

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE PARTOS ATENDIDOS EN POSICIÓN VERTICAL VS HORIZONTAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2013

TESIS PRESENTADA POR:

ARIAS GUTIÉRREZ, BLANCA MILAGROS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Arequipa-Perú

2014

DEDICATORIA:

A mi mamita Blanca, por brindarme su amor incondicional y porque me sacó adelante, dándome un ejemplo digno de superación y entrega, porque gracias a ella, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que siente por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ti, porque admiro tu fortaleza y valentía, gracias por darme los recursos necesarios, estar aconsejándome y dándome aliento día a día.

A mi familia aunque pequeña y estando conmigo a la distancia, colaboró de diferentes maneras a mi realización profesional, gracias por confiar y creer en mí; y por sus consejos en los momentos difíciles, A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional

A mis queridos amigos, quienes estuvieron todo este tiempo conmigo, con los que compartí mil aventuras inolvidables, así como momentos felices y tristes, gracias por su amistad, espero que perdure, recuerden que siempre los llevaré en mi corazón



EPIGRAFE:

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

Mahatma Gandhi

ÍNDICE

RESUMEN	.....v
ABSTRACT	.....vi
	.....1
INTRODUCCION	
CAPÍTULO I	.....3
MATERIAL Y METODOS	
CAPÍTULO II	
RESULTADOS	.....7
CAPÍTULO III	
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	.....32
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	.....40.....42
BIBLIOGRAFÍA	.....43
ANEXOS	
Ficha de recolección de datos	.....46
Proyecto de investigación	.....48

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal de junio a diciembre del 2013. **Diseño:** Estudio observacional, comparativo y transversal.

Lugar: Hospital III Goyeneche, Arequipa, Perú.

Participantes: 136 pacientes que tuvieron parto vertical que cumplían los criterios de inclusión y otro grupo con similar número de pacientes que tuvo parto atendido en posición horizontal

Resultados: con respecto a las características obstétricas, el tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (15,80 minutos y 23,66 minutos, respectivamente), de igual manera el volumen de sangrado promedio fue menor en el parto vertical frente al horizontal (273,16 cc y 317,13 cc), en el parto horizontal las pacientes presentaron en un 22,79% y 16,19% desgarros I y II respectivamente, frente a un 33,82% de pacientes con desgarro I grado y 11,77 con desgarro de II grado que presentaron las pacientes que tuvieron parto vertical. El 75,74% de pacientes que tuvieron parto vertical no usaron episiotomía vs a un 41,91% de partos en posición horizontal que no necesitaron usar episiotomía. Con respecto a las características perinatales: no se encontró diferencia estadísticamente significativa con respecto al peso, ni test de Capurro, tampoco el Apgar del 1° y 5° minuto. El 33,82% de recién nacidos de parto horizontal presentó trauma obstétrico, siendo los más frecuentes el caput succedaneum y el cefalohematoma (30,15% y 3,67% respectivamente) frente a recién nacidos de parto vertical los cuales presentaron en 11,03% caput succedaneum.

Conclusiones: En cuanto a la parte obstétrica, existen diferencias estadísticamente significativas que demuestran menor duración del período expulsivo, menor cantidad de sangrado y menos necesidad de usar la episiotomía en el parto vertical, en cuanto a la parte neonatal se observa, menor frecuencia de trauma obstétrico en el parto vertical, se concluye que el parto vertical es beneficioso tanto para la madre y para el recién nacido.

Palabras clave: parto vertical, parto horizontal.

ABSTRACT

Objective: To determine the obstetric and perinatal characteristics of births in horizontal vs June to December 2013 upright. **Design:** observational, comparative cross-sectional study.

Location: Hospital III Goyeneche, Arequipa, Peru.

Participants: 136 patients who had vertical birth that met the inclusion criteria and a control group with similar numbers of patients who had attended childbirth horizontally.

Results : With respect to the relevant obstetric characteristics, expulsion time was lower for vertical birth against Horizontal birth (15.80 minutes and 23.66 minutes , respectively) , just as the average volume of bleeding was lower in the horizontal versus vertical birth (273.16 cc and 317.13 cc), the horizontal confinement patients had a 22.79% and 16.19% respectively tears I and II , compared to 33.82 % of patients with grade I tear with tear 11.77 grade II patients who had presented the vertical birth . 75.74 % of the patients who had not used vertical birth episiotomy vs 41.91 % to a horizontal birth not requiring episiotomy use; with respect to perinatal characteristics: no statistically significant difference was found with regard to weight, or test capurro, nor Apgar scores 1st and 5th minute. 33.82% of newborns had birth horizontal obstetric trauma, the most common being the caput succedaneum and cephalhematoma (30.15% and 3.67% respectively) compared to newborns of vertical birth which occurred in 11,03% caput succedaneum.

Conclusions: In obstetric characteristics, statistically significant differences showing shorter birth time, lower blood loss and less need for episiotomy vertical birth, regarding neonatal characteristics were observed less frequently obstetric birth trauma vertical, it is concluded that the vertical birth is beneficial for both the mother and the newborn. .

Keywords: vertical birth , horizontal birth.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad se sabe que en las diferentes culturas del mundo los partos eran atendidos por mujeres, y en posición vertical como un fenómeno natural, posteriormente con la aparición del fórceps en el siglo XVI se crearon las mesas ginecológicas en posición horizontal, dándose paso a la atención del parto en dicha posición, encontrando los médicos una forma más cómoda y más fácil de asistir el parto. Sin embargo en los últimos años, se están reconociendo las bondades de las posiciones tradicionales de atención del parto (sentadas, paradas, hincadas), en la que el útero está en posición vertical y la mujer cuenta con elementos para poder pujar mejor y retoma el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño.

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal. En nuestro país existe una variedad de tradiciones propias de cada región, entre ellas se encuentra la posición que la mujer opta para dar a luz que en el caso de algunas mujeres andinas y amazónicas es la posición vertical, es por ello que el Ministerio de salud del Perú, en el 2005 instauró la Norma Técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural, que se viene promoviendo en todos los hospitales y centros de salud del país.

El Hospital III Goyeneche, hospital de referencias, atiende un sinnúmero de pacientes de diferentes partes del Perú, he sido testigo durante mi rotación en el servicio de Obstetricia que en dicho hospital existen experiencias de atención de parto en posición vertical en sus diferentes modalidades, especialmente: sentada y de cuclillas, que se han ido incrementando con el paso de los meses, brindando de esta manera una atención lo más cercana a las costumbres y tradiciones de la mujer que viene de regiones rurales del país, y por qué no decirlo también se convierte en una alternativa innovadora para muchas gestantes que tuvieron experiencias de parto en posición horizontal, y que optaron en querer dar parto en posición vertical.

Los beneficios del parto en posición vertical han sido comprobado en diferentes investigaciones a nivel internacional, sobre todo los beneficios que tiene sobre el periodo de dilatación, sin embargo los beneficios del parto en posición vertical durante el periodo expulsivo, es un aspecto clave sobre lo cual las actuales investigaciones no han llegado a conclusiones claras, siendo necesario el aporte de evidencias científicas en relación a este tema.

Los hechos anteriores han motivado la realización del presente estudio, el cual constituye un aporte para la profesión médica, dado que se pretende confirmar científicamente las ventajas atribuidas por diferentes culturas al parto en posición vertical, de esta manera, la atención de salud, se adapta a las diferentes concepciones culturales de nuestra población, haciendo que dicha atención sea “amigable culturalmente”, es decir, favoreciendo la adaptación de los servicios de salud a la cultura y necesidades de los usuarios, en la que éstos se sientan cómodos y satisfechos.

El objetivo de la presente tesis es determinar las características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en el Hospital III Goyeneche.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1. TÉCNICAS

Se aplicó la técnica de la observación documental comparativo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de egreso de parto eutócico del Hospital III Goyeneche de junio a diciembre del 2013.

1.2. INSTRUMENTO

Se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada para el estudio, la misma que consigna los datos de acuerdo a las variables de estudio.

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio se desarrolló en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche, el mismo que está ubicado en la Avenida Goyeneche s/n en el Distrito de Arequipa, en la Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Es un estudio de tipo coyuntural que se realizó mediante el análisis de partos eutócicos atendidos en el periodo de junio a diciembre del año 2013.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. UNIVERSO

Estuvo conformado por las pacientes egresadas del servicio de Gineco-obstetricia con diagnóstico de parto eutócico durante el periodo de junio a diciembre 2013 que en total son 772 pacientes, de los cuales 163 partos fueron atendidos en posición vertical y 609 en posición horizontal

2.3.2. MUESTRA

No se trabajó con muestra, sino con el total de partos verticales que se atendieron en el periodo de estudio y que cumplieron los criterios de inclusión, los sumaron 136, por lo tanto se tomó un grupo de control de 136 partos horizontales al azar, atendidos en el mismo periodo, que cumplían los criterios de inclusión.

2.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de egreso de parto eutócico en posición vertical atendidas en el hospital III Goyeneche en el periodo de junio a diciembre del 2013 que contengan la hoja de evolución de sus recién nacidos.
- Historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de egreso de parto eutócico en posición horizontal (control) atendidas en el hospital III Goyeneche en el periodo de junio a diciembre del 2013 que contengan la hoja de evolución de sus recién nacidos.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes que presentaron complicaciones obstétricas.
- Historias clínicas de pacientes que han tenido inducción o conducción del parto.

- Historias clínicas incompletas donde no se encontró la información necesaria para la realización del proyecto.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

Se realizaron las coordinaciones con la dirección del Hospital y la jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Goyeneche Arequipa para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se revisó inicialmente el libro de altas de pacientes que estuvieron hospitalizadas en dicho servicio con diagnóstico de egreso de parto eutócico durante el periodo de estudio para obtener el número de historias clínicas, también se revisó el libro de atención de partos de donde se obtuvo específicamente la población de partos atendidos en posición vertical, posteriormente se coordinó con la Unidad de Estadística para la revisión de las historias clínicas y se registraron los datos de las pacientes en la ficha de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. RECURSOS

Recursos humanos:

La investigadora: Blanca Milagros Arias Gutiérrez.

Tutor: Dr. José Santos Yucra Incahuanaco

Recursos físicos:

Fichas de recolección de datos, material de escritorio, computadora personal con procesadores de texto, software estadístico, suministros de computadora.

Financieros:

Autofinanciado.

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Por tratarse de una ficha de recolección de datos, no requirió de validación.

3.4. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

3.4.1. A NIVEL DE RECOLECCIÓN

Se realizó la recolección de datos de las historias clínicas del Hospital III Goyeneche del año 2013, llenando adecuadamente la ficha de recolección de datos, de acuerdo a las diferentes variables para completar los objetivos del presente estudio.

3.4.2. A NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN

La información obtenida se procesó por medio de la hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2012 y los paquetes estadísticos: SPSS versión 19.0 en Español.

3.4.3. A NIVEL DE ESTUDIO DE DATOS

Una vez aplicada la técnica y procedimiento, se procedió a la tabulación y procesamiento estadístico de los resultados, los que son presentados en tablas descriptos e interpretados.

CAPÍTULO II

RESULTADOS

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 1:
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR EDAD SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

EDAD (AÑOS)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
< 18	6	4,42	14	10,29
18 – 35	116	85,29	104	76,47
>35	14	10,29	18	13,24
TOTAL	136	100	136	100

PARTO VERTICAL: Edad promedio 25,52 años (desviación estándar: $\pm 6,38$); edad mínima: 16 años; edad máxima: 45 años

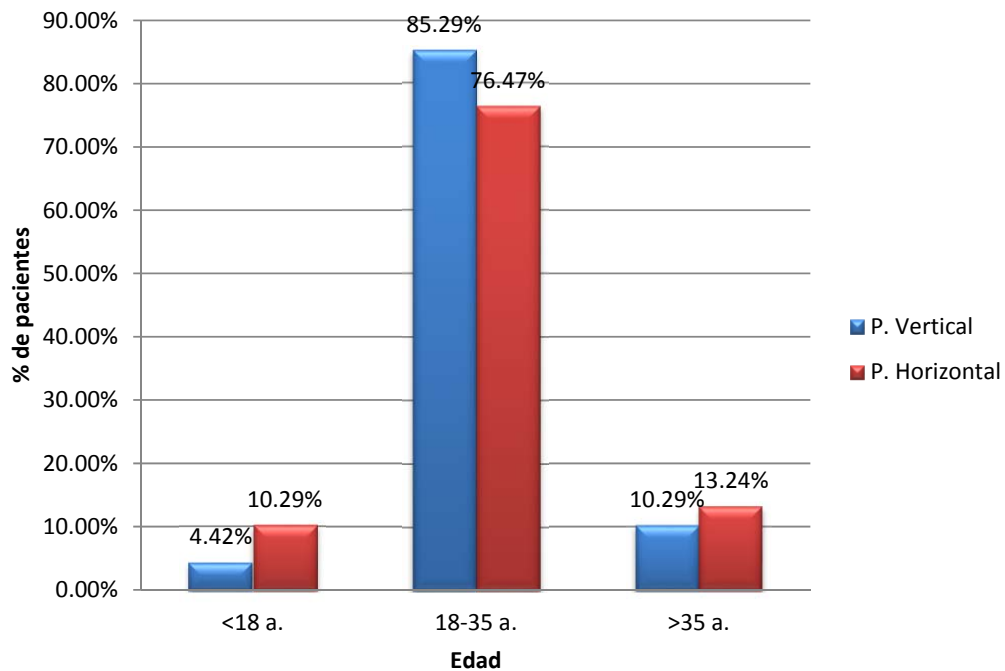
PARTO HORIZONTAL: Edad promedio: 25,99 años (desviación estándar: $\pm 7,32$); edad mínima: 15 años; edad máxima: 49 años;

Prueba t = 6,27 $p > 0,05$

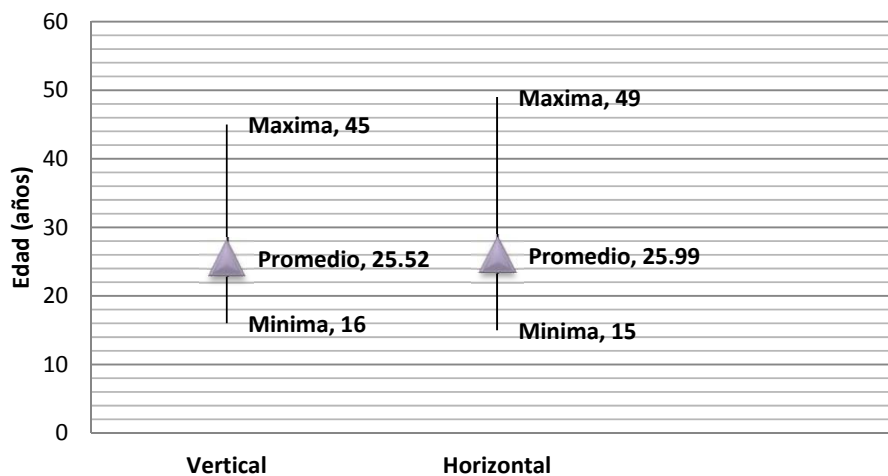
La tabla y grafico 1 muestra que en ambos grupos, la mayoría de pacientes tienen edades comprendidas entre los 18 a 35 años; el 10,29% de mujeres que tuvieron parto vertical y el 13,24% de las que tuvieron parto en posición horizontal, tenían más de 35 años. El 4,42% de las mujeres con parto vertical y 10,29% de las que tuvieron parto horizontal eran adolescentes. En ambos grupos la edad promedio fue 25 años. La prueba t ($p < 0,05$) demuestra que no hay diferencias estadísticamente significativas en la edad de las mujeres según la posición del parto.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 1:
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR EDAD SEGUN POSICION DEL PARTO**



**GRAFICO 2:
VARIACION Y PROMEDIO DE EDAD DE LAS
PACIENTES SEGUN POSICION DEL PARTO**



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 2
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR PARIDAD SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

PARIDAD	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
Primigestas	56	41,18	54	39,71
Segundigesta	31	22,79	34	25,00
Multigesta	45	33,09	45	33,09
Gran multigesta	4	2,94	3	2,20
TOTAL	136	100	136	100

