

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE**  
**OBSTETRICIA**



**CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON**  
**ADECUACIÓN INTERCULTURAL SEGÚN LA**  
**PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS. CENTRO**  
**MATerno INFANTIL SAN MARCOS. 2018.**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de:

**OBSTETRA**

Presentado por la Bachiller:  
Julcamoro Sapo, María Catalina

Asesora:  
Dra. Obsta. Quispe Oliva Julia Elizabeth

**Cajamarca, Perú**  
**-2018-**

COPYRIGHT © 2018  
JULCAMORO SAPO, MARIA CATALINA  
Todos los derechos reservados

### SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios: por ser mí guía, mi fortaleza, por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Mis padres: Ana y Deciderio, por ser uno de los pilares más importantes de mi vida, por su apoyo incondicional y por haber hecho hasta lo imposible para lograr en mí una profesional y una persona de bien.

Mi hermano William: por su ejemplo de constante lucha, por creer en mí, por estar siempre acompañándome en las buenas y en las malas.

María

### SE AGRADECE A:

Dios, por llenarme de bendiciones para culminar esta etapa de mi vida.

Universidad Nacional de Cajamarca, por darme la oportunidad de formarme profesionalmente.

Centro Materno Infantil San Marcos, por permitirme desarrollar el presente trabajo de investigación.

Mi asesora Obsta., Julia Elizabeth Quispe Oliva, por su orientación en cada asesoría para la correcta realización de la presente investigación.

Todos mis familiares y amigos por su constante apoyo durante mi formación profesional.

María

## LISTA DE CONTENIDOS

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iv
<b>LISTA DE CONTENIDOS</b> .....	v
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	3
Planteamiento del problema.....	3
Formulación del problema.....	6
Objetivos.....	6
Justificación.....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	8
Antecedentes.....	8
Teorías.....	11
Hipótesis.....	38
Variable.....	38
Conceptualización y operacionalización de variables.....	39
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	40
Diseño, tipo de estudio y población.....	40
Área de estudio.....	41
Muestra.....	41
Unidad de análisis.....	41
Criterios de inclusión.....	41

Criterios de exclusión.....	41
Técnicas de recolección de datos.....	42
Descripción del instrumento.....	42
Procesamiento y análisis de datos.....	44
Control de calidad de datos.....	44
Consideraciones éticas.....	45
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA N° 01:</b> Características sociodemográficas de las usuarias atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.....	46
<b>TABLA N° 02:</b> Características ginecoobstétricas de las usuarias atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.....	51
<b>TABLA N° 03:</b> Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión trato profesional. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.....	55
<b>TABLA N°04:</b> Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión acompañamiento. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.....	56
<b>TABLA N° 05:</b> Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión libre elección de la posición para el parto. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.....	57
<b>TABLA N° 06:</b> Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión manejo del dolor de parto. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.....	59
<b>TABLA N° 07:</b> Calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural, según la percepción de las usuarias. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.....	61

## RESUMEN

El presente estudio, de diseño no experimental de corte transversal y tipo descriptivo, observacional y prospectivo. Tuvo como muestra a 60 puérperas inmediatas. **Objetivo:** determinar la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018. **Resultados:** En la dimensión trato profesional, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular con 36,7%, seguido de 31,7%, calidad de atención buena y 31,7%, calidad de atención mala. En la dimensión acompañamiento, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular con 86,7% y en menor porcentaje, calidad de atención mala con 13,3%. En la dimensión libre elección de la posición para el parto, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular con 40,0%, seguido de 33,3% calidad de atención buena y en menor porcentaje 26,7% calidad de atención mala. En la dimensión manejo del dolor de parto, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular con 55,0%, seguido de 25,0% calidad de atención buena y el menor porcentaje 20,0% calidad de atención mala. En la calidad total de atención del parto vertical con adecuación intercultural, según la percepción de las usuarias, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular, con 45,0%; seguido del 28,3% de calidad de atención buena y; el 26,7%, calidad de atención mala.

**PALABRAS CLAVES:** Calidad de atención, parto vertical, adecuación intercultural.

## **ABSTRACT**

The present study, of non-experimental cross-sectional design and descriptive, observational and prospective type. It had as sample to 60 immediate puerperals. Objective: to determine the quality of care of vertical childbirth with intercultural adaptation according to the perception of the users in the San Marcos Maternal and Child Center during the period July - August 2018. Results: In the professional treatment dimension, the highest percentage corresponds to the quality of regular attention with 36.7%, followed by 31.7%, quality of good service and 31.7%, poor quality of care. In the accompaniment dimension, the highest percentage corresponds to the quality of regular attention with 86.7% and in a lower percentage, poor quality of care with 13.3%. In the free choice dimension of the position for childbirth, the highest percentage corresponds to quality of regular attention with 40.0%, followed by 33.3% quality of good service and in a lower percentage 26.7% poor quality of care. In the management dimension of labor pain, the highest percentage corresponds to quality of regular care with 55.0%, followed by 25.0% quality of good care and the lowest percentage 20.0% poor quality of care. In the total quality of care of vertical childbirth with intercultural adaptation, according to the perception of the users, the highest percentage corresponds to quality of regular attention, with 45.0%; followed by 28.3% good quality service and; 26.7%, quality of bad attention.

**KEY WORDS: Quality of care, vertical delivery, intercultural adaptation.**

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el parto vertical se ha convertido en un acontecimiento vital muy importante en la vida de la mujer, ya que es una experiencia única y profunda con gran contenido emocional, debido a que responde a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna.

Las usuarias necesitan una atención integral y de buena calidad que garantice su salud y la de su hijo. Es por ello, que la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural es esencial, porque permite tener una percepción satisfactoria por parte de las usuarias atendidas, repercutiendo positivamente en su salud, en la del recién nacido y en la de su entorno.

Desde este punto de vista se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018, llegando a la conclusión que la calidad de atención del parto vertical según la percepción de las usuarias fue regular con 45,0%, asimismo la calidad de atención en las cuatro dimensiones fue regular y se describen a continuación: en la dimensión trato profesional el 36,7% corresponde a calidad de atención regular, en la dimensión acompañamiento el 86,7% fue calidad de atención regular, en la dimensión libre elección de la posición para el parto el 40,0% fue calidad de atención regular y en la dimensión manejo del dolor de parto el 55,0% fue calidad de atención regular.

El informe final del presente trabajo de investigación está constituido por cuatro capítulos que a continuación se detallan:

CAPÍTULO I: Muestra el planteamiento del problema, la formulación del problema, además de los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: Contiene los antecedentes, teorías sobre el tema, la hipótesis, la conceptualización y operacionalización de variable.

CAPÍTULO III: Trata el diseño metodológico utilizado en esta investigación.

CAPÍTULO IV: Contempla el análisis y discusión de los resultados.

Últimamente se exponen las conclusiones y recomendaciones esperando aportar hacia la mejora de la salud materna e infantil.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

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, ceramios y esculturas de prácticamente todas las culturas en el mundo. (1, 2)

Asimismo, existen ilustraciones de diferentes épocas que muestran el diseño de sillas para el parto en posición sentada y específicamente en la edad media se vio florecer la fabricación de sillas para el parto en posición vertical. Del mismo modo, en el Perú antiguo, ésta intención se evidencia en la cerámica de la cultura Moche. (1)

La posición adoptada naturalmente por las mujeres durante el parto ha sido descrita, en 1882, por Engelmann, quien observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas, en posición de rodillas, de cuclillas, sentadas, semisentadas, usando ladrillos, piedras, pilas de arena o bancos de partos. Pero, en el siglo XVI, Mauriceau “acostó”, a las gestantes para parir, aparentemente con la intención de aplicar el instrumento de moda, el fórceps. (1)

Sin embargo, en los años 70, las experiencias de Caldeyro - Barcia mostraron que el caminar durante el período de dilatación mejoraba la calidad de las contracciones uterinas, acortaba la duración del trabajo de parto y podía hacer más tolerable el dolor. (3, 4)

En el Perú, el Ministerio de Salud, en Agosto del 2005, emitió la Norma Técnica de Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, que propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional que si bien son marcos conceptuales diferentes, no significa que tienen que estar contrapuestos, pudiendo complementarse. Implica rescatar las costumbres y posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en la que desea ser atendida, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, el bebé y el entorno familiar. (5)

Es por ello que la interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. Los términos salud/enfermedad enmarcado en los sistemas de salud indígenas, comprende un conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, y procedimientos relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. (6)

La práctica del parto vertical en sus diferentes posiciones: cuclillas, sentada o arrodillada, se ha duplicado en el Perú en comparación con el año 2008 y el año 2009, toda vez que en el 2008 se reportaron 11,000 prácticas de este tipo y durante el 2009; 22,333. El parto vertical ha alcanzado un significativo aumento en Ancash, de 526 casos en el año 2008 a 1,058 al año 2009; así como Cajamarca de 1,433 a 2,678; Lambayeque de 63 casos a 336; San Martín de 55 a 207; Tacna de 34 a 101 atenciones, entre otros. Otro referente es Madre de Dios donde antes no se registraron partos verticales y en el 2009 se han atendido 17, lo que constituye un gran avance. (7)

La Región Cajamarca ha sido uno de los pioneros en parto vertical, para el año 2014 las cifras muestran que el 33,1% de los partos corresponde a la atención de parto vertical. Es así que la provincia de San Marcos, cuenta con un Centro de Salud referencial “Centro Materno Infantil San Marcos”, el cual a su vez funciona como centro de desarrollo de competencias en atención de parto vertical con adecuación intercultural; como una estrategia para mejorar la calidad de atención y lograr la satisfacción de las usuarias permitiendo implementar medidas que reconsideren a la mujer como protagonista de su parto. (8, 9)

El parto vertical ha contribuido en gran medida a una importante reducción de la mortalidad materna. Debido a que responde a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna. (5)

En el Perú, en el 2016 ocurrieron 327 muertes maternas, y estas cifras disminuyeron para el año 2017, donde el Ministerio de Salud, reveló que 273 mujeres han muerto en el embarazo, parto o después de ellos. (10)

La razón de mortalidad materna para Perú es de 67 por 100 000 nacidos vivos; así mismo, refieren que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna; aun así existen direcciones regionales de salud con altas cifras de mortalidad materna, figurando entre ellas la región Cajamarca. (11)

La mortalidad materna es un indicador negativo de salud, que muestra el nivel de desarrollo de un país, pero sobre todo de la calidad de atención que recibe una comunidad. Es por ello, que la calidad de atención es considerada dentro de los lineamientos del MINSA y el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como un fundamento que direcciona a los profesionales de salud al momento de brindar atención al paciente que acude para ser atendido en algún establecimiento de salud, calidad que consiste en la aplicación de principios bioéticos como la justicia, la equidad, así como la preparación técnica adecuada y contar con los recursos necesarios, etc. (12, 13)

Es así que, el Centro Materno Infantil San Marcos, viene realizando la atención de parto vertical con adecuación intercultural, que incluye el trato del profesional, el acompañamiento de la gestante, la libre elección de la posición para el parto y el manejo del dolor de parto, lo que brinda una mayor confortabilidad a la madre y mejores condiciones para el recién nacido. Esta estrategia se ha implementado para mejorar la satisfacción de las usuarias; sin embargo, debido al limitado abastecimiento del recurso humano en esta institución, puede no estarse brindando lo establecido en los protocolos de parto vertical con adecuación intercultural y esto verse reflejado en las percepciones de las usuarias.

