Cierra la cavidad abdominal, por su parte inferior y toma parte activa en el parto estirándose, relajándose, ampliándose y formando parte del último trayecto que el feto debe recorrer, el canal blando del parto que ejerce un suave y necesario efecto de frenado protector, para que la cabeza fetal se desprenda por grados, lentamente y no hay ningún peligro para la seguridad del feto en que lo haga así porque la oxigenación de la sangre fetal está asegurada por la persistencia en la circulación sanguínea en el cordón umbilical. (Shorten, 2007, pag.302)

2.1.1.1 El periné en la biomecánica del parto

Es preciso mencionar que el periné, en función de sus propiedades físicas (elasticidad y resistencia) origina una fuerza (F. perineal) opuesta a la fuerza de

empuje (F. Empuje), proveniente de la contracción uterina y de la prensa abdominal. Y, como resultado de ambas fuerzas de direcciones opuestas, surge la fuerza de salida (F. Salida) que impulsa al bebé hacia la vulva.

2.1.1.2 Cuidados del perineo

Existen una serie de factores que podrían proteger el periné, los cuales son: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural. (Leeman, 2006. Pág. 174)

Masaje perineal prenatal

Ayuda a reducir el traumatismo perineal en el parto, especialmente las episiotomías, e igualmente el dolor posterior continuo. Mencionado efecto es más importante en mujeres nulíparas. (Leeman,2006. Pag. 174)

El profesional que asiste el parto

Dependiendo de la habilidad y la disposición del profesional que atiende el parto, existe mayor probabilidad de lesión perineal.

Paridad

Al aumentar la paridad disminuye el riesgo de traumatismo perineal en el parto, incluso la necesidad de episiotomías, por tanto el desgarro se produce con más frecuencia en mujeres primíparas. (Leeman, 2006. Pag. 174)

Posición en el expulsivo

Las posiciones menos perjudiciales para el periné en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo.

La episiotomía

No debe ser usada rutinariamente, sino en las indicaciones precisas, utilizando la técnica más conocida por el profesional que asiste el parto.

Antropometría fetal

La macrosomía fetal o el diámetro biparietal grande aumentan el riesgo de traumatismo perineal, siendo ésta una indicación de episiotomía.

El tiempo de expulsivo

El expulsivo prolongado constituye un factor predisponente a la práctica de episiotomía en los partos vaginales espontáneos, independiente del profesional que asiste el parto en estos casos. (Leeman,2006. Pag. 176)

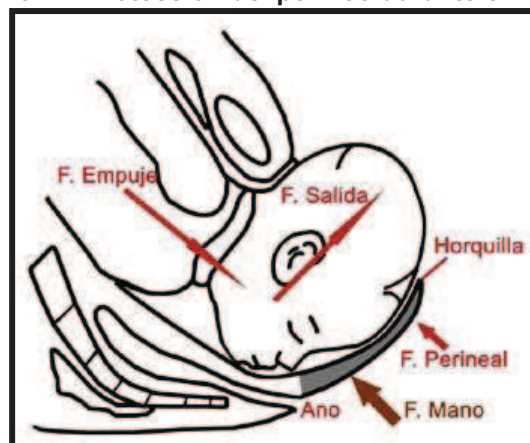
Analgesia epidural

La utilización de analgesia epidural no incrementa el riesgo de tener que practicar una episiotomía, aunque, a veces, puede llevarse a cabo debido a la impaciencia del profesional que asiste el parto.

Protección del perineo durante el nacimiento

La protección perineal consiste en presionar sobre el periné con una mano, con el propósito de frenar la salida brusca del bebé, de conducir el occipital hacia la vulva y evitar, en lo posible, el desgarro. (Beckmann, 2006, pag.135)

Gráfico No.2.2 Protección del perineo durante el nacimiento



Fuente: Beckmann MM, Garrett AJ.2006.

2.1.2 Mecanismo del parto normal

“El parto es un proceso natural cuya evolución espontánea asegura con mayor probabilidad, una finalización vaginal sin intervenciones ni complicaciones” (Cabero,

2009, pág. 13); el autor Cabero afirma que entre el 60 y 75% de los casos se producen partos de esta naturaleza. Resulta imperioso el conocimiento de los elementos y del mecanismo del parto, para asistirlo de mejor manera y efectuar diagnósticos reales a tiempo.

El parto se divide usualmente en tres etapas:

1. Dilatación, empieza con las contracciones regulares y termina cuando el cuello uterino alcanza la dilatación completa.
2. Expulsivo, a partir del final de la dilatación, que el feto empieza a descender hasta que es expulsado.
3. Alumbramiento, desde la salida del feto hasta la expulsión total de membranas ovulares y placenta.

Los elementos del parto son los mismos en presentación cefálica o de nalgas; lo que varía ligeramente es su mecánica de acuerdo a su presentación y variedad.

2.1.2.1 Elementos del parto

Durante el parto el feto debe atravesar el canal pelviano; él es empujado por la fuerza de las contracciones uterinas a las que se añade en el expulsivo, la presión de la pared abdominal. “Los elementos que contribuyen son: motor, vía y objeto del parto” (Cabero, 2009, pág. 13).

Motor del parto

Útero, conocido como el motor impulsor del parto. En él se distinguen las siguientes partes:

- Cuerpo uterino (impulsor): hasta la semana 16 de gestación, el fondo uterino aumenta por hipertrofia e hiperplasia de las células musculares.
- Segmento inferior: durante la etapa de gestación, el segmento inferior no se distingue del fondo uterino. Al momento que se inicia la actividad contráctil,

el segmento inferior se desarrolla con mayor rapidez y su ampliación se realiza en sentido radial, con lo que permite el descenso de la cabeza fetal.

- Cuello uterino: el borramiento del cérvix es un proceso bioquímico y físico que puede aparecer con independencia de las contracciones uterinas. Influyen diversos agentes como la progesterona, relaxina, prostaglandinas, mediadores locales, entre otros. Durante el embarazo se van perdiendo los mucopolisacáridos ácidos entre las fibras colágenas, reblandeciendo los componentes del tejido conectivo y disminuyendo la resistencia cervical.

Contracciones uterinas: Cuando comienza el parto, la presión de las contracciones se transmite al contenido uterino, de forma que la bolsa amniótica y el feto son impulsados hacia la zona más distal, el cérvix, provocando su dilatación.

Vía del parto

Canal óseo: constituido por la pelvis ósea.

Canal blando: constituido por el istmo y cuello uterino, vagina, vulva y periné.

Objeto del parto

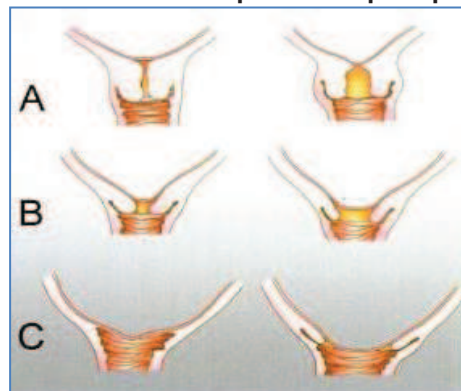
El feto durante el parto adopta una serie de posiciones que facilitan su expulsión. “El avance a través del canal del parto requiere unos movimientos precisos del feto en relación a la pelvis, en vista de que la cabeza puede pasar efectuando una doble rotación: primero de 120° de deflexión con eje en la sínfisis del pubis y de 45° a 135° de rotación en la cavidad pélvica según la presentación” (Cabero, 2009, pág. 14)

Es necesario aclarar que el 97% de los fetos tienen presentación cefálica en los partos y el 93% la cabeza se flexiona para coincidir su eje con el del útero. En el proceso del período de dilatación del cuello uterino influyen la bolsa amniótica, la

cabeza fetal apoyando sobre el cuello, las fibras cervicales y los mediadores bioquímicos prostaglandinas, relaxinas, entre otros.

En el gráfico No. 2.3 las imágenes de la izquierda corresponden a las pacientes primíparas. Las de la derecha a las multíparas; muestran el proceso de dilatación. Así mismo, se puede apreciar en el gráfico No. 2.4 el esquema en el que se visualiza el descenso del feto, diferenciando cuatro niveles de acuerdo a la posición de la cabeza.

Gráfico No. 2.3 Proceso de dilatación en pacientes primíparas y multíparas



Fuente: (Cabero, 2009, pág. 15)

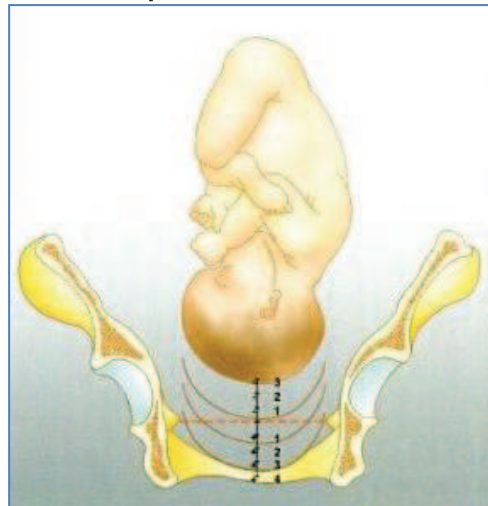
2.1.2.2 Mecanismo del período de expulsión

Una vez finalizada la dilatación, empieza el descenso y expulsión del feto como se puede apreciar en el gráfico No. 2.4. En esta etapa se producen:

1. Encajamiento: el encajamiento de la cabeza fetal involucra que el diámetro mayor de la presentación ha atravesado el estrecho superior de la pelvis.
2. Flexión y descenso: una vez que se ha pasado el estrecho superior de la pelvis con la sutura sagital del feto en el diámetro transversal y el biparietal paralelo al diámetro antero-posterior de la misma, da comienzo el descenso.
3. Rotación interna: corresponde a un giro de la cabeza de modo que el occipucio gradualmente pasa a dirigirse hacia la sínfisis del pubis.

4. Deflexión y desprendimiento de la cabeza: una vez que la cabeza ha rotado y alcanzado el suelo de la pelvis, inicia un movimiento de deflexión tomando como eje la sínfisis del pubis.
5. Rotación externa, desprendimiento de los hombros y expulsión total del feto: tras el desprendimiento de la cabeza, ésta realiza una nueva rotación de 90° con la que queda mirando a uno de los lados maternos. Esta rotación externa es la expresión del movimiento de rotación interna de la cintura escapular, que hace coincidir el punto de más fácil flexión del tronco con la curvatura del canal de parto.

Gráfico No. 2.4 Esquema del descenso del feto



Fuente: (Cabero, 2009, pág. 15)

2.1.2.3 Mecanismo del período de alumbramiento

Desprendimiento de la placenta: una vez dada la expulsión del feto, el útero se contrae dificultando la circulación de retorno venoso. Se produce un aumento de presión en los espacios intervellosos, lo que facilita la formación de un hematoma retroplacentario y de esta manera, la placenta se despega.

Expulsión de placenta y membranas ovulares: inmediatamente después de despegada la placenta, el hematoma progresa hacia la periferia de la misma evertiéndola en forma de bolsa.

2.1.3 Desgarros del periné

Es importante mencionar que los desgarros vaginales son rasgaduras de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor, además los desgarros en la mayoría de los casos se producen en el perineo.

Los desgarros del periné pueden ser de dos clases:

1. Desgarros de la horquilla perineal.
2. Desgarros circulares de todo el introito vulvar.

En los desgarros de la horquilla perineal están afectados únicamente los restos del himen, los tegumentos y el tejido celular subcutáneo de la región. “Se trata de pequeños desgarros que suelen tener lugar en el 90% de los partos, y que en realidad solamente se presentan en forma de pequeñas dehiscencias de la piel” (Botella, 14ªed. 2002, pág. 594); máximo 1cm. de extensión; este tipo de desgarros requieren una limpieza cuidadosa en el puerperio, no siendo necesario suturarlos.

Los desgarros múltiples son más graves, y requieren sutura y coaptación de sus bordes. Sin embargo, por lo general unos y otros tiene poca importancia; “suelen considerarse graves cuando hay varices vulvares y éstas se desgarran con producción de hemorragia” (Botella, 14ªed. 2002, pág. 594).

En las mujeres primíparas los desgarros del periné son muy frecuentes, se presentan en un 30% de los casos, a diferencia de las mujeres múltiparas en las que este porcentaje se encuentra entre el 6% y 10%. Así mismo, se puede afirmar que estos desgarros son más frecuentes en las primíparas viejas que en las jóvenes y en los partos prolongados que en los rápidos; así como cuando la cabeza es grande y en los partos de deflexión o en occipitoposterior.

De acuerdo a la extensión de estos desgarros y los músculos interesados, los desgarros del periné se clasifican en tres grados:

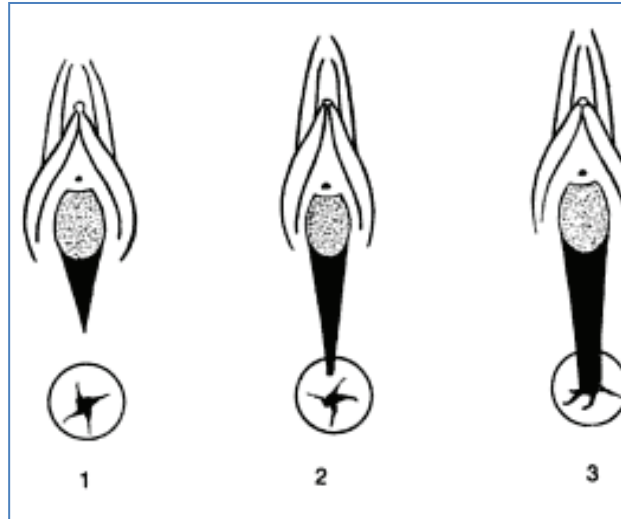
Grado I: cuando interesan el bulbocavernoso y los transversos.

Grado II: Cuando el desgarro es mayor e interesa también el elevador del ano.

Grado III: En el caso de que el desgarro interese el esfínter anal.

Los desgarros considerados más graves son los de grado III; en ellos el peligro no se encuentra en la producción de una herida, sino en el desfondamiento del suelo de la pelvis y por la rotura del esfínter anal, en la aparición de una incontinencia de heces. La mujer que sufre de un desgarro perineal grado III que no es correctamente suturado, queda con una incontinencia de heces y además con un desfondamiento pelviano, que da lugar a un prolapso genital. Si el desgarro es de grado II la mujer no sufrirá de incontinencia de heces pero como el suelo de la pelvis lo forma principalmente el elevador del ano, hay también un desdoblamiento y prolapso genital. Finalmente, los desgarros de grado I no suelen producir lesiones estáticas.

Gráfico No. 2.5 Grados de desgarro del periné



Fuente: (Botella, 14ªed. 2002, pág. 595)

En la actualidad se utiliza otra clasificación de los desgarros perineales, que involucra además de músculos piel y mucosa.

Tabla No. 2.1 Clasificación de desgarros

Tabla 1. Clasificación de desgarros perineales

1º grado	Lesión de piel perineal		
2º grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3º grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo <50%
		3b	Lesión del esfínter externo >50%
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Fuente: (Protocolo: Lesiones perineales de origen obstétrico, Clínica Barcelona)

2.1.3.1 Desgarros perineales y episiotomía

El trauma perineal puede ser definido como cualquier daño que sucede en los genitales durante el momento del parto, ya sea de manera espontánea en forma de desgarro o causado por una episiotomía.

Factores predisponentes maternos:

- El parto se produjo muy rápidamente y el perineo no tuvo tiempo de estirarse lentamente.
- La madre no puede controlar el pujo.
- Maniobras de Kristeler.
- Medicación intraparto (Analgesia epidural y oxitocina)
- Nuliparidad.
- Parto instrumental y/o episiotomía.

Factores predisponentes fetales:

- La cabeza del bebé es demasiado grande para pasar fácilmente por el orificio vaginal.

- Mal posiciones fetales, el bebé viene de nalgas y atraviesa la vía del parto primero con los pies o las nalgas. Especialmente occipito-posterior.
- Macrosomía.
- Distocia de hombros.

Por otra parte, las lesiones en el periné durante el parto son muy comunes y ocasionan problemas a corto y a largo plazo. No obstante, la morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma, debido a que después del parto presentan una mayor pérdida de sangre, problemas de sutura y dolor que persiste en casi una cuarta parte de las mujeres a las 8 semanas post parto y en algunas de ellas el dolor se alarga hasta el año post parto. (Sultan, 2005, pag.55)

Estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen:

- Hemorragia
- Formación de hematomas
- Dolor perineal
- infección
- Formación de abscesos
- Fístula y
- Dispare unía

También de eventos a largo plazo tales como:

- Prolapso genital,
- Disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal.

Es de suma importancia señalar que la episiotomía abarca los mismos planos que un desgarro de segundo grado y se acompaña de complicaciones tempranas y tardías de mayor severidad y duración que los desgarros espontáneos, incluyendo descenso genital e incontinencia urinaria y fecal de forma anatómica y disfunción sexual. (Glazener, 2007, pag.82)

Cabe recordar que la episiotomía es una incisión en el periné que se realiza para aumentar el tamaño de la abertura vaginal en el periodo expulsivo del parto en los casos en que esta parezca insuficiente y prevenir así los desgarros perineales de tercer y cuarto grado.

Además el riesgo de pérdida de bienestar fetal es un motivo para realizar una episiotomía a efecto de acortar el expulsivo, mencionada técnica se la realiza rutinariamente con la creencia, de que reduce los desgarros perineales graves (aquellos que lesionan al esfínter del ano) y que conserva el músculo de la pared pelviana relajado, favoreciendo la función sexual en el futuro y reduciendo el riesgo de incontinencia fecal o urinaria. Del mismo modo existe la creencia de que es beneficiosa para el bebé porque le permite salir con más facilidad evitando el sufrimiento durante el parto. (Williams, 2005, pag.164)

Un enfoque sustancial para restringir el uso rutinario de la episiotomía es la prevalencia de la anemia, pues es un gran número de las nuevas mamás que la presentan, siendo importante en este grupo evitar pérdida innecesaria de sangre durante la episiotomía.

2.1.3.2 Porqué se desgarran el perineo en el parto

Antes del parto, existe un período que se llama pródromos del parto, durante el cual, por medio de contracciones, débiles, fugaces y desorganizadas, se forma o acaba de formarse, el segmento inferior del útero para conseguir el indispensable reblandecimiento del cérvix, previo a su aplastamiento, borrado y dilatación. Si no se ha proporcionado la debida atención a esta fase del parto, ignorándose que de ella dependen, a veces, el éxito o el fracaso de la función, la dilatación de un cérvix resistente y duro, será más larga y difícil. Por el contrario, si el cérvix estaba blando, el período de dilatación habrá transcurrido, con la colaboración inteligente de la embarazada, sin nervios y sin prisas.

2.1.3.3 Reparaciones del periné

En el caso de que el desgarro sea de tercer grado, lo primero que se debe hacer es suturar la mucosa rectal hasta el punto en que se encuentra hendida; posteriormente, reunir los bordes del esfínter y luego suturar el elevador del ano. Posteriormente se realizan suturas de reforzamiento y de piel.