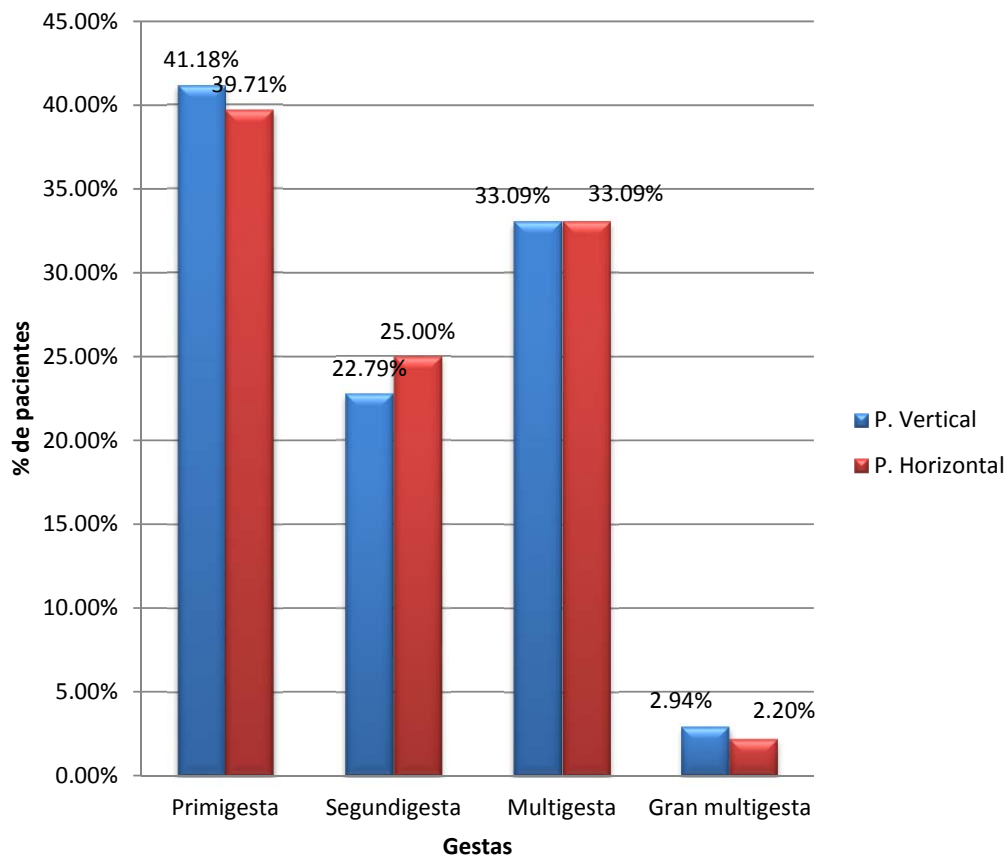
$X^2 = 0,0611$ $p > 0,05$

La tabla 2 y el gráfico 3 muestra que en las mujeres de la muestra son primigestas tanto para parto vertical como horizontal (41,18% y 39,71%, respectivamente) seguido del grupo de multigestas en igual proporción para ambos grupos (33,09%), luego están las segundigestas con un 22,79% para el grupo de parto vertical y 25% para el grupo de parto horizontal y en mínimo porcentaje las gran multigestas (5,14% en total)

La prueba de Chi cuadrado demuestra que no hay diferencias estadísticamente significativas en la paridad de las mujeres por el tipo de parto.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 3:
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR PARIDAD SEGUN LA
POSICION DEL PARTO**



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 3
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR PERÍODO INTERGENÉSICO SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

PERÍODO INTERGENÉSICO (años)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
Ninguno	56	41,18	54	39,71
≤ 2	24	17,65	16	11,76
3 – 4	26	19,12	24	17,65
≥ 5	30	22,06	42	30,88
TOTAL	136	100	136	100

$$X^2 = 2,765$$

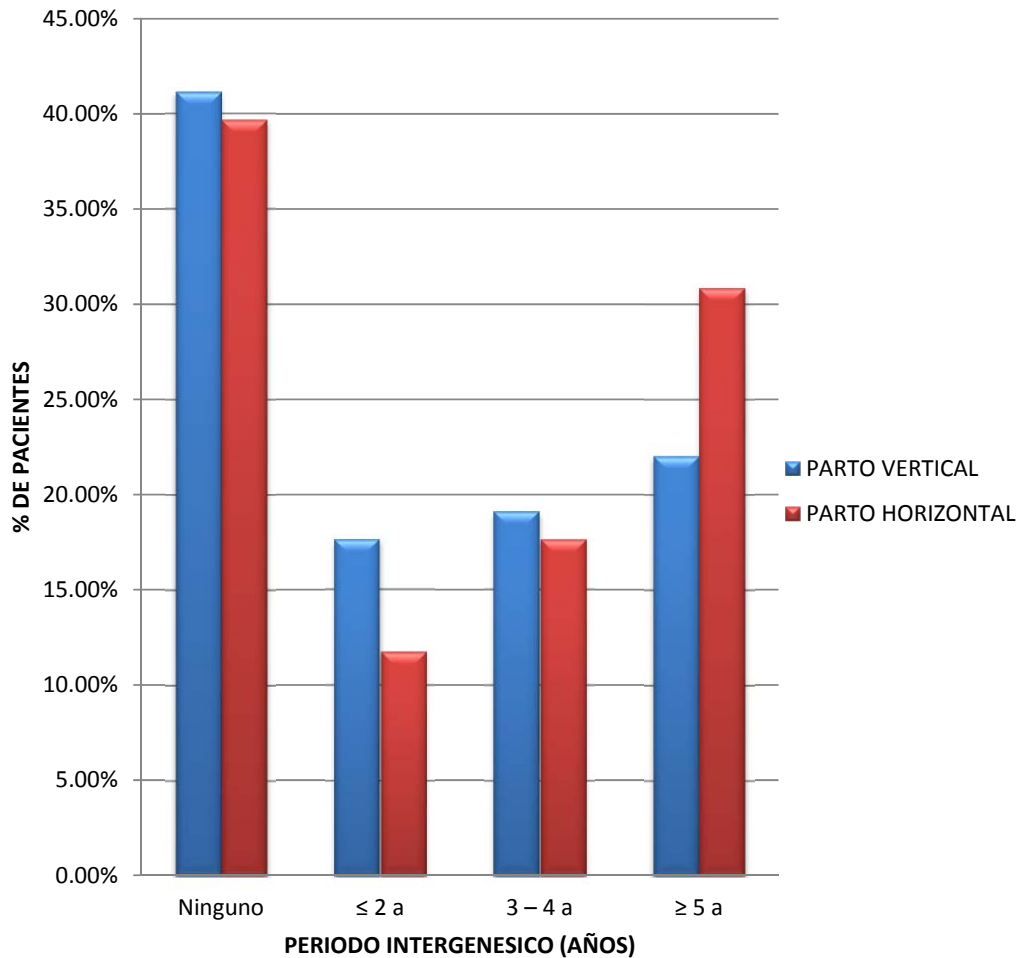
$$p > 0,05$$

La tabla muestra que en ambos grupos, los mayores porcentajes de pacientes, no tienen período intergenésico, debido a que son pacientes primigestas, el 22,06% de pacientes del grupo de parto vertical y el 30,88% del parto horizontal presentan un período intergenésico mayor a 5 años (añosas), en menor porcentaje está el grupo de mujeres con PIG corto que es 17,65% y 11,76% para parto atendido en posición vertical y horizontal respectivamente

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que no existen diferencias en el periodo intergenésico según el tipo de parto.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICA 4:
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR PERIODO INTERGENESICO SEGUN LA POSICION DEL PARTO**



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 4
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR ESTADO DE LAS MEMBRANAS AL INGRESO A SALA DE PARTOS SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

ESTADO DE LAS MEMBRANAS	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
Integras	107	78,68	114	83,82
Rotas	29	21,32	22	16,18
TOTAL	136	100	136	100

$$X^2 = 1,1825$$

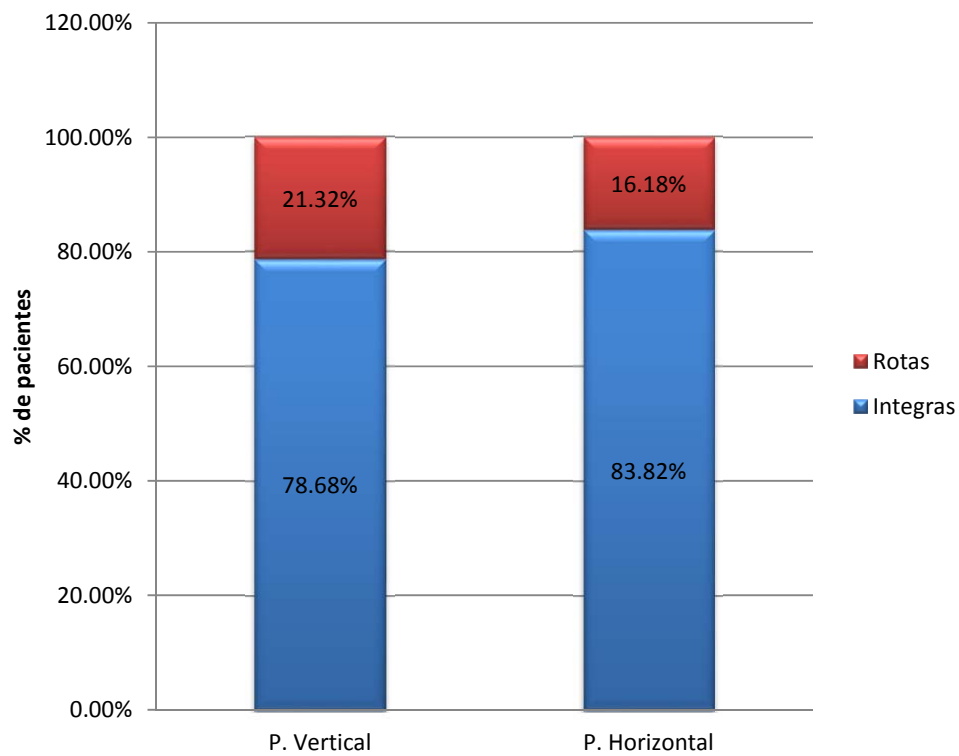
$$p > 0,05$$

La tabla 4 y grafico 5 muestran que el 78,68% de pacientes del grupo de parto vertical y el 83,82% del parto horizontal tenían las membranas integras, el 21,32% y 16,18% del grupo de parto vertical y horizontal respectivamente, tenían rotura de las membranas.

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que no existen diferencias en el estado de las membranas según el tipo de parto.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 5:
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR ESTADO DE LAS
MEMBRANAS AL INGRESO A SALA DE PARTOS
SEGUN LA POSICION DEL PARTO**



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 5
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR TIEMPO DE DURACIÓN DEL PERÍODO EXPULSIVO SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

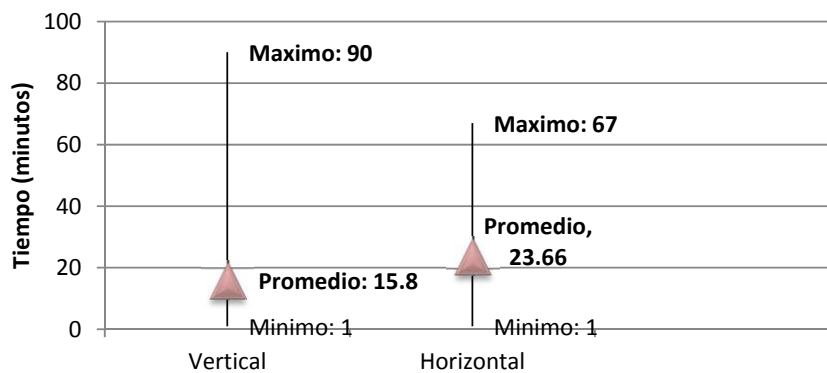
TIEMPO DE DURACIÓN DEL PERÍODO EXPULSIVO (minutos)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
< 10	42	30,88	41	30,15
10 – 20	55	40,44	50	36,76
>20	39	28,68	45	33,09
TOTAL	136	100	136	100

Prueba t = 0,0086 p < 0,05

PARTO VERTICAL: Duración del período expulsivo promedio: 15,80 minutos (desviación estándar: ± 12,06 minutos); tiempo mínimo: 1 minuto; tiempo máximo: 90 minutos;.

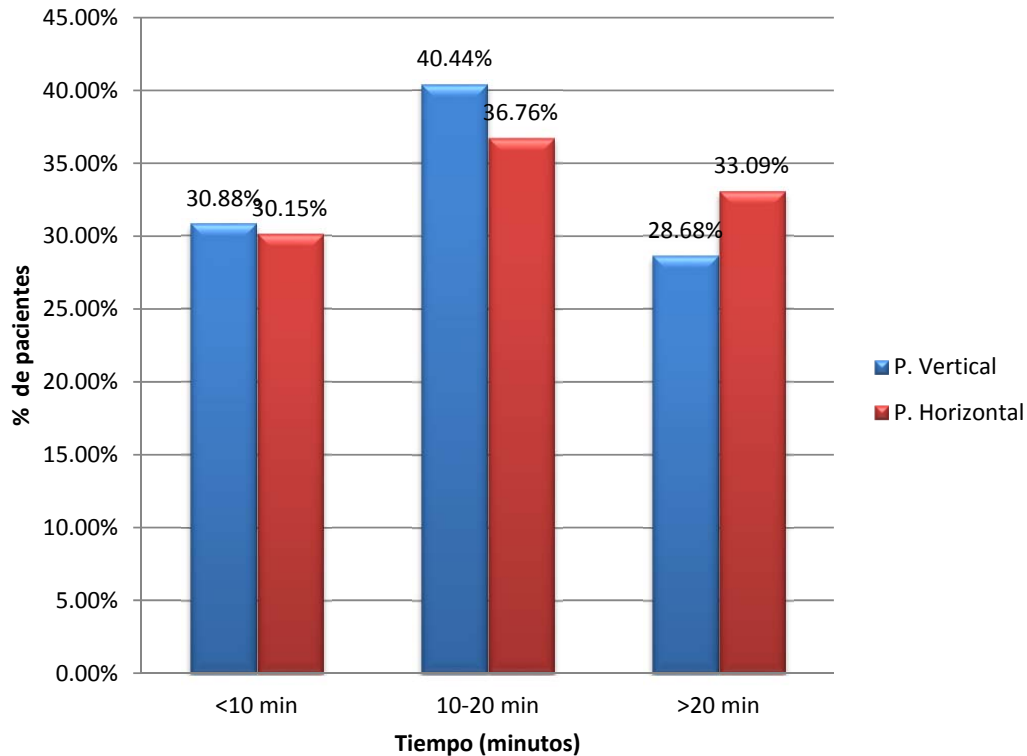
PARTO HORIZONTAL: Duración del período expulsivo promedio: 23,66 minutos (desviación estándar: ± 13,18 minutos); tiempo mínimo: 0 minutos; tiempo máximo: 67 minuto.

GRAFICO 6: VARIACION Y PROMEDIO DEL SANGRADO SEGUN POSICION DEL PARTO



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 7 :
TIEMPO DE DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO SEGUN LA POSICION DEL PARTO**



La tabla 5 y el grafico 7 muestra que la duración del período expulsivo en las gestantes que tuvieron parto vertical fue en su mayoría (40,44%) de 10 a 20 minutos, un 30,88% de pacientes tuvieron un tiempo de expulsivo menor a 10 minutos y fue mayor a 20 minutos en un 28,68%, en cuanto la duración del expulsivo en posición horizontal los mayores porcentajes se encuentran en las categorías de > 20 minutos y la de 10-20 minutos que son 33,09% y 36,76% respectivamente

La prueba t demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas en la duración del período expulsivo entre las dos posiciones del parto, siendo más largo en el parto horizontal.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 6
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR SANGRADO TOTAL SEGÚN POSICION DEL PARTO

SANGRADO TOTAL (MILILITROS)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
< 300	84	61,76	51	37,50
300 – 400	37	27,21	63	46,32
500 a más	15	11,03	22	16,18
TOTAL	136	100	136	100

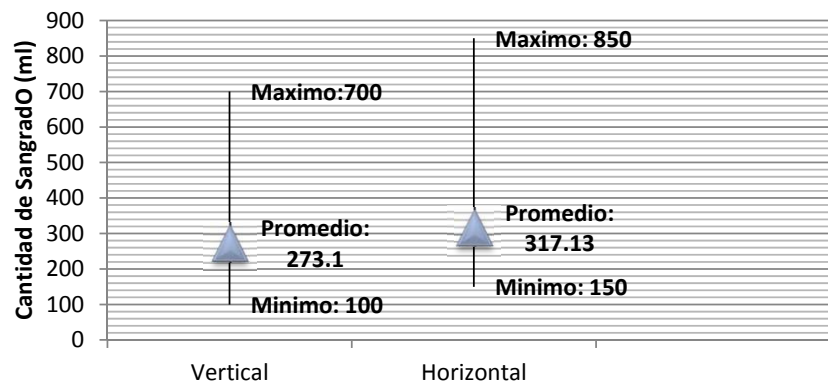
Prueba t = 0,0031

p >0,05

PARTO VERTICAL: Cantidad de sangrado total promedio: 273,1ml (desviación estándar: \pm 98,67 ml), cantidad mínima: 100 cc; cantidad máxima: 700 ml.