Considerando la problemática descrita anteriormente, se plantea la presente investigación con el propósito de determinar la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018, cuya importancia radica en que permitirá implementar medidas que reconsideren a la mujer como protagonista de su parto, el cual a su vez aportará a la disminución de la morbilidad materna.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio - Agosto 2018?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Determinar la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio - Agosto 2018.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente a las usuarias.
- Identificar las características gineco - obstétricas de las usuarias.
- Describir la calidad total y por dimensiones de la atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias.

#### **1.4 Justificación**

La mortalidad materna es un indicador negativo de salud, que muestra el nivel de desarrollo de un país, pero sobre todo de la calidad de atención que recibe una comunidad como demostración de una política coherente de salud. (12)

El parto vertical ha contribuido en gran medida a una importante reducción de la mortalidad materna, ya que responde a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna. (5)

De allí la importancia de realizar el presente estudio cuyo objetivo es determinar la calidad de la atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018, lo cual contribuirá en el conocimiento, porque los resultados tendrán un aporte valioso sobre la calidad de la atención del parto vertical con adecuación intercultural en diferentes contextos permitiendo identificar los aspectos en los que se debe mejorar y reforzar aquellos en los que la actuación sanitaria es exitosa, con lo cual se establezcan estrategias de acercamiento a las comunidades y/o realizar cambios oportunos dentro del servicio de salud, con el propósito de aumentar y garantizar el bienestar y la calidad de vida no solo del binomio madre - hijo, sino además de su familia y de la comunidad.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes del Estudio**

##### **2.1.1 Internacionales**

**De León V. (Guatemala. 2015)**, en su estudio “Humanización del cuidado del profesional en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. Enero-Febrero. 2015”, tuvo como objetivo: determinar la humanización del cuidado del profesional, en la atención del parto. Su muestra incluyó a 87 pacientes. Resultados: El 57% se encontraron comprendidas en las edades de 20 a 24 años, el grado de escolaridad que prevaleció fue la primaria con 46%, seguido del nivel básico con 23%. El 52% fueron casadas y un 48% fueron solteras. Con respecto a la paridad, el 45% fueron primigestas, 32% secundigestas y 23% multíparas. En lo referente a la atención que recibe la usuaria por parte del personal durante el trabajo de parto, el 52% indicaron que algunas veces se sintieron satisfechas, 44% refirieron sentirse satisfechas y 4% no estuvieron satisfechas con el servicio recibido durante el trabajo de parto. (14)

### 2.1.2 Nacionales

**Chuquibala M. (Amazonas. 2013)**, realizó el estudio “Percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya - Amazonas - 2013”, el cual tuvo como finalidad principal: determinar la percepción del parto vertical y horizontal. Estudió a 36 mujeres, de las cuales 23 eligieron el parto vertical y 13 el parto horizontal. Resultados: respecto al parto vertical, el 91,3% presentaron percepción buena y 8,7% percepción regular. Respecto al parto horizontal, el 69,2% tuvieron percepción regular y 30,8% percepción buena. Según dimensión dolor en el parto vertical, el 52,2% tuvieron una percepción buena y en relación al parto horizontal el 53,8% tuvieron percepción regular; según dimensión satisfacción en el parto vertical, el 73,9% tuvieron percepción buena y en relación al parto horizontal, 92,3% tuvieron percepción regular; según dimensión acompañamiento familiar en el parto vertical, el 100% tuvieron percepción buena y en relación al parto horizontal, el 53,8% tuvieron percepción buena. En conclusión la percepción que tuvieron las mujeres fue buena con respecto al parto vertical, en relación al parto horizontal, en el cual tuvieron percepción regular. (15)

**Vela G. (Lima. 2015)**, en su investigación “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Marzo-Abril de 2015”, determinó la percepción sobre la atención del parto humanizado. Incluyó a 100 puérperas inmediatas. Resultados: El 52% tuvieron una edad mayor o igual a 25 años, 76,0% fueron convivientes y solo un 10,0% fueron solteras, 67,0% tenía educación secundaria y 6,0% contaba con nivel primaria, 61,0% se dedicaban a labores domésticas. Entre las características gineco-obstétricas, 37,0% fueron madres primigestas, 44,0% eran primíparas, 6,0% presentaron antecedente de cesárea, 81,0% tuvieron de 6 a más controles prenatales, 36,0% no acudieron a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones. La dimensión trato profesional, siempre fue percibida de forma favorable. La dimensión libre elección de la posición de parto, nunca fue percibida de forma favorable. La dimensión acompañamiento, siempre fue percibida de forma favorable. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor casi nunca fue percibida en forma favorable. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo el 53% percibió que su atención de parto fue regular. (16)

**Ayala G. (Lima. 2015)**, determinó la calidad de atención del parto según la percepción de las usuarias, en su estudio “Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero. 2015”. Tuvo como muestra a 313 puérperas inmediatas. Resultados: El 29,7% se encontraban entre los 25 - 29 años de edad y 20,8% eran menores de 20 años. El 75,7% eran convivientes y en menor porcentaje (14,4%) fueron solteras, el 59,1% habían terminado la secundaria. El 69,6% se dedicaban a su casa, además 46,3% eran primigestas. Las preguntas más valoradas fueron acerca del acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto, con un puntaje promedio de 4,73; perteneciendo el mayor porcentaje a satisfacción moderada con un 44,7%, el permitir acariciar al recién nacido cuando inmediatamente nace, obtuvo un promedio de 4,70 puntos perteneciendo el mayor porcentaje a satisfacción moderada con un 48,2%, y el confort, obtuvo un promedio de 4,52 puntos perteneciendo el mayor porcentaje a satisfacción con 59,1%. Todas las dimensiones correspondieron a un grado de “satisfacción”, siendo la menos valorada la dimensión de respuesta rápida con 4,23 puntos y la más valorada la dimensión de tangibles con 4,40 puntos. Respecto a la satisfacción global de las pacientes, se calculó que 93,3% pertenecía al grado “satisfacción”, mientras que 6,7% perteneciente a “insatisfacción leve”. (17)

**Peñalva O. (Lima. 2015)**, en su investigación “Satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en el Hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. 2015”, tuvo como finalidad: conocer la satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal. Estudió a 80 madres atendidas por parto vertical y 233 madres atendidas con parto horizontal. Resultados: respecto a las usuarias atendidas con parto horizontal, 51,1% presentaron satisfacción buena con la respuesta rápida, 43,3% satisfacción regular con la empatía, 43,8% con la confiabilidad y 75,1% con los aspectos tangibles; sin embargo, la satisfacción fue mala con la seguridad en el 59,7% de las usuarias. Respecto a las usuarias atendidas con parto vertical, 88,8% presentaron satisfacción buena con la respuesta rápida, el 80,0% con la empatía, 83,8% con seguridad, 90% con la confiabilidad y 52,5% con los aspectos tangibles. En forma global determinó que 69,1% de las usuarias atendidas con parto horizontal tuvieron satisfacción regular; mientras el 92,5% de las usuarias atendidas con parto vertical presentaron satisfacción buena. Por tanto, se concluyó que el parto vertical genera buena satisfacción en las usuarias y el parto horizontal satisfacción regular. (18)

**Napanga B. (Callao 2016)**, realizó un estudio: “Calidad de atención brindada por obstetras durante el parto según percepciones de las puérperas en Centro Obstétrico del Hospital de Ventanilla, Callao, 2016”, en el cual determinó la calidad de atención brindada por obstetras durante el parto según la percepción de las puérperas. Estudió 251 puérperas. Resultados: El 32,7% se encontraban entre los 18 - 21 años de edad y el 21,1% entre los 22 - 25 años. El 47,4% se dedicaban a su casa y el 42,2% habían terminado secundaria, además el 42,6% eran multíparas. Las preguntas más valoradas fueron si el obstetra fue indiferente al dolor, el permitir el apego y la privacidad. Todas las dimensiones correspondieron al grado de “Satisfacción”, siendo el menos valorado el aspecto tangible y la más valorada la Empatía. Asimismo, el 55,06% de las puérperas expresan una “Satisfacción” por diferentes factores. (19)

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 Calidad de atención**

La Calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de los que él espera. Es satisfacer las necesidades del usuario de manera consciente en todos los aspectos. (20)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente”. (20)

Para entender lo que significa la calidad de atención no se debe solo pensar en las habilidades técnicas o de conocimiento del prestador de salud, sino también las habilidades interpersonales y comunicativas, infraestructura, equipamiento, etc. (20)

#### **2.2.1.1 Modelo de calidad de atención según Donabedian**

Un modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966, establece un enfoque compuesto de tres partes para la evaluación de calidad: estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. (21)

Este modelo afirma que la calidad es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones de recursos de la Institución. (21)

La información que sirva para juzgar la calidad, cree Donabedian, puede ser clasificada en una de estas tres categorías: (21)

- Estructura: La estructura contiene las características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los recursos materiales (tales como instalaciones, equipo y dinero), recursos humanos (tales como el número y las calificaciones del personal) y de la estructura institucional (como la organización del personal médico, métodos para la evaluación de colegas y métodos de reembolsos). Es decir las condiciones físicas e institucionales adecuadas en las que se puede mejorar la calidad. (21)

Indicadores: Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención. (21)

- Proceso: El proceso contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del paciente al buscar atención médica, tanto como las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento. (21)

Indicadores: Se refieren a lo que los médicos y/o obstetra y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo. (21)

- Resultado: El resultado comprende los efectos de la atención para el estado de salud de los pacientes y poblaciones. Es decir qué es lo que se logra con el paciente. (21)

Indicadores: Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad. (21)

Estos tres conjuntos de información son más útiles para evaluar la calidad. La estructura lleva al proceso, que a su vez lleva a los resultados deseados, cadena de eventos que debe ser claramente identificado para un programa de mejoramiento de la calidad. (20)

Donabedian, define calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. (21)

## **2.2.2 Percepción**

Es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. (15)

### **2.2.2.1 Características**

- Subjetiva: Son las reacciones a un estímulo varían de un individuo a otro.
- Selectiva: Es cuando no existe la percepción todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.
- Temporal. Es cuando se percibe en forma evolucionada a medida que se van realizando las experiencias. (15)

### **2.2.2.2 Fases de la percepción**

- Selección: el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, es decir que interviene de forma inconsciente seleccionando los mensajes que llegan. Generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes, captando solo los aspectos agradables o los que responden a sus necesidades e intereses. La interpretación depende de los factores internos de la persona, de su experiencia e interacción con el entorno. (15)

- Organización: los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje. (15)
- Interpretación: proporciona significación a los estímulos organizados. (15)

### **2.2.3 Percepción de la Calidad de Atención**

#### **2.2.3.1 Percepción de la calidad**

Es “aquella que siente el cliente, una vez que presta el servicio o se entrega el producto, de acuerdo con las especificaciones y requisitos dados por él mismo”. (22)

#### **2.2.3.2 Percepción de la calidad de atención en salud**

Las percepciones de la calidad de la atención de salud se enfocan en el producto, el usuario y sus expectativas que son elevadas debido a los avances en los tratamientos con fármacos y las intervenciones quirúrgicas innovadoras. Estas expectativas incrementan la presión sobre los hospitales para que provean diversos servicios con el fin de satisfacerlas. (23)