En el caso de que sea un desgarro de segundo grado; se debe restaurar el elevador del ano.

En un estudio analítico de cohorte prospectivo de mujeres atendidas por parto vaginal, sobre factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía en el Hospital Engativa ESE de Bogotá Colombia entre noviembre de 2006 y mayo de 2007; se obtuvieron los siguientes resultados (Abril & Alexandra Guevara, 2008):

- El estudio se practicó en 149 pacientes que reunieron las condiciones requeridas dentro del estudio; de las cuales el 40.9% (61 pacientes) no presentaron desgarro perineal y el 54.3% (81 pacientes) presentaron desgarro perineal tipo 2 o 3 que requirieron de sutura;
- De los desgarros que requirieron sutura, el 41.9% ocurrieron en mujeres nulíparas;
- El 97.5% de los casos se clasificaron como desgarro grado II y el 2.4% fueron de grado III.

En conclusión en el estudio mencionado se pudo constatar que no se encontró relación entre el nivel de experiencia del personal a cargo de atender los partos; en vista de que la atención, principalmente fue ejecutada por personal en etapa de entrenamiento. En lo que sí se halló relación fue en el peso fetal y la duración del trabajo de parto.

2.1.4 Otras lesiones obstétricas

2.1.4.1 Laceraciones labiales y vaginales

Forman un evento con mucha frecuencia en los partos vaginales. Si bien se asocian normalmente a los partos instrumentales también pueden tener lugar de forma espontánea. Es posible que se produzcan más laceraciones de la pared vaginal en un parto cuando no se procede a realizar una episiotomía. (Raisanen, 2008, pag.73)

Las laceraciones de la pared vaginal son generalmente longitudinales y en su mayor parte suelen ser superficiales, pero algunas pueden profundizarse y extenderse hasta la fosa para-rectal, y en casos muy raros pueden extenderse hasta la cavidad peritoneal.

Estas laceraciones regularmente no requieren reparación quirúrgica, no obstante sí una adecuada inspección cuidadosa de la vagina y del recto para descartar la existencia de desgarros de mayor grado o la presencia de desgarros de la mucosa anal. Si necesitan ser reparadas se realiza con suturas continuas entrecruzadas con material reabsorbible. (Raisanen, 2008, pag.74)

2.1.4.2 Hematoma vulvovaginal

Un sangrado constante de un vaso adyacente al tracto genital formará un hematoma que puede localizarse a cualquier nivel del canal blando del parto. El tamaño y la velocidad de crecimiento dependen del vaso implicado, pudiendo pasar desapercibidos durante las primeras horas después del parto.

Dependiendo de su localización pueden presentarse con manifestaciones clínicas variables, desde un edema vulvar hasta un colapso con shock hipovolémico que debe ser manejado como una emergencia obstétrica. Cuando causan dolor intenso, generalmente es debido a la disección del plano recto-vaginal o para-vesical, causando tenesmo rectal y dificultad en la micción respectivamente. (Mayers, 2006, pag.491)

Dentro de los factores de riesgo para la formación de hematomas se pueden mencionar a:

- Episiotomía,
- Parto instrumental (especialmente con fórceps),
- Primiparidad,
- Segunda fase del parto o expulsivo prolongado,
- Macrosomía,
- Estadios hipertensivos y
- Embarazo múltiple.

No existen estudios aleatorios acerca del tratamiento adecuado de los hematomas vulvo-vaginales. Sin embargo un hematoma importante por debajo del músculo del elevador del ano (infra-elevador), en la región de la vulva, periné y parte inferior de la vagina generalmente requiere drenaje, una inspección quirúrgica meticulosa e inserción de suturas hemostáticas profundas en la base del hematoma. (Sultan, 2006, pag.99)

2.1.4.3 Lesión cervical y uterina

Pequeñas laceraciones cervicales son muy frecuentes en partos vaginales, y en ausencia de un sangrado significativo se resuelven sin ninguna intervención.

Estas lesiones suelen ser poco hemorrágicas y localizarse a las tres y a las nueve horarias. Si son desgarros profundos que afectan a cúpula de la vagina deben ser reparados en quirófano con anestesia local o general, con la debida precaución de no incluir inadvertidamente en la sutura la vejiga (en los desgarros anteriores) o los uréteres (en los desgarros laterales).

Los desgarros uterinos son considerablemente raros y suelen ser consecuencia de partos instrumentales (especialmente con fórceps de Kjelland). Se asocian generalmente a rotura de cicatrices de cesáreas previas, con mayor riesgo en las cicatrices de cesáreas longitudinales (cesárea clásica).

2.1.4.4 Lesión nerviosa

Durante el momento del parto pueden producirse lesiones del plexo lumbosacro cuya etiología aún no está del todo aclarada. En un inicio se pensó en el estiramiento de las raíces nerviosas del plexo provocado por el descenso de la cabeza fetal a lo largo del canal del parto, o bien por daño directo producido por las ramas del fórceps de Kjelland al rotar la cabeza fetal. Al parecer las actuales creencias se inclinan más a explicar este tipo de lesiones por una herniación de los discos vertebrales en pacientes previamente predispuestas, en las que a lo largo del embarazo la debilidad preexistente se ha agravado con la laxitud de los tejidos y de las articulaciones motivada por los cambios hormonales propios de la gestación, y por la acentuación del grado de lordosis observada en el embarazo.

La lesión del nervio pudiendo en el lugar próximo a la espina ciática, donde se curva para introducirse en el canal de Alcock se ha relacionado con el desarrollo de una neuropatía pudenda que se ha demostrado implicada en la patogénesis del prolapso de órganos pélvicos y de la incontinencia urinaria y anal.

2.1.4.5 Lesión del tracto urinario bajo

Las fístulas vesico-vaginales o recto-vaginales muy ocasionalmente ocurren en el mundo desarrollado, no obstante constituyen una importante secuela en países subdesarrollados.

2.1.4.6 Incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos

Según varios autores la incidencia de incontinencia urinaria postparto varía entre un 20% y un 35% y aumenta con los partos vaginales, en especial con los instrumentales (fórceps, ventosa). Sin embargo, en diferentes estudios se ha observado que la realización de una cesárea, incluso antes de que se inicie el trabajo de parto, no previene por completo el desarrollo de estas complicaciones. Efectivamente, un porcentaje elevado de mujeres que no se han embarazado

desarrollarán a lo largo de su vida incontinencia urinaria y prolapso genital. (Fitzpatrick, 2005, pag.324)

De la misma manera se han implicado anomalías del colágeno y de los tejidos de sostén como factor etiológico en los defectos del suelo pélvico.

2.1.5 Las diferentes posiciones del parto

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 No. 2.6 Posición horizontal



Fuente: www.elpartoesnuestro.es

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” (Lugones, 2012).

La posición en decúbito lateral también se usa para los partos espontáneos y asistidos, con la ventaja de que evita la compresión de la aorta o la vena cava inferior por parte del útero.

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.

El Dr. Miguel Lugones (2012) menciona también la posición de McRoberts, con los muslos hiperflexionados, que se introdujo para resolver la distocia de hombros; en la cual según el Dr. Lugones se ha demostrado un aumento en la fuerza expulsiva en el período expulsivo del trabajo de parto (Lugones, 2012).

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 el Dr. Lugones -quien observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas, en posición de rodillas, de cuclillas, sentadas, semisentadas, usando ladrillos, piedras, pilas de arena o bancos de partos-, y que hace una descripción pormenorizada con más de 30 posiciones para parir. En la tabla No. 2.2 se pueden apreciar las principales posiciones durante el parto:

Tabla No. 2.2 Principales posiciones durante el parto

HORIZONTAL	VERTICAL	OTRAS
Decúbito supino: con miembros inferiores extendidos	De pie	Genupectoral
Decúbito supino: con miembros inferiores en doble flexión	Sentada	Cuadrupedia
Decúbito lateral: posición de SIMS	En cuclillas	Mixtas
Posición de litotomía o ginecológica	De rodillas	

Fuente: (Lugones, 2012)

Elaborado por: las autoras

Gráfico No. 2.7 Posición vertical



Fuente: (Perú C. d., 2011)

2.1.6 Instrumentos para el parto

La sala de partos o paritorio debe ser amplia, insonorizada y dotada de un mínimo de instrumentos; en ella se debe encontrar:

Tabla No. 2.3 Instrumentos para el parto

PARTO NORMAL*	PARTO VERTICAL**
<ul style="list-style-type: none"> • Una mesa de partos que permita instalar a la mujer en posición ginecológica mediante perneras o estribos. • Materiales para el examen de la parturienta: • Una caja estéril que contenga: 2 pinzas de Kocher, 1 tijera para la episiotomía, 1 tijera para otros usos y 1 pinza para el cordón. • Una toma de oxígeno y otra de vacío próximas a la mesa. • Un sistema de iluminación eficaz para iluminar la zona vulvo-perineal. • El mobiliario necesario para poder realizar el lavado quirúrgico de manos. • Un puesto de almacenaje de materiales que contengan medicamentos, paños, batas estériles, instrumental de reserva, equipos estériles de partos, compresas y gasas estériles, material de sutura, entre otros. • Una unidad móvil de anestesia. • Una unidad de monitorización continua y de auscultación Doppler. • Una cuna térmica, con lámpara de calor radiante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Catgut • Tensiómetro • Electroscopio • Equipo de recepción y reanimación neonatal • Balanza pediátrica • Lámpara de cuello de ganso • Soporte para suero • Dos sillas • Estanterías para guardar medicamentos • Fuentes de calor, como calefactores • Taburete • Cama • Argolla de metal instalada en el techo • Soga gruesa de 5 metros • Una colchoneta • Campos para la colchoneta • Recipiente de acero inoxidable • Fundas de agua caliente • Botas o medias de tela • Campos para la recepción del recién nacido • Batas o ropa adecuada de algodón para la parturienta • Medicamentos para el parto • Estantería para plantas medicinales propias de la zona • Utensilios para la preparación de

<ul style="list-style-type: none"> • Un armario donde se guarda la ropa del recién nacido, el colirio ocular y el material de curas para el ombligo. 	<p>aguas medicinales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recipientes de cortopunzantes • Incubadoras
---	---

* (Botella, 14ªed. 2002)

**De acuerdo a la Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado (Ecuador, 2008)

Elaborado por: las autoras

Gráfico No. 2.8 Mesa de Parto Convencional



Fuente: www.bioscomchileltda

Gráfico No. 2.9 Sala de parto intercultural. Casa Materna Hospital Purata



Fuente: Hospital Purata

En el gráfico que antecede se pudo observar una silla para atender en posición sentada, semisentada; colchoneta para atender en posición sentada, de rodillas, en cuclillas, parada o plegaria mahometana.

2.1.7 Factores que intervienen en la posición del parto

Los factores que intervienen en la posición que acogen las mujeres durante el parto son numerosos y complejos; y por lo general, es influida por las normas establecidas de cada lugar. En países como el nuestro, en el que la mayoría de los nacimientos se suscitan en un medio hospitalario, las normas usualmente han sido creadas en base a la experiencia que brindan los conocimientos de los especialistas que van de la mano con las exigencias y avances médicos.

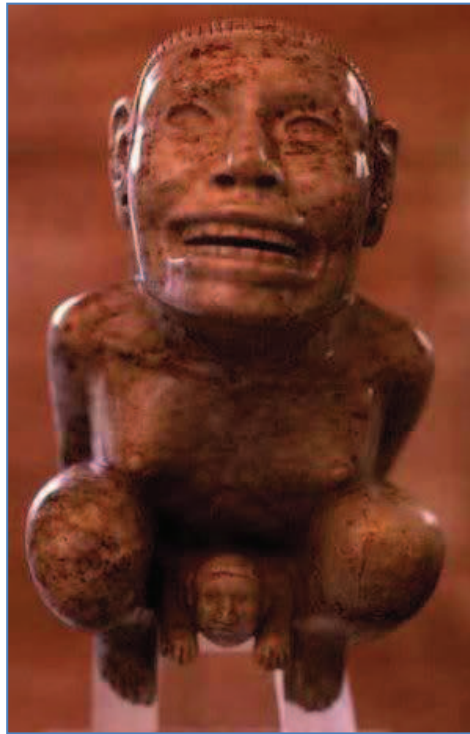
En este caso también influyen los procedimientos médicos como: la monitorización fetal, el tratamiento intravenoso si fuere necesario, la analgesia, los exámenes, entre otros. También hay que considerar que “durante el período expulsivo del trabajo de parto, prácticas como el apoyo perineal y la asistencia al nacimiento durante el parto espontáneo han influido en las opciones para las posiciones asumidas por las mujeres” (Lugones, 2012)

2.1.8 Parto cultural a través de la historia

Distintos vestigios indican que la mujer a lo largo de la historia ha elegido diferentes variantes de la posición de pie; tal cual se puede mirar en las esculturas y grabados de las diferentes culturas encontradas en todo el mundo.

La historia señala que para los aztecas de la antigüedad, un embarazo era motivo de regocijo y “la mujer era colocada bajo la protección de las diosas de la generación y de la salud” (Fernández, 2001, pág. 168).

Gráfico No. 2.10 Diosa azteca Tlazolteotl



Fuente: www.mamatriztica.blogspot.com (consultado el 10/10/2012)

La partera era la encargada de realizar la palpación para identificar si el niño se encontraba en buena posición, caso contrario, realizaba las maniobras respectivas para mejorar la misma.

De acuerdo al autor F. Fernández (2001) la posición durante el parto era colocar a las mujeres boca abajo en cuatro, con las manos en el suelo y la partera recibía al niño por detrás (Fernández, 2001, pág. 169). Se dice que esta postura disminuía las posibilidades de tener una ruptura de periné; acostumbraban dar a beber a la gestante una infusión de una yerba molida llamada cihuapactli que tenía la virtud de empujar hacia afuera a la criatura y si aún con esto no lograba expulsarla se procedía a darle de la cola de un animal que consumido en exceso podía provocar que todos los intestinos salieran.

Las mujeres que morían en trabajo de parto eran consideradas diosas por las parteras y se disputaban sus cabellos. (Robati, 2011)

Junto a la costumbre del peinado, el uso de amuletos y diferentes rituales era algo común y muy extendido. Existían toda una gama de talismanes, exorcismos, ruegos y regalos a los templos, que forman parte de las relaciones entre la magia y la medicina, entre ciencia y superstición. (Robati, 2011)

Las culturas andinas, mayas, aztecas, muestran que los gestos y actitudes de las diosas que paren en vertical son un reflejo de las prácticas y tradiciones de las mujeres respecto al parto, al tiempo que representan un arquetipo femenino creador de la vida y de la cultura. (Paris, 2011)

También, se pueden aludir las culturas precolombinas, donde los hallazgos indican que "la posición vertical para parir dominaba, bien fuera en cuclillas, arrodillada o sentada" (Lugones, 2012, pág. 132).

La Pachamama o "Mamá Pacha", "Madre Tierra", diosa de pueblos autóctonos andinos, aparece también pariendo en cuclillas, con la luna, el sol y las estrellas pintados sobre el rostro. (Paris, 2011)

Gráfico 2.11 Diosa Pachamama de los pueblos precolombinos



Fuente: El parto en diferentes posiciones a través de la historia y la cultura
Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia

La mujer embarazada imploraba a los dioses para tener un buen parto, quemando ropa y enterrando ovejas vivas. Creían que el dolor estaba ocasionado por un demonio que había enredado los intestinos. (Paris, 2011)

El hechicero colocaba encima del vientre un amuleto sagrado, le daba varias vueltas, deshacía el enredo y quitaba el dolor. (Robati, 2011)

A través de la historia se pueden mencionar también, los hallazgos hechos en Egipto que indican que “el parto ocurría de rodillas o con las mujeres sentadas en sillas especiales” (Lugones, 2012); en la época de Hipócrates de Grecia “existían sillas de parto con asiento abierto y respaldo inclinado y en el Imperio Romano la mujer paría sentada en un sillón obstétrico” (Lugones, 2012, pág. 133).

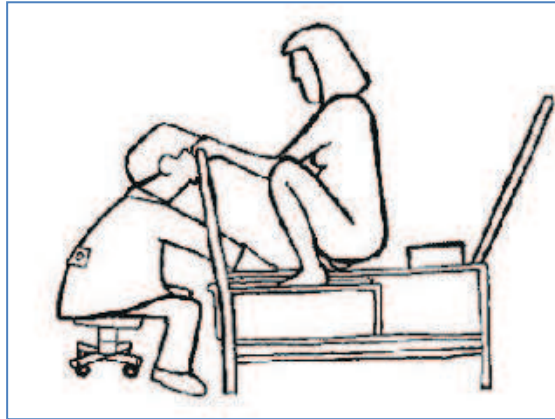
Las referencias bibliográficas indican que en los siglos XIII, XIV y XV en Europa se utilizaban sillas de partos. Fue en el siglo XVII, que al haberse producido la muerte de María de Médicis durante el parto, “la partera real francesa fue suplida por Julien Clement, primer cirujano partero de la historia, quien introdujo la posición horizontal para beneficio del obstetra” (Lugones, 2012, pág. 136).

En el siglo XVIII el parto en posición vertical es considerado como aquel en el cual “el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas” (Lugones, 2012, pág. 137).

Dentro de posiciones verticales se pueden mencionar:

- Sentada (pudiendo utilizar silla o banqueta obstétrica).
- Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical).
- De rodillas.
- En cuclillas (sin ayuda o usando barras de cuclillas).
- Acuclillada (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto).
- Parada (sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca, cuerda, entre otros).

Gráfico No. 2.12 Parto vertical en cuclillas



Fuente: www.partovertical-encuclillas.blogspot.com (consultado el 10/10/2012)

En varios países del mundo, la población de origen indígena continúa recurriendo a las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Como el caso de Perú que cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural.

Hace casi una década se formó la “Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento”, con la participación de agrupaciones de más de 20 países. 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” (Bravo, 2008).

2.2 Ventajas y desventajas de las diferentes posiciones de parto

Como se había expuesto en el literal 1.2.3 existen diferentes posiciones para el parto; a continuación se exponen las ventajas y desventajas que presentan las mismas, de acuerdo al autor Imaz Uranga (4ªed, 2002):

Tabla No. 2.4 Principales ventajas de las diferentes posturas

POSICIÓN	VENTAJAS
Decúbito supino	<ul style="list-style-type: none">• Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias posparto.• Más cómoda para el obstetra.
De pie	<ul style="list-style-type: none">• Mayor eficacia de las contracciones uterinas.• Mejor oxigenación fetal.

	<ul style="list-style-type: none"> • Menor necesidad de analgesia y oxitocina. • Menor tasa de episiotomías.
Decúbito lateral	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.
Cuadrupedia	<ul style="list-style-type: none"> • Menos trauma perineal ya que la gravedad aleja la presión de periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal. • La elasticidad perineal es mayor en esta postura.
Cuclillas	<ul style="list-style-type: none"> • Diámetros pélvicos aumentados. Necesaria menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales. • Disminuyen las laceraciones perineales.
Sedestación	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas. • Alivia el dolor de la parte baja de la espalda.