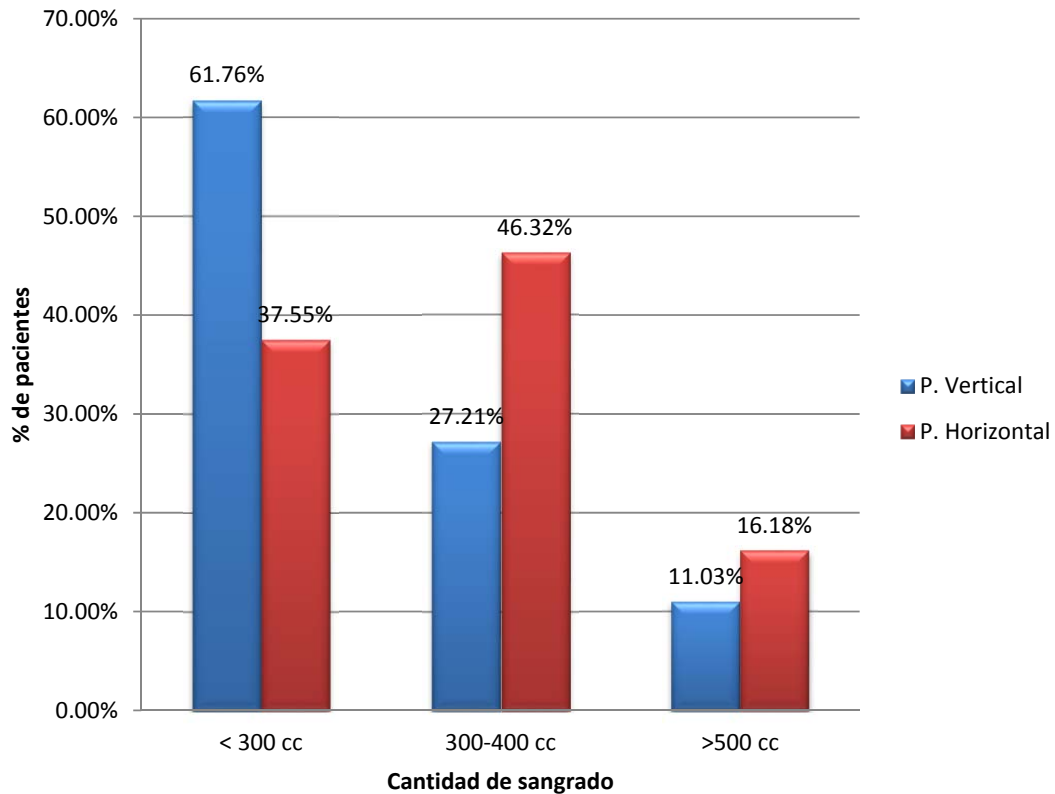
PARTO HORIZONTAL: Cantidad de sangrado total promedio: 317,13ml; (desviación estándar: \pm 141,58 ml) cantidad mínima: 150 ml; cantidad máxima: 850 ml.

GRAFICO 8: VARIACION Y PROMEDIO DE SANGRADO SEGUN POSICION DEL PARTO



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 9:
SANGRADO TOTAL SEGUN LA POSICION DE PARTO**



La tabla 6 y el grafico 9 muestran que en el parto atendido en posición vertical la mayoría de las pacientes tuvieron sangrado menor a 300ml (61,76%), el porcentaje de hemorragia postparto fue de 11,03% y un 27,21% tuvo un sangrado entre 300 y 400 ml, en cuanto a pacientes atendidas en posición horizontal la mayoría tuvo sangrado que oscilo entre 300 -400 ml (46,32%) seguido por un 37,50% que tuvieron sangrado menor a 300ml y un 16,18% que presento sangrado superior a 500ml

La prueba t demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad total de sangrado entre las dos posiciones del parto, siendo mayor la cantidad de sangrado en el parto horizontal

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 7
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR DESGARROS SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

DESGARROS	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
No	74	54,41	82	60,29
I	46	33,82	31	22,79
II	16	11,77	22	16,19
III	0	0,00	1	0,73
TOTAL	136	100	136	100

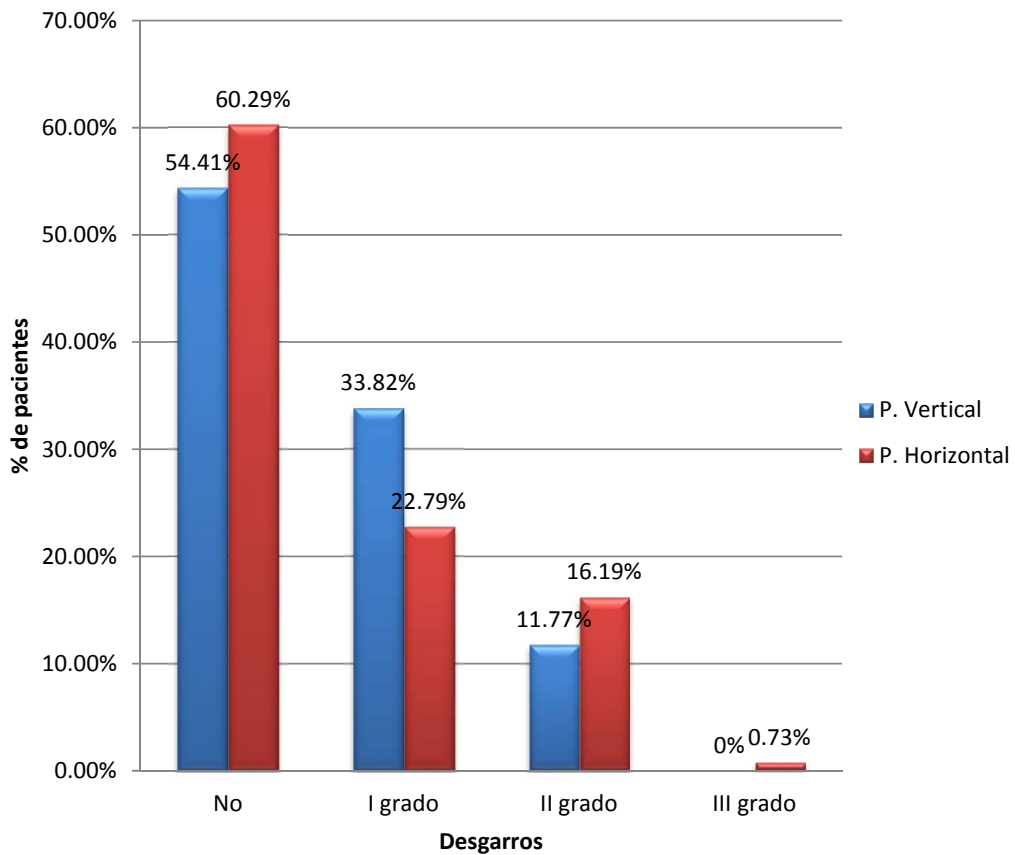
$X^2 = 0,9620$

$p < 0,05$

La tabla 7 y el grafico 10 muestran que el 54,41% y 60,29% de las pacientes con parto vertical y horizontal respectivamente, no presentaron desgarros, los desgarros son ligeramente más frecuentes en el parto horizontal, aunque según la prueba de Chi cuadrado, las diferencias no son estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 10:
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR DESGARROS SEGUN LA
POSICION DEL PARTO**



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 8
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR USO DE EPISIOTOMÍA SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

USO DE EPISIOTOMÍA	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
Sí	33	24,26	57	41,91
No	103	75,74	79	58,09
TOTAL	136	100	136	100

$$X^2 = 9,5648$$

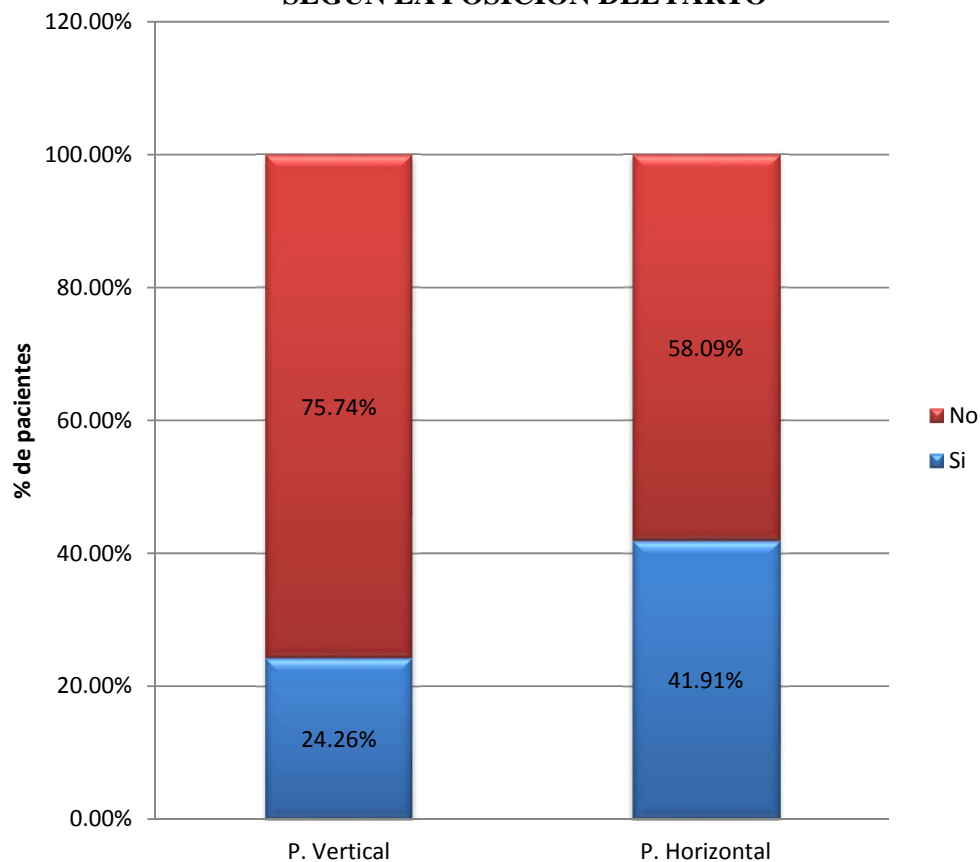
$$p < 0,05$$

La tabla 8 y el grafico 11 muestran que el 75,74% y 58,09% de las pacientes con parto vertical y horizontal respectivamente, no requirieron episiotomía, el 41,91% de pacientes del grupo de parto horizontal y el 24,26% del parto vertical, si requirieron episiotomía.

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de episiotomía, siendo su uso más frecuente en el parto horizontal.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 11:
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR USO DE EPISIOTOMIA
SEGUN LA POSICION DEL PARTO**



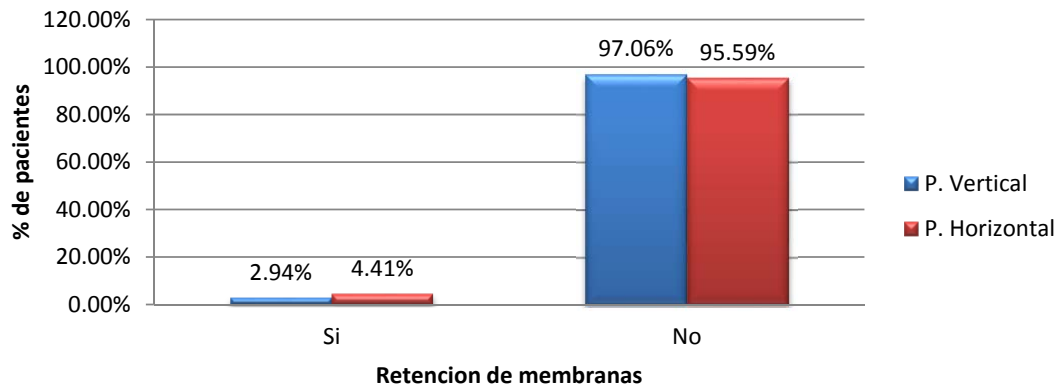
Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 9
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR RETENCIÓN DE MEMBRANAS Y/O RESTOS PLACENTARIOS SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

RETENCIÓN DE MEMBRANAS Y/O RESTOS PLACENTARIOS	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
Si	4	2,94	6	4,41
No	132	97,06	130	95,59
TOTAL	136	100	136	100

$X^2 = 0,4153$ $p > 0,05$

GRAFICO 12: RETENCION DE MEMBRANAS Y/O RESTOS PLACENTARIOS SEGUN LA POSICION DEL PARTO



La tabla 9 y el grafico 12 muestran que el 97,06% de pacientes del grupo de parto vertical y el 95,59% del parto horizontal no tuvieron retención de membranas y/o restos placentarios.

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que no existen diferencias en la retención de membranas y/o restos placentarios según el tipo de parto.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**TABLA 10
RESULTADOS DE LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
SEGÚN LA POSICION DEL PARTO**

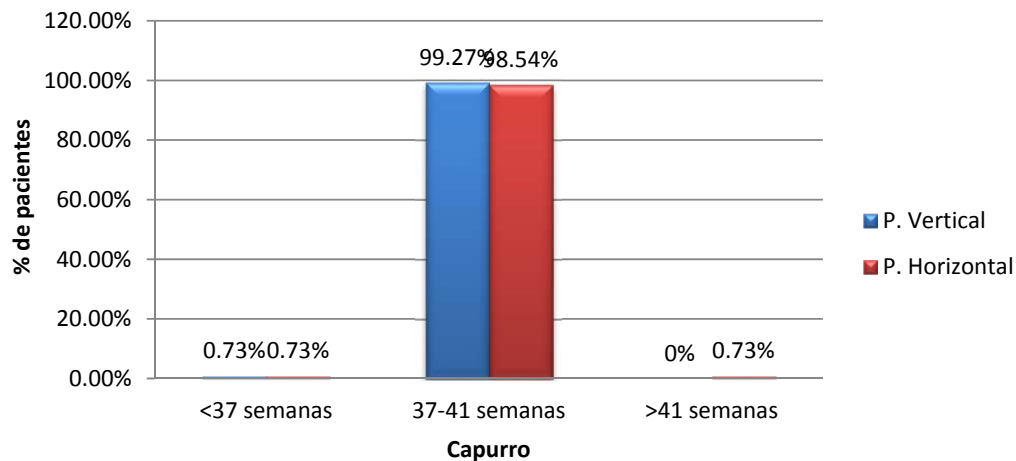
CAPURRO (semanas)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
< 37	1	0,73	1	0,73
37 – 41	135	99,27	134	98,54
> 41	0	0,00	1	0,73
TOTAL	136	100	136	100

$X^2 = 0,3371$ $p > 0,05$

La tabla muestra que de acuerdo al Test de Capurro, 99,27% de recién nacidos por parto vertical, y 98,54% de nacidos por parto horizontal, tienen entre 37 a 41 semanas de gestación. En ambos grupos, sólo el 0,73% tienen menos de 37 semanas y el 0,73% de recién nacidos por parto horizontal tienen más de 41 semanas.

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que no existen diferencias en el resultado del Test de Capurro de los recién nacidos de ambos grupos.