Las condiciones para prestar una atención en salud, varía de acuerdo a la ubicación geográfica y la densidad poblacional en el que se encuentran los establecimientos de salud. En zonas rurales se podrán encontrar solo postas médicas que brindan una atención de carácter asistencial (no especializada), en zonas urbanas y con mayor población ya se podrán contar con hospitales de nivel 1, y en las grandes ciudades con hospitales que cuentan con especialidades y tratamientos que cubren de manera objetiva las necesidades de los pacientes. Es así que todas estas consideraciones determinan la percepción de la calidad de atención en los usuarios. (23)

Si bien es cierto cada paciente o usuario tendrá una percepción distinta de la atención que va recibir y a la vez generará sus propias críticas, expectativas de atención de distintos niveles, ya que cada persona posee una percepción diferente en relación a un objeto o servicio y esto tendrá mucho que ver con su condición económica, estatus social, educación, etc. Son muchos factores que determinarán el nivel de exigencia y expectativas de estas personas al momento de su elección para comprar un bien o recibir servicio y de forma satisfactoria. (23)

## **2.2.4 El Parto**

- Parto: Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas). (24)
- Parto a término: Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. (25)

### **2.2.4.1 Etapas del parto**

El trabajo de parto es un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. (25)

#### **2.2.4.1.1 Primera etapa**

Dilatación: Está compuesta por dos fases:

- Fase latente. Es el periodo del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm de dilatación del cuello uterino.
- Fase activa. Es el periodo del parto que transcurre entre los 4 y los 10 cm de dilatación del cuello uterino. (26)

#### **2.2.4.1.2 Segunda etapa**

Expulsivo: Es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. (26)

#### **2.2.4.1.3 Tercera etapa**

Alumbramiento: Se da desde que culmina la salida del feto hasta el fin de la salida de la placenta y membranas. (26)

#### **2.2.4.2 Clasificación del parto**

- Parto eutócico. Es un parto normal, en el que no se identifican alteraciones en su transcurso: el feto se encuentra en posición fetal cefálica y flexionada, su salida tendrá lugar por vía vaginal.
- Parto distócico. Es cuando son necesarias maniobras o intervenciones quirúrgicas. Las causas de este tipo de parto pueden deberse a problemas del propio mecanismo materno ante el parto u otras causas específicas, que se dividen en maternas y fetales. (27)

#### **2.2.4.3 Atención de parto**

La atención del parto normal es cuando la gestante desencadena en trabajo de parto, y es primordial realizar un examen físico general completo, y una vez que la obstetra concluya que se trata de un embarazo y trabajo de parto normales, se debe proceder a vigilar la evolución del trabajo de parto, al feto y a la madre; y registrar en forma escrita todos los hallazgos y la evolución del parto observando el ritmo cardiaco fetal, así como las contracciones uterinas que deben cumplir con requisitos del triple gradiente descendente. La madre no necesita encontrarse en cama al iniciar el trabajo de parto; se le puede permitir la deambulación y luego la madre debe adoptar la posición adecuada para el parto. (25)

#### **2.2.5 Parto institucional**

Parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea). (24)

#### **2.2.6 Parto domiciliario**

Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna. (24)

#### **2.2.7 Parto humanizado**

Es el proceso de atención de parto en el que se busca tomar en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de la mujer como protagonista de su parto, y sus familiares; además de adoptar medidas y procedimientos que sea beneficiosos, evitando prácticas intervencionistas innecesarias con la finalidad de crear un momento especial y en condiciones de dignidad humana. (16)

### **2.2.8 Parto horizontal**

Es aquel donde la gestante se coloca en posición de litotomía en una camilla ginecológica con los miembros inferiores inmovilizados adheridos a las pierneras de la camilla, donde el útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia; asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto. (21)

### **2.2.9 El Parto vertical**

Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. (21)

#### **2.2.9.1 Fundamentos históricos del parto vertical**

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por ésta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. (28)

En la historia de la medicina se da cuenta de que en todo el mundo los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical como un fenómeno natural. En la edad media el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento (formados por varones) y la persecución de muchas parteras experimentadas acusadas de brujería, cambió esta situación. (28)

Históricamente las diferentes variedades de posiciones verticales han sido utilizadas por las culturas de todo el mundo. La explicación es que es una posición natural, en la que la mujer siente confort y beneficios para el trabajo de parto y periodo expulsivo. Como los partos en su mayoría son atendidos por mujeres que a su vez han podido experimentar los partos en carne propia, éstas aplican lo que han comprendido como mejor para ellas. (28)

### **2.2.9.2 Situación actual del parto vertical en el mundo**

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es llamado en Argentina y España por un parto humanizado; en Chile, por la dignificación del parto, y en Francia, por un parto respetado. Hace casi una década se formó la Red Latinoamericana por la humanización del parto y nacimiento, con la participación de agrupaciones de más de 20 países. (29)

Actualmente, cerca del 80% de mujeres campesinas andino-amazónicas, o de la Costa ecuatoriana y peruana, prefieren la atención de la partera o comadrona a la del médico. Argumentan a favor, porque ella es una mujer de su clase, conocida de la comunidad, y de total confianza; respetuosa del pudor y de las costumbres; y que acude a su casa a cualquier hora, integrándose a la familia por el tiempo que sea necesario, en un plan de ayuda solidaria que responde a un deber moral de entregar sus conocimientos y habilidades a sus semejantes. (29)

La mayoría de las comadronas campesinas consultadas en distintas investigaciones, aseguran que el parto en posición vertical es más rápido y más fácil para las parturientas, aunque resulta más incómodo para quien le atiende. Está demostrado científicamente que la posición vertical del parto fue, es, y deberá seguir siendo la más fisiológica (Triple Gradiente Descendiente de las Contracciones Uterinas, sustentada por Caldeiro-Barcia); y es la posición más comúnmente utilizada por las parturientas de todos los pueblos primitivos y tradicionales del pasado y del presente. (29)

### 2.2.9.3 Ventajas de la posición vertical durante el parto

Estudios de la OMS, sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical para la parturienta y el bebé, como son:

- Efectos respiratorios: El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud porque no puede respirar bien. (28)
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto. Se estima que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical, logrando mayor eficiencia de las contracciones, que suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, ésto conlleva a la disminución de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo, lo que provoca menos intervenciones obstétricas y menor uso de oxitocina. El feto, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. (25, 28)
- Efectos musculares: Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores, los cuales colaboran en la apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebe. (29, 30)
- Disminución de los riesgos de compresión aortocava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos: La posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga. (31)

Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supino hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído). (31)

- La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integridad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal del parto. (29)
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes. (29)
- La posición vertical evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical. (29)
- En posición vertical se produce un aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm en sentido ántero posterior y 1 en transversal y moldeamiento de la articulación coxo femoral. (32)
- Aspectos psicológicos: Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto. (5)

El punto más importante para la tranquilidad psicológica de la paciente parece ser la posición materna durante el periodo expulsivo. La mujer se encuentra menos cohibida y pudorosa que en la de litotomía. La posición vertical facilita la participación activa de la madre en el parto, al disminuir la necesidad de analgesia y/o anestesia materna y favorecer los esfuerzos de pujo durante el periodo expulsivo y además favorece la relación precoz madre- hijo/a hecho de trascendental importancia en el desarrollo posterior del niño/a. (33)

- Las madres tienen un gran beneficio en estar acompañadas por una persona de su elección. Un/a acompañante crea confianza, usa técnicas para el bienestar de la mujer, proporciona contacto físico, explicaciones sobre lo que está sucediendo y una presencia amigable constante. Lo que produce resultados de mayor satisfacción en las mujeres. (29)

#### **2.2.9.4 2.2.9.4 Desventajas del parto vertical**

- Mayor frecuencia de pérdida estimada de sangre: mayor de 500 ml (subjetivo). (34)
- Se necesita cierto nivel de energía para que la mujer se mantenga en cuclillas sin apoyo. (33)
- Más congestión perineal y edema. (35)

#### **2.2.10 Salud intercultural y atención del parto culturalmente adecuado**

La atención humanizada del parto y nacimiento tiene como principio una visión donde la mujer es la protagonista de su labor de parto y parto; lo que implica de hecho, el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otros factores de su cultura. (36)

La etnicidad y la cultura juegan un papel fundamental tanto en la manera en la que una mujer percibe, expresa y experimenta el dolor en el parto, como en la forma de relacionarse con su cuerpo y sexualidad. Para actuar con respeto es importante conocer y comprender la cultura y cosmovisión de la población que acude a los servicios médicos; pues la atención intercultural implica el reconocimiento y respeto de las diferencias. (36)

Salud Intercultural o Interculturalidad en Salud se puede entender como una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud; es un conjunto de acciones o políticas mucho más necesarias y trascendentes en un país multicultural y pluriétnico como el nuestro, circunstancia que genera diferentes expectativas y percepciones del proceso salud - enfermedad entre proveedor - usuario y que suele provocar dificultades y desavenencias en la relación médico - paciente. (36, 37)

### **2.2.11 Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural**

La presente norma define conceptos y describe de manera ordenada los procesos de atención del parto vertical con adecuación intercultural de los servicios en los establecimientos de salud de diferente nivel de complejidad. (5)

La norma técnica tiene el siguiente objetivo: Establecer el marco normativo para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los diferentes niveles de atención de la red prestadora de servicios de salud. (5)

#### **Bases conceptuales**

##### **Parto Vertical**

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido. (5)

##### **Interculturalidad**

La Organización Panamericana de la Salud señala: "Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo. La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar". (5)

## Plan De Parto

El Plan de Parto es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar, ante la presencia de señales de parto o de algún signo de alarma. (5)

## **De la atención del parto vertical**

### **Componente de Organización**

El componente de organización para la atención del parto vertical con adecuación intercultural comprende el conjunto de procesos y acciones que permiten adecuar la oferta de servicios maternos para producir una prestación de salud que cubran las necesidades de atención del parto de las mujeres de las poblaciones andinas y amazónicas. (5)

Los establecimientos de salud deben adecuar y desarrollar procesos organizacionales que son indispensables para brindar una atención de calidad en la atención del parto vertical. (5)

Los establecimientos de salud considerarán los recursos disponibles en el ámbito y de acuerdo a su nivel de complejidad dentro de la red prestadora de servicios de salud a la cual pertenecen. (5)

## Recursos Humanos

El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación empática con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad. (5)

La disponibilidad de recursos humanos para la atención responderá al nivel de complejidad del establecimiento de salud y recursos existentes. El servicio deberá contar con:

- Médico Gineco-Obstetra o Médico General con competencias para la atención obstétrica.
- Médico Pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal.
- Obstetra
- Enfermera con competencias para la atención neonatal.
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y Neonatal. (5)

#### Infraestructura

- Acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable (aproximadamente 24 grados centígrados), proporcionando calor con estufas u otro sistema de calefacción.
- Protección de ventanas con cortinas de colores y material adecuados a la realidad local.
- Paredes pintadas con colores no claros. (5)

#### Equipos, medicamentos y materiales

Los establecimientos de salud deben disponer de equipos, materiales y medicamentos para la atención del parto vertical, el servicio deberá contar con lo siguiente:

- Equipo completo de atención de parto.
- Tensiómetro.
- Estetoscopio.
- Equipo de reanimación neonatal.
- Una balanza pediátrica.
- Una lámpara cuello de ganso.
- Camilla para parto vertical.
- Un asiento de madera circular de 30 x 45 de altura.
- Dos sillas.
- Vitrina para guardar medicamentos.