Fuente: (Lugones, 2012)

Elaborado por: las autoras

2.2.1 Ventajas de la posición horizontal

Dentro de las ventajas de la posición horizontal se pueden mencionar las siguientes (Uranga, 4ta. ed. 2002, pág. 516):

1. Favorece la comodidad del médico en la atención del parto.
2. Favorece la revisión médica.
3. Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

2.2.2 Desventajas de la posición horizontal

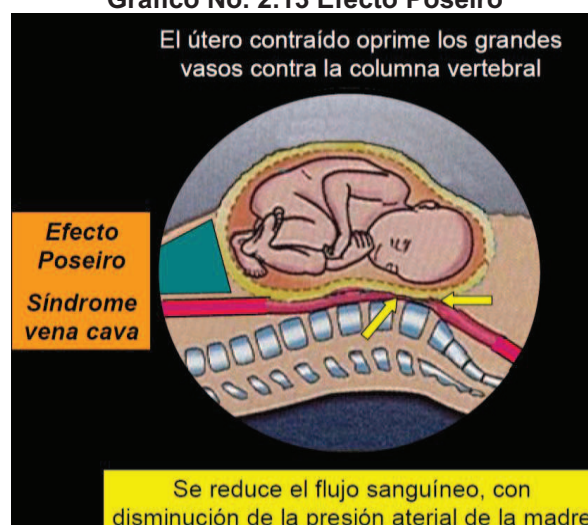
A continuación se detallan las desventajas que presenta la posición horizontal (Uranga, 4ta. ed. 2002, pág. 520):

Efectos respiratorios. La posición horizontal de la madre favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar originando una inadecuada ventilación pulmonar por parte de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.

Efecto Poseiro. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs), útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente puede presentar palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia. Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la paciente.

Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen un sinnúmero de efectos muy peligrosos que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdico.

Gráfico No. 2.13 Efecto Poseiro



Fuente: (Salud., 2010)

Efectos mecánicos. La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, causan que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden reducir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto como sucedería si se tratase de comer o defecar estando en posición horizontal, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.

Efectos fisiológicos. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

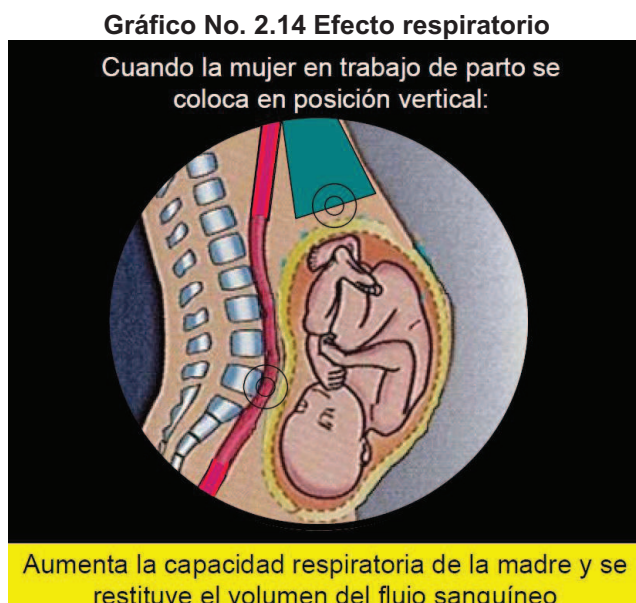
Efectos psicológicos. Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño.

Se puede mencionar que una desventaja de esta posición es “el aumento en el índice de cesáreas y de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas y aumento del temor y no colaboración de la madre” (Perú M. d., 2005).

2.2.3 Ventajas de la posición vertical

De acuerdo a lo estipulado en la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural emitida por el Ministerio de Salud de la República del Perú (2005), como estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva, las ventajas del parto en posición vertical son (Perú M. d., 2005):

Efectos respiratorios: El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.



Fuente: (Salud., 2010)

Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece una mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis. Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se

complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. El bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transverso, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones 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. El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana se encuentran los músculos abductores; mismos que tienen la labor de colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.

Disminución de los riesgos de compresión aortocava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supino hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias iliacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).

Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo.

Esto implica también menor uso de la oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.

Disminución de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.

La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebe y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.

La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.

La posición vertical evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical.

Efectos psicoafectivos. Se proporcionan efectos de este tipo importantes para a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación y de mayor satisfacción durante y después del parto.

Cuando el cuerpo se encuentra en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas naturales. De este modo la vagina adquiere identidad propia, como canal expulsivo y se diferencia de la vagina en coito como receptáculo activo del pene.

2.2.4 Desventajas de la posición vertical

Las desventajas de esta posición son las siguientes (Perú M. d., 2005):

1. Aumenta el riesgo de pérdida de sangre.

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

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

De acuerdo a lo estipulado por el Dr. Lugones (2012), se ha hecho énfasis en las ventajas de algunas posiciones para el período expulsivo como se puede apreciar en la tabla No. 2.5 que se detalla a continuación (Fernández, 2001)

Tabla No. 2.5 Posición ginecológica. Posturas facilitantes

Fase: período expulsivo	Postura	La pelvis	El feto
1ra. Parte: encajamiento	Flexión máxima caderas. Separación y rotación externa de caderas (se juntan los isquiones, se abren los iliacos). Flexión tronco y cuello 20-30°	Retroversión pélvica. Aplanamiento lumbo-pélvico. Contranutación sacro. Se abre estrecho superior.	Finalizada la dilatación se comienza el descenso por la excavación pélvica.
2da. Parte: Descenso	Flexión caderas unos 90°. Separación y rotación interna de caderas (se separan los isquiones). Más incorporada.	Pelvis libre. Inicio nutación sacro. Separación isquiones. Contacto con el suelo pélvico (rotará cabeza).	El feto inicia la rotación cefálica guiado por la musculatura del suelo pélvico.
3ra. Parte: desprendimiento	Flexión caderas unos 90°. Separación y rotación interna de caderas. Más incorporada.	Pelvis libre. Isquiones separados. Nutación sacra. Retropulsión coxis. Se abre estrecho inferior.	Feto orientado hacia el hiato urogenital (periné anterior).

Fuente: (Lugones, 2012)

Elaborado por: las autoras

Se debe considerar también las experiencias de Caldeyro-Barcia (citado por (Lugones, 2012), que “mostraron que caminar durante el período de dilatación

mejoraba la calidad de las contracciones, acortaba la duración del trabajo de parto y podía hacer más tolerable el dolor” (Lugones, 2012).

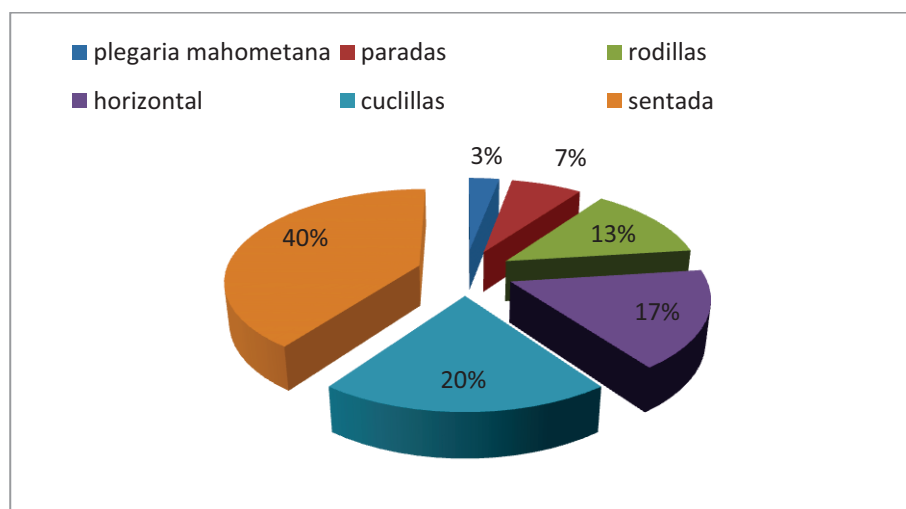
Es necesario señalar que el parto vertical está indicado en gestantes sin complicaciones obstétricas, en donde la presentación del feto sea cefálica y donde exista compatibilidad céfalo – pélvica (Lugones, 2012).

Existen algunos estudios efectuados con el propósito de verificar los beneficios que otorgan el parto vertical; a continuación se exponen algunos de ellos.

En un estudio realizado en Bolivia en el Hospital Manuel A. Villaroel en el año 2010 sobre los beneficios de la posición vertical para la atención del parto se pudieron apreciar los siguientes resultados (Nibroska, 2010):

De las 30 pacientes atendidas de manera tradicional, el 17% mantuvieron posición horizontal y las que optaron por parto vertical durante el expulsivo diferentes posiciones. Un mayor número adoptó la posición sentada (40%) y en un 20% se atendieron de cuclillas. Un menor número estuvieron de rodillas, paradas o en plegaria mahometana. En el gráfico No. 2.15 se puede apreciar los resultados:

Gráfico No. 2.15 Posición de parto en el estudio realizado en el Hospital M. Villaroel (Bolivia 2010)



Fuente: (Nibroska, 2010)

Elaborado por: las autoras

El mismo estudio mostró que de los partos que se practicaron en posición vertical, el 24% presentaron casos de desgarros perineales y de las pacientes que fueron atendidas en posición horizontal el 27% presentaron algún grado de desgarro.

La frecuencia de desgarro perineal de I grado fue de 20% en posición vertical y 26% en horizontal. En cuanto a los desgarros de segundo grado, un 4% se presentó en posición vertical y en 1.4% en horizontal.

La frecuencia de desgarro perineal en posiciones verticales se presentó de la siguiente forma: En 12 pacientes en posición sentada, un caso de desgarro perineal de I grado, de las 6 pacientes en posición en cuclillas se dieron dos casos; de las 4 pacientes en posición de rodillas se produjeron dos casos y de las dos pacientes en posición de pie se produjo un caso de desgarro de II grado.

En el mismo estudio se verifica que de 73 partos atendidos en posición horizontal, en 19 se realizaron episiotomía; de 25 pacientes atendidas en posición vertical se practicó esta técnica en solo una paciente.

Un dato importante dentro de este estudio fue el que las pacientes que fueron atendidas de manera tradicional fueron acompañadas durante el período expulsivo en un 44% por su pareja; el 23% por algún familiar cercano y un 10% recibieron la compañía de su pareja y un familiar y el 20% no tuvieron compañía.

Este estudio concluyó que las posiciones verticales para la atención del parto aportan beneficios como la disminución en la práctica rutinaria de episiotomía como menor incidencia de complicaciones hemorrágico infecciosas. “La posición sentada fue la más frecuentemente adoptada y se ha demostrado que es la que con menor frecuencia se complica con desgarros perineales” (Nibroska, 2010).

En otro estudio realizado por los doctores Jorge Calderón, José Bravo y Roberto Albinagorta con el objetivo de determinar las ventajas del parto vertical frente al parto horizontal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, de Lima Perú, efectuado en el año 2006 con una muestra de 160 parturientas de las cuales 80 optaron por el parto vertical, se obtuvieron los siguientes resultados (Bravo, 2008):

El tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min, respectivamente). El volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos (300 mL y 296,74 mL). Considerando el uso y el no uso de oxitocina posparto, 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 la 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 vacumm, 1 fórceps de salida). Se presentó un hematoma vaginal y una hemorragia posparto, 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).

Tabla No. 2.6 Distribución porcentual del desgarro vaginal, según tipo de parto

Desgarro vaginal	Parto	
	vertical n (%)	horizontal n (%)
• Anterior	12 (20,3)	4 (11,4)
• Posterior	24 (40,7)	13 (16,3)
• Anterior y posterior	13 (22,0)	4 (11,4)
• Ninguno	10 (16,9)	14 (40,0)
Total	59 (100)	35 (100)

Prueba chi cuadrado (p) = 0,000

Fuente: (Bravo, 2008)

Un informe emitido por el Colegio de Obstetras del Perú indica que el parto vertical en el Perú contribuye a mejorar la salud y reducir la mortalidad materna (Perú C. d., 2011). De esta manera, se destaca que en este país existe una importante experiencia en la atención del parto en posición vertical, en la cual él o la

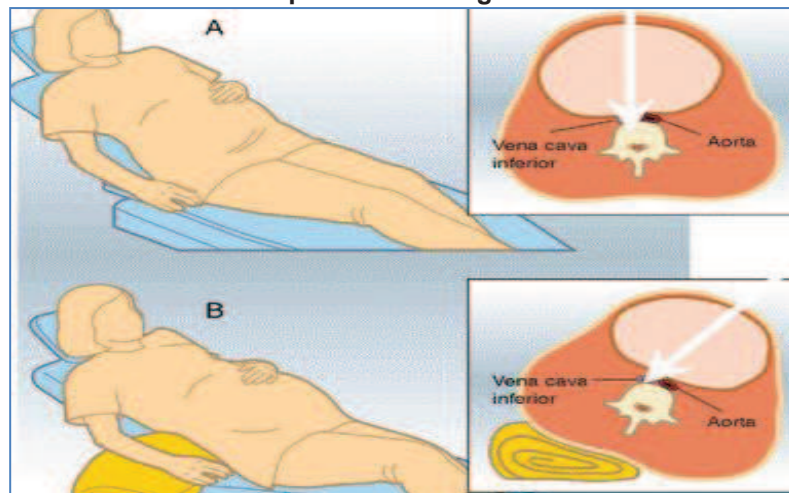
profesional obstetra ha contribuido eficientemente. Su implementación ha sido progresiva más en las poblaciones rurales como una estrategia para facilitar el acceso a los servicios de atención materna y ha generado un notable cambio en diversos indicadores de salud.

2.3 Fisiología del parto vertical

A continuación se procede a detallar la fisiología del parto vertical de acuerdo a estudios obtenidos por el Ministerio de Salud de la República del Perú; país que hace algunos años ha incorporado en los centros de salud la atención de este tipo de parto (Perú M. d., 2005):

- 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.

Gráfico No. 2.16 Compresión de los grandes vasos maternos

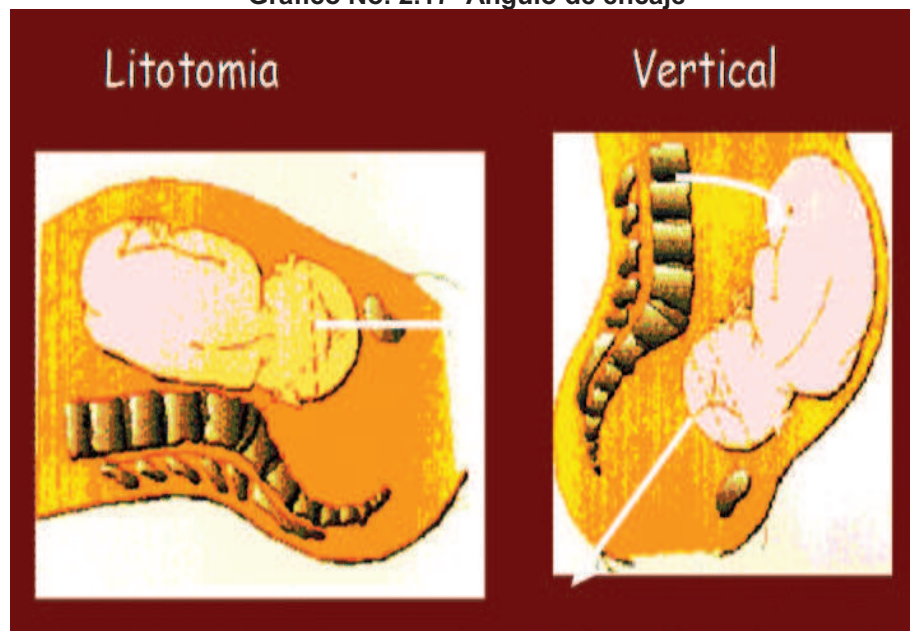


Fuente: www.sciencedirect.com

- Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período de dilatación, como en el expulsivo.

- Las técnicas y posiciones de las piernas que además de dar un punto de apoyo para facilitar el trabajo de los músculos abductores en la apertura del canal del parto, evitan el sobre estiramiento del periné, reduciendo los desgarros y la necesidad de realizar la episiotomía (Mendez, 2002, vol 44)
- Existe aumento de los diámetros del canal del parto: 2cm., en sentido ántero posterior y 1cm. en trasverso.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto.

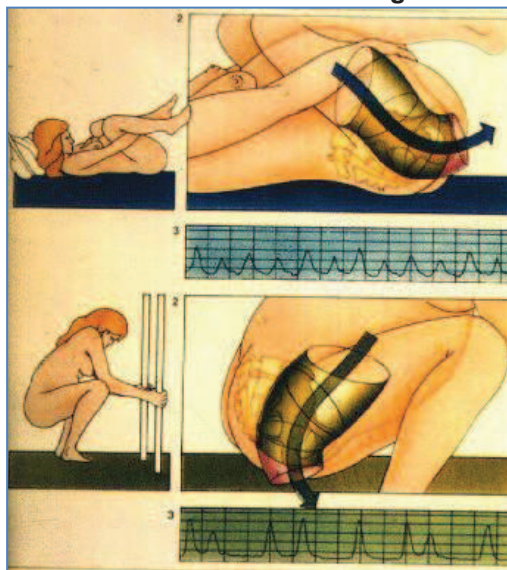
Gráfico No. 2.17 Ángulo de encaje



Fuente: www.sciencedirect.com

- 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 y 40 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando adopta posición vertical. De la misma forma, 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.

Gráfico No. 2.18 Acción de la gravedad



Fuente: www.sciencedirect.com

- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardiacos fetales.
- El trabajo de parto en posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente.
- El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos como: menos dolor, sensación de libertad y mayor satisfacción después del parto.
- Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación.

2.3.1 Atención del parto vertical

La atención del parto vertical comprende un conjunto de procesos y acciones dentro de los establecimientos de salud que permiten brindar una atención de calidad a las mujeres gestantes que opten por este tipo de parto.

En cuanto a recursos humanos se refiere, “el personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde el inicio una relación empática con las parturientas y familiares” (Perú M. d., 2005), propiciando un ambiente idóneo que brinde confianza y seguridad.

La Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en agosto del año 2008; indica que esta normativa es “de aplicación nacional en establecimientos de salud públicos y privados de I y II nivel, tanto en el área urbana como rural” (Ecuador, 2008, pág. 39).

De acuerdo a esta Guía, los profesionales de la salud deberán contar con capacidades técnicas, además deberán reunir un conjunto de habilidades y destrezas para la atención obstétrica y neonatal.

El equipo de salud deberá estar formado por:

- Médico General
- Obstetrix
- Enfermera
- Partera o partero certificado por el Ministerio de Salud Pública.

Dentro de los componentes de provisión de esta guía se estipulan el conjunto de cuidados y atenciones que el personal de salud, la familia y la comunidad deben brindar a la parturienta, durante el trabajo de parto, parto y post parto y al recién nacido.

Primero se elaborará el plan de parto, que debe ser realizado entre el equipo básico de atención de salud, la embarazada, la familia y la comunidad durante el embarazo, en donde se debe definir:

1. Acompañamiento
2. Transporte

3. Organización familiar
4. Atención del parto
5. Corte del cordón umbilical
6. Entrega de la placenta

Como segundo punto se encuentra la recepción de la gestante y su acompañante, en la cual se le brindará una cálida bienvenida que revele una predisposición de acoger, respetar las particularidades culturales y circunstancias personales y familiares. A continuación, se solicitará el carné materno, mismo que se deberá adjuntar a la historia clínica de la paciente.