GRAFICO 13: RESULTADOS DE LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO SEGUN POSICION DEL PARTO



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 11
PESO DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

PESO (gramos)	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
< 2500	3	2,21	1	0,73
2500 – 3999	129	94,85	128	94,12
>4000	4	2,94	7	5,15
TOTAL	136	100	136	100

$X^2 = 1,936$

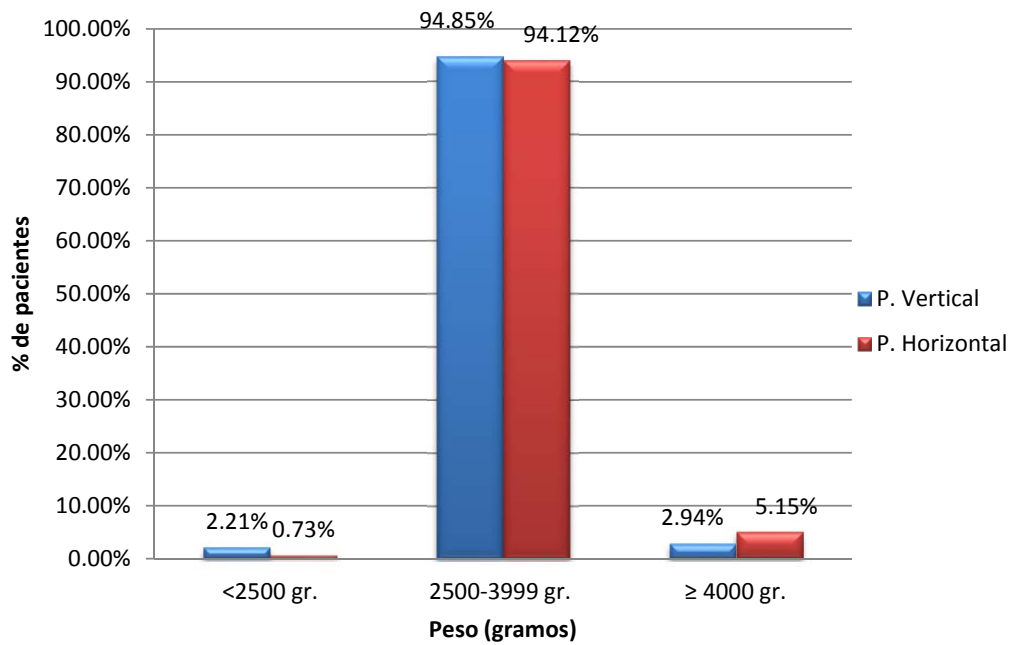
$p > 0,05$

La tabla 11 y el gráfico 14 muestran que 94,85% de recién nacidos por parto vertical, y 94,12% de recién nacidos por parto horizontal, tienen peso entre 2500 a 3999 gramos, el 2,21% y 0,73% de recién nacidos por parto vertical y horizontal respectivamente, tienen peso menor de 2500 gramos y el 2,94% de recién nacidos de parto vertical y el 5,15% de recién nacidos de parto horizontal presentan peso mayor a 4000 gramos

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que no existen diferencias en el resultado del peso de los recién nacidos de ambos grupos.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 14:
PESO DEL RECIEN NACIDO SEGUN LA POSICION DEL PARTO**



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 12
APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL PRIMER MINUTO SEGÚN LA POSICION DE PARTO

APGAR AL MINUTO	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
≤ 3	0	0	1	0,73
4 – 6	3	2,21	1	0,73
7 – 10	133	97,79	134	98,54
TOTAL	136	100	136	100

$X^2 = 14,004$

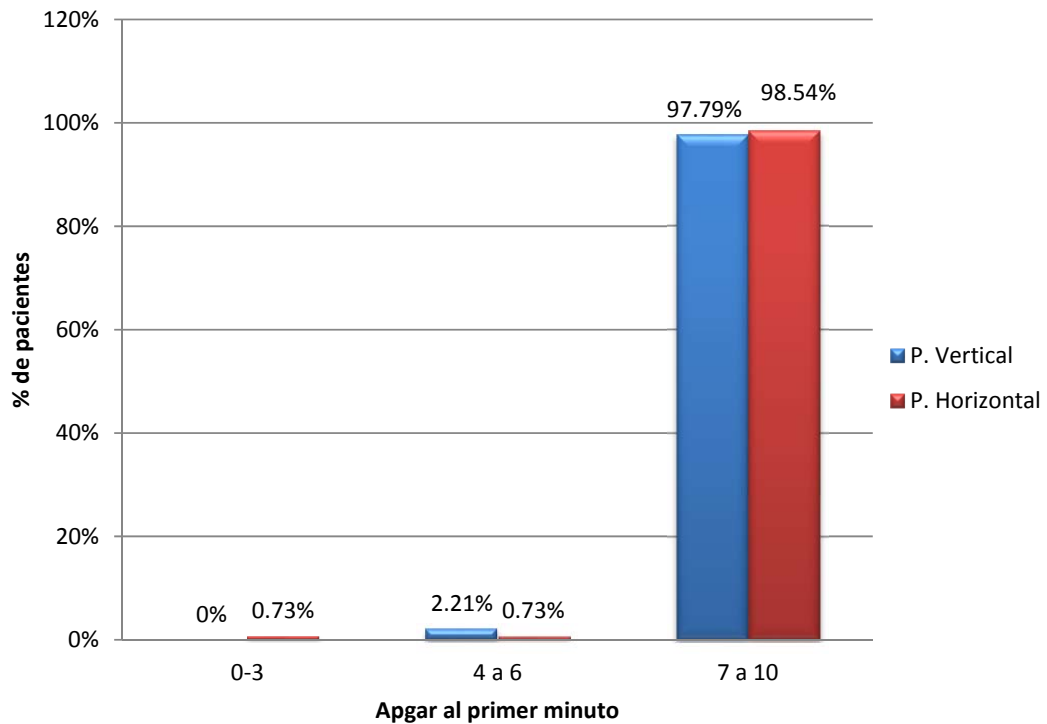
$p > 0,05$

La tabla 12 y grafico 15 muestra que el 97,79% de recién nacidos de las pacientes del grupo de parto vertical y el 98,52% del parto horizontal tuvieron Apgar al minuto de de 7 a 10. El 2,21% y 0,74% de recién nacidos en parto vertical y horizontal respectivamente, presentan Apgar entre 4 a 6, y solo un 0,73% de recién nacidos de parto atendido en posición horizontal presentaron Apgar ≤ 3, no habiendo casos registrados en el caso de la posición vertical

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que no existen diferencias estadísticamente significativas que demuestran que los recién nacidos por parto vertical presentan mejor Apgar al minuto en comparación a los nacidos por parto horizontal.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

GRAFICO 15
APGAR DEL RECIEN NACIDO AL PRIMER MINUTO SEGUN LA POSICION DE PARTO



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 13
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS CINCO MINUTOS SEGÚN LA POSICION DEL PARTO

APGAR A LOS CINCO MINUTOS	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
≤ 3	0	0,00	0	0,00
4 – 6	0	0,00	0	0,00
7 – 10	136	100,00	136	100,00
TOTAL	136	100	136	100

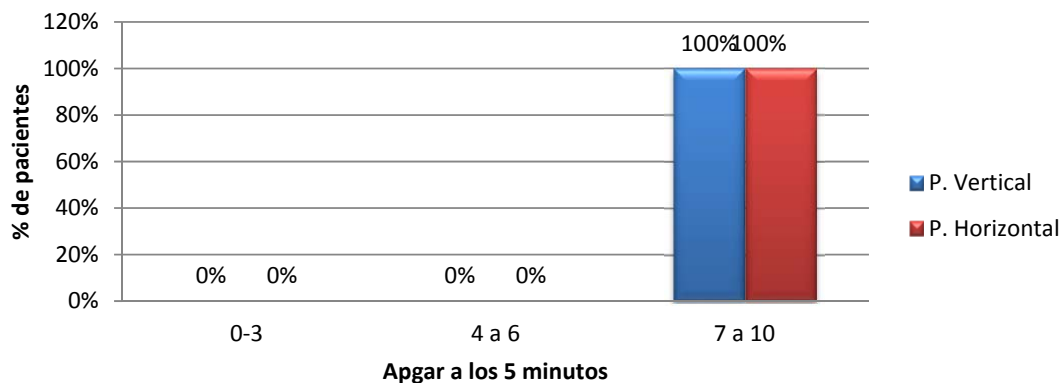
$X^2 = 0,000$

$p > 0,05$

La tabla 13 muestra que a los cinco minutos, el 100% de recién nacidos de las pacientes atendidas tanto en posición horizontal como vertical tuvieron Apgar de 7 a 10.

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que no existen diferencias en el Apgar a los cinco minutos de los recién nacidos de ambos grupos.

GRAFICO 16:
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR EL APGAR DEL RECIEN NACIDO A LOS 5 MINUTOS SEGUN LA POSICION DEL PARTO



Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

TABLA 14
PACIENTES DISTRIBUIDAS POR TRAUMA OBSTÉTRICO DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN LA POSICION DEL PARTO.

TRAUMA OBSTÉTRICO	PARTO VERTICAL		PARTO HORIZONTAL	
	F	%	F	%
Ninguno	121	88,97	90	66,18
Caput sucedaneum	15	11,03	41	30,15
Cefalohematoma	0	0,00	5	3,67
TOTAL	136	100	136	100

$X^2 = 20,3086$

$p < 0,05$

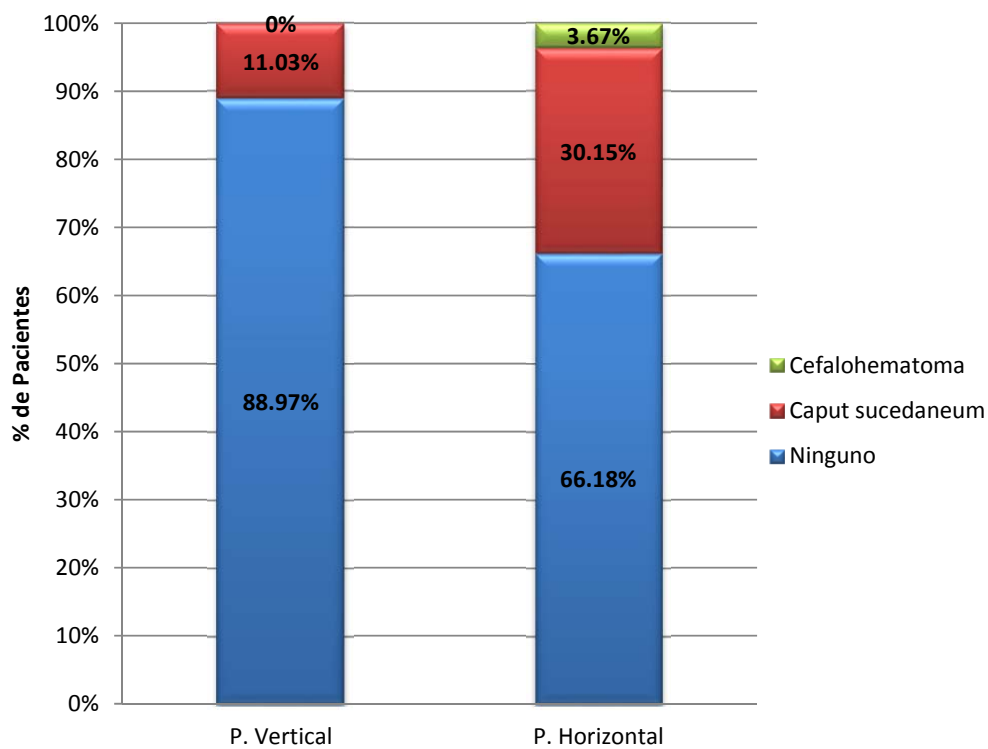
La tabla 14 y grafico 17 muestran que 88,97% de recién nacidos por parto vertical, y 66,18% de recién nacidos por parto horizontal, no presentaron ningún trauma obstétrico. El 11,03% y 30,15% de nacidos por parto vertical y horizontal respectivamente presentaron caput sucedaneum. El 3,67% de los recién nacidos por parto horizontal tenían cefalohematoma.

En nuestra población de estudio no hubo casos de recién nacidos con fractura de clavícula ni con elongación de plexo braquial.

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas que demuestra que el trauma obstétrico es menos frecuente en el parto vertical en comparación al parto horizontal.

Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013

**GRAFICO 17:
RECIEN NACIDOS CON TRAUMA OBSTETRICO SEGUN
POSICION DEL PARTO**



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la tabla 1, se observó que las edades más frecuentes de las gestantes tanto en el grupo que tuvo parto vertical como en el horizontal, se ubican entre los 18 a 35 años de edad (85,29% y 76,47% respectivamente). Las adolescentes representaron el 14,71% del total y las mayores el 23,53%. La edad promedio en el primer grupo fue 25,52 años y en el segundo fue 25,99 años, no existiendo diferencias estadísticas entre ambos, es decir, que las gestantes que conformaron ambos grupos, tenían edades similares o iguales desde el punto de vista estadístico.

La edad es sin lugar a dudas una variable de suma importancia en la vida reproductiva de las mujeres, se sabe que el embarazo en los extremos de la vida, ósea mujeres mayores de 35 años y menores de 18 años es considerado un grupo de alto riesgo obstétrico.¹ Una adolescente embarazada no ha terminado el desarrollo físico ni psicológico, por ejemplo los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente tienen más probabilidades de tener un bebé con bajo peso al nacer². El predominio de desgarros cervicales durante el parto adolescente ha sido encontrado como consecuencia propia de la edad, además se reportan otras lesiones del canal del parto más frecuentes en este grupo de edad. La desproporción céfalo pélvica, es uno de ellos, en estos casos las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné¹. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando. En las añosas, consideradas aquellas embarazadas con más de 35 años, también son consideradas como alto riesgo obstétrico porque la mayoría de patologías se encuentran dentro de este grupo como por ejemplo: la diabetes, la hipertensión, malformaciones congénitas, problemas de la placenta, etc².

La tabla 2, muestra que el 41,18% y 39,71% de mujeres que tuvieron parto vertical y horizontal respectivamente eran primigestas, el 55,08% y 58,09% de mujeres con

parto vertical y horizontal respectivamente eran segundigestas y multigesta. La prueba estadística indica que no hay diferencias en ambos grupos.

Al respecto se puede comentar, que la paridad es también una característica de las pacientes que puede influir en las otras variables, ya es conocido que las mujeres no primigestas, por lo general, presentan trabajos de parto de menor duración que las primigestas, por lo que a efectos de establecer si hay diferencias entre el parto vertical u horizontal, sería recomendable que las integrantes de ambos grupos se distribuyan de manera homogénea, como la experiencia que se encuentra reflejada el trabajo de Ninoska¹³ en Cochabamba Bolivia donde solo trabajo con un total de 98 pacientes multíparas.

La tabla 3, muestra que en el periodo intergenésico de las madres de ambos grupos, no existen diferencias estadísticas, la mayor parte de población no tienen periodo intergenésico debido a ser primigestas, vemos también que el siguiente grupo de pacientes que predominan en la muestra son mujeres con periodo intergenesico largo esto quiere decir mayor a 5 años, a pesar de que estadísticamente estos resultados no son significativos, es importante saber que este periodo intergenesico largo o también el corto aumenta el riesgo de presentar desgarro perineal en comparación con aquellas con un periodo intergenesico adecuado, esto coincide con las literaturas donde indican que tener un periodo intergenesico adecuado disminuye muchos riesgos reproductivos.

La tabla 4 muestra el estado de las membranas, en nuestro estudio no hubo diferencia estadística entre ambos grupos con respecto a esta variable a pesar de que se encontraron membranas rotas en un 21,32% en el parto en posición horizontal frente a un 16,18% en el parto en posición vertical, esto como sabemos podría influir en el trabajo de parto ya que la rotura de membranas libera prostaglandina E2 y eleva los niveles de oxitocina, con lo cual se incrementan las contracciones, alterándose la evolución fisiológica del trabajo de parto⁴.