- Fuente de calor: estufa o calefacción.
- Dos cojines de 30 cm de diámetro.
- Banquito pequeño o taburete de 50 cm de alto.
- Argolla de metal o madera instalada en el techo.
- Una Soga gruesa de 5 metros.
- Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Un balde para la recepción de la sangre.
- Bolsas de agua caliente.
- Rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5 de ancho.
- Botas de tela para la parturienta con el propósito de evitar contaminar al RN.
- Campos para recepción del niño.
- Batas amplias para cubrirlas adecuadamente.
- Set de medicamentos para el parto.
- Medicinas tradicionales (timolina, agua florida, aceite rosado, agua del Carmen, naranja, agua siete espíritus, mates calientes como muña, cedrón, ruda, mático orégano, apio), todos estos elementos son considerados por la población andina y amazónica como necesarios para evitar las complicaciones. (5)

### **Componente de provisión**

El componente de provisión comprende el conjunto de atenciones y cuidados que el equipo de salud y la propia persona, familia y comunidad, brindarán a la parturienta. La gestante para la atención del parto vertical debe contar con atención prenatal según las guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. En caso de no contar con atención prenatal se solicitarán los análisis de rutina, según corresponda. (5)

El establecimiento de salud debe propiciar que la mujer andina y amazónica exprese su voluntad respecto de la posición en que desea se le atienda durante el parto, a través del desarrollo de un plan de parto. (5)

El plan de parto debe elaborarse con la participación de la gestante para lograr que ella y su familia se interesen en dar solución a los aspectos críticos que enfrentan en el embarazo y en el parto, a partir de los recursos familiares y comunitarios disponibles. (5)

La información de la ficha de plan de parto debe consignar los siguientes datos:

- Datos de filiación de la gestante.
- Fecha probable de parto.
- Establecimiento en la que realiza su atención prenatal.
- Resultados de los análisis.
- Lugar donde se atenderá el parto.
- Qué posición prefiere para dar a luz.
- Medio de transporte disponible en su comunidad.
- Personas que la ayudaran en el traslado.
- En caso de requerir sangre quien hará la donación.
- Si hará uso de la casa de espera. (5)

Los profesionales de la salud deberán observar las indicaciones clínicas y contraindicaciones para proceder a la atención de un parto vertical. (5)

### **Indicaciones**

- Gestante sin complicación obstétrica
- Presentación cefálica del feto.
- Compatibilidad feto pélvica. (5)

### **Contraindicaciones**

Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación la cesárea, entre ellas las más frecuentes son:

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.

- Distocias de contracción
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa ó desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia severa, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado. (5)

### **Recepción de la gestante**

El personal de salud debe brindar a la gestante una cálida bienvenida, explicarle los procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias, costumbres y evaluando la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. A continuación procederá a:

- Verificar la información respecto a su gestación en la historia clínica y tarjeta de Atención Pre Natal (antecedentes de la gestación).
- Identificar signos de alarma.
- Controlar las funciones vitales: presión arterial, pulso, temperatura.
- Realizar la evaluación obstétrica (maniobras de Leopold, altura uterina, latidos fetales, contracciones uterinas) y el examen pélvico.
- Determinar el inicio de trabajo de parto. (5)

### **Acompañamiento**

Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta. (5)

El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto. (5)

## **Alimentación**

El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, mates, gelatinas, etc. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto. (5)

Se recomienda:

- Té o leche con canela y clavo de olor.
- Una taza de chocolate caliente.
- Un mate de albahaca.
- Tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua.
- Una cucharadita de toronjil.
- El personal debe conocer la acción de algunas hierbas y prevenir el uso de aquellas que acentúen las contracciones uterinas. (5)

## **Atención del periodo de dilatación**

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

Procedimientos

- Control de funciones vitales cada hora.
- Evaluar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 45 minutos (al inicio e inmediatamente después de cada contracción).
- Llevar un registro estricto del partograma, el mismo que permitirá tomar las medidas necesarias en caso de identificarse complicaciones (tomar en cuenta que el registro del partograma CLAP-OMS permite monitorizar el parto en posición vertical). (5)

## Examen vaginal

- Sólo debe ser realizado por personal de salud capacitado, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación, una vez cada cuatro horas es suficiente. Salvo los siguientes casos:
  - Cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece.
  - Cuando hay signos de que la mujer quiere pujar.
- Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el porqué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento. (5)

## Manejo del dolor

- El personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta.
- Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.
- Evaluar técnicas de relajación y masajes.
- Ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales. (5)

## Monitoreo del progreso del parto

- La evaluación del progreso del parto se realiza observando a la mujer: apariencia, conducta, contracciones y el descenso de la cabeza fetal. (5)
- La medida más exacta es la dilatación del cuello. Una desviación sobre el índice de dilatación normal 1 cm por hora debería ser una indicación para revisar los planes del manejo del parto y referir a la parturienta lo más pronto posible a la instancia hospitalaria de mayor complejidad. (5)

## Posiciones durante la fase de dilatación

- La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:

- La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal. (5)
- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de no estar favorecida por la fuerza de la gravedad. (5)
- El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal. (5)
- El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión. (5)
- La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes. (5)
- La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta. (5)

### **Relajación y masajes**

Para dar masajes el personal o los familiares deben tener las manos tibias, realizarlos lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos, la utilización de un aceite o talco ayuda a deslizar las manos por la piel y ejercer una presión suave y pareja en la zona lumbar. Esto permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga. (5)

## **Atención del período expulsivo**

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

- Verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención de la parturienta y recién nacido.
- Acondicionar o verificar que la sala de partos cuente con:
  - Con calor producido por calefactores.
  - Camilla o silla adecuada para el parto vertical
  - Soga colgada de una viga.
  - Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
  - Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de mayo acondicionada para éste propósito. (5)

### Asepsia e higiene

- Verificar las condiciones de higiene y limpieza del ambiente.
- Verificar que el instrumental para la atención del parto esté debidamente descontaminado, lavado y esterilizado.
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles.
- Poner gran atención en la higiene personal de la parturienta.
- Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas, al inicio y repetirlo si fuera necesario.
- En caso necesario se colocará a la mujer botas de tela para proteger la limpieza de los campos. (5)

### **Posiciones en el periodo expulsivo**

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está limitada a la recepción del bebé, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera surgir en estos momentos. (5)

Debe permitirse que la posición de la mujer cambie buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. (5)

Las posiciones que puede adoptar la parturienta son las siguientes:

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

Posición de cuclillas: variedad anterior

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto. (5)

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. (5)
- La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal. (5)

#### Posición de cuclillas: variedad posterior

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. (5)
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante. (5)

#### Posición de rodillas

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. (5)
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante. (5)
- En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad. (5)

#### Posición sentada y semi sentada

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. (5)
- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante. (5)

- En la posición semi sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra. (5)

#### Posición cogida de la soga

- Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento. (5)
- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. (5)
- La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente. (5)

#### Posición pies y manos

- Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. (5)
- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. (5)
- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto. (5)
- La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer. (5)
- El personal de salud que atiende el parto vertical en cualquiera de las posiciones verticales deberá instruir a la parturienta para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen. (5)

## **Atención inmediata del recién nacido**

El personal de salud deberá verificar que el material esté preparado con anticipación, así como el lugar de atención del recién nacido que será utilizado de manera exclusiva. La atención del recién nacido se desarrollará aplicando las técnicas y procedimientos establecidos en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. (5)

## **Atención del período de alumbramiento**

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición dorsal (horizontal) en razón a que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

El personal procederá a:

- Realizar el alumbramiento dirigido, facilitando el acortamiento del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución de la cantidad de sangrado. Aplicar una ampolla de oxitocina intramuscular (10 UI), inmediatamente después de la salida bebé. (5)
- Usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural:
  - Provocarse náuseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo.
  - Soplar una botella.
  - Pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo. (5)
- Evaluar el volumen del sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de conciencia de la madre y las funciones vitales (presión arterial, pulso). (5)
- Realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, asistir su salida examinarla cuidadosamente, verificando que las membranas estén íntegras. (5)
- Evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino. (5)
- Evaluar la cantidad de sangrado vaginal post alumbramiento. (5)

En caso de presentarse alguna complicación en el período de alumbramiento se debe canalizar inmediatamente una vía con cánula N° 18 administrando cloruro de sodio al 9/00 y referir a un establecimiento de mayor complejidad. (Sólo en caso de no contar con cloruro de sodio, utilizar otra solución). (5)

#### **Disposición final de la placenta:**

- El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en situaciones que el personal de salud identifique a la placenta como un factor de riesgo de contaminación (VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual u otras).
- El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante en la vida de la familia, porque existe la creencia que el hijo no vino solo sino acompañado de una placenta y por lo tanto, se considera también un órgano con vida propia.
- Se debe proceder, en todos los casos, a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo criterios de bioseguridad. (5)

#### **Atención del puerperio inmediato**

El personal debe respetar algunas prácticas inocuas que la parturienta y su entorno familiar practican tanto en ella como en el recién nacido, tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se ven favorecidos en el alojamiento conjunto de la madre - niño y su familia. (5)

Independientemente del lugar donde se aloje la parturienta, de acuerdo a la infraestructura, equipamiento de cada establecimiento de salud y afluencia de pacientes, realizar en forma estricta:

- Control de funciones vitales, tono de la contracción uterina y sangrado vaginal cada media hora; durante las primeras dos horas.
- Antes de dejar descansar a la mujer se evaluará:
  - Tono de contracción uterina.
  - Control de funciones vitales: presión arterial, pulso.Estos controles se deben realizar en forma frecuente cada media hora. Por lo menos durante las primeras cuatro horas.

- Estimular a la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y así mismo da sensación de bienestar a la madre. Algunas parturientas se fajan el abdomen con bandas preparadas previamente.
- Brindar comodidad a la puérpera ubicándola en una habitación acondicionada expresamente, donde haya calor y poca luz.
- Se podrá acomodar a la puérpera en una cama tipo tarima de madera, baja de más o menos una altura de 60 cm, para que pueda reposar en compañía de su pareja y/o familiares.
- Se usará de preferencia sábanas y frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tiene temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas.
- Permitir que las puérperas usen el chumpi o faja. (5)

#### **Alimentación e hidratación:**

- Se permitirá la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo a las necesidades, posibilidades y costumbres de la mujer, promoviendo una alimentación balanceada utilizando los recursos propios de la zona. El primer alimento luego del parto es un caldo de ave.
- Se debe observar que la dieta durante unos días sea hiperproteica, con poco condimento y con abundantes líquidos para favorecer la producción láctea.
- Considerar que algunas comunidades andinas y amazónicas no permiten la ingesta de cerdo, palta, ni pescado durante este período.
- No permitir el uso de bebidas alcohólicas. (5)

#### **Complicaciones durante la atención del parto vertical**

- Aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento.
- Laceraciones a nivel del periné.
- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de miembros superiores.
- Distocia de hombros.
- En caso de presentarse alguna de estas complicaciones realizar el manejo adecuado según nivel de complejidad. (5)

## **Orientación / consejería después del parto**

El personal de salud debe brindar información, orientación y consejería a la madre y a la familia sobre temas relacionados a la atención del recién nacido y la salud sexual y reproductiva.