La paciente podrá conservar sus propias ropas, con la recomendación de que estén limpias u ofrecerle la ropa adecuada de la unidad médica.

La Normativa de Atención Culturalmente Adecuada del Parto emitido por el MSP del Ecuador señala:

1. Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.
2. Establecer una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente.
3. Evaluar a la paciente, realizando el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma.
4. Explicar en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y hacer conocer, a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto.
5. Escuchar atentamente y responder las inquietudes de la paciente y sus acompañantes en forma sencilla, evitando emplear términos técnicos.

6. Permitir que la partera, partero y/o su acompañante intervengan en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente.
7. Asegurarse de que la medicación, instrumentos e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento.
8. No imponer una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, dejar que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.
9. Permitir que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto conocido no es perjudicial para la madre o el niño. En caso de no conocer sus efectos, dialogue con la partera o partero para presentar otras alternativas.
10. Cumplir con el protocolo de atención detallado en la guía durante las diferentes etapas del parto.
11. Se debe promover el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el bebé.
12. Antes de dar el alta médica, proporcionar asesoramiento anticonceptivo de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando exista rechazo de parte de la pareja.
13. Al dar el alta, informar a la paciente de los signos de alarma del puerperio que requiere atención médica inmediata.
14. Recomendar el aseo de las manos y corte de las uñas de la madre antes de la lactancia a fin de evitar enfermedades diarreicas en el infante.

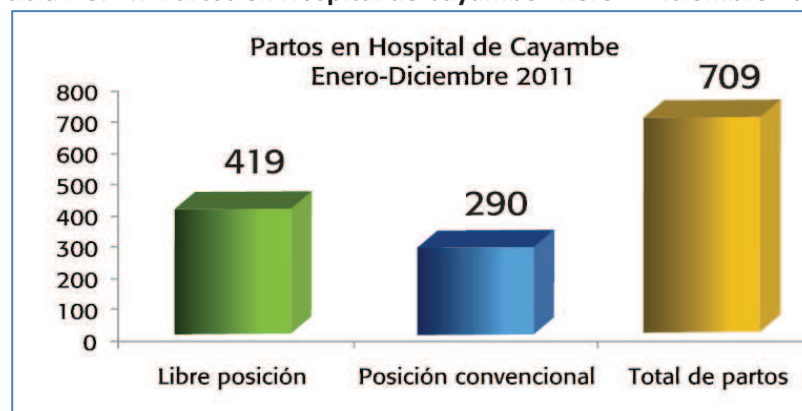
15. Indicar a la paciente que debe acudir al control postparto luego de una semana.

Cabe señalar, que a partir del año 2002 se inicia la implementación del Modelo de Gestión Intercultural en el Área de salud N° 12, Hospital Raúl Maldonado Mejía, ubicado en el cantón Cayambe de la provincia de Pichincha que reporta una población de 79.847 habitantes y que el 69% de su población está conformada por Kichwa del pueblo de Kayampi, para lograr la participación y el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud, especialmente maternos; actualmente, se están fortaleciendo los comités de salud, quienes desarrollan planes de acción en conjunto con los centros de salud y el hospital de Cayambe. En este sentido los comités de salud y las parteras tradicionales contribuyen en la organización para atender las emergencias obstétricas.

A partir de mayo de 2011, con la finalidad de mejorar la calidad y calidez en atención de partos, se implementó una sala para estimulación prenatal y psicoprofilaxis del parto, con el fin de atender adecuadamente a las usuarias.

En este hospital durante el año 2011, 131 mujeres embarazadas recibieron talleres de estimulación prenatal y psicoprofilaxis del parto; 419 usuarias ejercieron su derecho a elegir la posición en el momento del parto y el acompañamiento de su pareja o de un familiar.

Tabla No. 2.7 Partos en Hospital de Cayambe Enero – Diciembre 2011



Fuente: (CARE, 2011)

2.3.2 Aspectos socio culturales

Debido a las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental, el sistema biomédico moderno se ha institucionalizado, por encima de todas las posibilidades, como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones.

“El conocimiento científico se ha oficializado como la única forma permitida de conocimiento, excluyendo a otras formas por considerarlas míticas, empíricas y primitivas” (Ecuador, 2008, pág. 27).

Los servicios de salud, específicamente los hospitales, se consideran como una oportunidad para atender enfermedades varias y específicamente las complicaciones del parto. Sin embargo, aunque parezca contradictorio, desde la percepción y cosmovisión indígena, la misma clínica u hospital, en muchas ocasiones también se valora como un lugar con riesgos importantes a la salud.

Es por esto que entre los años 1980 y 1990, han surgido y se han consolidado nuevos movimientos sociales; estas nuevas corrientes encuentran su fundamento en reivindicaciones culturales, étnicas, de género y de orientación sexual, entre otras. “En los países de la Región y en los foros internacionales, empiezan también a hacer sentir su presencia los movimientos y organizaciones indígenas” (Nureña, 2009).

En 1992, la Organización Panamericana de la Salud OPS propone que se considere más detenidamente la salud y el bienestar de los indígenas. En 1993 se organizó una reunión en Winnipeg, Canadá, que congregó a representantes de los pueblos indígenas, de los gobiernos y otros interesados de 18 países de la Región. Las recomendaciones del encuentro, agrupadas en la propuesta “Iniciativa de salud de los pueblos indígenas”, planteaban entre otras: la necesidad de considerar la salud con un criterio integral; el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación y a la participación sistemática; el respeto por las culturas indígenas y su revitalización y la reciprocidad en las relaciones con otros grupos.

Varios países han desarrollado políticas o copiado experiencias que promueven “la incorporación de los tratamientos y las medicinas tradicionales en sus respectivos sistemas sanitarios, y otros han dispuesto mediante proyectos específicos una observación intercultural más profunda de las prácticas de salud tradicionales” (Nureña, 2009).

Así se puede mencionar el caso “del parto vertical que ha constituido una práctica milenaria de quizá todas las culturas” (Nureña, 2009). En la actualidad se entiende el parto como una condición de salud que requiere intervención médica, en otros contextos se lo considera un hecho natural. “Hoy el parto vertical se está difundiendo en muchos países, y esto ha impulsado un debate académico sobre las ventajas y desventajas de una u otra modalidad de parto” (Nureña, 2009).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se efectuó gracias a la colaboración recibida por parte del personal del área de ginecología del Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe.

3.2 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

El periodo de la investigación fue entre los meses de Septiembre a Noviembre del año 2012.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 Recursos humanos

El presente trabajo fue efectuado y analizado por las investigadoras, directamente con las pacientes con trabajo de parto que acudieron al Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe en busca de atención ginecológica durante el periodo de investigación.

3.3.2 Recursos físicos, infraestructura y equipamiento

Dentro de los recursos físicos, infraestructura y equipamiento, se cuentan los utilizados por los médicos y asistentes del Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe en el área de ginecología.

Adicionalmente, para el cumplimiento del presente análisis, se cuenta con un procesador informático, una cámara fotográfica, una impresora, material de escritorio, material bibliográfico de apoyo y sustento teórico.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.4.1 Universo

Para el presente estudio se determinó el universo en base al número de pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe en parto natural al día y por semana, dado que este se realizará durante el periodo de los 365 días del año, a un promedio de 3 partos diarios el número total de la población será de: 1.095 partos.

3.4.2 Muestra

La muestra de la investigación está constituida por las 281 pacientes en trabajo de parto que acudieron al Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe entre septiembre a noviembre del año 2012, para dar a luz mediante parto normal.

Al conocer el tamaño de la población objetivo el cálculo del tamaño de la muestra se lo determinará mediante la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{NpqZ^2}{pqZ^2 + e^2(N-1)}$$

Fuente: Grande et al., 2011:266.

Dónde:

N = Tamaño del universo de la investigación = 1.095 partos naturales.

p = Probabilidad de aceptación = 0.5

q = Probabilidad de rechazo = (1-p) = 0.5

Z = Valor para un nivel de confianza de 95%= 1.964

e = Error tolerado = 5%

$$n = \frac{1.095 * (0,5)(0,5)(1,964)^2}{(0,5)(0,5)(1,964)^2 + (0,05)^2(1.095-1)} = 280,44 = 281$$

El tamaño de la muestra es 281, cantidad que representa el número de casos a tomarse de pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe en parto natural, para el estudio investigativo.

3.4.3 Criterios de inclusión:

Todas las mujeres que sean hospitalizadas a sala de labor con más de 36 semanas de edad gestacional, normotensas, con feto único con presentación cefálica, sin complicaciones en embarazos previos, y que manifiesten de manera verbal y posteriormente con la firma del consentimiento informando su deseo de participar en la investigación en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe. (CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO No. 1)

3.4.4 Criterios de exclusión:

Todas las mujeres que sean ingresadas directamente para cesárea o que por DCP o preeclampsia se termina el embarazo por vía alta; las mujeres con menos de 36 semanas de edad gestacional; embarazo múltiple y aquellas mujeres que manifiesten explícitamente su deseo de no participar en el estudio en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe.

3.5 MÉTODOS

3.5.1 Tipo de investigación

El estudio es descriptivo observacional transversal comparativo, pues lo fundamental es comparar cada una de las variables con el tipo de parto ya sea vertical u horizontal. Se ejecutó basándose en el análisis de las fichas de datos clínicos de las pacientes en trabajo de parto que acudieron al Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe para dar a luz mediante parto normal.

3.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la presente investigación se recurrió a la estadística descriptiva del programa SPSS Versión 19 del CDC, ya que por este medio se puede inferir si los factores que se presentan tienen correlación e influencia significativa sobre los resultados; con el fin de determinar las ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en las pacientes atendidas entre septiembre a noviembre del año 2012 en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe.

- Se analizaron los promedios de las variables cuantitativas con las respectivas desviaciones estándar
- Se realizó un análisis multivarial de:
 1. Cálculo de proporciones de variables cualitativas con cualitativas mediante tablas 2X2.
- Para la significancia (demostrar si la diferencia de proporciones cualitativas es significativa) se utilizó el Chi cuadrado y valor de p entre colas.
- Para determinar las variables a relacionar con los desgarros constituyen un factor de protección o de riesgo utilizamos el Riesgo relativo (RR).

$$\frac{a/(a + b)}{c/(c + d)}$$

< 1: factor de protección

= 1: no tienen relación

>1: factor de riesgo

CAPITULO IV

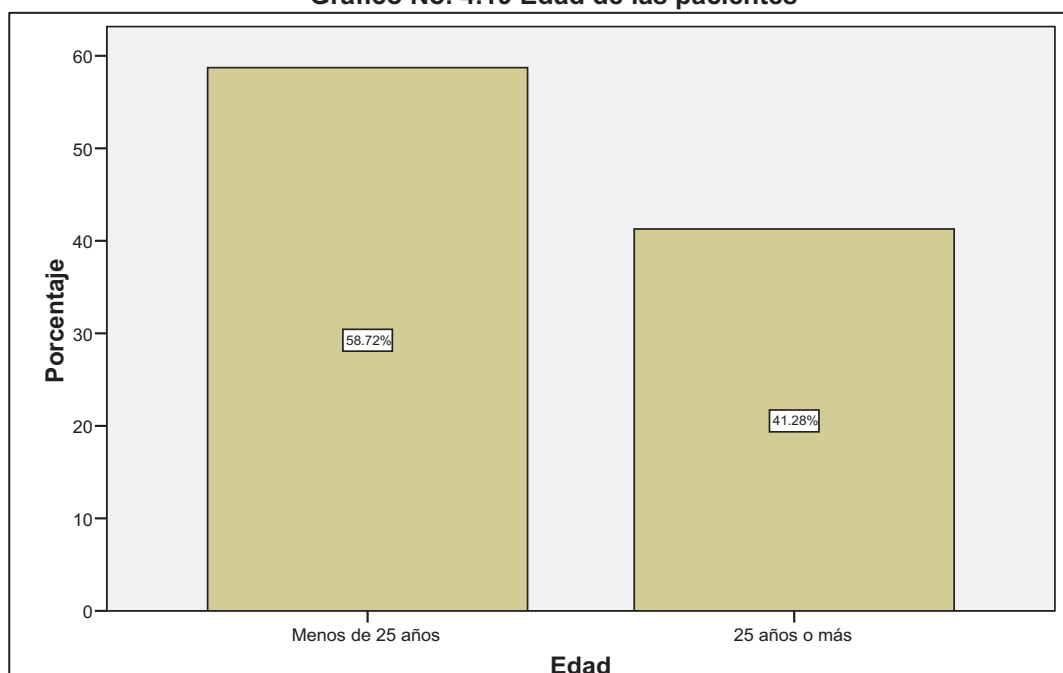
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el análisis de resultado se tomaron en cuenta los datos registrados en las fichas de datos clínicos de la muestra de las pacientes que acudieron al Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe, entre Septiembre a Noviembre del año 2012. (Véase anexo No. 2)

4.1 Información general

4.1.1 Edad

Gráfico No. 4.19 Edad de las pacientes

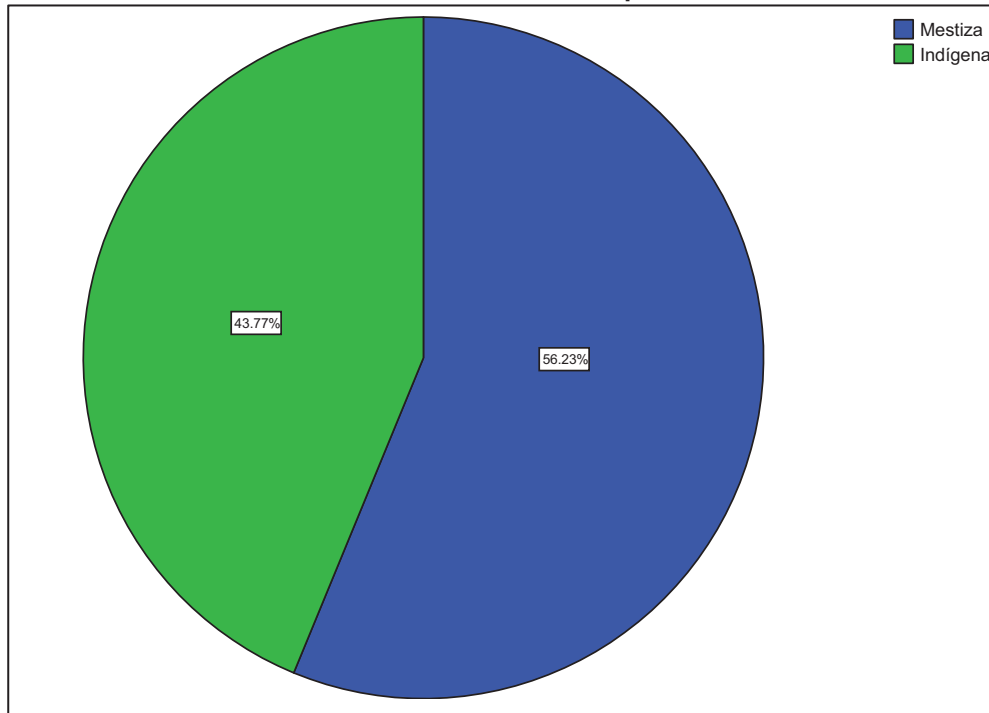


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Estos resultados están en relación con los datos obtenidos en el último censo del INEC (2010), en los cuales se menciona que la edad promedio de las mujeres ecuatorianas es de 26.4 años de edad. (Véase anexo No. 3)

4.1.2 Etnia

Gráfico No. 4.20 Etnia de las pacientes

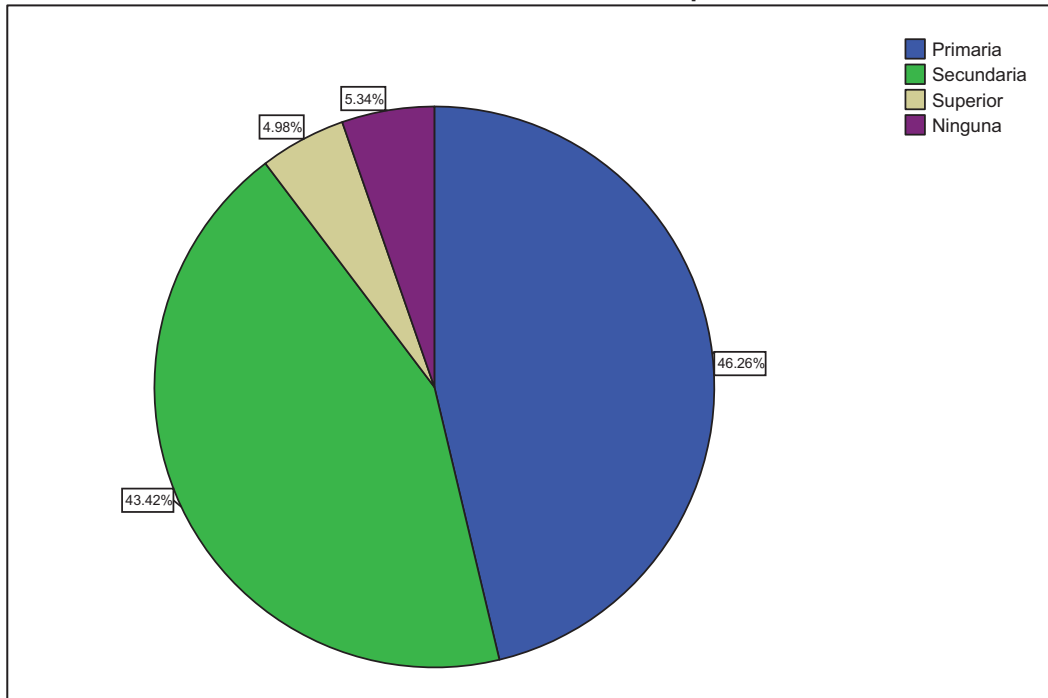


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Los datos obtenidos en el presente cuadro no concuerdan con los datos estadísticos del Área de Salud No. 12 de Cayambe, según los cuales el 69% de la población de esta zona es indígena, mientras que el 31% son mestizas; pero nuestros datos están en relación directa con las pacientes que acuden al hospital para atención de su parto que en su mayoría son mestizas. (Véase anexo No. 4)