La tabla 5 muestra que el tiempo promedio de duración del periodo expulsivo en las mujeres que tuvieron parto vertical fue 15,80 minutos y en el parto horizontal fue

23,66 minutos. La prueba t demuestra que existen diferencias estadísticamente en la duración del periodo expulsivo, siendo menor en el parto vertical.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Martina³ quienes reportan que la duración del expulsivo en el grupo al que se le atendió el parto en posición horizontal fue de 21.43 minutos y en el grupo atendido en posición vertical sentada fue de 12.06 minutos. De igual modo, concordamos con el estudio de Calderón⁴, quienes concluyen que el tiempo del expulsivo fue menor para el parto vertical frente a parto horizontal, ambos estudios demuestran una diferencia entre ambas posiciones es > 8 minutos

Un reciente estudio demuestra que la duración del segundo periodo de trabajo de parto en minutos arrojó una media para el estudio de 30.69 minutos, con tiempo máximo de 120 minutos en dos pacientes del grupo que tuvo parto horizontal. En la comparación por grupos se obtuvo una media de 26.36 minutos para las pacientes atendidas en posición vertical y de 35 para el grupo atendido en posición horizontal. La duración menor de 9 minutos encontrado en el parto vertical, mostró diferencia significativa al comparar ambas medias⁶.

En la tabla 6, se observó que la cantidad promedio de sangrado en el parto vertical fue 273,16 cc y en el parto horizontal fue 317,13 cc; la prueba t señala que existe diferencia estadísticamente significativa que demuestra que la cantidad de sangrado durante el parto es significativamente menor en el parto vertical en comparación al parto horizontal, esto discrepa del estudio de Calderón⁴, quien en su estudio encontró que el volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos, y del estudio de Gupta⁵, quien indica que la pérdida sanguínea, tiende a ser mayor en la postura vertical, pero que dicha pérdida no tiene mayor significación, y concluye, que la postura vertical genera una cantidad más elevada de eventos de hemorragia obstétrica (riesgo relativo, 1.6. El resultado contrario de la presente tesis referente a la característica obstétrica sangrado, con respecto a los estudios mencionados, puede deberse a que los tiempos de expulsivo con valores mayores estuvieron en el grupo de parto en posición horizontal y como sabemos una complicación de un expulsivo prolongado es la hemorragia post parto, otro posible factor de dicho resultado se puede deber a la cuantificación, la cual fue una cuantificación “visual”, lo que

supone una valoración demasiado subjetiva de esta variable, en este caso se debe cuantificar el sangrado de manera más real mediante la colecta a partir del pinzamiento del cordón umbilical.

La tabla 7 muestra que la mayor parte de la muestra no presentó desgarros vaginales, en los porcentajes de: 54,41% y 60,29% de pacientes atendidas por parto vertical y horizontal respectivamente. En el caso de las mujeres, que sí presentaron desgarros, en ambos grupos fueron de grado I (33,82% en parto vertical y 22,79% en el horizontal). El desgarro de segundo grado, se presentó en el 11,77% de pacientes que tuvieron parto vertical y 16,19% en el horizontal. La prueba de Chi cuadrado demuestra que no existen diferencias en la frecuencia y profundidad de los desgarros en ambos grupos.

El estudio de Martina³ reporta que los desgarros perineales se presentan en el 14,28% en el grupo control y 5,71% en el grupo de estudio. Calderón⁴ señala que hubo más desgarros vaginales en el grupo del parto vertical (49%) frente a un 29% de pacientes que tuvieron parto horizontal, esto concuerda con el estudio de Nikoska¹³ quienes encontraron mayor frecuencia de desgarros vaginales en el parto en posición vertical específicamente en los de II grado en comparación al parto en posición horizontal (4% y 1,4% respectivamente). Los resultados de nuestro estudio no demuestran diferencias entre ambos grupos, es más reporta mayor casos de desgarros de II° en el grupo de parto horizontal, este resultado pudo haberse visto influenciado principalmente por la paridad de las pacientes ya que la mayoría que tuvieron estos desgarros eran primigestas, y como indica la literatura, en ellas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, este riesgo aumenta cuando es una primigesta añosa que fue el caso de la paciente que presentó el desgarro de III, la macrosomía también es un factor de riesgo para desgarro vaginal y como ya se describió en nuestro estudio hubieron más bebés macrosómicos en el grupo de parto horizontal, 4 de estos recién nacidos tuvieron madres con desgarros de II grado.

La tabla 8 muestra que el 75,74% de pacientes de parto vertical y el 58,09% del parto horizontal, no requirieron el uso de episiotomía, el uso de la misma fue más frecuente en el grupo donde se atendió el parto en posición horizontal. La prueba de

Chi cuadrado demuestra esta diferencia de manera estadísticamente significativa, es decir, que la episiotomía es menos necesaria en la posición vertical del parto, lo cual puede deberse a que el periodo expulsivo es menor en el parto vertical.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Nikoska⁴ donde se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el grupo que recibió atención del parto en posición vertical en un 26% frente a 4% en el grupo de parto horizontal y vertical respectivamente, esto puede deberse a que el tiempo del periodo expulsivo en el parto de atención vertical es menor condicionando a que su utilización sea menor. Como indica la literatura la episiotomía es un procedimiento que suele realizarse de rutina, pero que no ha demostrado disminuir la incidencia de incontinencia urinaria, desgarros mayores ni hemorragias, por lo tanto la episiotomía solo debe ser realizada en forma restrictiva.

La tabla 9 muestra los resultados de la característica : retención de membranas y/o restos placentarios, habiendo un 7,35% del total de la muestra que tuvieron esta complicación del parto, de los cuales 2,94% fue para el parto vertical frente a un 4,41% del parto horizontal, no habiendo diferencia significativa en ambos grupos a pesar de que hubieron más casos en los partos atendidos en posición horizontal, con respecto a estos resultados no existen estudios donde se compare la retención de placenta y/o restos placentarios con la posición de atención del parto, sin embargo dichos resultados no tendrían por qué mostrar mayor diferencia en ambos grupos ya que luego del nacimiento del bebe en el caso de las pacientes que tuvieron parto vertical sentada, se le recuesta a la madre para hacer el contacto piel con piel, siendo el alumbramiento en posición horizontal finalmente.

En cuanto a las características obstétricas en su mayor parte concuerdan con estudios anteriores, la máxima expresión de ellos es la revisión realizada por Gupta y cols⁵, denominada: “Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural” evalúa los beneficios y los riesgos de las diferentes posiciones para el parto que adoptan las mujeres durante el período expulsivo del trabajo de parto que incluyo 20 estudios clínicos en los que participaron 6136 mujeres. Los autores realizaron un análisis de sensibilidad (mediante la exclusión de estudios clínicos de calidad deficiente) para comparar la posición vertical o lateral

con la posición decúbito dorsal o de litotomía. Los hallazgos mostraron que, en aquellas mujeres que no recibieron anestesia peridural, como sería el caso de nuestra población, el parto en posición vertical se asoció con una reducción en la duración del período expulsivo, una pequeña reducción en los partos asistidos, una reducción en las episiotomías, un aumento en los desgarros perineales de segundo grado, un aumento de la pérdida de sangre estimada superior a 500 ml, una disminución de la manifestación de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto y menos patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal.

Esta revisión sugiere los posibles beneficios de la posición vertical para el parto, con la posibilidad de un mayor riesgo de pérdida de sangre superior a 500 ml. Los autores concluyen que este hallazgo debería considerarse como tentativo hasta que se obtengan mejores datos. Entretanto, se debe alentar a las mujeres a que adopten las posiciones para el parto que les resulten más cómodas.⁵

La postura vertical durante el parto se ha incluido en diferentes programas de salud institucionales como método de elección, con base en el proceso de interculturalidad, acatando las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud en 1985.⁷ Se mencionan como ventajas adicionales de la postura vertical, la disminución de la morbilidad y el dolor de la madre, en comparación con la atención del parto en posición horizontal.⁸

Los protocolos para la atención del parto destacan la libertad de posición en el periodo expulsivo, como la posición vertical. Esta posición tiene ventajas sobre la postura de litotomía, como tasas más bajas de necesidad de cesárea, episiotomía, analgesia y oxitocina, así como menor duración del periodo expulsivo, según estos autores⁹. La posición vertical tiene otras ventajas: 1) potencia los efectos de la gravedad, 2) disminuye el riesgo de compresión aorta-cava y mejora el equilibrio ácido-base en los recién nacidos, 3) facilita contracciones uterinas fuertes y más eficientes, 4) mejora el paso del feto a través de la pelvis y 5) agranda, con evidencia radiológica, los diámetros antero-posterior, transverso y de salida, lo que incrementa el área total de salida del feto.^{10 9}

Para analizar las características perinatales tenemos las posteriores tablas:

La tabla 10, muestra que de acuerdo al Test de Capurro, no existen diferencias en la edad gestacional estimada en los recién nacidos del grupo de parto vertical y el horizontal, encontrándose como dato que casi la totalidad de nuestra población de recién nacidos son a término.

En la tabla 11, se evalúa la característica perinatal peso del recién nacido, donde tampoco existen diferencias, la mayoría tuvo un peso adecuado, sin embargo esta variable si puede influir en otras, ya que es sabido que en caso de los bebés macrosómicos pueden producir desgarros vaginales, mayor uso de episiotomía, mayor sangrado y mayor probabilidad de partos instrumentados.

En la tabla 12 y 13 se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas que demuestran que el Apgar del recién nacido al minuto y a los 5 minutos la mayoría de la muestra obtuvo un Apgar superior a 7, lo cual coincide con el estudio de Martina³ y el estudio de Calvo⁶, donde tampoco hubo diferencias en el Apgar al 1er y 5to minuto de los recién nacidos, cabe destacar que la literatura indica que en la posición vertical, el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no altera la circulación materna, ni la irrigación placentaria y por lo tanto no afecta el oxígeno que llega al feto, además existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto en el periodo de dilatación como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal.

Por el contrario, en la tabla 14, se observó que 88,97% de recién nacidos por parto vertical y el 66,18% de nacidos por parto horizontal, no presentaron ningún trauma obstétrico. El trauma obstétrico, sin embargo, se observó con más frecuencia en los recién nacidos por parto horizontal, presentándose mayor cantidad de casos de caput succedaneum (30,15% frente al 11,03% en parto vertical), y cefalohematoma que sólo se presentó en el grupo control (3,67%). La prueba de chi cuadrado, demuestra que el trauma obstétrico es significativamente más frecuente en el parto horizontal que en el vertical.

Estos resultados discrepan con el estudio de Calvo y cols⁶ quienes refieren que la postura vertical durante el parto no brinda mejores resultados perinatales ni disminuye las complicaciones obstétricas, debido a que hay menos control de la

atención del parto, sin embargo el caput succedaneum y el cefalohematoma independientemente de otras variedades de trauma obstétrico, pueden ser influenciadas por el tiempo del periodo expulsivo que en el caso del parto atendido en posición vertical es menor.



CAPÍTULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Las características obstétricas resaltantes de partos atendidos en posición horizontal son: la mayoría de mujeres fueron primigestas, la duración promedio del periodo expulsivo fue 23,66 minutos. La cantidad promedio de sangrado fue 317,13 cc; el 60,29% no presenta desgarros, el 22,79% y 16,19% tienen desgarro I y II respectivamente. El 41,91% de pacientes requirió la realización de episiotomía. La mayoría tuvo membranas íntegras al ingreso y no presentó retención de membranas ni restos placentarios.

2. Las características obstétricas relevantes de partos atendidos en posición vertical son: la edad promedio es 25,52 años; la mayoría de mujeres fueron primigestas; el período expulsivo duro en promedio 15,80 minutos. La cantidad promedio de sangrado es 273,16 cc. El 54,41% no presenta desgarros y el 33,82% tiene desgarro grado I. El 75,74% no requirió de episiotomía. La mayoría tuvo integridad de las membranas y no presentó retención de membranas ni restos placentarios.

5. Al comparar las características obstétricas de partos atendidos en posición supina vs vertical en el Hospital Goyeneche se observa que no existen diferencias en la edad de las madres, paridad, desgarros, periodo intergenésico, estado de las membranas y retención de membranas y/o restos placentarios. Existen diferencias estadísticamente significativas que demuestran menor duración del período expulsivo, menor cantidad de sangrado y menos necesidad de usar la episiotomía en el parto vertical, por lo que se concluye que el parto vertical es beneficioso para la madre.

2. Las características perinatales de partos atendidos en posición horizontal son: la edad gestacional fue entre 37 a 41 semanas en la mayoría, el peso del recién nacidos principalmente fluctuó entre 2500 a 3999 gramos, los recién nacidos obtuvieron un

Apgar superior a 7 tanto al primer como al minuto 5. El 33,82% presentó trauma obstétrico, siendo los más frecuentes el Caput succedaneum y el cefalohematoma.

5. Las características perinatales de partos atendidos en posición vertical son: La edad gestacional en su mayoría estuvo entre 37 a 41 semanas. El peso del recién nacido fluctuó principalmente entre 2500 a 3999, el Apgar 1 minutos y a los 5 minutos principalmente fue superior a 7. El 11,03% presentó trauma obstétrico (Caput succedaneum).

6. Al comparar las características perinatales de partos atendidos en posición horizontal vs vertical en Hospital Goyeneche se observa que no hay diferencias en el Apgar al minuto ni a los cinco minutos, tampoco en la edad gestacional, peso del recién nacido, no hubieron casos que requirieron reanimación avanzada, solo se encontró menor frecuencia de trauma obstétrico en el parto vertical, sin embargo al ser el trauma obstétrico una variable dependiente, se concluye que el parto vertical es beneficiosa para el recién nacido.