- Lactancia materna exclusiva enfatizando sus beneficios y enseñando la técnica.
- Alimentación de la madre.
- Salud reproductiva y planificación familiar.
- Higiene de la madre y el niño.
- Vacunación del recién nacido.
- Identificación de signos de alarma en el puerperio.
- Identificación de signos de alarma del recién nacido.
- Cuidados del recién nacido. (5)

## **Criterios de alta**

Las medidas generales, terapéuticas, efectos adversos secundarios del tratamiento, signos de alarma a ser considerados, así como los criterios de alta y el pronóstico, son los mismos que se toman en cuenta para la atención del parto eutócico horizontal. (5)

## **Referencia y contrarreferencia**

Si existiera la necesidad de realizar la referencia de la parturienta o puérpera, por presentar alguna complicación, se tomarán en cuenta los procedimientos y protocolos ya existentes en las normas del Ministerio de Salud, según la capacidad resolutoria del nivel del establecimiento.

La Contrarreferencia debe incluir las recomendaciones para el retorno de la madre a su domicilio. (5)

## **2.3 Hipótesis**

La calidad de la atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio - Agosto 2018, es regular.

## **2.4 Variable**

Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias.

### 2.4.1 Conceptualización y operacionalización de variable

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias.	Máxima satisfacción de las usuarias, con el mínimo riesgo de efectos, referente a la atención del parto vertical con adecuación intercultural, captados por un proceso cognitivo de la conciencia.	Trato profesional	-Presentación -Comunicación -Explicaciones sobre trabajo de parto -Identificación de la usuaria por su nombre -Explicación sobre procedimientos -Ayuda en caso de pérdida de control -Respeto a la intimidad -Permiso para examinar -Amabilidad y paciencia	-Buena (> 32 puntos) -Regular (de 28 a 32 puntos) -Mala (< 28 puntos)	Ordinal
		Acompañamiento	-Explicaciones sobre la decisión de Acompañamiento -Explicaciones sobre la función del acompañante -Acompañamiento de un familiar	-Buena (> 12 puntos) -Regular (12 puntos) -Mala (< 12 puntos)	Ordinal
		Libre elección de la posición para el parto	-Explicaciones sobre elección de la posición para el parto -Enseñanza de posiciones para el parto -Explicaciones sobre la libre deambulacion -Cambio de posición	-Buena (> 15 puntos) -Regular (de 14 a 15 puntos) -Mala (< 14 puntos)	Ordinal
		Manejo del dolor de parto	-Explicaciones sobre alternativas para el manejo del dolor -Ofrecimiento de alternativas para el manejo del dolor -Alivio del dolor	-Buena (> 11 puntos) -Regular (de 8 a 11 puntos) -Mala (< 8 puntos)	Ordinal

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación fue no experimental de corte transversal y perteneció a un tipo de estudio descriptivo, observacional y prospectivo.

**No experimental:** porque no hubo manipulación de la variable. Se efectuó observación de las puérperas inmediatas.

**Corte transversal:** porque se buscó medir la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en un punto específico de tiempo, sin realizar seguimientos.

**Descriptivo:** porque los datos del estudio fueron utilizados con finalidad puramente descriptiva, no enfocados a una presunta relación causa efecto. Es decir en la presente investigación, simplemente se describe la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias.

**Observacional:** porque solo se limitó a observar, medir y analizar la variable, sin intervenir en su desarrollo.

**Prospectivo:** porque la obtención de los datos se realizó a medida que iban sucediendo los hechos.

### **3.2 Área de estudio y población**

El estudio se llevó a cabo en el Centro Materno Infantil San Marcos; el cual, pertenece a la Categoría I-4. Se encuentra ubicado en Jr. Daniel Alcides Carrión cuadra 2 - Cajamarca - San Marcos - Pedro Gálvez.

La población del presente estudio de investigación estuvo conformada por todas las puérperas inmediatas, atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos, durante el periodo Julio – Agosto del 2018.

### **3.3 Muestra y muestreo**

El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, conformada por 60 puérperas inmediatas atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018, que cumplieron los criterios de inclusión.

### **3.4 Unidad de análisis**

Estuvo constituida por cada una de las puérperas inmediatas atendidas por parto vertical con adecuación intercultural en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del año 2018.

### **3.5 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.5.1 Criterios De Inclusión**

- Puérpera atendida por parto vertical con adecuación intercultural.
- Puérpera con recién nacido vivo.
- Puérpera que ingresó como gestante en periodo de dilatación fase latente.
- Puérpera que acepte participar y firme el consentimiento informado.
- Puérpera sin alteraciones del habla y comprensión.

#### **3.5.2 Criterios De Exclusión**

- Puérpera que no es atendida por parto vertical con adecuación intercultural.
- Puérpera que ingresó como gestante en periodo de dilatación fase activa o en periodo expulsivo.
- Puérpera con complicaciones obstétricas severas.
- Puérpera con problemas médicos que le impidan resolver la encuesta correspondiente al estudio de investigación.
- Puérpera que no acepte participar en el estudio.

### **3.6 Técnicas de recolección de datos**

La técnica que se empleó para la recolección de información fue la encuesta, con fuente de investigación primaria, puesto que se obtuvo información de la misma usuaria. Previo a la recolección de información se obtuvo la autorización de la Coordinadora del Centro Materno Infantil San Marcos y se identificó a todas aquellas puérperas inmediatas de parto vertical con adecuación intercultural atendidas durante el periodo Julio – Agosto del 2018.

### **3.7 Descripción del instrumento**

La ficha de recolección de datos fue un formulario validado por Vela Coral Gabriela del Pilar en su investigación en el año 2015, la cual ha sido adaptada a la presente investigación considerando las preguntas de utilidad para el logro de los objetivos de la presente investigación.

El instrumento empleado incluyó 27 preguntas que respondieron tanto a la calidad total como a las cuatro dimensiones del parto vertical con adecuación intercultural en los que se centra el estudio (calidad de las dimensiones de la atención del parto vertical con adecuación intercultural: Trato profesional, acompañamiento, libre elección de la posición para el parto y manejo del dolor de parto). Del total de preguntas incluidas en el instrumento, los ítems que permitirán evaluar la calidad de la atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias serán los ítems del 9 al 27, cuyas respuestas para cada pregunta consistieron en una escala Likert de 4 puntos, donde: 1 corresponde a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre.

Se establecieron rangos de puntaje tanto para rangos totales como para cada dimensión de la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural.

- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango menor a 62 puntos se interpretará de la siguiente forma: la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias es mala.
- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 62 a 69 puntos se interpretará de la siguiente forma: la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias es regular.

- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango mayor a 69 puntos se interpretará de la siguiente forma: la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias es buena.

### **Trato profesional**

- Rango menor a 28 puntos: mala.
- Rango de 28 a 32 puntos: regular.
- Rango mayor a 32 puntos: buena.

### **Acompañamiento**

- Rango menor a 12 puntos: mala.
- Rango de 12 puntos: regular.
- Rango mayor a 12 puntos: buena.

### **Libre elección de la posición para el parto**

- Rango menor a 14 puntos: mala.
- Rango de 14 a 15 puntos: regular.
- Rango mayor a 15 puntos: buena.

### **Manejo del dolor de parto**

- Rango menor a 8 puntos: mala.
- Rango de 8 a 11 puntos: regular.
- Rango mayor a 11 puntos: buena.

Las Preguntas sobre la Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias se basan en el análisis de las categorías propuestas por Donabedian.

- Con relación a la estructura, se consideró los procedimientos y las alternativas disponibles ofrecidas a las usuarias.

- En cuanto al proceso, se valoró las acciones de revisión, la información, las explicaciones y la comunicación proporcionadas a las usuarias.
- Para evaluar los resultados, se seleccionaron: La percepción acerca de la calidad de la atención del parto vertical con adecuación intercultural recibida por las usuarias.

### 3.8 Procesamiento y análisis de datos

1. **Descripción del proceso de datos:** los datos recolectados fueron consistenciados en forma manual, luego fueron codificados para crear una base de datos en la plataforma del paquete de software estadístico IBM SPSS para Windows versión 24. Luego se procesó utilizando el comando Análisis y subcomando frecuencias, obteniendo tablas de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, complementados por diagramas barra simple. Los resultados editados fueron presentados en el programa de Microsoft Word 16.
2. **Plan de análisis de datos:** para mejor interpretación y/o análisis de los resultados se utilizaron tablas simples, diagramas de barra simple.
3. **Métodos estadísticos:** se utilizaron frecuencias relativas simples para identificar las características sociodemográficas y ginecoobstétricas, determinar la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en forma total y por dimensiones, además, se utilizó tablas de frecuencias simples y gráfico de barras simples absolutas y relativas.

Las discusiones y conclusiones se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos y estableciendo una relación con las investigaciones anteriores.

### 3.9 Control de calidad de datos

La calidad y confiabilidad de la información se determinó mediante el registro de datos relativos a la ocurrencia de los sucesos. Se determinó que el instrumento empleado tuvo un alto grado de confiabilidad, ya que el resultado dió un valor de 0,811, validando su uso para la recolección de datos. Además se asumió un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recogida por la investigadora.

### **3.10 Consideraciones éticas**

En el presente estudio se tuvo en cuenta las pautas éticas legales, durante su realización:

Confidencialidad: todos los datos que se recopilaron de las encuestas, no fueron revelados, se utilizó únicamente para fines de investigación.

Autonomía: la usuaria tuvo libertad de decidir sobre su participación en la investigación y de emitir o no sus respuestas sin ser influenciada por otras personas o la investigadora.

Privacidad: se respetó el anonimato de las usuarias entrevistadas, desde el inicio hasta el final de la investigación.

Consentimiento informado: luego que las usuarias fueron informadas en forma clara acerca de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

Respeto: se utilizó en todo el proceso de investigación para lograr los objetivos propuestos hasta el final respetando las respuestas de cada participante.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

**Tabla 01: Características sociodemográficas de las usuarias atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
< 21 Años	14	23,3
De 21 a 35 Años	37	61,7
> 35 Años	9	15,0
<b>Estado civil</b>		
Casada	3	5,0
Conviviente	54	90,0
Soltera	3	5,0
<b>Nivel de educación</b>		
Sin Nivel	3	5,0
Primaria	25	41,7
Secundaria	24	40,0
Superior	8	13,3
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	58	96,7
Trabajadora dependiente	1	1,7
Otras	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de usuarias se encontró en el grupo etario de 21 a 35 años con 61,7%, seguido del 23,3% que perteneció al grupo menor a 21 años y en menor proporción se encontró las usuarias con edades mayores a 35 años con 15,0%.

Datos similares obtuvo Vela (2015), encontrando que el 52,0% de su población tenían una edad mayor o igual a 25 años y Ayala (2015) encontró que el 29,7% de usuarias tuvieron una edad entre los 25-29 años; sin embargo, Napanga (2016) difiere, ya que su población mayor (32,7%) tuvo una edad entre los 18 - 21 años. (16, 17, 19)

La mayoría de mujeres tuvo su embarazo en una edad óptima, logrando así una gestación más saludable, debido a que la mujer en estas edades tiene un desarrollo físico y psicológico adecuado, lo que permite que presenten menor riesgo de complicaciones materno fetales. Las mujeres con edades extremas constituyen un factor de riesgo para el momento del parto, es por lo que existe mayor probabilidad de que su trabajo de parto se complique y pase a sala de operaciones (cesárea). Por otro lado, las parturientas menores de edad suelen presentar actitudes de desconfianza, inseguridad, vergüenza, etc., porque psicológicamente son influenciadas por su entorno más cercano sobre la negatividad de la atención del parto.