4.1.3 Instrucción

Gráfico No. 4.21 Instrucción de las pacientes

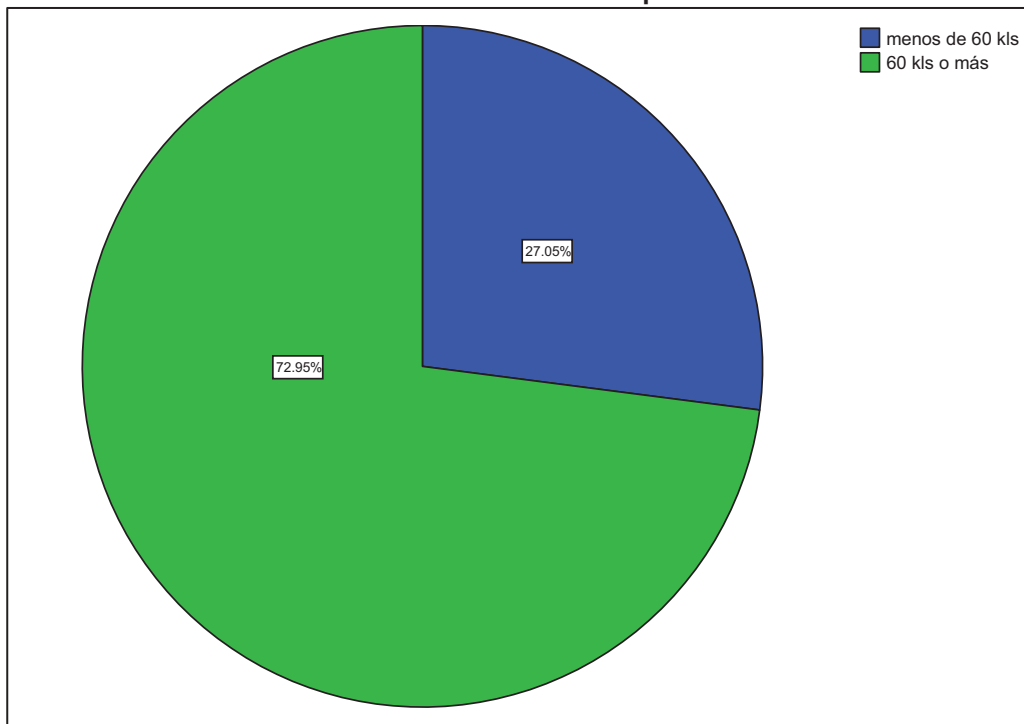


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Los resultados presentados en el cuadro tienen relación directa con los datos obtenidos en el Censo del INEC 2010, según los cuales el 80.5% de la población de Cayambe tiene cobertura en el sistema de educación pública, existiendo tan solo un 11.1% de analfabetismo; con un promedio de 10 años de escolaridad de 8.2%. (Véase anexo No. 5)

4.1.4 Peso

Gráfico No. 4.22 Peso de las pacientes



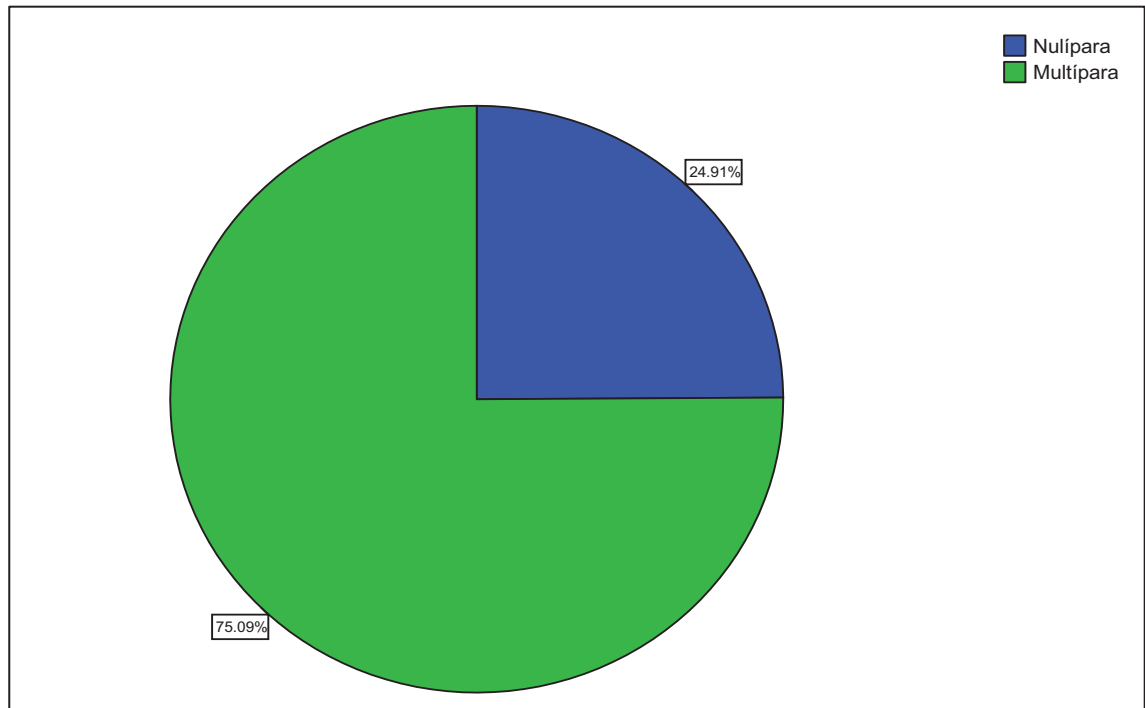
Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según el gráfico presentado, la mayoría de las pacientes presentan un peso elevado, que tiene que ver con el tipo de alimentación de la zona, que actualmente por la influencia mestiza, es rica en grasas de origen animal y carbohidratos. (Véase anexo No. 6)

4.2 Información previa al parto

4.2.1 Paridad

Gráfico No. 4.23 Paridad

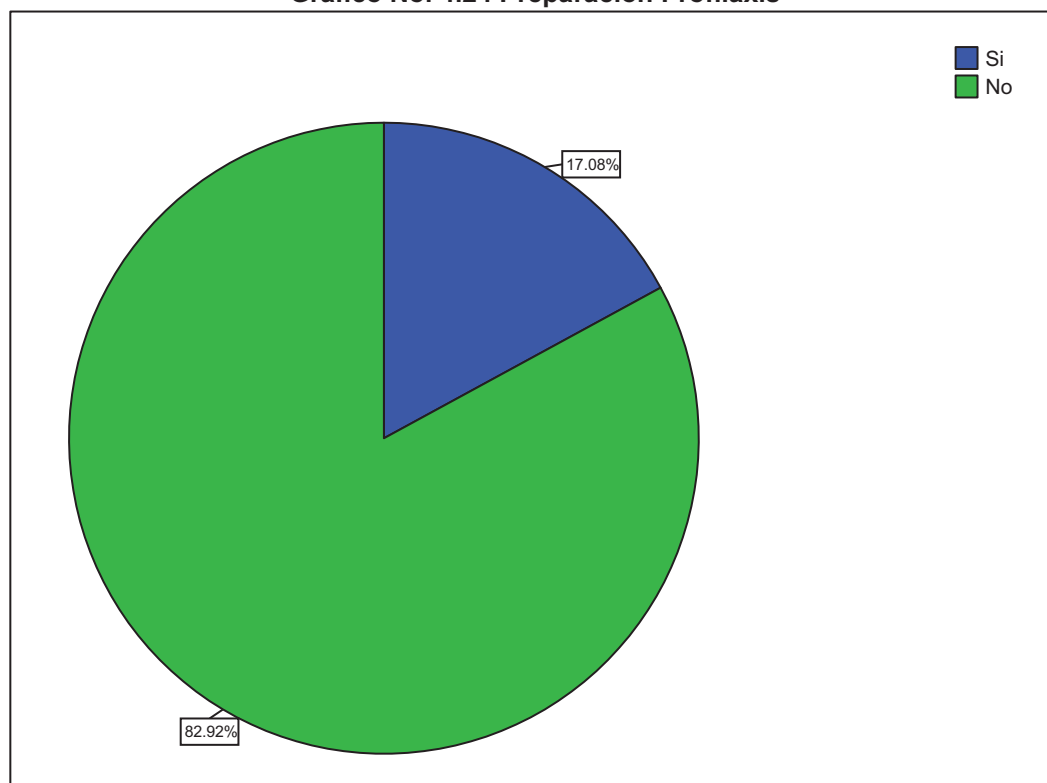


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según datos de CEPAL, en el año 2010, el promedio de hijos en mujeres ecuatorianas fue de 2.4. En nuestro estudio observamos que el promedio de mujeres multíparas es mayor debido a las costumbres e ideologías de la población que habita en las comunidades de Cayambe. (Véase anexo No. 7)

4.2.2 Preparación de profilaxis

Gráfico No. 4.24 Preparación Profilaxis

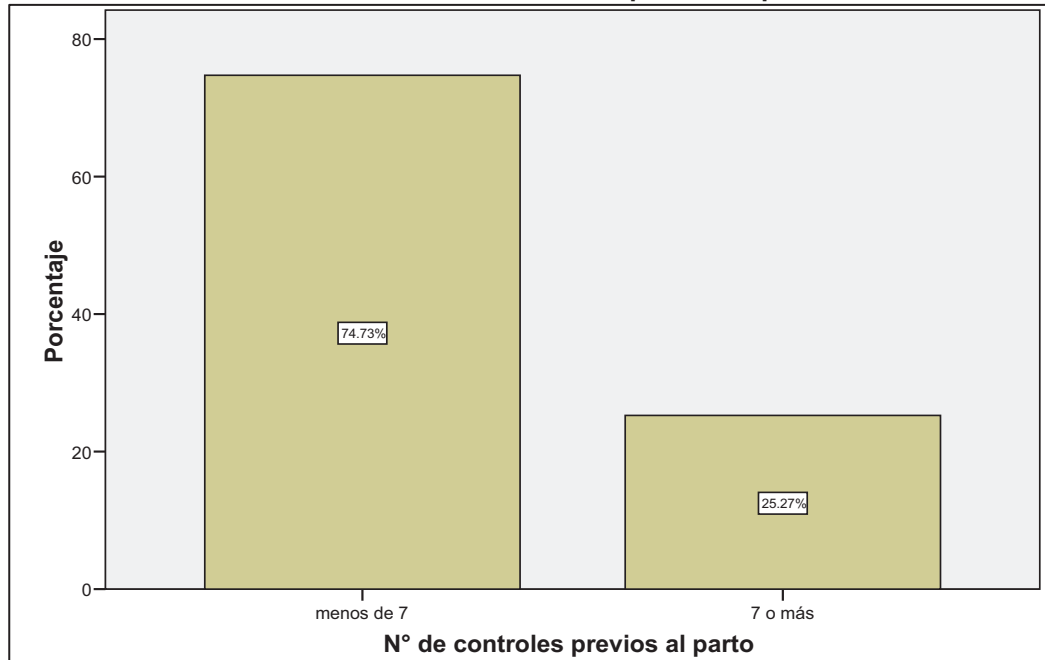


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

A partir del año 2011, en el Área de Salud No. 12 de Cayambe se inició juntamente con el programa de Parto culturalmente adecuado, la preparación psicoprofiláctica en el embarazo, por lo que se evidencia aun en estos resultados la falta de conocimiento por parte de las pacientes que acuden a esta casa de salud.
(Véase anexo No. 8)

4.2.3 Número de controles previos al parto

Gráfico No. 4.25 Controles previos al parto

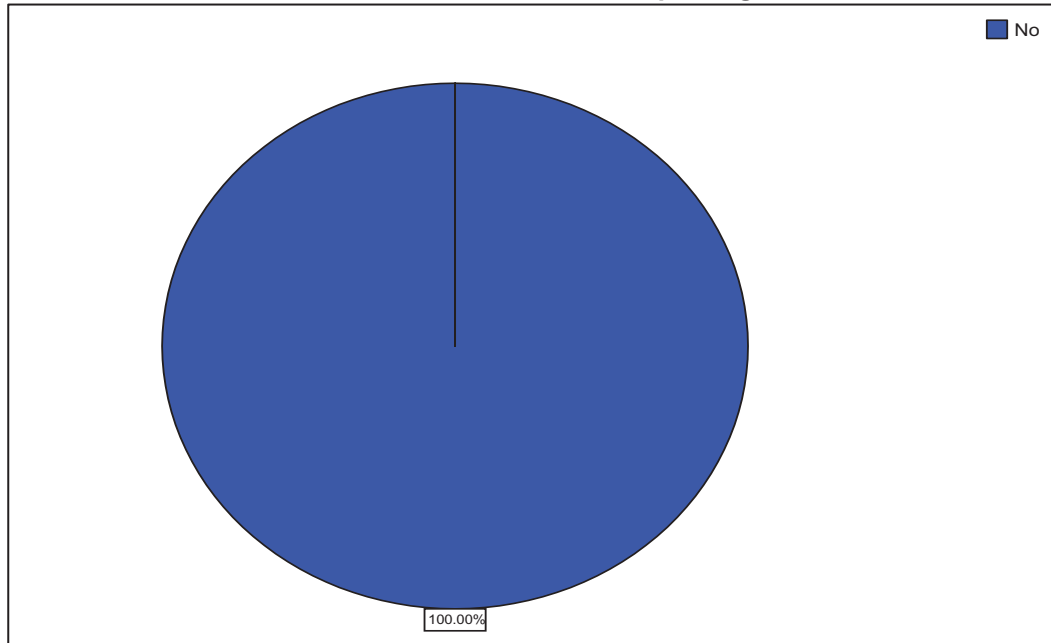


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según el Ministerio de Salud, el mínimo de Controles prenatales es de 7, pero en nuestra población se evidencia un resultado menor, lo que está relacionado con la falta de acceso a los servicios de salud cercanos, además ligado directamente a las costumbres de la población. (Véase anexo No. 9)

4.2.4 Antecedentes patológicos personales

Gráfico No. 4.26 Antecedentes patológicos

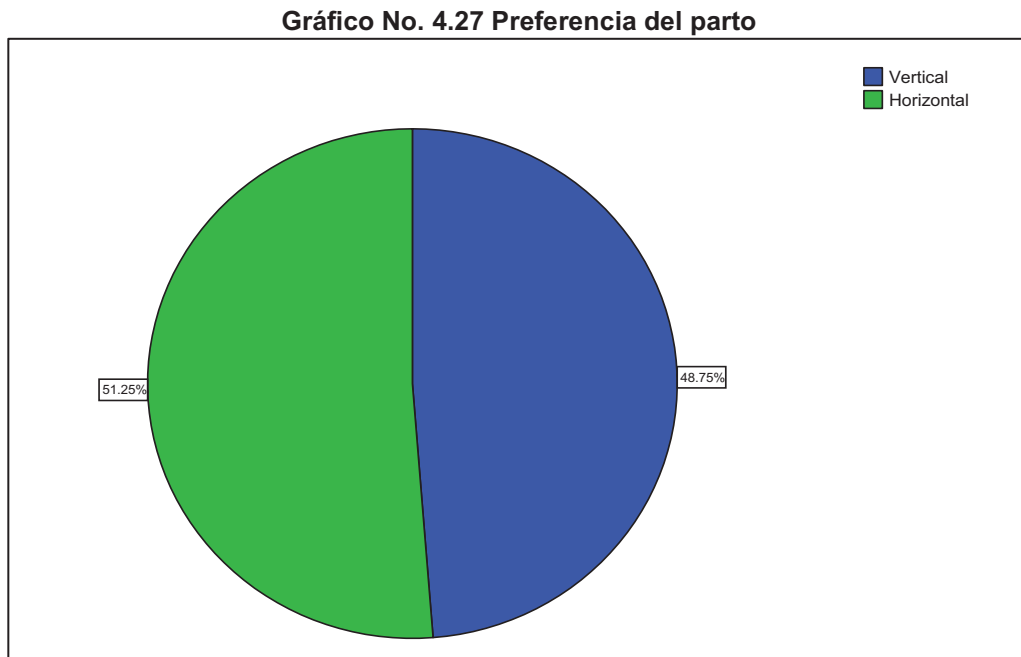


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Aparentemente ninguna de las pacientes reporto tener algún antecedente patológico personal, probablemente por desconocimiento o por tratamiento previo que solucionó la patología. (Véase anexo No. 10)

4.3 Información posterior al parto (apartado lleno por el médico que atendió el parto)

4.3.1 Preferencia del parto

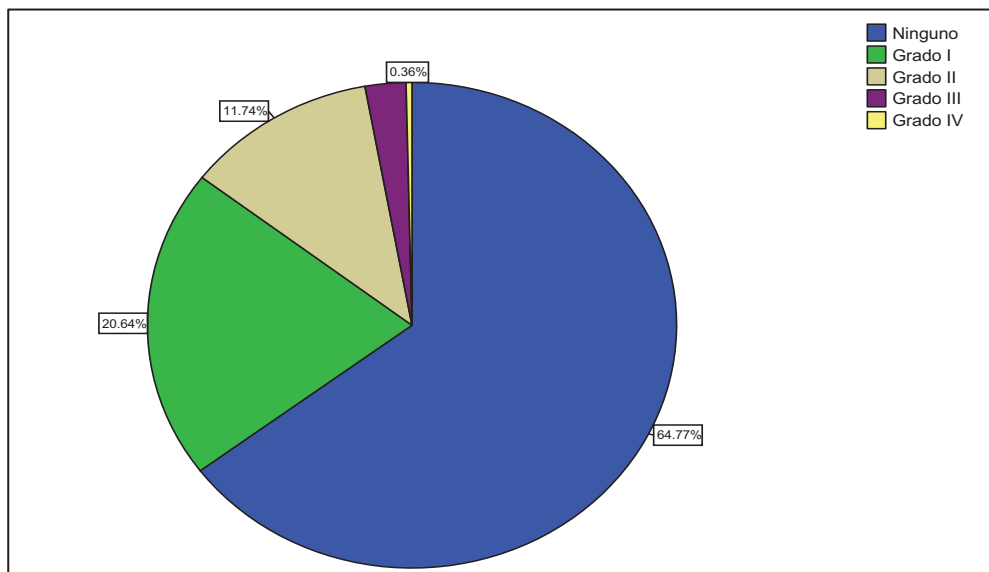
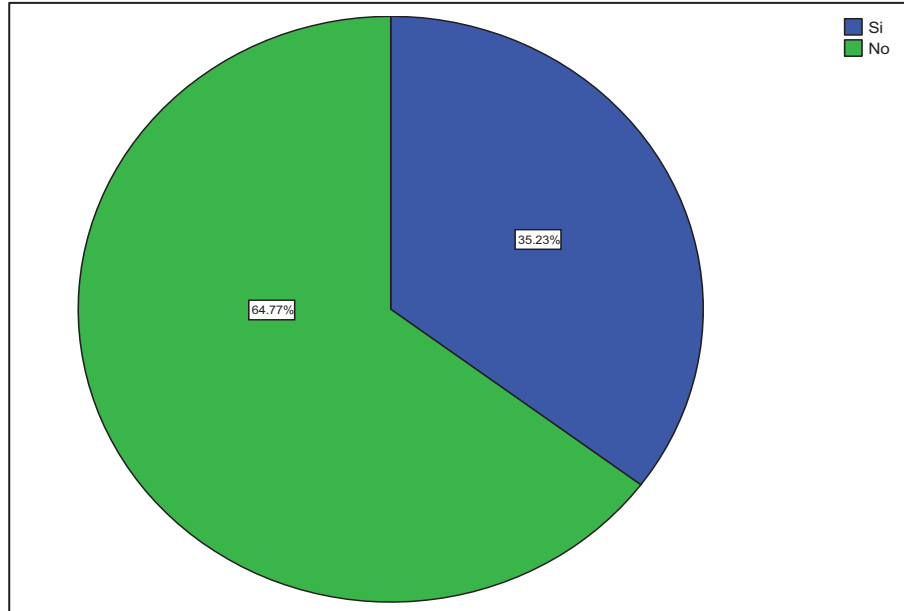