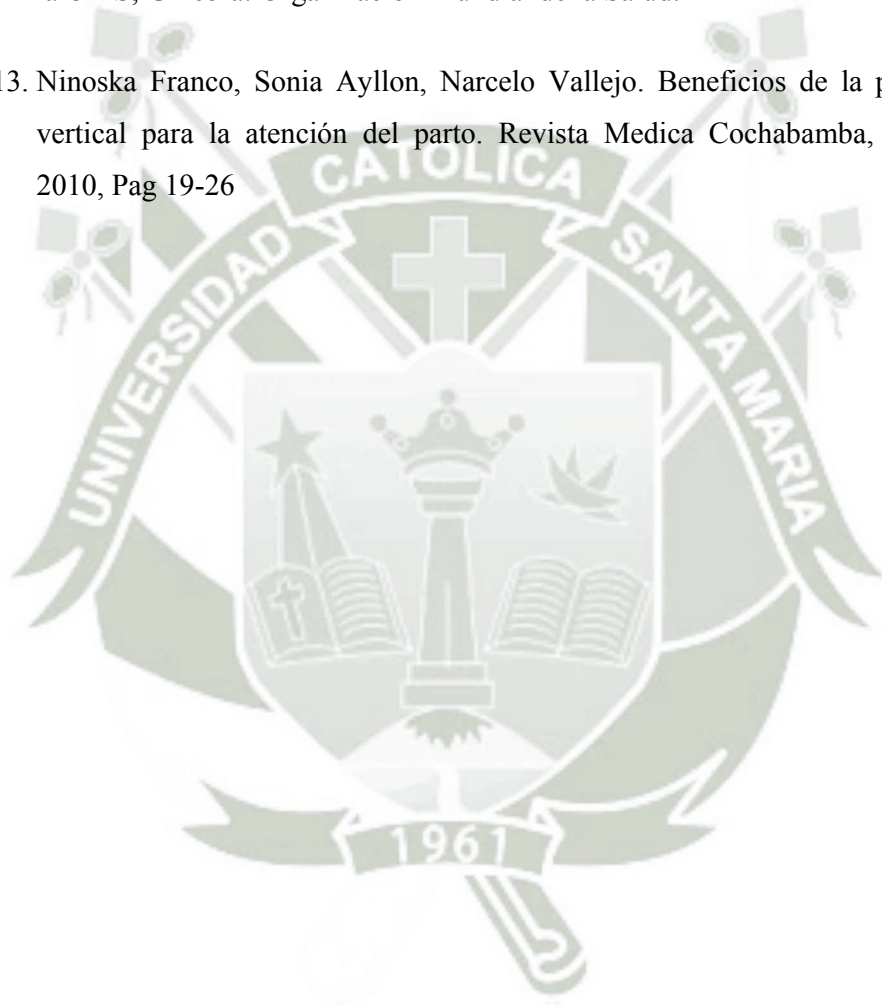
RECOMENDACIONES

1. Debido a que muchas mujeres en trabajo de parto prefieren la posición vertical, se sugiere al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Goyeneche, procurar la adecuada implementación de sala de partos de acuerdo a los protocolos de atención de tal manera que se dispongan los equipos e insumos necesarios para ofrecer a las pacientes una atención de parto vertical con todos los estándares de calidad que las normas de atención así lo exigen.
2. En los controles prenatales, los profesionales de la salud, deben brindar información respecto a las dos posiciones en que pueden dar su parto, haciendo hincapié en los beneficios de la posición vertical, de modo que la gestante pueda recibir consejos sobre cómo prepararse para tener el parto en la posición elegida.
3. La Gerencia regional de salud debe mantener constantemente capacitados a los profesionales de la salud incentivando el inicio de la atención de parto en posición vertical tanto a nivel de atención primaria como en otros centros hospitalarios de mayor nivel, de tal manera que no se le niegue la atención de parto en posición vertical si la gestante lo solicitara.
4. Se sugiere que las futuras investigaciones respecto a este tema, sean estudios prospectivos en los que se compare la intensidad del dolor y la satisfacción de las mujeres que tienen parto en posición vertical vs la posición horizontal.
5. Se recomienda a los programas de Medicina Humana del Perú, incluir dentro de los temas de enseñanza universitaria, ésta otra alternativa de atención de parto, puesto que la posición horizontal es la forma como se les capacita a los estudiantes de medicina, los cuales son futuros médicos que estarán en contacto con la multiculturalidad de nuestra tierra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donoso E, Villarroel L. (2003). Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev Méd Chile. 2003;131(1): 55-9.
2. Herrera L. (2002). Breve exploración de los registros vitales en Cuba: el caso de los nacidos vivos y las defunciones fetales. La Habana: Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana;2002.
3. Martina M, Fernández V, Escate L, Sánchez A, Villa H. (1994). Parto en posición sentada en la oroya (3780 m), Revista Acta Andina, Volumen 3, pag 151-154.
4. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael p, Laura A, Flores C. (2008). Parto Vertical: retornando a una costumbre ancestral". Lima.
5. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. (2004). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews;2004, Issue 1.
6. Calvo O, Flores A, Morales, V. (2013). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obstet Mex;81:1-10.
7. Appropriate technology for birth. WHO. Lancet 1985;2:436-437.
8. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M y col. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Rev Chil Obstet Ginecol;71(2):98-103.
9. Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. (2002). Atención hospitalaria y tradicional del parto. Salud Pública Méx;44(2):129-143.
10. Dunn PM. Francois Mauriceau (1991) and maternal posture for parturition. Arch Dis Child;66(1 spec no):78-79.

11. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México: Secretaría de Salud; 2009.
12. Lavender T y Mlay R. (2006). Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
13. Ninoska Franco, Sonia Ayllon, Marcelo Vallejo. Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Revista Medica Cochabamba, Bolivia 2010, Pag 19-26





ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° ficha: _____

N° HCl: _____

POSICION DEL PARTO:

Horizontal

Vertical:

CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS:

Edad: _____ <18 años 18-35 años >35 años

Paridad: __ Primigesta Segundigesta Multigesta Gram Multigesta

Tiempo de expulsivo: _____ <10 min 10-20min >20min

Sangrado total: _____ menos 300cc 300-400cc mas de 500cc

Desgarros: _____ no I II III

Episiotomía: Si No

Periodo intergenesico: _____ <2años 3-5años >5 años

Estado de las membranas: Integras Rotas

Retención de membranas y/o restos placentarios: si No

CARACTERISTICAS PERINATALES:

Apgar al primer minuto: _____ 7-10 4-6 0-3

Apgar a los 5 minutos: _____ 7-10 4-6 0-3

Capurro: _____

<37 semanas 37-41 semanas >41 semanas

Peso del recién nacido:

<2500 gr 2500-3999 gr ≥4000 gr

Reanimación avanzada: Si No

Trauma obstétrico: Cefalohematoma Caput succedaneum

Parálisis braquial fractura de clavícula

Hemorragia intracraneal



**ANEXO 2:
PROYECTO DE TESIS**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE
PARTOS ATENDIDOS EN POSICIÓN VERTICAL VS
HORIZONTAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A
DICIEMBRE DEL 2013**

Autor:

Arias Gutiérrez, Blanca Milagros

**Proyecto de Investigación para optar el
Título Profesional de Médico Cirujano**

Arequipa-Perú

2013

I. PREAMBULO:

En nuestro país existe una variedad de tradiciones propias de cada región, entre ellas se encuentra la posición que la mujer opta para dar a luz, por ejemplo algunas mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, es por ello que el Ministerio de salud en el 2005 instauró la Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural, que se viene promoviendo en todos los Hospitales y centros de salud del país

El Hospital III Goyeneche, hospital de referencias, atiende un sinnúmero de pacientes de diferentes partes del Perú, he sido testigo durante mi rotación en el servicio de Obstetricia que en dicho hospital existen experiencias de atención de parto en posición vertical en sus diferentes modalidades, especialmente: sentada y de cuclillas, que se han ido incrementando con el paso de los meses, brindando de esta manera una atención lo más cercana a las costumbres y tradiciones de la mujer que viene de regiones rurales del país, y por qué no decirlo también se convierte en una alternativa innovadora para muchas gestantes que tuvieron experiencias de parto en posición horizontal, y que optaron en querer dar parto en posición vertical.

Los beneficios del parto en posición vertical ha sido comprobado en diferentes investigaciones a nivel internacional, sobre todo los beneficios que tiene sobre el periodo de dilatación, sin embargo los beneficios del parto en posición vertical durante el periodo expulsivo, es un aspecto clave sobre lo cual las actuales investigaciones no han llegado a conclusiones claras.

Estando a puertas de empezar mi carrera profesional he considerado necesario dar hincapié a este tema que demuestra un respeto por las costumbres y tradiciones de las poblaciones andinas y amazónicas, de manera que todos mejoremos la calidad de atención y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y con ello garanticemos el incremento de atención de parto institucional y disminuyamos la incidencia de complicaciones Gineco-obstétricas y de muerte materna.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

ENUNCIADO DEL TRABAJO O PROBLEMA

¿Cuáles son las características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición supina vs vertical en el hospital III Goyeneche de junio a diciembre del 2013?

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

a. Área de conocimiento:

- **General:** Ciencias de la Salud
- **Específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Obstetricia-Neonatología
- **Línea:** parto vertical vs supina

b. Análisis u operación de variables e indicadores

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
Características obstétricas	Edad	<18 años 18-35 años >35 años	Numérica continua
	Paridad	Primigesta Segundigesta Multigesta Gran multigesta	Categórica nominal
	Tiempo de expulsivo	<10 min 10-20 min >20 min	Numérica continua
	Sangrado total	Menos de 300cc 300-400cc Más de 500cc	Numérica continua
	Desgarros	No I grado II grado III grado	Categórica nominal
	Uso de episiotomía	Si No	Categórica nominal
	Periodo intergenesico	<2 años 3-5 años > 5 años	Numérica continua
	Estado de las membranas	Integras Rotas	Categórica nominal
	Retención de membranas y/o restos placentarios	Si No	Categórica nominal

Características perinatales	Peso del RN	<2500gr 2500-3999gr ≥4000gr	Numérica continua
	Apgar al 1 min	≤3 4-6 7-10	Numérica discreta
	Apgar a los 5 min	≤3 4-6 7-10	Numérica discreta
	Capurro	<37 37-41 >41	Numérica discreta
	Reanimación avanzada	Si No	Categórica nominal
	Trauma obstétrico	-Caput sucedaneum -Cefalohematoma -Hemorragia intracerebral -Fractura de clavícula -Lesión del plexo braquial	Categórica Nominal

c. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características obstétricas de los partos atendidos en posición horizontal en el hospital Goyeneche de junio a diciembre del 2013?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de los partos atendidos en posición vertical en el hospital Goyeneche de junio a diciembre del 2013?
- ¿Cuáles son las características perinatales de los partos atendidos en posición horizontal en el hospital Goyeneche de junio a diciembre del 2013?
- ¿Cuáles son las características perinatales de los partos atendidos en posición vertical en el hospital Goyeneche de junio a diciembre del 2013?
- ¿Cuál es la comparación de las características obstétricas entre partos atendidos en posición supina vs posición vertical en partos atendidos en hospital Goyeneche de junio a diciembre del 2013

- ¿Cuál es la comparación de las características perinatales entre partos atendidos en posición horizontal vs posición vertical en partos atendidos en hospital Goyeneche de junio a diciembre del 2013?

d. Tipo de investigación: tipo documental, comparativo.

e. Nivel de investigación: Retrospectivo, Descriptivo.

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

- **Originalidad:** Actualmente en el ámbito mundial y nacional existen trabajos publicados con enfoques similares sobre la posición durante el trabajo de parto, sin embargo en la región no se cuenta con estudios sobre las características de los factores obstétricos y perinatales del trabajo de parto en posición vertical vs la posición horizontal.
- **Relevancia científica:** a pesar que se ha comprobado los beneficios del parto en posición vertical sobre todo durante el periodo de dilatación, aun no hay conclusiones claras en actuales investigaciones de sus beneficios durante el periodo expulsivo, por lo cual esta investigación contribuiría a dar mayores vistas sobre cuál de las dos posiciones tiene mayor beneficio.
- **Factibilidad:** El presente estudio podrá ser realizado adecuadamente debido a que se cuenta con la base de datos proveniente del libro de partos atendidos en el hospital III Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013 y con las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de egreso de parto eutócico en dicho periodo de tiempo.
- **Practica social:** porque nos permite conocer las características de los dos tipos de posiciones durante el trabajo de parto y poder ponerlas a disposición de nuestros pacientes para su comodidad y beneficio.
- **Interés personal:** sabiendo que durante mi SERUMS estaré en contacto de pacientes con costumbres y tradiciones propias de su contexto creo importante conocer las características y lo beneficioso

que puede ser la atención del parto en posición vertical para la satisfacción de mis futuros pacientes.

- **Relevancia social:** nos permite tener una visión más amplia de las características de modalidad de posición del trabajo de parto en horizontal con la que estamos más familiarizados vs la posición vertical que es propia de mujeres andinas y amazónicas, cuya aceptación e implementación en los distintos centros de salud y Hospitales, llevara a incrementar el número de atenciones de parto institucional, lo cual contribuirá a disminuir la incidencia de complicaciones gineco-obstétricas y de muerte materna.

2. MARCO CONCEPTUAL

ASPECTOS HISTORICOS

A lo largo de la historia de la humanidad, la mujer eligió parir en diferentes variantes de la posición de pie, como lo demuestran los grabados, cerámicas y esculturas de prácticamente todas las culturas en el mundo.

En el Perú, tradicionalmente el parto se realizaba en forma vertical, conducido únicamente por la fisiología.

El parto se efectuaba por gravedad, lo que acusa un perfecto conocimiento clínico en su forma más fácil y normal. Como ya se mencionó muestra de ello son los cerámicos dejados por nuestros antepasados de la cultura Moche donde se ve al marido que sujeta a la esposa por los flancos del vientre, sin duda para hacerle masajes y ayudarla para el alumbramiento, y a la partera dedicada con vigilante atención a la evacuación del nuevo ser (2). En el siglo XVI, Mauriceau, hizo práctica del parto en posición horizontal, aparentemente con la intención de aplicar el instrumento de moda, el fórceps. Al igual en el caso de las mujeres de la nobleza, generalmente muy subidas de peso por su sedentarismo y vestimenta atiborrada, encontraron dicha posición cómoda para parir, debido a que no podían soportar estar en posición de cuclillas (3). Es así que en el siglo XVII en muchos países de Europa, se cambió la posición para el parto, con la finalidad de resolver algunos

problemas durante el período expulsivo y evitar así la demora en la salida del feto, los médicos encontraron una forma más fácil de asistir el parto (2), creándose mesas ginecológicas para el parto en posición horizontal y se instaló la costumbre de parir en posición echada en la cama como la Reina (3) Desde hace más de 10 años la OMS, viene difundiendo el parto en posición vertical, brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño. (3)

En el Perú, en el 2005, se emitió la Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, dándole la opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera dar a luz, de esta manera se respeta creencias y costumbres de la mujer andina y amazónica (4)

TRABAJO DE PARTO

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. El trabajo de parto se divide en tres periodos: el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto, y el tercer periodo, consiste en la salida de placenta y membranas (7).

Período de dilatación: Este período comprende desde el comienzo de la labor de parto hasta la dilatación completa (10 cm). Es la fase más larga del trabajo de parto y tiene una duración de 8 a 12 horas en las nulíparas y de 6 a 8 horas en las múltiparas. (1)

Período de expulsión: Es el comprendido desde la dilatación completa hasta el nacimiento del bebé y varía desde pocos minutos hasta 2 horas, sobre todo en las nulíparas. (1)

Período de alumbramiento: Es el que transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta, y se espera que esto ocurra en un período de 30 a 40 min. (1)

Las contracciones del músculo uterino suministran la fuerza y presión que borra y dilata el cuello y expulsa el feto y la placenta. Las contracciones de los músculos toracoabdominales (esfuerzos del pujo) cooperan en la expulsión del feto (7).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL TRABAJO DE PARTO

Requiere de contracciones uterinas y de modificaciones cervicales:

- Contracciones uterinas: deben ser rítmicas, con una frecuencia mayor a 2 en 10 minutos y cada una de duración mayor a 30-60 segundos
- Modificaciones cervicales: borramiento por lo menos de 80% y dilatación cervical > 2 cm (6)

IMPLEMENTOS NECESARIOS PARA LA ATENCION DE TRABAJO DE PARTO

Se necesita recursos humanos, infraestructura, equipos, materiales, medicamentos

RECURSOS HUMANOS: Personal de salud que tiene conocimientos y que esté capacitado en atención de parto, además que posea habilidades para generar un ambiente de confort y establezca una relación empática con la parturienta y con los familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad (5) La disposición del personal dependerá del nivel de complejidad del establecimiento de Salud, para la atención del trabajo de parto se deberá contar al menos con:

- Médico Gineco-obstetra o Médico General con competencias para la atención obstétrica
- Médico pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal
- Obstetrix.
- Enfermera con competencias para la atención inmediata neonatal
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y neonatal.

INFRAESTRUCTURA: Ambiente con luz y ambiente agradable, y temperatura de aproximadamente 24 ° C, proporcionando calor con estufas u otros sistemas calefacción(5), protección de ventanas con cortinas de colores y materiales adecuados a la realidad nacional, paredes pintadas con colores neutros

EQUIPAMIENTO: Se debe contar con: equipo completo de atención de parto, tensiómetro, estetoscopio, equipo de atención neonatal, balanza pediátrica, camilla para atención de parto, campos estériles para la parturienta como para el recién nacido, cuna radiante o estufa o calentador para recibir al recién nacido

EVALUACION MATERNO-FETAL AL INGRESO DEL TRABAJO DE PARTO:

En la fase latente del trabajo de parto, la paciente podrá ser ingresada y atendida, se precisarán todos los antecedentes de interés para reevaluarla de forma integral. Se indicaran los exámenes complementarios necesarios y se iniciará una dinámica educativa con ella y el familiar acompañante (si lo hubiera) para que participen de forma activa y sin ansiedad en esta fase de preparación para el trabajo de parto (1).

Se debe auscultar latidos cardiorfetales y controlar la dinámica uterina cada 2 horas. Si en 20 horas en las nulíparas o 14 en las multíparas no se ha iniciado la fase activa del trabajo de parto, se procederá a valorar la conducción de la labor de parto de acuerdo con las pruebas de bienestar fetal (1)

En la fase activa de la labor de parto, se trasladará a la paciente a sala de dilatación, donde se establecerá la clasificación de la parturienta, el nivel del personal médico que le realizará el seguimiento de su labor de parto y el pronóstico del parto (1).

En este período del parto se auscultará el latido cardiorfetal y se controlará la dinámica uterina cada 30 min. Si existe alguna alteración en la auscultación del latido cardiorfetal, se realizará cardiotocografía fetal. También se hará control fetal con monitor en las parturientas con pérdida de líquido amniótico meconial y en las pacientes con afecciones crónicas o con sospecha de RCIU.