Según la OMS, psicológicamente y biológicamente la edad ideal para que la mujer se embarace es de 18 a 35 años. Sin embargo, en muchas regiones del Perú, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales. (38)

Esta característica sociodemográfica es importante para evaluar la percepción sobre calidad de atención del parto, porque depende de la madurez psicológica en la que se encuentra la mujer para valorar la atención recibida, probablemente las mujeres que se encuentran en las edades óptimas tengan una mejor percepción sobre calidad; a diferencia de las mujeres con menor edad quienes se encuentran aun experimentando cambios en todo aspecto aún más en lo psicológico.

Respecto al estado civil, el 90,0% de usuarias fueron convivientes y con similar porcentaje de 5,0% fueron casadas y solteras respectivamente.

Los resultados concuerdan con Vela (2015), quien determinó que el 76,0% de su población fueron convivientes y el 10,0% solteras y Ayala (2015), identificó que el 75,7% de pacientes fueron convivientes y el 14,4% solteras; sin embargo, De León (2015), difiere mostrando que su población mayor con 52% fueron casadas. (14, 16, 17)

La estructura familiar ha cambiado en los últimos tiempos. Hoy en día es común ver a parejas que prefieran la convivencia en vez de casarse.

El que la mayoría de puérperas sean convivientes no sería influyente en cuanto a la percepción de calidad de atención, pero sí, el que las puérperas sean madres solteras ya que se sienten solas, con falta de cariño y perciben todo como negativo.

En el Perú, la tasa de matrimonio es una de las más bajas del mundo, según los registros del 2010, de acuerdo con la investigación realizada por el Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Piura, donde el director de la investigación, Paul Corcuera, reveló que la cantidad de matrimonios en el país es el penúltimo entre 29 países del mundo evaluados. Mientras que el número de parejas convivientes, llega al segundo puesto con 22% a nivel mundial, lo cual es superado por Colombia con un 31%. También, este estudio dio a conocer que se han incrementado los divorcios (0,32%) y separaciones (6,41%). (39)

Las causas que explican esta situación en el país son variadas. Se debe a la autonomía de las mujeres; asimismo, hay razones de tipo demográfico, debido a que el Perú tiene población relativamente más joven en comparación a los demás países. También hay factores de tipo cultural que hace que la situación de convivencia sea popular; de tipo económico por el alto costo que representa formar un nuevo hogar y de tipo sociológico debido al miedo de las personas al compromiso, esta situación se debe a que todo ser humano que decide casarse, sufre un cambio que lo prepara para asumir el rol que el matrimonio exige, lo cual no se experimenta en la convivencia que ofrece un lazo emocional más no un compromiso legal y moral. (39)

De acuerdo al nivel de educación, el 41,7% de usuarias tuvieron nivel primaria, el 40,0% secundaria, el 13,3% nivel superior y un considerable 5,0% no tuvieron ningún nivel educativo.

Los resultados concuerdan con De León (2015), mostrando que su población mayor con 46,0% tuvieron nivel educativo primaria; estos resultados difieren de Vela (2015), quien mostró que el 67,0% tuvieron nivel secundaria y el 6% primaria; Ayala (2015), encontró que el 59,1% tuvieron nivel secundaria. (14, 16, 17)

Actualmente la mayoría de las usuarias tiene mayor acceso a la educación como reflejan los resultados, lo que demuestra un avance en el desarrollo intelectual del país. Además, es importante conocer el nivel de educación de las usuarias para educar y manifestar alguna información sobre el parto vertical con adecuación intercultural.

Las usuarias que tienen un nivel de educación más elevado, tendrán buena comunicación con el personal de salud, pues a mayor nivel de educación habrá mayor grado de comprensión y entendimiento de la información brindada, por lo que favorece la participación de la usuaria durante el trabajo de parto y parto, además permitirá tener mayor objetividad respecto a la percepción de la calidad de atención del parto y podrán discernir entre lo positivo y negativo que va ocurriendo en el momento del trabajo de parto y de las acciones que realiza el personal de salud con respecto a su atención. Sin embargo, las usuarias que no cuentan con ningún nivel de educación, constituye una brecha para enseñar y posicionar el derecho de las mujeres a participar de manera activa en su parto, asimismo tendrán dificultad para identificar entre una buena o mala calidad de atención del parto.

Según la ONU (2014) considera a la educación como la principal herramienta del país, para que las mujeres puedan alcanzar la igualdad de género y convertirse en agentes de cambio. Al mismo tiempo, las mujeres educadas benefician a las sociedades enteras. Contribuyen de modo sustancial a las economías prósperas y a mejorar la salud, la nutrición y la educación de sus familias. (40)

En cuanto a la ocupación, el 96,7% de usuarias fueron amas de casa, el 1,7% fueron trabajadoras dependientes y 1,7% correspondieron a otras.

Estos resultados son similares a los de Vela (2015), Ayala (2015) y Napanga (2015), quienes determinaron que su población mayor se dedicaba a las labores del hogar en el 61,0%, 69,6% y 47,4% respectivamente. (16, 17, 19)

La mayoría de usuarias fueron ama de casa, lo que demuestra que es una ocupación predominante en cualquier parte del mundo, de esta manera es innegable que la mujer cumple el rol indispensable en la crianza de los hijos y en el mantener sólida a la familia. Además, es consecuencia en su mayoría porque ya no continúan con sus estudios por diversas razones entre ellas factor económico, embarazo, desinterés, falta de apoyo, cultura, entre otras.

Es importante considerar tales características sociodemográficas, ya que constituyen factores que determinarán el nivel de exigencia y expectativas de las usuarias al momento de su elección para la atención de forma satisfactoria.

Según Huarcaya (2015), cada usuaria tendrá una percepción distinta de la atención recibida y a la vez generará sus propias críticas y expectativas de la atención y esto tendrá mucho que ver con su estatus social, educación, edad, ocupación, etc. (23).

**Tabla 02: Características ginecoobstétricas de las usuarias atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Características ginecoobstétricas</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>N° de partos</b>		
Primípara	26	43,3
Segundípara	17	28,3
Múltipara	17	28,3
<b>Antecedentes de cesárea</b>		
Si	1	1,7
No	59	98,3
<b>N° de controles prenatales</b>		
Adecuado ( $\geq 6$ )	53	88,3
Inadecuado ( $\leq 6$ )	7	11,7
<b>Sesiones de psicoprofilaxis</b>		
Si	17	28,3
No	43	71,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Los datos correspondientes a la presente tabla, permiten evidenciar que respecto al número de partos, el 43,3% de las usuarias fueron primíparas y con similar porcentaje de 28,3% fueron secundíparas y múltiparas respectivamente.

Estos datos coinciden con Vela (2015), quien encontró que el 44,0% de su población fueron primíparas, mientras que Napanga (2016), difiere, ya que su población mayor 42,6% fueron múltiparas. (16, 19)

Es importante tener en cuenta esta característica, porque permite identificar diferentes experiencias respecto a la atención del parto; es decir, aquellas mujeres que ya han atravesado la experiencia del proceso del parto, pueden generar una percepción propia respecto a la calidad de atención recibida en relación a ocasiones anteriores; de tal modo que en el caso de la población que vive por primera vez este proceso, al no tener experiencia similares, perciban como insatisfecha la calidad de atención del parto por el mismo hecho de que se crearon expectativas amplias frente al proceso de adaptación y evolución del trabajo de parto.

Con respecto a antecedente de cesárea, solamente el 1,7% de las usuarias presentaron antecedente de cesárea y el 98,3% no, al igual que Vela (2015), quien encontró que solo un 6,0% tuvo antecedente de cesárea. (16)

Estos datos demuestran que las cifras se encuentran dentro de los rangos establecidos por la OMS, donde se determina la baja incidencia de parto por cesárea.

Según la OMS, en las tres últimas décadas, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. (41)

Con respecto al número de controles prenatales, el 88,3% de las usuarias tuvieron de 6 a más controles prenatales y 11,7% tuvieron menos de 6 controles prenatales. Del mismo modo lo demuestra Vela (2015), estableciendo que el 81,0% de las pacientes tuvieron de 6 a más controles prenatales. (16).

Significa que las usuarias tuvieron en su mayoría una atención prenatal adecuada, lo que permite un buen estado de salud de la madre y del bebé. Durante las atenciones prenatales, se orienta de manera oportuna a la gestante, sobre todos los riesgos y signos de alarma que se pueden presentar durante su embarazo y que estos pueden ser las principales causas de morbilidad en la mujer. La disminución de la morbilidad materna, no solo dependerá de una atención prenatal temprana, sino además, de una buena calidad de atención, de la capacidad profesional y de los factores sociodemográficos que pueden influir en ella.

La salud materna en el Perú ha mejorado en la última década con la cobertura y calidad de la atención prenatal, que constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país. En el 2013, El 98,4% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetra, sanitario o promotor de salud), lo que constituyó un aumento sobre el 94,5% encontrado en el año 2009. Asimismo, se observaron avances entre los años 2009 y 2013 respecto a la atención prenatal por obstetra, de 58,2% a 59,1%. (42)

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales de salud brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (42)

Haciendo referencia a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, el 28,3% de las usuarias acudieron a estas y 71,7% no. Datos similares encontró Vela (2015), quien mostró que el 36,0% de pacientes acudieron a dichas sesiones. (16)

Actualmente, a nivel mundial se ha venido implementado la psicoprofilaxis obstétrica como un proceso educativo que permite desarrollar hábitos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo y parto, convirtiéndolo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para la madre, bebé y su entorno familiar.

La psicoprofilaxis obstétrica, tiene un papel fundamental en la eliminación de los temores en la gestante, lo cual contribuiría con la disminución de la experiencia del dolor en el momento del parto y por ende en la disminución de las percepciones negativas respecto a la atención del parto. (43)

Es importante conocer las características ginecoobstétricas, ya que esto permite que el profesional de salud en la recepción de la gestante verifique la información respecto a su gestación en la historia clínica y tarjeta de Atención Pre Natal (antecedentes de la gestación e identificando signos de alarma), que contraindiquen la atención de parto vertical. (5)

En la recepción de la gestante, el profesional debe brindar una cálida bienvenida, brindar información adecuada, explicar los procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias, costumbres y evaluando la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. (5)

**Tabla 03: Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión trato profesional. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Trato profesional</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Mala	19	31,7
Regular	22	36,7
Buena	19	31,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la siguiente tabla, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (36,7%), seguido de 31,7% calidad de atención buena y 31,7% calidad de atención mala.

Estos datos difieren de Vela (2015), quien determinó que esta dimensión siempre fue percibida de forma favorable, reflejando la tendencia actual acerca de la introducción de modelos de atención humanizada los cuales promueven cambios profundos en el trato profesional hacia la gestante, en el respeto por las decisiones que tome en el curso de su trabajo de parto y parto. (16)

Según los resultados encontrados, significa que no se cumple de manera adecuada la atención en esta dimensión, lo que evidencia que el profesional de salud que atiende a las usuarias, no brinda un buen trato en el trabajo de parto y esto puede ser por el estrés en el que se encuentra cada profesional. Sin embargo el trato del profesional de salud debe ser el más óptimo, no solo para lograr la confianza de las usuarias, sino porque se trata de la salud de las personas y, en especial del binomio madre niño.

Respecto al trato del profesional, la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural considera que el personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación empática con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad. (5)

**Tabla 04: Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión acompañamiento. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Acompañamiento</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Mala	8	13,3
Regular	52	86,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la presente tabla, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (86,7%) y el menor porcentaje corresponde a calidad de atención mala (13,3%).