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Estos resultados concuerdan con los datos estadísticos obtenidos en el Hospital de Cayambe desde Enero hasta Diciembre del 2011, según los cuales de un total de 709 partos, existió un porcentaje similar entre mujeres que eligieron tanto parto vertical como horizontal. (Véase anexo No. 11)

4.3.2 Desgarro

Gráfico No. 4.28 Desgarro y tipo de desgarro

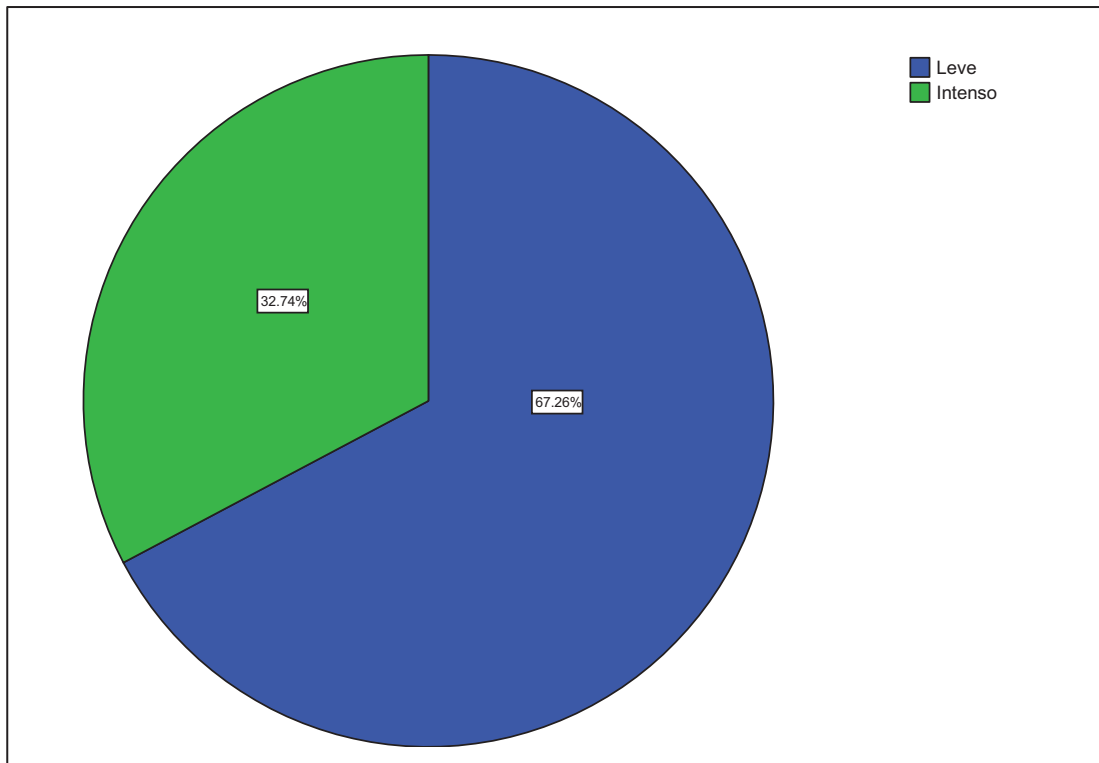


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según la bibliografía citada previamente, la presencia de desgarros está asociada directamente a la paridad y a la posición del parto; cómo podemos observar en nuestros resultados, una vez más, el ser múltipara y preferir parto vertical, significaría una ventaja y como se observa en el gráfico a continuación, en el caso de existir desgarros, serían los que producen menor complicación. (Véase anexo No. 12).

4.3.4 Grado de dolor

Gráfico No. 4.29 Grado de dolor

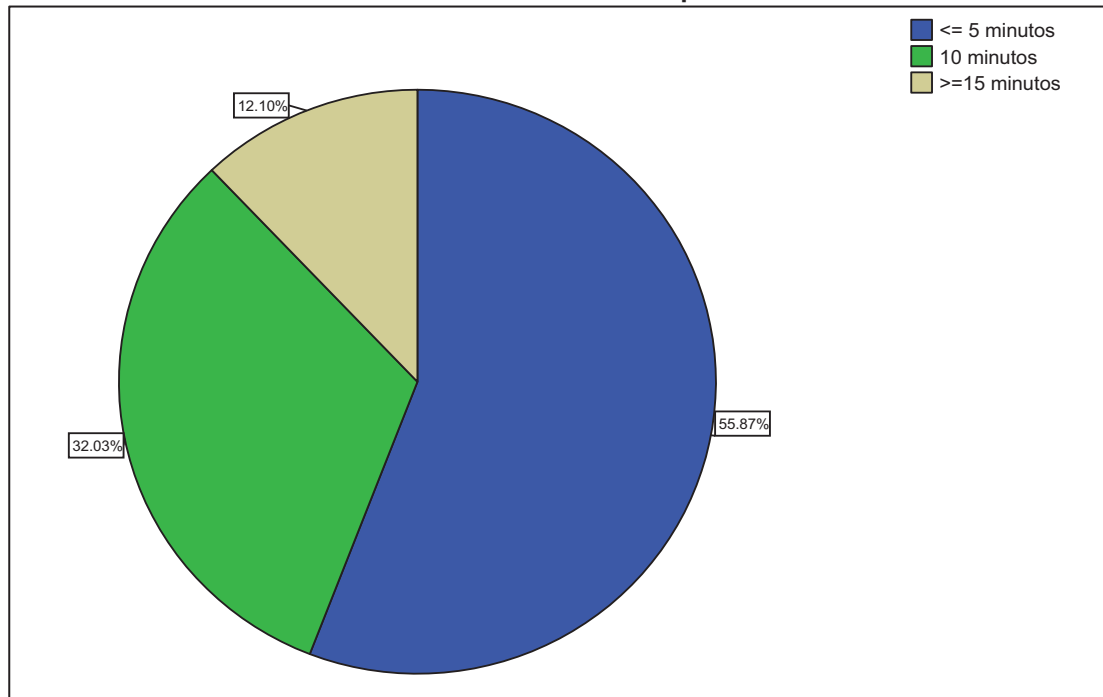


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según otros estudios semejantes, se ha comprobado que el dolor es menor dependiendo de la posición del parto y de la paridad, hipótesis que será comprobada más adelante. (Véase anexo No. 13)

4.3.5 Periodo expulsivo

Gráfico No. 4.30 Periodo expulsivo

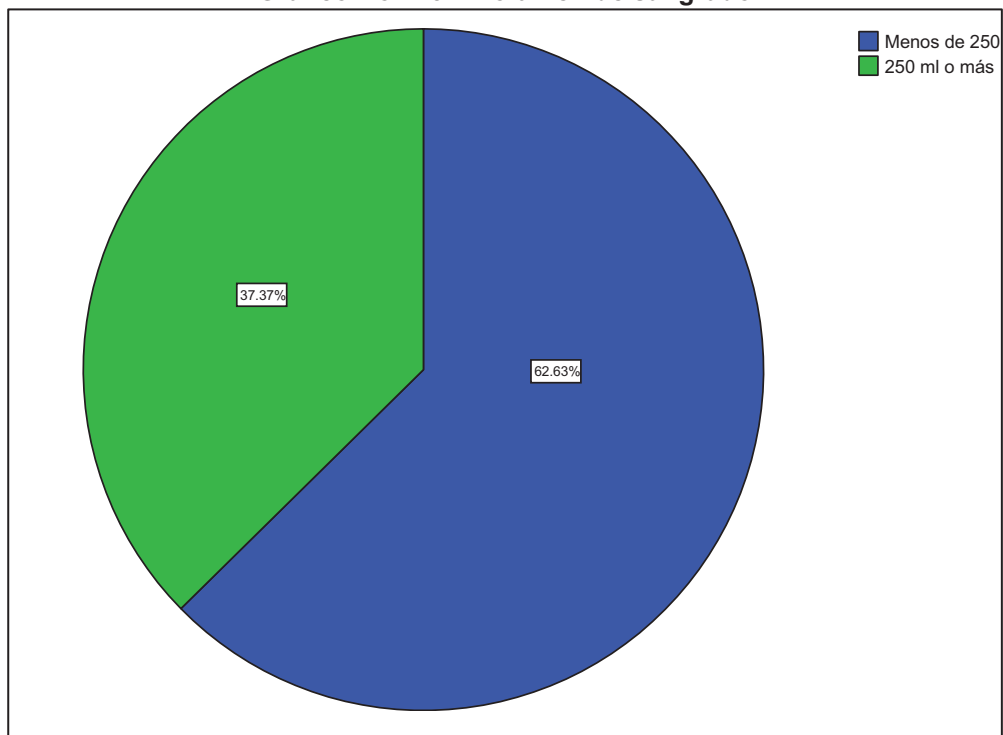


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

De acuerdo a estos resultados, la mayoría de las pacientes tienen un periodo expulsivo menor a 5 minutos, relacionado probablemente a la posición del parto y a la multiparidad. (Véase anexo No. 14)

4.3.6 Volumen de sangrado

Gráfico No. 4.31 Volumen de sangrado

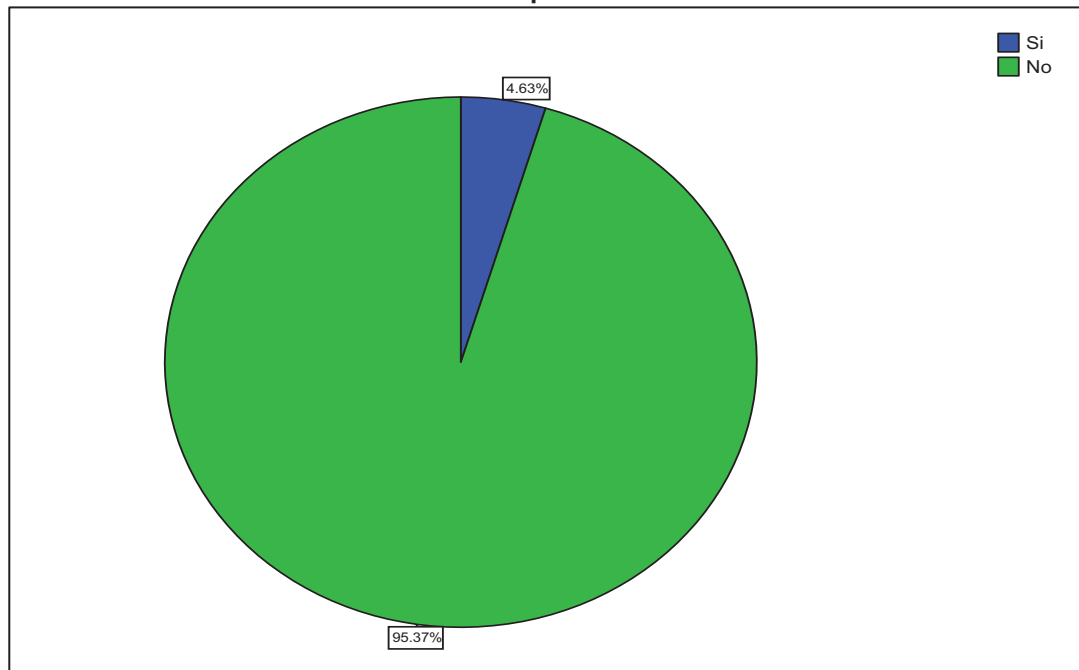


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

En los resultados obtenidos en la Guía de atención de parto culturalmente adecuado del Área de Salud No. 12 de Cayambe, se comprueba que una adecuada atención del parto produce un sangrado menor, que coincide con nuestros datos obtenidos. (Véase anexo No. 15)

4.3.7 Complicaciones de la madre

Gráfico No. 4.32 Complicaciones de la madre



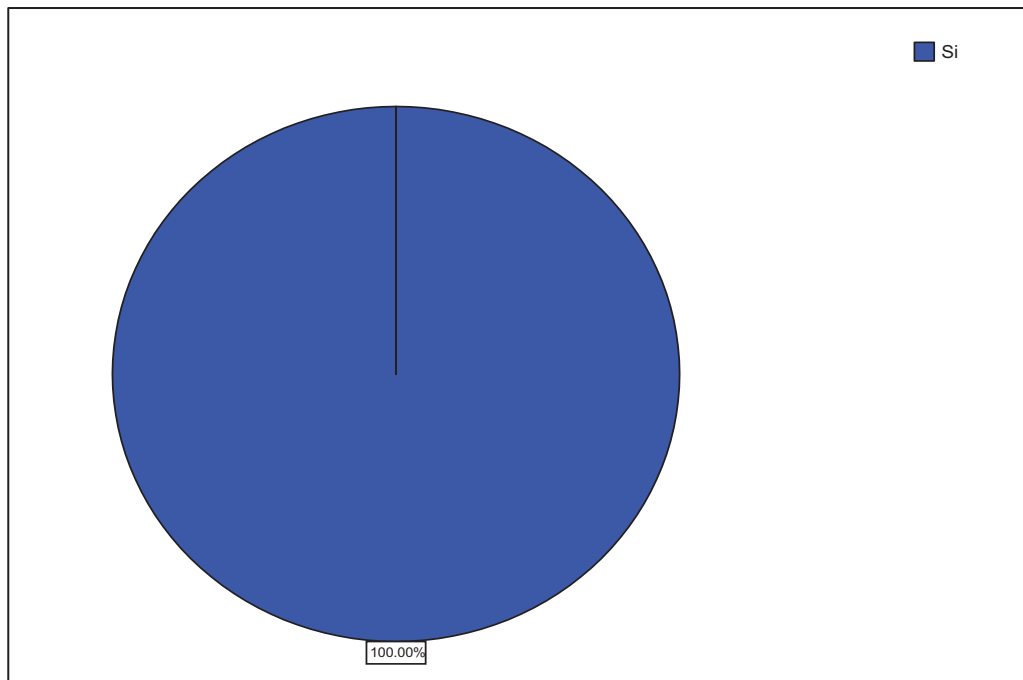
Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

De igual manera según la Guía elaborada en el Hospital de Cayambe, el 100% de las pacientes incluidas en el estudio, reconocieron los signos de alarma, por lo que no se presentaron complicaciones; de la misma manera que se evidencia en nuestros datos. (Véase anexo No. 16)

4.4 Datos del neonato

4.4.1 APGAR

Gráfico No. 4.33 APGAR

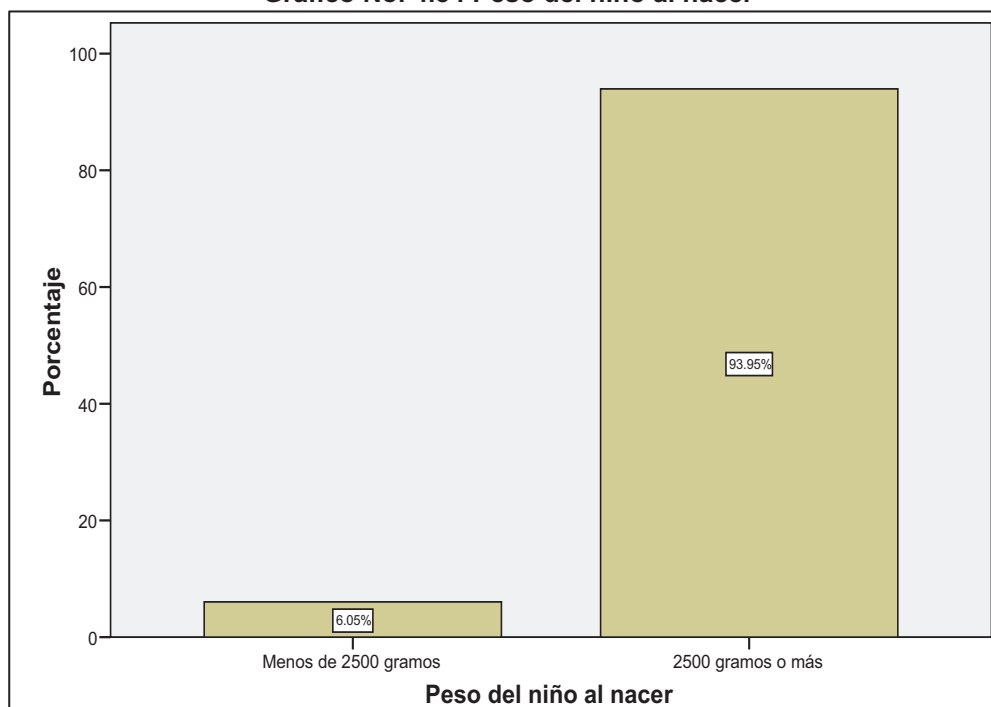


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según el gráfico, el 100% de los pacientes presentaron un APGAR dentro de rangos normales. (Véase anexo No. 17)

4.4.2 Peso del niño al nacer

Gráfico No. 4.34 Peso del niño al nacer

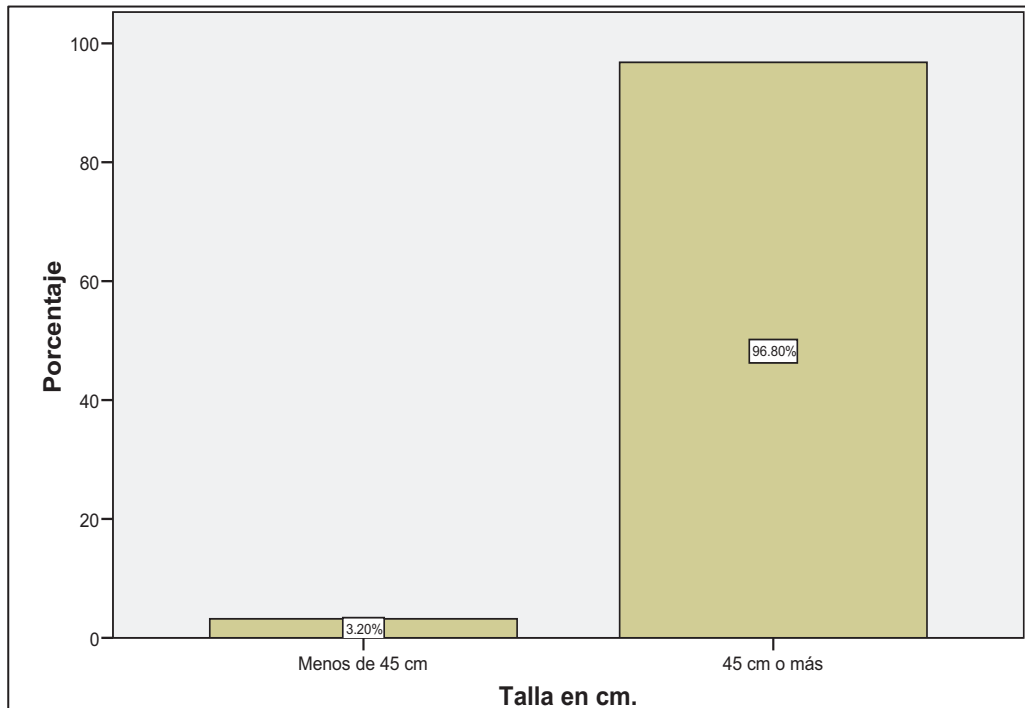


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según las normas del AIEPI el peso normal del neonato va entre los 2500 a 3500 gramos, lo que indica que el 94% de los recién nacidos presentaron pesos dentro de los parámetros normales. (Véase anexo No. 18)