La paciente puede ingerir una dieta blanda y el examen obstétrico bimanual se realizará cada 3 horas, previa asepsia y antisepsia de la región vulvovaginal. Este intervalo se acorta o prolonga de acuerdo con las circunstancias del parto. Es importante que en el primer tacto vaginal que se le realice se evalúe la pelvis para determinar: accesibilidad o no del promontorio, características del sacro, características de las espinas ciáticas, ángulo subpúbico, espacio bi-isquiático⁽¹⁾

Es correcto realizar un partograma o esquema que nos permita identificar la correspondencia de la fase activa de la labor de parto con el descenso de la presentación ⁽¹⁾

Los signos vitales se deben tomar con una frecuencia de 3 horas para las parturientas normales y cada 1 ó 2 horas para aquéllas que presenten afecciones crónicas, preeclampsia o rotura prematura de membranas (RPM).

La amniotomía se debe realizar cuando la dilatación esté avanzada o completa para prevenir la sepsis materno-fetal y para contribuir a una mejor evolución del parto.⁽¹⁾

Se debe usar la oxitocina solo en mujeres que presenten una hipodinamia y no para acelerar los trabajos de parto que se desarrollan normalmente.

Se debe dar apoyo psicológico a la parturienta y que se cumpla la psicoprofilaxis con aquéllas que concurren a los cursos preparto y recordarles cómo realizar el esfuerzo del pujo.

La parturienta se trasladará a la Sala de Partos para la expulsión y el alumbramiento. Para realizar el pronóstico del parto se debe evaluar los factores de riesgo en este momento: Paridad, edad de la paciente, características del cuello, tamaño del feto, Presentación y variedad de la presentación, estado de las membranas y aspecto del líquido amniótico, diámetros de la pelvis y su relación con el feto, características de la dinámica uterina.

ELECCION DE LA POSICION DE LA PARTURIENTA DURANTE EL EXPULSIVO:

Existen 2 modalidades de parto: en posición vertical o en posición horizontal cada uno de ellos tiene sus ventajas y desventajas debido a los reparos anatómicos presentes en toda mujer gestante:

PARTO EN POSICION HORIZONTAL:

Aspectos fisiológicos:

El útero gestante, podría comprimir: la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardiaco, hipotensión y bradicardia; así mismo puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Esto se traduce en cambios significativos en latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando a sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga ⁽⁶⁾.

Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como “peso muerto” no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final ⁽⁶⁾

Los diámetros intrapelvicos maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (maniobra muy utilizada para la atención de Distocia e hombros) por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y anteroposteriores ⁽⁶⁾

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

La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad de la propia situación ⁽⁸⁾

La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo

La posición de litotomía con piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros⁽⁸⁾

PARTO EN POSICION VERTICAL:

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 y 90° con respecto al plano horizontal.

Las diferentes posiciones verticales, pueden ser ⁽³⁾:

- Sentada (pueden utilizar silla o colchoneta intercultural)
- Semisentada (tronco inclinado hacia 45° con respecto a la vertical)
- De rodillas
- Plegaria mahometana (sobre manos y rodillas)
- En cuclillas (sin ayuda o usando barras de cuclillas)
- Parada (sostenida de otra persona o de un implemento: barra, cama, etc.)

Aspectos fisiológicos:

En posición vertical el útero de la gestante, al o comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no altera la circulación materna, ni la irrigación placentaria y por lo tanto no afecta el oxígeno que llega al feto ⁽⁵⁾

Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto en el periodo de dilatación como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal

Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción

Hay aumento de los diámetros del parto: 2cm en sentido anteroposterior y 1 cm en transversal ⁽⁵⁾

La posición vertical determina el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto

La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorece el encaje y el descenso del feto, se estima que la madre gana 30-40 milímetros de Hg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Asimismo la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas

favorecidas en esta posición, impulsa al feto hacia la abertura vulvar, como única salida ⁽⁵⁾

Mayor eficacia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el expulsivo que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menos uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíofetales ⁽⁵⁾

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 ⁽⁵⁾

ATENCIÓN DEL PARTO:

Una vez bajo en sala de partos y preparado el campo quirúrgico estéril, se le pide a la paciente que pujan, conjuntamente con las contracciones

Cuando la cabeza este coronando, asociado al pujo materno, se toma la decisión de practicar o no la episiotomía y se protege el periné durante la expulsión de la cabeza con ambas manos. Se coloca una compresa entre el recto y la horquilla vulvar para hacer presión con los dedos hacia arriba y adentro en el área perineal, correspondiente al mentón fetal, mientras que con la otra mano se coloca una segunda compresa en la parte superior de la vulva, haciendo presión hacia abajo con los dedos para evitar desgarros y a la vez empujar el occipucio hacia abajo y afuera. Esta maniobra favorece la flexión de la cabeza, facilita su salida y evita la expulsión violenta que puede ocasionar desgarros perineales y hemorragia fetal intracraneal por descompresión brusca ⁽⁸⁾

Una vez que sale la cabeza, ésta rota espontáneamente dejando los hombros en posición vertical; habitualmente la rotación de la cabeza no es completamente espontánea y el medico puede asistirla suavemente. La extracción del feto se completa colocando ambas manos alrededor del cuello con los dedos índice y medio en forma de tijera, ejerciendo tracción hacia abajo y afuera para la extracción del hombro anterior, seguido de tracción hacia arriba para la extracción del hombro posterior y el resto del cuerpo

Una vez que ocurre la expulsión, el neonato se toma con ambas manos, cuidadosamente, y se coloca encima del vientre materno, contacto piel con piel, se luego se liga el cordón umbilical⁽⁶⁾.

Unos 5 a 10 min luego del nacimiento se produce la expulsión de la placenta llamada también “alumbramiento”, se prefiere que el alumbramiento se espontaneo, colaborando con suave tracción del cordón umbilical

Se toma los bordes anterior y posterior del cuello uterino con pinza Pfoester y se examina en busca de desgarros del cuello. Se introduce parcialmente una compresa en la vagina y con ayuda de una valva recta se examina el canal vaginal en busca de desgarros. Los desgarros del cuello y/o la vaina se sutura con técnica apropiada, usando material de sutura reabsorbible⁽⁶⁾

CUIDADOS AL FINAL DEL PARTO Y ALUMBRAMIENTO⁽⁹⁾

Antes de dar por terminada la atención del parto, se deben cumplir ciertas directivas:

- a) Vigilancia de funciones vitales maternas, así como control de hemorragia.
- b) Si se comprueba relajación uterina se administrara un oxitócico, se mencionan 10 unidades de oxitocina.
- c) Lavado de genitales externos cerrando labios de vulva para evitar la entrada de agua a genitales profundos.
- d) Revisión, comprobación de desgarros perineales y sutura de los mismos si existieran.
- e) Permanencia en observación de parturienta e hijo durante 2 horas, con vigilancia estricta de contracción uterina.
- f) Alojamiento de madre e hijo conjuntamente hasta el momento del alta.

PUNTUACION DEL APGAR⁽¹⁰⁾:

Es una escala que va de 0-10, se registra al minuto y a los 5 minutos después del parto, y se convierte en una evaluación sistemática del registro de salud. tiene utilidad clínica no solo durante la estadía en la sala de recién nacidos sino que también en los controles ulteriores del niño, cuando el estado clínico

en el parto puede tener importancia sobre las evaluaciones diagnosticas de ese momento .

El sistema lo desarrollo Virginia Apgar, anestesióloga en 1953

SIGNO	PUNTUACION		
	0	1	2
Aspecto (color)	Azul o pálido	Cuerpo rosado con extremidades azules	Completamente rosado
Pulso (frecuencia cardiaca)	Ausente	Lenta (<100 latidos/min)	>100 latidos/min
Gestos o muecas (irritabilidad refleja)	Sin respuesta	Mueca	Tos o estornudos
Actividad (tono muscular)	Flácido	Cierta flexión	Movimientos activos
Respiraciones	Ausente	Lenta, irregular	Buena, llanto

DETERMINACION DE LA EDAD GESTACIONAL ⁽¹¹⁾

CAPURRO: este método examina 5 parámetros físicos también conocidos a los cuales les asigna un puntaje, que se puede apreciar en el cuadro siguiente:

CARACTERÍSTICAS	PUNTUACION				
	Textura de la piel	Muy fina y gelatinosa	Fina y lisa	Algo más gruesa, discreta	Grietas gruesas superficiales o descamación de manos y pies	Gruesa apergamina da con grietas profundas
descamación superficial					
	0	5	10	15	20

Pabellón y forma de la oreja	Chata, pabellón no curvado	Pabellón parcialmente incurvado en el borde	Pabellón parcialmente incurvado en toda parte superior	Pabellón totalmente incurvado	
	0	8	16	24	
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable	Palpable menor de 5mm	Entre 5 y 10 mm	Mayor de 10 mm	
	0	5	10	15	
Formación del pezón	Apenas visible no areola	Bien definida areola lisa y chata, diámetro < 7,5 mm	Bien definida areola punteada, borde a nivel, diámetro < 7,5 mm	Bien definida areola punteada, borde levantado, diámetro > 7,5 mm	
	0	5	10	15	
Pliegues plantares	Sin pliegues	Marcas más definidas en la parte anterior	Marcas bien definidas en la mitad anterior y surcos en tercio anterior	Surcos en mitad anterior	Surcos en más de la mitad anterior
	0	5	10	15	20

La edad gestacional se determina sumando el puntaje por 7, dando el resultado en semanas. Es un método fácil de aplicar, requiere únicamente una regla o centímetro para medir la glándula mamaria y la areola.

CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO ⁽¹¹⁾:

Se hace necesaria a determinación de la edad gestacional para la clasificación del recién nacido.

Así los productos que nacen antes de las 37 semanas de Edad Gestacional (EG) son considerados pretérmino, los nacidos a partir de la semana 37, pero antes de las 42 semanas de EG se consideran a término, y los nacidos a partir de la semana 42 son considerados de posttermino

Otra clasificación que se le hace al recién nacido es según el peso:

- 2500-4000 gr : peso adecuado
- <2500 gr : recién nacido de bajo peso
- >4000 gr : recién nacido macrosómico

Luego de la antropometría, se clasifican como pequeños, si estos parámetros se ubican por debajo del percentil 10 para la EG, son adecuados para la EG los que se ubican entre el percentil 10 y 90; y son grandes para la EG, los iguales o mayores al percentil 90.

TRAUMATISMO OBSTETRICO (12,13):

Se entiende por traumatismo obstétrico lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y principalmente durante el nacimiento. Dichas lesiones del recién nacido son provocadas por fuerzas mecánicas que producen hemorragia, edema o rotura de tejidos que pueden ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstétrico. Todo parto, por muy normal que sea entraña un trauma para el feto. En el parto eutócico el trauma es bien tolerado. Las injurias fetales relacionadas con amniocentesis y transfusiones intrauterinas y/o patologías maternas no son consideradas traumatismo obstétrico.

CLASIFICACION (19):

De acuerdo a los órganos afectados se clasifican en:

- Traumatismos cutáneos
 - Eritema y abrasiones
 - Petequias
 - Necrosis grasa subcutánea
 - Equimosis y hematomas

- Traumatismos osteocartilaginosos:
 - Caput succedaneum
 - Cefalohematoma
 - Fracturas de bóveda craneal
 - Fractura de clavícula

- Fractura de humero
- Fractura de fémur
- Fractura de columna
- Traumatismos musculares:
 - Hematoma de esternocleidomastoideo
- Traumatismos del sistema nervioso central:
 - Hemorragia subaracnoidea
 - Hemorragia subdural
 - Hemorragia cerebelosa
 - Hemorragia epidural
- Traumatismo del sistema nervioso periférico:
 - Parálisis del nervio facial
 - Parálisis del plexo braquial
 - Parálisis diafragmática
- Traumatismo de órganos internos:
 - Ruptura de hígado
 - Hematoma Subcapsular hepático
 - Rotura de Bazo
 - Hemorragia suprarrenal
- Traumatismo de genitales externos
 - Hematoma traumático de escroto o vulva

Dentro de ellos los más comunes son:

Cefalohematoma ⁽¹⁹⁾: es producido por ruptura de vasos sanguíneos que van desde los huesos al periostio, el trauma repetido de la cabeza fetal contra las paredes de la pelvis materna o el uso de fórceps han sido involucrados como causa. Afecta más frecuentemente al parietal. Su incidencia se estima en un 2'5 % de los nacidos vivos. Es muy raro en los nacidos antes de las 36 semanas. Generalmente es unilateral (95%) y sus márgenes no rebasan los límites de las suturas. No suelen ser aparentes hasta algunas horas e incluso días después del parto. La piel de la zona no aparece afectada. Puede haber

una fractura lineal subyacente (5-20%). Su evolución es hacia la resolución espontánea en 1-2 meses con calcificación residual ocasional. No deben realizarse punciones evacuadoras por riesgo de infección

Caput succedaneum ⁽¹⁶⁾: es una lesión muy frecuente, se caracteriza por edema o tumefacción mal delimitada, que aparece en la zona de la presentación en los partos en cefálica, dicha tumefacción contiene suero y/o sangre y se produce por la alta presión que ejerce el útero y paredes vaginales sobre la presentación, la tumefacción es superficial, por sobre el periostio y puede sobrepasar la línea media y las suturas. La piel puede presentar equimosis y hematomas a ese nivel, rara vez se complican, resolviéndose en pocos días sin tratamiento ⁽¹⁷⁾

Hematoma del esternocleidomastoideo: aparece en partos en podálica o aquellos en los que hay hiperextensión del cuello, que puede producir desgarro de las fibras musculares o de la fascia con hematoma, el que al organizarse lleva a la retracción y acortamiento del músculo

Hemorragias intracraneales: pueden aparecer junto a fractura de cráneo, pueden ser:

- Hemorragia subaracnoidea: en el recién nacido a término es por causa traumática, en el recién nacido pretérmino se debe a la combinación de hipoxia y trauma
- Hemorragia subdural: se ubica sobre los hemisferios cerebrales o en fosa posterior, se produce con mayor frecuencia en partos rápidos en primíparas, en partos difíciles con aplicación de fórceps altos o en RN grandes para la edad gestacional
- Hemorragia cerebelosa: es muy infrecuente. Aparece en prematuros sometidos a parto traumático, el curso clínico se caracteriza por apnea progresiva, caída del hematocrito y muerte

- Hemorragia epidural: es la más infrecuente, se caracteriza por anemia progresiva, aumento de la presión intracraneana y síntomas neurológicos focales.⁽¹⁸⁾

Fractura de clavícula: fractura más frecuentemente en relación con el parto. Se producen por retención de hombros durante el parto, especialmente en recién nacidos grandes para la edad gestacional y en parto en podálica con extensión de brazos

Su incidencia es de alrededor del 3% de los recién nacidos, aunque en el 40% de los casos el diagnóstico se hará tras el alta del hospital. En ocasiones se percibe un chasquido cuando se produce la fractura. El neonato puede presentar “pseudo parálisis” del brazo correspondiente, con reflejo de Moro asimétrico y crepitación a la palpación. A veces el tacto es doloroso y permite apreciar la alteración de la forma de la clavícula. Las fracturas en “tallo verde”

o incompletas pueden no afectar la motilidad y pasar desapercibidas. A los 7 días hay un callo hipertrófico que puede ser el primer signo de fractura en los casos sin síntomas iniciales. El pronóstico es muy bueno curándose completamente incluso las que presentan desviaciones importantes de los fragmentos.⁽¹⁷⁾

Lesión del nervio facial: es la lesión de los nervios periféricos más frecuente. La lesión es producida por la compresión de este a la salida del agujero estilomastoideo, ya sea por fórceps o por el promontorio sacro materno durante la rotación de la cabeza, generalmente es unilateral y se caracteriza clínicamente por imposibilidad o dificultad para cerrar el lado afectado junto con la desviación de la comisura bucal hacia el lado contralateral cuando el niño llora. ⁽¹⁹⁾ El pronóstico generalmente es bueno

Lesión del plexo braquial: es producida por la tracción del plexo braquial durante el parto, lo que causa hemorragia incluso desgarro de las raíces nerviosas, la gravedad va desde leve por simple compresión, hasta los graves

en los que existe arrancamiento de las raíces. Se da en 1 a 2 por 1000 nacidos a término. La afectación de las raíces C5 y C6 es la que produce la lesión más común del plexo braquial: la parálisis de Duchenne-Erb. La lesión de C5, raíz compartida por el frénico, es la responsable de la asociación con parálisis diafragmática ipsilateral que se da en el 5% de los casos. El brazo afectado se presenta con el codo extendido, en aducción y rotación interna.⁽¹⁹⁾

El antebrazo está en pronación con la muñeca flexionada. El reflejo de Moro, el radial y el bicipital están ausentes pero el reflejo de prensión palmar está intacto.