Estos datos difieren de Chuquibala (2013), quien determinó que el 100% de su población tuvieron percepción buena respecto a esta dimensión, demostrando que una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta confortable y en la que confíe. (15).

En los resultados, se observa que existe una tendencia de regular a mala. Esto es un claro indicio de que no se está cumpliendo con las condiciones de calidad en esta dimensión. En los resultados se refleja que el profesional de la salud aún no comprende que las mujeres tienen derecho a decidir por el acompañante durante su parto.

Según la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, en la dimensión Acompañamiento, se debe permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta. Además, el personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto. (5)

**Tabla 05: Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión libre elección de la posición para el parto. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Libre elección de la posición para el parto</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Mala	16	26,7
Regular	24	40,0
Buena	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Los resultados de la presente tabla muestran que el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (40,0%), seguido de 33,3% calidad de atención buena y en menor porcentaje 26,7% calidad de atención mala.

Estos datos difieren de Vela (2015), quien determinó que esta dimensión nunca fue percibida de forma favorable, constituyéndose como evidencia de posibles actos de violencia obstétrica. (16)

A partir de estos resultados se deduce que la calidad de atención tiene una tendencia de regular a buena, lo que demuestra que los profesionales de salud, tratan en lo posible de atender el parto en la posición que las parturientas eligen, siendo la posición más cómodas para las usuarias.

Según la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, la mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera, y en el momento del parto debe elegir la posición que prefiera y el personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. (5)

Es así que el parto vertical ofrece distintas ventajas en relación a la posición según los estudios de la OMS, los cuales se sustentan con evidencia científica. (28).

Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, haciendo que estas sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales. (28, 29, 31)

Además, el punto más importante para la tranquilidad psicológica de la paciente parece ser la posición materna durante el periodo expulsivo. La mujer se encuentra menos cohibida y pudorosa que en la de litotomía. La posición vertical facilita la participación activa de la madre en el parto, al disminuir la necesidad de analgesia y/o anestesia materna y favorecer los esfuerzos de pujo durante el periodo expulsivo y además favorece la relación precoz madre- hijo/a, hecho de trascendental importancia en el desarrollo posterior del niño/a. (33)

**Tabla 06: Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión manejo del dolor de parto. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Manejo del dolor de parto</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Mala	12	20,0
Regular	33	55,0
Buena	15	25,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la siguiente tabla, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (55,0%), el 25,0% calidad de atención buena y el menor porcentaje 20,0% calidad de atención mala.

Estos datos difieren de Chuquibala (2013), quien determinó que el mayor porcentaje (52,2%) tuvieron una percepción buena respecto a esta dimensión. Sin embargo, Vela (2015), identificó que esta dimensión casi nunca fue percibida en forma favorable. (15, 16)

La tendencia de la calidad es de regular a buena, lo que significa que las alternativas para el manejo de dolor de parto han contribuido de forma significativa a cambiar la percepción negativa del parto, en este sentido cobra también un papel importante la preparación en psicoprofilaxis obstétrica sobre el manejo del dolor como un método no farmacológico

El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos importantes para la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto. (6)

Según la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, en el manejo del dolor, el personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta. Además debe brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres. Debe evaluar técnicas de relajación y masajes como la ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales. (5)

Respecto a la Relajación y Masajes: son alternativas que permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga. (5)

**Tabla 07. Calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural, según la percepción de las usuarias. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Mala	16	26,7
Regular	27	45,0
Buena	17	28,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la presente tabla, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (45,0%), seguido de 28,3% calidad de atención buena y en menor porcentaje 26,7% calidad de atención mala.

Datos similares obtuvo Vela (2015), quien identificó que el 53% de su población percibieron que su atención de parto fue regular y el 35% adecuado. Sin embargo Ayala (2015), difiere con estos datos, demostrando que el 93,3% de su población pertenecía a satisfacción, mientras que el 6,7% a insatisfacción leve. Peñalva (2015), encontró que el 92,5% de usuarias atendidas con parto vertical presentaron satisfacción buena. Asimismo Chuquibala (2013), determinó que el 91,3% presentaron percepción buena respecto al parto vertical. (16, 17, 18, 15)

En los resultados encontrados, existe una diferencia porcentual muy significativa entre la calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural regular con respecto a la calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural buena. Lo que significa que el cumplimiento de normas y protocolos, las relaciones interpersonales, la actitud del personal de salud como también sus habilidades y destrezas no han sido muy bien aceptadas al momento de la atención de las usuarias, esto da a entender que la voluntad de servicio del personal de salud falta por mejorar, ya que todos los procedimientos de salud se dan en una interacción directa entre la usuaria y el personal de salud.

De acuerdo a la teoría, La calidad de atención en salud se define como “un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo y un alto grado de satisfacción para las usuarias” según Donabedian. (21). Pero los resultados indican que se tiene dificultades para brindar una atención de calidad buena.

## CONCLUSIONES

### Se llegó a las conclusiones siguientes:

- Las usuarias se caracterizan por tener una edad comprendida entre los 21 a 35 años, convivientes, de nivel educativo primaria y ama de casa.
- La mayoría de usuarias son primíparas, una menor parte presenta antecedente de parto por cesárea, la mayoría cuenta con 6 a más controles prenatales y la tercera parte acudieron a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
- La calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias, en la dimensión trato profesional, acompañamiento, libre elección de la posición para el parto, manejo del dolor de parto y la calidad total es regular.
- Se acepta la hipótesis, concluyendo que la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias, es regular.

## **RECOMENDACIONES**

Al culminar el presente trabajo de investigación se plantea las siguientes recomendaciones:

### **Al personal de salud del Centro Materno Infantil San Marcos**

Promover y participar en capacitaciones sobre atención de parto vertical con adecuación intercultural, con el fin de contribuir con la mejora de la calidad de atención brindada.

### **A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia**

Fortalecer las competencias en la enseñanza de atención de parto vertical con adecuación intercultural con información actualizada para lograr un mejor desempeño en el desarrollo de sus capacidades.

### **Al Profesional de Obstetricia**

Seguir fomentando la atención del parto vertical con adecuación intercultural, dando énfasis al trato profesional, acompañamiento, la libre elección de la posición para el parto y el manejo del dolor de parto, como medida para mejorar la calidad de atención y de esta manera disminuir los riesgos y así dar confianza a las mujeres al momento del parto.

### **A los estudiantes de Obstetricia**

Recomendar el interés de seguir elaborando investigaciones a nivel regional que permita conocer la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engelmann GJ. Labor among primitive peoples. St Louis: JH Chambers, 1882.
2. Jarcho J. Postures & practices during labor among primitive peoples. New York: Paul Hoeber, 1934.
3. Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, et al. Effects of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1960; 80:284-90.
4. Diaz AG, Scwarcz R, Caldeyro-Barcia R. La posición vertical de la embarazada durante el trabajo de parto y sus efectos sobre el progreso del parto y el neonato. Investigación colaborativa entre maternidades de América Latina. Primer informe. Publicación Científica 703, CLAP, 1977.
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural .Perú. 2005. Disponible en [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
6. Muñoz. S, Castro. E, Castro Z, Chávez. N, Ortega. D. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* vol.44 no.1 Bucaramanga Jan./Apr. 2012. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072012000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005)
7. Cifra de partos en posición vertical se duplicó este año en el Perú. Lima. 2009. Disponible en: <http://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=271802>
8. Reporte de seguimiento concertado: Balance de ejecución 2012 - 2013 Región Cajamarca programa presupuestal "Salud Materna Neonatal" (SMN). Disponible en: [http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/10/reporte\\_de\\_seguimiento\\_concertado\\_cajamarca\\_2012-2013.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/10/reporte_de_seguimiento_concertado_cajamarca_2012-2013.pdf)
9. Atención materna con enfoque intercultural - Hacia la reducción de las muertes maternas. Cajamarca. 2015. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=-61fucP7gqg>
10. Cruzado L. Percepción de la calidad de atención del parto por pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Tesis. Cajamarca – Perú. 2016. Disponible en: [http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/967/T016\\_46754842\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/967/T016_46754842_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

11. Ministerio de Salud (MINSA), Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Bol Epid. (Lima). [Internet]; 2012. (Citado enero 2017). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/26.pdf>
12. WorldHealthReport: WorldHealthOrganization; 2013. Y Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Bol Epid. (Lima). 2012; 21(52):892-896.
13. Quinto V. M. Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN, 2010. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
14. De León V. Humanización del cuidado de Enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. Enero-Febrero 2015. (Tesis). Guatemala. Universidad Rafael Landívar. 2015. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/De-Leon-Antonieta.pdf>
15. Chuquibala M. Percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya- Amazonas – 2013. (Tesis). Amazonas - Perú. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. 2013. Disponible en: [http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/232/FE\\_152.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/232/FE_152.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Vela G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela\\_cg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela_cg.pdf)
17. Ayala G. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4059/1/Ayala\\_gg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4059/1/Ayala_gg.pdf)
18. Peñalva O. Satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en el Hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2015” (Tesis). Juliaca-Perú. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2015. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/802/TESIS%20DNI%20N%C2%BA%2029467833.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Napanga B. Calidad de atención brindada por obstetras durante el parto según percepciones de las puérperas en Centro Obstétrico del Hospital de Ventanilla, Callao, 2016. (Tesis). Cañete – Perú. Universidad Privada Sergio Bernales. 2016. Disponible en: [http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/124/1/NAPANGA\\_L\\_TESIS.pdf](http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/124/1/NAPANGA_L_TESIS.pdf)
20. Wajajay N. Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero-Febrero 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.
21. Sánchez V. Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, Mayo y Junio 2016. Universidad Científica del Perú. Iquitos- Perú. 2016.
22. Vargas, M. Aldana, L. (2011). Calidad y Servicio conceptos y herramientas. (2da. Ed.). Bogotá, Colombia: ECOE ediciones. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/89110120/Calidad-y-servicio-Conceptos-y-herramientas>
23. Huarcaya, R. Percepción de la calidad de atención en los usuarios del servicio de emergencias del Hospital I Santa Margarita de Andahuaylas, 2015. Andahuaylas, Perú. Universidad Nacional José María Arguedas. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/227/17-2015-EPAE-Huarcaya%20Huisa-Persepcion%20de%20la%20calidad%20de%20atencion%20en%20los%20usuarios%20del%20servicio%20de%20emergencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Norma técnica de salud: atención integral de salud materna. 2013.
25. Schwarcz, Fescina, Duverges. Obstetricia.6 Edición. Buenos Aires. Editorial el ateneo. 2011.
26. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetricia. 23 Edición. Mexico. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A de C.V.2010.)
27. Tineo Alicia. (2011). Perú. "Galería de Enfermería: Clasificación del parto". Disponible en <Http://Galería de Enfermería/>. Clasificación del parto.mht
28. Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. MSP del Ecuador. 2008: 17-27.
29. Villa V, Vinueza G. percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012. Pontificia universidad católica del ecuador. Quito – ecuador. 2012.