4.4.3 Talla del neonato

Gráfico No. 4.35 Talla del neonato

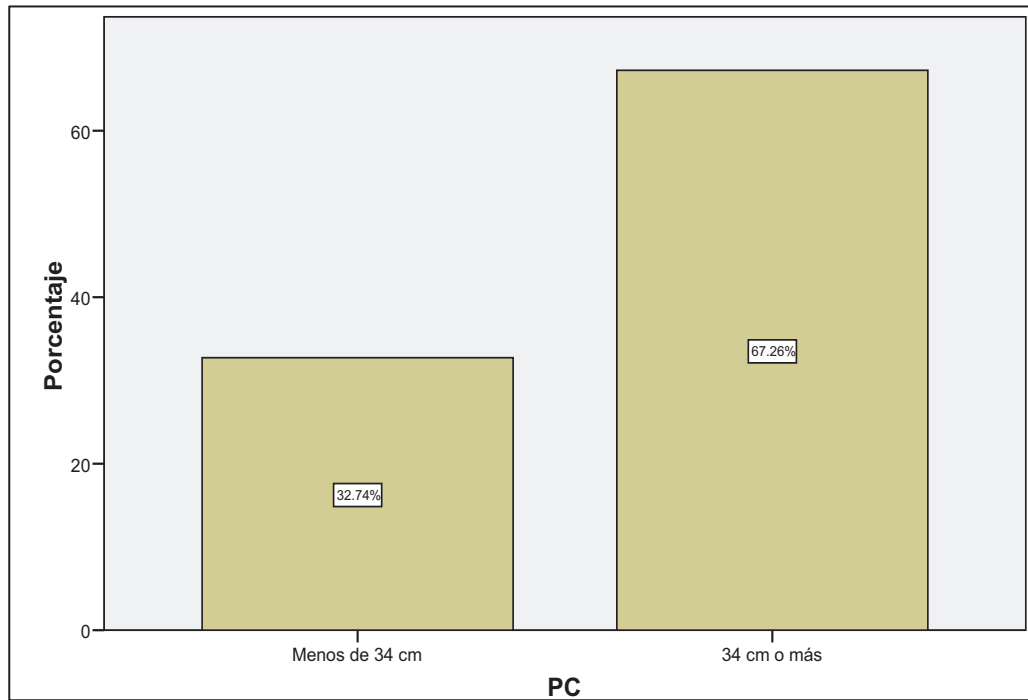


Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según las normas del AIEPI la talla normal del neonato va entre los 45 a 55 cm, lo que indica que el 96,8% de los recién nacidos presentaron talla dentro de los parámetros normales. (Véase anexo No. 19)

4.4.4 Perímetro Cefálico del neonato

Gráfico No. 4.36 PC de los neonatos



Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Según las normas del AIEPI el PC promedio del neonato va es de 34,8cm, lo que indica que el 67,2% de los recién nacidos presentaron un PC dentro de los parámetros normales. (Véase anexo No. 20)

4.5 Cruce de Variables

4.5.1 Grado de dolor en relación a la preferencia del parto

Tabla No. 4.8 Grado de dolor en relación a la preferencia de parto

GRADO DE DOLOR	VERTICAL	HORIZONTAL
LEVE	38,08%	29,18%
MODERADO	11,03%	21,71%

$p=0,004$

$\chi^2= 13,005$

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

Existe una fuerte correlación y significancia estadística entre el parto vertical y el hecho de presentar dolor leve.

4.5.2 Periodo expulsivo en relación a la preferencia del parto

Tabla No. 4.9 Periodo del expulsivo en relación a la preferencia de parto

PERIODO EXPULSIVO	VERTICAL	HORIZONTAL
≤ 5 minutos	33,81%	23,13%
10 minutos	10,32%	20,64%

$p=0,103$

$\chi^2= 16,267$

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

Existe fuerte correlación entre la elección del parto vertical y el periodo de expulsivo ≤ 5 minutos, aunque no representa un dato significativamente estadístico.

4.5.3 Volumen de sangrado en relación a la preferencia de parto

Tabla No. 4.10 Volumen de sangrado en relación a la preferencia de parto

VOLUMEN DE SANGRADO	VERTICAL	HORIZONTAL
-250 cc.	42,35%	20%
250 cc. ó +	6,76%%	30,60%

p=0,004

chi2= 64,525

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

Se evidencia fuerte correlación entre la elección del parto vertical y el volumen de sangrado menor a 250cc, ya que por su significancia estadística constituye una ventaja frente al parto horizontal.

4.5.4 Complicaciones de la madre en relación a la preferencia de parto

Tabla No. 4.11 Complicaciones de la madre en relación a la preferencia de parto

COMPLICACIONES	VERTICAL	HORIZONTAL
NO	45,91%	49,82%
SI	*1,07%	*3,20%

p=0,004

chi2= 3,362

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

*En el parto vertical se presentó 1 hematoma vulvar

*En el parto horizontal se presentaron 2 sangrados postpartos

No existe fuerte correlación entre el parto vertical y la presencia de complicaciones, sin embargo es un dato significativo.

4.5.5 Instrucción en relación a la preferencia de parto

Tabla No. 4.12 Instrucción en relación a la preferencia de parto

INSTRUCCIÓN	VERTICAL	HORIZONTAL
NINGUNA / PRIMARIA	31,32%	19,93%
SECUNDARIA /SUPERIOR	17,79%	30,96%

p=0,352

chi2= 23,027

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

A pesar de que la mayoría de las mujeres con ningún nivel de instrucción o instrucción primaria optaron por el parto vertical no existe significancia estadística entre el nivel de instrucción y la elección del tipo de parto.

4.5.6 Etnia en relación a la preferencia de parto

Tabla No. 4.13 Etnia en relación a la preferencia de parto

ETNIA	VERTICAL	HORIZONTAL
INDIGENAS	27,76%	16,01%
MESTIZAS	21,35%	34,88%

p=0,004

chi2= 17,910

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

Se evidencia una fuerte correlación entre el parto vertical y la etnia indígena, siendo un dato significativamente estadístico.

4.5.7 Edad en relación a la preferencia de parto

Tabla No. 4.14 Edad en relación a la preferencia de parto

EDAD	VERTICAL	HORIZONTAL
MENOS DE 25 AÑOS	26,33%	32,38%
25 Ó MÁS	22,78%	18,51%

p=0,004

chi2= 2,905

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

Existe cierta correlación entre la edad y el tipo de parto, pero es un dato significativamente estadístico el que las mujeres mayores de 25 años elijan el parto vertical.

4.5.8 Paridad en relación a la preferencia de parto

Tabla No. 4.15 Paridad en relación a la preferencia de parto

PARIDAD	VERTICAL	HORIZONTAL
MULTÍPARA	39,50%	35,59%
NULÍPARA	9,61%	15,30%

$p=0,004$

$\chi^2= 4,143$

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

Existe fuerte correlación entre ser múltipara y elegir el parto vertical, con un valor estadísticamente significativo.

4.5.9 Antecedentes patológicos en relación a la preferencia de parto

Tabla No. 4.16 Antecedentes patológicos en relación a la preferencia de parto

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	PARTO VERTICAL	PARTO HORIZONTAL
NO	49,11%	50,89%
SI	0%	0%

$p=0,004$

$\chi^2= 1,040$

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

No existe correlación entre los antecedentes patológicos y el tipo de parto, ya que en nuestra investigación ninguna de las pacientes manifestó padecer alguna enfermedad previa.

4.5.10 Desgarro en relación al peso del niño al nacer

Tabla No. 4.17 Desgarro en relación al peso del niño al nacer

PESO AL NACER	DESGARRO SI	DESGARRO NO
2500 gr. ó +	34,16%	4,98%
-2500 gr.	1,07%	59,79%

p=0,004
chi2= 2,452
RR: 49,8

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

El peso mayor a 2500 gramos representa un riesgo 49,8 veces mayor de presentar desgarro, siendo un dato significativamente estadístico.

4.5.11 Desgarro en relación al PC del niño al nacer

Tabla No. 4.18 Desgarro en relación al PC del niño al nacer

PC DEL NIÑO AL NACER	DESGARRO SI	DESGARRO NO
34 o +cm	26,33%	40,93%
<34 cm	8,90%	23,84%

p=0,004
chi2= 3,892
RR: 1.44

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

El perímetro cefálico de 34 cm o más implica un riesgo 1,44 veces mayor de presentar desgarros, con significancia estadística.

4.5.12 Desgarro en relación a la paridad

Tabla No. 4.19 Desgarro en relación a la paridad

PARIDAD	DESGARRO SI	DESGARRO NO
MULTÍPARA	22,78%	52,31%
NULÍPARA	12,46%	12,46%

p=0,004 chi2= 8,911
RR: 0,60

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

El ser múltipara es un factor de protección en 0,60 veces para presentar desgarros, siendo estadísticamente significativo.

4.5.13 Desgarro en relación a la edad de las pacientes

Tabla No. 4.20 Desgarro en relación a la edad de las pacientes

EDAD	DESGARRO SI	DESGARRO NO
MENOS DE 25 AÑOS	22,42%	36,30%
25 Ó MÁS	12,81%	28,47%

p=0,004
chi2= 8,911
RR: 1,23

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

El tener menos de 25 años implica un riesgo 1,23 veces mayor para presentar desgarros, con significancia estadística.

4.5.14 Desgarro en relación a la etnia de las pacientes

Tabla No. 4.21 Desgarro en relación a la etnia de las pacientes

ETNIA	DESGARRO SI	DESGARRO NO
MESTIZAS	19,22%	37,01%
INDÍGENAS	16,01%	27,76%

p=0,004
chi2= 0,176
RR: 0,94

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

El ser mestiza representa un factor de protección 0,94 veces mayor para desgarro, sin embargo existe una correlación débil en cuanto a la etnia de las pacientes y la presencia de desgarros, con un valor estadísticamente significativo.

4.5.15 Desgarro en relación a la preferencia del parto

Tabla No. 4.22 Desgarros en relación a la preferencia de parto

PREFERENCIA DE PARTO	DESGARRO SI	DESGARRO NO
VERTICAL	18,15%	30,96%
HORIZONTAL	17,08%	33,81%

p=0,004
chi2= 0,354
RR: 1,31

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

El parto vertical es un factor de riesgo 1.31 veces mayor para desgarro en relación al parto horizontal, con una débil correlación, pero significancia estadística.

4.5.16 Grado de desgarro en relación al peso del niño al nacer

Tabla No. 4.23 Grado de desgarros en relación al peso del niño al nacer

GRADO DE DESGARRO	2500 gr. ó +	-2500 gr.
G I	19,93%	0,71%
G II	11,39%	0,36%
G III	2,49%	0,00%
G IV	0,36%	0,00%

p=0,711
chi2= 2,599

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Existe una débil correlación entre el peso del RN y los tipos de desgarro, sin significancia estadística.

4.5.17 Grado de desgarro en relación al PC del recién nacido

Tabla No. 4.24 Grado de desgarros en relación al PC del niño al nacer

GRADO DE DESGARRO	34 cm. ó +	-34 cm.
G I	13,88%	6,76%
G II	9,96%	1,78%
G III	9,96%	0,00%
G IV	0,00%	0,36%

p=0,711

chi2= 11,469

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

En este caso hay una fuerte correlación entre el PC de 34cm o + y los grados de desgarros, no siendo significativamente estadístico.

4.5.18 Grado de desgarro en relación a la paridad

Tabla No. 4.25 Grado de desgarros en relación a la paridad

GRADO DE DESGARRO	MULTÍPARA	NULÍPARA
G I	17,44%	3,20%
G II	4,63%	7,12%
G III	0,36%	2,14%
G IV	0,36%	0,00%

p=0,711

chi2= 42,521

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

El ser múltipara tiene una fuerte correlación con los grados de desgarro I y II, sin significancia estadística.

4.5.19 Grado de desgarro en relación a la edad de las pacientes

Tabla No. 4.26 Grado de desgarros en relación a la edad de las pacientes

GRADO DE DESGARRO	-25 años	25 años o más
G I	9,96%	10,68%
G II	9,61%	2,14%
G III	2,49%	0,00%
G IV	0,36%	0,00%

$p=0,711$

$\chi^2= 16,035$

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

Se puede ver una fuerte correlación entre tener menos de 25 años y los grados de desgarros, sin tener significancia estadística.

4.5.20 Grado de desgarro en relación a la etnia de las pacientes

Tabla No. 4.27 Grado de desgarros en relación a la etnia de las pacientes

GRADO DE DESGARRO	MESTIZA	INDÍGENA
G I	11,03%	9,61%
G II	6,76%	4,98%
G III	1,42%	1,07%
G IV	0,00%	0,36%

$p=0,711$

$\chi^2= 1,555$

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

No existe una fuerte correlación entre la etnia y el grado de desgarros, sin ser significativamente estadístico.

4.5.21 Grado de desgarro en relación a la preferencia del parto

Tabla No.4.28 Grado de desgarros en relación a la preferencia de parto

GRADO DE DESGARRO	VERTICAL	HORIZONTAL
G I	9,61%	11,03%
G II	5,69%	6,05%
G III	2,49%	0,00%
G IV	0,36%	0,00%

$p=0,711$

$\chi^2= 8,572$

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

De acuerdo a la tabla anterior notamos que el tipo de parto tiene una fuerte correlación con el grado de desgarros, no siendo estadísticamente significativo.

4.6 Tablas resumen del cruce de variables

4.6.1 Tabla resumen en relación al tipo de parto

Tabla No. 4.29 Tabla resumen de las variables en relación al parto vertical/chi cuadrado/grado de libertad/nivel de confianza y tabla estadística

PARTO VERTICAL	CHI 2	VALOR DE SIGNIFICACIÓN
VOLUMEN DE SANGRADO < 250 cc	64,525	0,004
INSTRUCCIÓN primaria o ninguna	23,027	0,352
ETNIA indígena	17,910	0,004
PERIODO EXPULSIVO <=5 min	16,267	0,103
GRADO DE DOLOR leve	13,005	0,004
TIPO DE DESGARRO G I	8,572	0,711
PARIDAD múltipara	4,143	0,004
COMPLICACIONES No	3,362	0,004
EDAD > 25 años	2,905	0,004
ANTECEDENTES No	1,040	0,004
PRESENCIA DE DESGARRO No	0,354	0,004

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

4.6.2 Tabla resumen en relación a la presencia de desgarros

Tabla No. 4.30 Tabla resumen de las variables en relación a presencia de desgarros/chi cuadrado/grado de libertad/nivel de confianza y tabla estadística

DESGARROS	CHI 2	TABLA ESTADÍSTICA
PARIDAD (múltipara)	8,911	0,004
EDAD (-25 años)	8,911	0,004
PC (34cm o +)	3,892	0,004
PESO DEL NIÑO (2500gr. o +)	2,452	0,004
PREFERENCIA DE PARTO (vertical)	0,354	0,004
ETNIA (mestiza)	0,176	0,004

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

4.6.3 Tabla resumen en relación a los Grados de desgarro

Tabla No. 4.31 Tabla resumen de las variables en relación a los Grados de desgarros/chi cuadrado/grado de libertad/nivel de confianza y tabla estadística

GRADOS DE DESGARRO	CHI 2	TABLA ESTADÍSTICA
PARIDAD (múltipara)	45,521	0,711
EDAD (-25 años)	16,035	0,711
PC (34cm o +)	11,469	0,711
PESO DEL NIÑO (2500gr. o +)	8,572	0,711
PREFERENCIA DE PARTO (vertical)	2,599	0,711
ETNIA (mestiza)	1,555	0,711

Fuente: Fichas de datos clínicos

Elaborado por: las autoras

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

Ya desde 1882 Engelmann describió la posición que las mujeres adoptan naturalmente durante el parto (Engelmann 1882). Él observó que las mujeres "primitivas", sin la influencia de los convencionalismos occidentales, tratarían de evitar la posición dorsal y se les permitiría cambiar de posición como y cuando lo desearan. En la actualidad, la mayoría de las mujeres en las sociedades occidentales paren en posición dorsal, en semidecúbito o de litotomía (Engelman, 1882).

Contrariamente a lo que se piensa, parto vertical no es volver al pasado, sino recuperar la capacidad y la confianza en la propia naturaleza y guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades medicas necesarias (Caldeyro, 1981, pág. 69).

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 las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, entre otras. En las sociedades occidentales, en cambio los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre su espalda, algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos (Grupta, 2007). Podemos comprobar con nuestros resultados que esta afirmación es cierta, ya que del total de los partos verticales, el 27,76% correspondió a las mujeres indígenas, mientras que 21,35% fue elegido por las mestizas; con esto podemos afirmar que el elegir la posición vertical es una alternativa para las mujeres que habitan en la zona donde realizamos nuestro estudio, las mismas que en su mayoría son indígenas.

A pesar de que en nuestro estudio analizamos si la etnia representaba un factor de riesgo o de protección para los desgarros perineales, no existe relación directa; de igual forma no se han realizados estudios hasta el momento que relacionen estas variables.

Roberton y Darnell demostraron que la edad promedio de las mujeres que optaron por el parto vertical fue de 26.5, mientras que las que prefirieron el parto horizontal tuvieron edad promedio de 24.6 (Darnell, 2009). En nuestro estudio se encontró que el 22,78% de las pacientes de 25 años o más eligieron el parto vertical y el 26,33% fueron menores de 25 años, pero el 18,51% del primer grupo eligió parto horizontal comparado con el 32,38% de las mujeres del segundo grupo; de esta manera se demuestra que existe significancia estadística el que las mujeres mayores de 25 años elijan el parto vertical.

Además, Abril, y otros (2009) investigaron si la edad era un factor de riesgo para presentar desgarros perineales; el estudio demostró que el ser menor de 22 años implica un factor de riesgo 1,13 veces mayor para presentar desgarró perineal (Abril R. y., 2009). Estos resultados son similares a los encontrados en nuestro estudio, los cuales evidencian que el ser menor de 25 años implica un riesgo 1,23 veces mayor para desgarró perineal en comparación con aquellas mayores de 25 años.

En el estudio "Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral", realizado por Calderón J. y otros (2008), se demostró que no existen diferencias en cuanto a la paridad y la elección de la posición del parto (Calderón, 2008, pág. 5).

A través de los años el parto vertical ha sido elegido en su mayoría por las multíparas, sin embargo son ellas quienes tienen más dudas al momento de elegirlo, ya que han tenido a la par experiencia con el parto horizontal en ocasiones previas, por lo que no les queda claro por qué ahora se nos ocurre que se debe regresar al método ancestral, sin convencerse de que esta sea la mejor alternativa, ya que no es practicado por muchas personas (Proyecto FONIS, 2009, pág. 54). En el proyecto FONIS que investigó las ventajas del parto vertical, se menciona que el 36,4% de las pacientes que eligen la posición vertical son nulíparas, mientras que el

63,6% son multiparas (Proyecto FONIS, 2009, pág. 54). En nuestro estudio se encontró que de todas las pacientes que eligieron parto vertical, el 39,50% fueron multiparas, frente al 9,61% eran nulíparas, con significancia estadística.