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

LOCALES:

NO hay investigaciones locales

NACIONALES:

Título: “Parto en posición sentada en la oroya (3780 m)”

Autor: Marco A. Martina; Víctor Fernández; Luis Escate; Antonio Sánchez y Hugo Villa

Lugar y fecha: La Oroya- Perú- 1994

Resumen: *Estudio:* analítico realizado entre julio-agosto de 1993

Participantes: incluyó a 35 mujeres, quienes tuvieron parto en posición de litotomía y 35 mujeres cuyos partos se realizaron en posición sentada, para lo cual se confeccionó una silla de partos para tal fin. El grupo control (parto en decúbito supino-litotomía) consistió de gestantes a término, todas las paridades, pelvis ginecoide, partos eutócicos, puntaje de Apgar. En el grupo de estudio (parto sentada) aparte de los parámetros ya señalados se cuantificaba la duración del expulsivo, grado de dolor de las contracciones, calidad de la dinámica uterina, opinión de la paciente, del obstetra, filmación de 5 partos. **Resultados:** Se encontró que la duración del expulsivo en el grupo control fue de 21.43 minutos y en el grupo sentado de 12.06 minutos, desgarros perineales 14.28% en el grupo control y 5.71% en el grupo de estudio; las contracciones uterinas fueron más intensas, eficaces y menos

dolorosas en la posición sentada. Los valores antropométricos de ambos grupos fueron semejantes (talla, peso, perímetro craneano) **Conclusiones:** Se concluye que el parto en posición sentada es óptimo para el recién nacido.

Título: “Parto Vertical: retornando a una costumbre ancestral”

Autor: Jorge Calderón , José Bravo, Roberto Albinagorta, Patricia Rafael, Antonio Laura, Carlos Flores.

Lugar y fecha: Lima-2008

Resumen: *Objetivo:* determinar las ventajas del parto vertical frente al parto horizontal. Diseño: estudio observacional comparativo y transversal. Lugar: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Essalud, Lima, Perú

Participantes: gestantes que tuvieron parto vertical o parto horizontal. Intervenciones: entre junio 2006 y junio 2007, se estudió 160 parturientas, 80 de las cuales tuvieron parto vertical y 80 parto horizontal. **Resultado:** el tiempo del expulsivo fue menor para el parto vertical frente a parto horizontal, el volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos. Considerando el uso del no uso de oxitocina en el postparto, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el volumen de sangrado, siendo mayor cuando no se usó oxitocina. La maniobra de Kristeller casi fue innecesaria para el parto vertical, mientras fue realizada en 16 pacientes con parto horizontal. Se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal. Se necesitó instrumentación del parto en solo dos casos de parto horizontal, se presentó hemorragia postparto y hematoma vaginal, para el parto vaginal, sin diferencia estadística mente significativa, hubo más desgarros vaginales en el grupo del parto vertical (en quienes no se realizó episiotomía), pero de poca profundidad. 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 bebe. Conclusiones: el parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.

INTERNACIONALES

Título: “Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural”

Autor: Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R

Lugar y fecha: revisión Cochrane, publicada en *The Cochrane Library* Número 4, 2007

Resumen: Objetivos: Evaluar los beneficios y riesgos del uso de diferentes posiciones durante el período expulsivo del trabajo de parto (es decir, desde la dilatación completa del cuello uterino). **Estrategia De Búsqueda:** Se realizó una búsqueda en el Registro de Estudios Clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register) (30 de septiembre de 2005). **Criterios De Selección:** Estudios clínicos que utilizaron asignaciones aleatorizadas o cuasi aleatorizadas, un seguimiento adecuado y compararon varias posiciones adoptadas por las embarazadas durante el período expulsivo del trabajo de parto. **Recolección y análisis de datos:** En forma independiente se evaluaron los estudios clínicos para su inclusión y se extrajeron los datos. **Resultados:** Los resultados deberían interpretarse con precaución, ya que la calidad metodológica de los 20 estudios clínicos incluidos (6135 participantes) fue variable. El uso de cualquier posición erguida o lateral, en comparación con posiciones de decúbito dorsal o de litotomía, se asoció con lo siguiente: reducción de la duración del período expulsivo [9 estudios clínicos: media 4.28 minutos, intervalo de confianza (IC) del 95%: 2.93 a 5.63 minutos]. Esto se debió en gran medida a una considerable reducción en la cantidad de mujeres asignadas para usar el cojín para partos; una pequeña reducción en los partos asistidos (19 estudios clínicos: riesgo relativo (RR): 0.80, IC 95%: 0.69 a 0.92); una reducción en las episiotomías (12 estudios clínicos: RR: 0.83, IC 95%: 0.75 a 0.92); un aumento de los desgarros perineales de segundo grado (11 estudios clínicos: RR: 1.23, IC 95%: 1.09 a 1.39); un aumento de la pérdida de sangre calculada mayor que 500 ml (11 estudios clínicos: RR: 1.63, IC 95%: 1.29 a 2.05); disminución del dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto (1 estudio clínico: RR: 0.73, IC 95%: 0.60 a

0.90); menos patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal (1 estudio clínico: RR: 0.31, IC 95%: 0.08 a 0.98). **Conclusiones:** Los hallazgos tentativos de esta revisión sugieren varios beneficios posibles para la postura erguida, con la posibilidad de un riesgo más elevado de pérdida de sangre mayor que 500 ml. Debe alentarse a las mujeres a tener el parto en la posición que considere más cómoda. Hasta tanto se estimen con mayor certeza los beneficios y riesgos de diferentes posiciones de parto, cuando se disponga de datos de estudios clínicos metodológicamente rigurosos, se debería permitir a las mujeres tomar decisiones informadas sobre las posiciones de parto que deseen adoptar para el nacimiento de sus niños.

Título: “Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina”

Autor: Omar Calvo Aguilar, Ana Luisa Flores Romero, Víctor Edilberto Morales García

Lugar y fecha: Mexico-2013

Resumen: *Objetivo:* comparar los resultados perinatales y obstétricos entre la postura supina y la vertical en el parto. *Pacientes y método:* ensayo clínico con distribución al azar, doble ciego, en el que se incluyeron mujeres sanas en trabajo de parto asignadas a postura vertical o supina, con seguimiento de las complicaciones en el puerperio inmediato y mediato. Se evaluaron las siguientes

Variables: pérdida sanguínea, dolor en el segundo periodo de trabajo de parto y puerperio inmediato, duración del segundo periodo de trabajo de parto, desgarros perineales y vaginales, necesidad de instrumentar el parto, comodidad en la postura y resultados perinatales. **Resultados:** 164 pacientes se asignaron al azar a uno de dos grupos, el I, de posición vertical, y el II, de posición supina. Las pérdidas fueron de 5.4%; la tasa de cesárea fue de 4.6%. Sólo se encontró diferencia en el caso de desgarros vaginales, de los que hubo más casos con la postura vertical, con riesgo relativo de 1.4 (IC 1.1-3.2), y el acortamiento del segundo periodo, con diferencia significativa de 10 minutos, en promedio ($p < 0.05$). **Conclusiones:** la postura vertical durante el parto no

brinda mejores resultados perinatales ni disminuye las complicaciones obstétricas. Acorta el segundo periodo de trabajo de parto, pero es factor de riesgo de desgarros vaginales. La mejor postura durante el parto es con la que la paciente se siente cómoda.

Título: “Beneficios de la posición vertical para la atención del parto”

Autores: Dra Nikoska Franco, Dra Sonia Ayllon, Dr Marcelo Vallejo

Lugar y fecha: Bolivia 2010

Resumen: *Objetivo:* identificar los beneficios y/o riesgos fisiológicos de la atención de parto vertical en el hospital ; Manuel Ascencio Villarroel de Punata en el periodo Setiembre 2009 a Enero 2010. *Metodología:* se realizó una investigación analítica, retrospectiva y de corte longitudinal de múltiparas ingresadas. *Resultados:* se incluyeron 25 pacientes atendidas en posición vertical y 73 en horizontal. La frecuencia de desgarros de 1° grado fue de 20% en posición vertical y 26% en horizontal. En cuanto a los de segundo grado, un 4% se presentó en posición vertical y en 1.4% en horizontal. Se realizó episiotomía en 26% de los partos atendidos en posición horizontal y en posición vertical, 4% Se encontraron complicaciones hemorrágico-infecciosas en 3 casos. *Conclusiones:* la atención brindada en casa materna durante la realización del presente estudio muestra beneficios durante de algunas posiciones verticales para la atención del parto. Además respeta la cultura y costumbres de las pacientes, brindándole la oportunidad de sentirse cómoda en posición en la posición deseada por ella y sus familiares.

4. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en el Hospital III Goyeneche

ESPECIFICOS:

1. Determinar las características obstétricas de partos atendidos en posición horizontal en el Hospital III Goyeneche de junio a diciembre del 2013.

2. Determinar las características perinatales de partos atendidos en posición horizontal en el Hospital III Goyeneche de junio a diciembre del 2013.
3. Determinar las características obstétricas de partos atendidos en posición vertical en el Hospital III Goyeneche de junio a diciembre del 2013.
4. Determinar las características perinatales de partos atendidos en posición vertical en el Hospital III Goyeneche de junio a diciembre del 2013.
5. Comparar las características obstétricas de partos atendidos en posición supina vs vertical en el Hospital Goyeneche de junio a diciembre del 2013.
6. Comparar las características perinatales de partos atendidos en posición horizontal vs vertical en Hospital Goyeneche de junio a diciembre del 2013.

5. HIPOTESIS:

Dado que la posición vertical favorece el encajamiento y descenso del feto, a diferencia de la posición horizontal, es posible que la atención de partos en posición vertical sea más beneficioso para la madre y el recién nacido

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION:

TECNICA: Se aplicara la técnica de la observación documental mediante revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de egreso de parto eutócico vertical y horizontal del Hospital III Goyeneche de junio a diciembre del 2013.

INSTRUMENTO: se utilizara una ficha de recolección de datos.

4. CAMPOS DE VERIFICACION:

4.3. Ubicación espacial: servicio de Gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche

4.4. Ubicación temporal: junio a diciembre del año 2013.

1.1. **Unidades de estudio:** las pacientes egresadas del servicio de Gineco-obstetricia con diagnóstico de parto eutócico durante el periodo de junio a diciembre 2013 que cumplan los criterios de inclusión y sus recién nacidos.

1.2. **Criterios de selección:**

Criterios de inclusión:

- Pacientes con el diagnóstico de egreso de parto eutócico atendidas en el hospital III Goyeneche en el periodo de junio a diciembre del 2013 y sus recién nacidos

Criterios de exclusión:

- Pacientes con complicaciones obstétricas
- Pacientes que han tenido inducción o conducción del parto
- Pacientes con parto pretérmino
- Historias clínicas incompletas donde no se encuentren la información necesaria para la realización del proyecto.

2. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

2.1. **Organización:**

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del Hospital y la jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Goyeneche Arequipa para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se revisara inicialmente el libro de altas de pacientes que estuvieron hospitalizadas en dicho servicio con diagnóstico de egreso de Parto eutócico durante el periodo de estudio para obtener el número de historias clínicas, posteriormente se coordinara con estadística para la revisión de las historias clínicas y se registraran los datos de las pacientes en la ficha de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

2.2. **Recursos:**

Recursos humanos: investigador, asesor

Recursos físicos:

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal con procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

Financieros: autofinanciado

2.3. Validación de instrumentos:

Por tratarse de una ficha de recolección de datos, no se requiere de su validación

2.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados:

A nivel de recolección:

Se realizará la recolección de datos de las historias clínicas del Hospital III Goyeneche del año 2013, llenando adecuadamente la ficha de recolección de datos, de acuerdo a las diferentes variables para completar los objetivos del presente estudio

A nivel de sistematización

La información obtenida se procesará por medio del hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2012 y los paquetes estadísticos: SPSS versión 19.0 en Español

A nivel de estudio de datos:

Una vez aplicada la técnica y procedimiento, se procederá a la tabulación y procesamiento estadístico y los resultados serán presentados en cuadros descritos e interpretado

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Diciembre				Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.-Elección del tema	x	x										
2.-Revisión bibliográfica			x	x								
3.-Aprobación del proyecto					X	x	X					
4.-Ejecución								X	X			
5.-Análisis e interpretación										X		
6.-Informe final											x	X



V. BIBLIOGRAFIA BASICA:

- (1) Rigol, Obstetricia y Ginecoobstetricia, Editorial Ciencias Médicas, 1era edición, 2004, pag 78-89
- (2) MSc. Dr. Miguel Lugones Botell, Dra. Marieta Ramírez Bermúdez, El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura, Revista cubana de Obstetricia y Ginecología, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2012; volumen 38, pag: 134-145
- (3) Jorge Calderón¹, José Bravo, Roberto Albinagorta¹, Patricia Rafael, Antonio Laura, Carlos Flores, Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral, Revista peruana de ginecología y obstetricia, 2008, volumen54, pag: 49-56
- (4) MSc. Dr. Miguel Lugones Botell, Dra. Marieta Ramírez Bermúdez ,El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura, Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012; volumen 38, pag: 134-145
- (5) Ministerio de Salud Peru, Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación con adecuación intercultural. Direccion General de Salud de las personas, Estrategia sanitaria de Salud Sexual y reproductiva-Lima, 2005
- (6) Dra Constanza Ralph , Dr Jorge A. Carbajal C., Manual de Obstetricia y Ginecologia, 3era edición, 2012 pag: 70-73
- (7) Ricardo Leopoldo Schwarz, Ricardo Fescina y Carlos Duverges, Obstericia, Editorial El Ateneo, 6ta edición, 2009, pag: 431
- (8) Rebeca Riquelme¹, M. Mar, Gutiérrez, F. Manuel Lagares, Catalina Lorite¹, Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto, Revista Matronas profesión, 2005, volumen 6, pag 6-9
- (9) Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia 23ava edición McGraw-Hill 2011. p. 374-407.

- (10) Gomella, Cunningham, Eyal, Zenk, Neonatología, Editorial medica Panamericana, 6ta edicion, 2008, pag 745
- (11) Ronald Armando Noguera, Manual de pediatría, Standard Copyright License, 1era edición, 2009, pag 140
- (12) Abdulhayoglu E. Birth trauma. En: Cloherty JP, Eichenwald EC y Stark AR (Eds.). Manual of Neonatal Care (6 th Ed.). Philadelphia: Lippincott-Williams &Wilkins, 2008.
- (13) Justino Rodríguez-Alarcón Gómez, Juan Carlos Melchor Marcos, Lucila Martín Vargas, Luís Fernández Llebrez del Rey, La patología neonatal asociada al proceso del parto, Revista Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP, 2008, pag 126
- (14) Mangurten HH. Birth injuries. En: Fanaroff AA y Martin RJ (Eds.). Neonatal Perinatal Medicine (6th Ed.). St.Louis: Mosby-Year Book, 1997.
- (15) Marco A. Martina; Víctor Fernández; Luis Escate; Antonio Sánchez y Hugo Villa, Parto en posición sentada en la oroya (3780 m), Revista Acta Andina, 1994, Volumen 3, pag 151-154
- (16) Rizzardini M, Sahie. “Pediatria”, Editorial Mediterraneo 1999.
- (17) Casado de Frías E. Nogales A . “Pediatria”, Editorial Diorki, Madrid, 1997.
- (18) Faranoff A, Martin R. “Neonatal-perinatal medicine”. The C.V. Mosby Company 3ª Edición 1983
- (19) Meneghello J. Fanta N. Paris M. Puga.T Pediatria.Editorial Medica Panamericana 5ª Edición Buenos Aires. 1997