En relación a la paridad y la incidencia de desgarros perineales, existen varios estudios que demuestran que la multiparidad es un factor protector para los desgarros perineales, como por ejemplo Abril y otros (2007) demostraron que el ser nulípara implica un riesgo 1,23 veces mayor para presentar desgarros; Lorenzana y Espinal (2001), encontraron que del total de pacientes que presentaron desgarros, el 33.72% eran nulíparas al momento del parto, 20.76% eran primíparas y el resto 45.52% ya habían tenido 2 ó más partos ($p < 0.05$). En nuestro estudio evidenciamos que el ser multipara es un factor de protección 0,60 veces para presentar desgarros, en comparación con las nulíparas (Abril R. y., 2009).

Con relación a la instrucción no existen estudios que especifiquen que el nivel de instrucción es un factor determinante para la elección del tipo de parto. En el estudio realizado por Robertson y Darnell se demostró que no existen diferencias significativas entre el nivel de instrucción y la preferencia del parto (Darnell, 2009, pág. 410). Al igual que el estudio mencionado, no encontramos diferencias significativas entre el nivel de instrucción y la elección del parto.

En nuestro estudio incluimos la edad gestacional como parte de la ficha médica, a pesar de que un criterio de inclusión era el tener más de 37 semanas gestacionales, pero encontramos que no existe ninguna relación entre la edad gestacional y la elección del tipo de parto; además hasta el momento no se han realizado estudios en los que se incluya la edad gestacional como una variable.

Lugones afirma que la posición en sedestación mejora la eficacia y la duración de las contracciones uterinas, por lo tanto el dolor es más tolerable en las posición vertical (Lugones, 2012, pág. 134). En el estudio realizado por Gupta se evidenció que con el parto vertical las mujeres informaron haber sufrido dolor leve al momento del parto, con un valor de p de 0.05 (Grupta, 2007, pág. 5). En un metanálisis elaborado por Cochrane en el 2003, se demostró que cuando las pacientes tuvieron el parto en posición de litotomía, éste fue más doloroso (Grupta, 2007, pág. 9). En

nuestro estudio encontramos que en parto vertical 38,08% de las pacientes tuvieron dolor leve, mientras que sólo el 11,3% presentaron dolor intenso.

Existen varios estudios que demuestran que el volumen de sangrado en el parto vertical es mayor que en parto horizontal, por ejemplo Gupta (2007) menciona que fue más frecuente la pérdida sanguínea mayor de 500 cc (RR: 1,68); de igual manera Amaila (2004) afirma que la pérdida sanguínea en el parto vertical es de 500 ml. De manera contraria, en el estudio realizado por Calderón y otros (2008) se encontró que el volumen de sangrado promedio, sin considerar el uso de oxitocina fue de 244.75 cc para el parto vertical frente a 276 cc para parto horizontal existiendo diferencia estadísticamente significativas para el parto vertical ($p:0,034$), lo que coincide con los resultados obtenidos en nuestro estudio, en los cuales se evidencia un sangrado menor a 250cc en el parto vertical comparado con el parto horizontal ($p:0,004$) (Calderón, 2008).

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. (Díaz, 1980, pág. 1-7); 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 contrario Gupta (2007) no encontró diferencias significativas en cuanto a la duración del periodo de expulsivo (4 ensayos: aumento de 0,22 minutos y reducción de 1,83 minutos), que coincide con nuestros resultados en los cuales no encontramos diferencias significativas ($p: 0,103$).

Según González (2010), las ventajas de la atención vertical del parto son de movilidad y funcionamiento, ya que esta posición impide que se compriman las arterias del canal del parto y con ello se evita complicaciones graves como hemorragias (González, 2010, pág. 1). Calderón y otros (2008), encontró dentro de las complicaciones del parto vertical un hematoma vaginal y una hemorragia postparto para el parto horizontal; de igual forma, en nuestro estudio se presentó un hematoma vaginal en el parto vertical y dos hemorragias postparto en el parto

horizontal. Al contrario, en la revisión de Cochrane (2003), que incluyó 19 estudios, se encontraron como complicaciones la necesidad de transfusión sanguínea en 2 estudios (RR: 1,66) y traumatismo perineal (RR: 1,50).

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 (Chalmers, 2001, pág. 202). Según Calderón y otros (2008), el parto vertical ocasiono más desgarros de localización anterior, posterior, anterior y 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 (RR: 1,31), pero de mayor profundidad (GIII).

Según el estudio realizado por Abril y cols (2007), los factores de riesgo dependientes del recién nacido, son el peso de 3100 gramos o más (RR: 1,43), y el perímetro cefálico de 34 cm o más (RR: 1,06); resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio en los cuales el peso de 2500 gramos o más representa un factor de riesgo para desgarros (RR:2,45), al igual que el perímetro cefálico de 34 cm o más (RR:1,44) (Abril R. y., 2009).

Las evidencias científicas y la presión social en Europa y otras partes del mundo, han inclinado 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 (Secretaría Nacional de Salud de México, 2007).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Después del análisis estadístico encontramos que las pacientes indígenas, de 25 años o más y que fueron multíparas, prefieren el parto vertical en lugar del parto horizontal. Sin embargo, no existe relación entre el nivel de instrucción materno, la edad gestacional ni tampoco los antecedentes patológicos personales con la preferencia del parto.
- El parto vertical produce menor grado de dolor, ocasiona un volumen de sangrado menor y produce menos complicaciones maternas en comparación al parto horizontal. Sin embargo no existen diferencias significativas respecto al tiempo del periodo del expulsivo y el tipo de parto.
- Se concluye que los factores de riesgo para presentar desgarro perineal son el peso del RN de 2500 gramos o más, el perímetro cefálico del RN de 34 cm o más, la edad menor de 25 años y parto vertical; mientras que el ser multípara constituye un factor de protección. Además se demuestra que la etnia no tiene relación directa con la presencia o no desgarros.
- A pesar de que los grados de desgarros comparados con las variables mencionadas anteriormente no muestran significancia estadística, se observa que se produce mayor porcentaje de desgarros superficiales (Grado I y Grado II) en pacientes que eligen el parto horizontal, mientras que en las pacientes que prefieren el parto vertical se producen desgarros de mayor profundidad (Grado III y Grado IV).

Recomendaciones

- Es necesario que las instituciones tanto públicas como privadas permitan a la paciente la libre elección de la posición de parto, previa información completa y adecuada que debería estar disponible en todos los niveles de atención.
- Todo el personal de salud debe recibir capacitación completa y adecuada en todos los ámbitos tanto de la salud como de la interculturalidad, para de esa manera brindar una atención eficiente.
- Se debe promover el parto vertical en las instituciones de salud ubicadas en aéreas rurales, como una alternativa para disminuir la mortalidad materno infantil, en dichas zonas donde la prevalencia de parto domiciliario aun es alta.
- Se debería difundir la propuesta de la OPS, en la cual se menciona líneas de acción para agregar la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las políticas nacionales de salud; así como, mejorar la gestión del conocimiento e integrar el abordaje intercultural en los sistemas de salud.
- Es importante modificar la climatización y ambientación de las salas de parto para que sean cálidas tanto a nivel térmico como cultural.
- Se recomienda integrar los conocimientos y prácticas de las partera para favorecer la dignificación y humanización del parto; evitando la prohibición de elementos materiales que forman parte del entorno cultural al que ellas pertenecen, por ejemplo amuletos.
- Se debe permitir el libre acceso de la o las personas que la paciente desea que estén junto a ella al momento del parto, de acuerdo a la disponibilidad de espacio que exista.

- El conocimiento de las practicas obstétricas ancestrales, que son parte de nuestra cultura, deberían ser incluidos en todos los programas de estudios académicos que involucran a las ciencias médicas, para de esa manera evitar a futuro complicaciones gineco-obstetricas y del recién nacido.
- Tener siempre presente que independientemente del tipo de parto que elija la paciente, su pudor y su dignidad deben ser respetados, procurando preservar los principios de la relación médico-paciente.
- Transformar los conocimientos convencionales con parteras tradicionales en “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” donde los dos modelos médicos se encuentren, se enriquezcan mutuamente y logren concertaciones interculturales para favorecer su propia labor.
- A partir del año 2011, el Ministerio de Salud Publica elaboró el Protocolo de Atención del Parto culturalmente asistido, para que sea aplicado en las áreas de salud en las cuales todavía prevalecen las costumbres ancestrales, pero lamentablemente este protocolo no se cumple en todas sus esferas, por lo que se debería difundir a todos los profesionales que laboren en las áreas mencionadas.
- Recomendamos luego de nuestra experiencia, que se promueva la investigación de prácticas de salud interculturales dentro de nuestro país y no únicamente en la región interandina, ya que de esta manera se brindaran otras alternativas a las pacientes, dependiendo de la región a la pertenezcan

BIBLIOGRAFÍA

- Abril, F., & Alexandra Guevara, A. R. (2008). Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía, atendidos por personal en entrenamiento de un hospital universitario de Bogotá. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60.
- Abril, R. y. (2009). ¿Edad, factor de riesgo para presentar desgarros perineales? *Revista colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 6-15.
- Bernardo, A. (2004). Parir como diosas: recuperando el parto vertical. *Historia de la medicina*, 60.
- Botella, J. y. (14ªed. 2002). *Tratado de Ginecología*. Madrid: Fareso.
- Bravo, C. J. (2008). Parto Vertical: Retornando a una costumbre ancestral. *Revista de Ginecología y Obstetricia de Perú*, 54.
- Cabero, S. (2009). *Operatoria Obstétrica. Una revisión actual*. México: Médica Panamericana.
- Calderón, J. y. (2008). Parto Vertical, retornando a una costumbre ancestral. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 49-57.
- Caldeyro, B. y. (2008). Effect of position changes in the intensity and frequency of uterine contractions during labor.
- Caldeyro, R. (1981). *Tecnología apropiada para la atención del parto*. Bolivia: Panamericana.
- CARE, M. d. (2011). *Proceso Promoción de la Salud e Interculturalidad*. Quito: MSP.
- Carlson, J. y. (2006). Maternal position during paturition in normal labor.
- Chalmers, B. M. (2001). Who principles of perinatal care: theessential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*.
- Darnell, R. &. (2009). Comparison of Centering Pregnancy to Traditional Care in Hispanic Mothers. *Matern Child Health*, 407-414.
- Ecuador, M. d. (2008). *Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Quito: MSP.
- ENDES. (2009). *Encuesta demográfica y de salud familiar*. Lima: MINSA.
- Engelman, J. (1882). *Labor among primitive people*. St. Louis: JH Chambers.

- Fernández, F. (2001). *Antropología cultural, medicina indígena de América y arte rupestre Argentino*. México: Galerna.
- Glazner, C. (2007). *Morbilidad postnatal materna. Magnitud, causas, prevención y tratamiento*. Alemania.
- González, A. (2010). *Parto vertical disminuye riesgo de complicaciones*.
- Graham, I. y. (2005). Episiotomy rates around the world: an update. . *Birth*.
- Grupta, J. y. (2007). *Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. Revisión Cochrane*. Reino Unido: Oxford.
- Herrera, M. (2003). Mortalidad materna en el mundo. *Revista chilena de ginecología*, 53.
- INEC. (2010). *Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones*. Quito.
- Jiménez, J. y. (2da. ed. 207). *Anatomía Humana general*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Lugones, M. y. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista cubana de Ginecología y Obstetricia*, 134-145.
- Luque, M. Á. (2012). Estudio de las diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. En mujeres inmigradas. *Revista de Ginecología y Obstetricia de España*, 30-45.
- Mayers, V. a. (2006). Episiotomía. *Revista médica*, 491.
- Méndez, R. y. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Revista Salud Pública de México*, 44.
- Nibroska, F. (2010). *Estudio en el Hospital Manuel A. Villaroel sobre los beneficios de la posición vertical para la atención del parto*. Bolivia.
- Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista Panamericana de la Salud*, 26.
- OPS/OMS. (2002). *Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas*. OMS.
- París, E. (2011). Partos verticales en el arte Egipcio. *Revista cubana de ginecología y obstetricia*.
- Perú, C. d. (2011). *El parto vertical en el Perú contribuye a mejorar la salud y reducir la mortalidad materna*. Lima: The Sate of The World's midwifery.
- Perú, M. d. (2005). *Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*. Lima: MINSA.

- Proyecto FONIS. (2009). Revisión del parto personalizado (Herramientas y experiencias en Chile). *Sadler*, 54-74.
- Robati, L. (2011). Curiosidades sobre embarazo y parto en el antiguo Egipto. *Revista cubana de ginecología y obstetricia*.
- Salud., S. d. (2010). *La atención intercultural de las mujeres en el parto en posición vertical*. México: Gobierno Federal de México.
- Secretaría Nacional de Salud de México. (2007). *Parto vertical*. México.
- SEMPLADES. (2010). *Presentación del Informe Nacional ODM 2015*. Quito.
- Shorten, A. y. (2007). Posición, partero y perineal. *Actualidades médicas*, 302.
- Sultan, A. y. (2005). Lesión materno obstétrica. *Actualidades médicas*, 61,99-105.
- Uranga, I. (4ta. ed. 2002). *Obstetricia Práctica*. Buenos Aires: Intermédica.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Título del Estudio: “VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL COMPARADO CON EL PARTO HORIZONTAL Y SU ASOCIACION CON DESGARROS PERINEALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAÚL MALDONADO MEJÍA DE CAYAMBE-ECUADOR ENTRE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”	
Investigadores: Ana María Buitrón Vera María José Del Pozo Zúñiga <i>Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Facultad de Medicina</i>	
INTRODUCCIÓN: El parto es considerado un momento de trascendental importancia para la mujer y el bebé, se relaciona con su supervivencia inmediata y con la posibilidad de mejorar su salud; el propósito de esta investigación es crear una fuente de información para el personal de salud que labora en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador y otros Centros de Salud, con la finalidad de que conozcan los beneficios y desventajas que se pueden presentar en las diferentes pacientes que van a tener un trabajo de parto en el mencionado sitio de acuerdo al método de parir que sea elegido. Invitamos a que participen nuestro estudio para poder brindar una mejor atención.	
PROCEDIMIENTO: Si desea participar en este estudio por favor firme el presente consentimiento. La actividad será la siguiente: Conjuntamente con la ayuda del médico o interno rotativo de turno, se preguntara datos de información básica, y se anotarán datos de importancia del momento del parto. Además se tomaran medidas antropométricas del RN.	
SELECCIÓN DE LOS SUJETOS: Se utilizaron criterios tanto de inclusión y exclusión dentro de los que se encuentran, todas las mujeres hospitalizadas a sala de labor con más de 36 semanas de edad gestacional, normotensas, con feto único con presentación cefálica, sin complicaciones en embarazos previos. Excluyendo mujeres ingresadas directamente para cesárea o que por DCP o preeclampsia se termina el embarazo por vía alta, mujeres con menos de 36 semanas de edad gestacional y aquellas con embarazo múltiple en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe.	
DECLARACIÓN: Declaro que he leído o se me ha informado oralmente toda la información necesaria acerca de la investigación. Este consentimiento reconoce que su participación es completamente voluntaria.	
Nombre de paciente	
Firma de la paciente:	

Anexo 2. Ficha de observación



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Internado Rotativo

Tesis de Grado

FICHA DE DATOS CLÍNICOS

“VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL COMPARADO CON EL PARTO HORIZONTAL Y SU ASOCIACION CON DESGARROS PERINEALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAÚL MALDONADO MEJÍA DE CAYAMBE-ECUADOR ENTRE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”

INFORMACIÓN GENERAL

Paciente:

(Siglas de las 3 primeras letras del nombre y del apellido)

Edad: Años

Etnia: Mestiza Indígena Blanca Montubia Otra

Instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguna

Peso: (kilos): _____

INFORMACIÓN PREVIA AL PARTO

Paridad: Nulípara

Múltipara

Preparación Profilaxis: Si No

No. De controles previos al parto: _____

Antecedentes patológicos personales:

Diabetes Hipertensión Anemia Ninguno Otras

INFORMACIÓN POSTERIOR AL PARTO

(Este apartado debe ser llenado por el médico que atendió el parto)

Preferencia del parto: Vertical Horizontal

Desgarro: Ninguno GI GII GIII GIV

Grado del dolor:

Leve Intenso

Periodo de expulsivo:

<= 5 minutos 0 minutos

Volumen de sangrado: _____

Complicaciones madre: SI NO

DATOS DEL NEONATO

APGAR: 1' Normal (>7) Patológico (<7) 5' Normal (>7)

Patológico (<7)

Peso del niño al nacer: _____ gramos.

PC: _____ cm.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

Anexo No. 3 Edad de las pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 25 años	165	58,7	58,7	58,7
	25 años o más	116	41,3	41,3	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 4 Etnia de las pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mestiza	158	56,2	56,2	56,2
	Indígena	123	43,8	43,8	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 5 Instrucción de las pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	130	46,3	46,3	46,3
	Secundaria	122	43,4	43,4	89,7
	Superior	14	5,0	5,0	94,7
	Ninguna	15	5,3	5,3	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 6 Peso de las pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de 60 kls	76	27,0	27,0	27,0
	60 kls o más	205	73,0	73,0	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 7 Paridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nulípara	70	24,9	24,9	24,9
	Múltipara	211	75,1	75,1	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 8 Preparación Profilaxis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	48	17,1	17,1	17,1
	No	233	82,9	82,9	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 9 Controles previos al parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de 7	210	74,7	74,7	74,7
	7 o más	71	25,3	25,3	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 10 Antecedentes patológicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	281	100,0	100,0	100,0

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 11 Preferencia del parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Vertical	137	48,8	48,8	48,8
	Horizontal	144	51,2	51,2	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 12 Desgarro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	99	35,2	35,2	35,2
	No	182	64,8	64,8	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 13 Grado de dolor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Leve	189	67,3	67,3	67,3
	Intenso	92	32,7	32,7	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 14 Periodo expulsivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<= 5 minutos	157	55,9	55,9	55,9
	10 minutos	90	32,0	32,0	87,9
	>=15 minutos	34	12,1	12,1	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 15 Volumen de sangrado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 250 cc	176	62,6	62,6	62,6
	250 cc o más	105	37,4	37,4	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 16 Complicaciones de la madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	4,6	4,6	4,6
	No	268	95,4	95,4	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 17 APGAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	281	100,0	100,0	100,0

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 18 Peso del niño al nacer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 2500 gramos	17	6,0	6,0	6,0
	2500 gramos o más	264	94,0	94,0	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 19 Talla del neonato

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 45 cm	9	3,2	3,2	3,2
	45 cm o más	272	96,8	96,8	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras

Anexo No. 20 PC de los neonatos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 34 cm	92	32,7	32,7	32,7
	34 cm o más	189	67,3	67,3	100,0
	Total	281	100,0	100,0	

Fuente: Fichas de datos clínicos
Elaborado por: las autoras