30. Calderón Jorge, Bravo José, Albinagorta Roberto y otros. Parto Vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Rev Per GinecolObstet.* 2008; 54:49-57.
31. Vallejo Gallo M. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). OPS/OMS. Posición Materna y Parto Resultados Perinatales. Plub. 862. Montevideo, Uruguay. 1980.
32. Mideros Morales Raúl. Normativa Técnica Nacional de Atención del Parto Vertical en el Ecuador. Octava Versión de la Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical, 2008Ñ 48-71.
33. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP OPS/OMS Pub-No. 862, 1980. En [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)
34. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*. Número 2, 2008.
35. Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/ Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala. 2011.)
36. Salaverry Oswaldo. Interculturalidad en Salud. La nueva Frontera de la Medicina. *RevPeruMedExp Salud Pública.* 2010; 27(1): 6-7.
37. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Proyecto de la salud del recién nacido, niño y Joven. Área de salud Familiar y Comunitaria Área de tecnología y Prestación de servicios de salud. OPS. 2008: 7-11.
38. Ministerio de Educación (2015A), ESCALE – Estadísticas de la Calidad Educativa. <http://escale.minedu.gob.pe>
39. Perú registra una de las tasas de matrimonio más bajas del mundo. Lima. 2011. Disponible en: <http://udep.edu.pe/hoy/2011/peru-registra-una-de-las-tasas-de-matrimonio-mas-bajas-del-mundo/>
40. ONU Mujeres Centro de Capacitación, (ONU Mujeres, 2011-2014). Disponible en: <http://beijing20.unwomen.org/es/in-focus/education-and-training>
41. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=93859C17871F5BDDDD0AEA6D7AF2E7352?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=93859C17871F5BDDDD0AEA6D7AF2E7352?sequence=1)
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Lima; 2014.
43. MINSA. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú. 2013. 79.

## **ANEXOS**

### **ANEXO N° 01**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

FECHA: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_, identificada con DNI N°. \_\_\_\_\_

Declaro que por voluntad propia doy pleno consentimiento para participar en la investigación "Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018".

Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio y mi incorporación será voluntaria. Por tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en esta investigación.

\_\_\_\_\_

Firma

## ANEXO N° 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN  
INTERCULTURAL SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS. CENTRO  
MATERNO INFANTIL SAN MARCOS. 2018.**

**Instrucciones:** Es grato dirigirnos a usted para solicitarle su participación en el presente estudio de investigación. Esta encuesta tiene finalidad académica. Agradecemos de antemano su sinceridad y veracidad en los datos brindados.

**N° de encuesta:**..... **Fecha:** ...../...../..... **Hora:** .....

### I. Características sociodemográficas

1. Edad:.....años

2. Estado civil:

Casada ( )    Conviviente ( )    Soltera ( )

Otro.....

3. Nivel de educación:

Sin nivel ( )    Primaria ( )    Secundaria ( )    Superior ( )

Años aprobados.....

4. Ocupación:

Ama de casa ( )    Trabajadora dependiente ( )

Trabajadora independiente ( )    Otro:.....

### II. Características ginecoobstétricas

5. Número de partos:

Primigesta ( )    Segundigesta ( )    Multigesta ( )

6. Partos por cesárea:

Si ( )    No ( )

7. Número de controles prenatales: .....

8. Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica:

Si ( )    No ( )

### III. Calidad de las dimensiones de la atención del parto vertical con adecuación intercultural.

#### Trato profesional

9. ¿Cuándo ingresó a la sala de parto, el profesional que le atendió su parto se presentó con usted?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

10. ¿Qué tanta comunicación existió entre el profesional que le atendió su parto y usted durante el trabajo de parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

11. ¿El profesional que le atendió su parto le explicó en qué consistía el trabajo de parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

12. ¿Cuándo el profesional que atendió su parto se dirigía a usted la llamaba por su nombre?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

13. ¿El profesional que le atendió su parto le explicó los procedimientos que le iban a realizar durante su trabajo de parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

14. ¿Cuándo usted sentía que perdía el control de sí misma por dolores en el trabajo de parto, qué tanto el profesional que le atendió su parto le ayudó a controlarse?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

15. ¿El profesional que atendió su parto respetó su intimidad en todo momento?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

16. ¿El profesional que atendió su parto le pidió permiso antes de examinarla?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

17. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto fue amable y paciente con Ud.?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

### **Acompañamiento**

18. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que usted podía decidir tener un acompañante al momento de su parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

19. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que el acompañante que usted escogiera debía de ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarla, darle seguridad apoyo, etc.?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

20. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le permitió estar acompañada de un familiar?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

### **Libre elección de la posición para el parto**

21. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que Ud. Podría escoger la posición para dar a luz?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

22. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le enseñó las posiciones para el trabajo de parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

23. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que Ud. Podía deambular (caminar) libremente mientras dure el trabajo de parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

24. ¿Con qué frecuencia le permitieron cambiar de postura para su mayor comodidad mientras duró el trabajo de parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

## **Manejo del dolor de parto**

25. ¿Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto (técnicas de relajación y masajes; ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales)?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

26. ¿Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto le ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

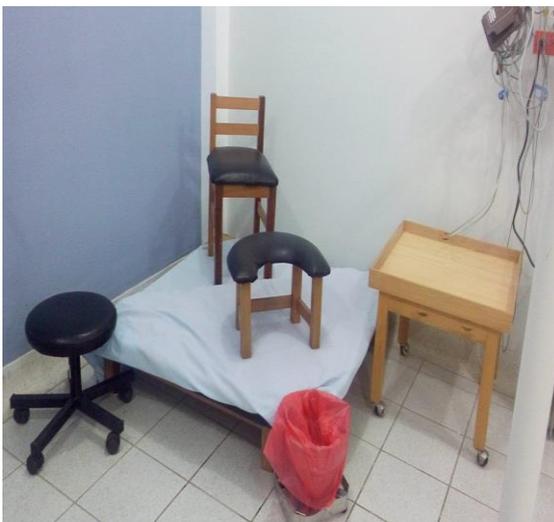
27. ¿Con qué frecuencia las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto?

Nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

Gracias por su participación (16)

## ANEXO N° 03

### Imágenes del Centro Materno Infantil San Marcos



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia

## ARTÍCULO CIENTÍFICO DE LA TESIS:

### CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS. CENTRO MATERNO INFANTIL SAN MARCOS. 2018.

1 Julcamoro Sapo, María Catalina.

1 Bachiller en Obstetricia – Universidad Nacional de Cajamarca. Av. Atahualpa 1050, Cajamarca – Perú.

---

#### Resumen

El presente estudio, de diseño no experimental de corte transversal y tipo descriptivo, observacional y prospectivo. Tuvo como muestra a 60 púerperas inmediatas. Objetivo: determinar la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018. Resultados: En la dimensión trato profesional, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular con 36,7%, seguido de 31,7%, calidad de atención buena y 31,7%, calidad de atención mala. En la dimensión acompañamiento, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular con 86,7% y en menor porcentaje, calidad de atención mala con 13,3%. En la dimensión libre elección de la posición para el parto, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular con 40,0%, seguido de 33,3% calidad de atención buena y en menor porcentaje 26,7% calidad de atención mala. En la dimensión manejo del dolor de parto, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular con 55,0%, seguido de 25,0% calidad de atención buena y el menor porcentaje 20,0% calidad de atención mala. En la calidad total de atención del parto vertical con adecuación intercultural, según la percepción de las usuarias, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular, con 45,0%; seguido del 28,3% de calidad de atención buena y; el 26,7%, calidad de atención mala.

**Palabras claves:** Calidad de atención, parto vertical, adecuación intercultural.

#### Abstract

The present study, of non-experimental cross-sectional design and descriptive, observational and prospective type. It had as sample to 60 immediate puerperals. Objective: to determine the quality of care of vertical childbirth with intercultural adaptation according to the perception of the users in the San Marcos Maternal and Child Center during the period July - August 2018. Results: In the professional treatment dimension, the highest percentage corresponds to the quality of regular attention with 36.7%, followed by 31.7%, quality of good service and 31.7%, poor quality of care. In the accompaniment dimension, the highest percentage corresponds to the quality of regular attention with 86.7% and in a lower percentage, poor quality of care with 13.3%. In the free choice dimension of the position for childbirth, the highest percentage corresponds to quality of regular attention with 40.0%, followed by 33.3% quality of good service and in a lower percentage 26.7% poor quality of care. In the management dimension of labor pain, the highest percentage corresponds to quality of regular care with 55.0%, followed by 25.0% quality of good care and the lowest percentage 20.0% poor quality of care. In the total quality of care of vertical childbirth with intercultural adaptation, according to the perception of the users, the highest percentage corresponds to quality of regular attention, with 45.0%; followed by 28.3% good quality service and; 26.7%, quality of bad attention.

**KEY WORDS:** Quality of care, vertical delivery, intercultural adaptation.

#### Introducción

Actualmente el parto vertical se ha convertido en un acontecimiento vital muy importante en la vida de la mujer, ya que es una experiencia única y profunda con gran contenido emocional, debido a que responde a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna.

Las usuarias necesitan una atención integral y de buena calidad que garantice su salud y la de su hijo. Es por ello, que la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural es esencial, porque permite tener una percepción satisfactoria por parte de las usuarias atendidas, repercutiendo positivamente en su salud, en la del recién nacido y en la de su entorno.

Desde este punto de vista se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018, llegando a la conclusión que la calidad de atención del parto vertical según la percepción de las usuarias fue regular con 45,0%, asimismo la calidad de atención en las cuatro dimensiones fue regular y se describen a continuación: en la dimensión trato profesional el 36,7% corresponde a calidad de atención regular, en la dimensión acompañamiento el 86,7% fue calidad de atención regular, en la dimensión libre elección de la posición para el parto el 40,0% fue calidad de atención regular y en la dimensión manejo del dolor de parto el 55,0% fue calidad de atención regular.

#### Materiales y Métodos

El diseño de la presente investigación fue no experimental de corte transversal y perteneció a un tipo de estudio descriptivo, observacional y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 60 púerperas inmediatas atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018, que cumplieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta validada por Vela Coral Gabriela del Pilar en su investigación en el año 2015, la cual ha sido adaptada a la presente investigación considerando las preguntas de utilidad para el logro de los objetivos de la presente investigación. El instrumento incluyó 27 preguntas que respondieron tanto a la calidad total como a las cuatro dimensiones del parto vertical con adecuación intercultural en los que se centra el estudio (trato profesional, acompañamiento, libre elección de la posición para el parto y manejo del dolor de parto), cuyas respuestas para cada pregunta consistieron en una escala Likert de 4 puntos, donde: 1 corresponde a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre. Además, se establecieron rangos de puntaje tanto para rangos totales como para cada dimensión de la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural. El instrumento empleado tuvo un alto grado de confiabilidad, ya que el resultado dió un valor de 0,811, validando su uso para la recolección de datos. Los datos recolectados fueron consistenciados en forma manual, luego fueron codificados para crear una base de datos en la plataforma del paquete de software estadístico IBM SPSS para Windows versión 24. Se utilizaron frecuencias relativas simples para identificar las características sociodemográficas y ginecoobstétricas, determinar la calidad de atención del parto

vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en forma total y por dimensiones, además, se utilizó tablas de frecuencias simples.

## Resultados y Discusión

**Tabla 01: Características sociodemográficas de las usuarias atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

Características sociodemográficas	n°	%
<b>Edad</b>		
< 21 Años	14	23,3
De 21 a 35 Años	37	61,7
> 35 Años	9	15,0
<b>Estado civil</b>		
Casada	3	5,0
Conviviente	54	90,0
Soltera	3	5,0
<b>Nivel de educación</b>		
Sin Nivel	3	5,0
Primaria	25	41,7
Secundaria	24	40,0
Superior	8	13,3
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	58	96,7
Trabajadora dependiente	1	1,7
Otras	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de usuarias se encontró en el grupo etario de 21 a 35 años con 61,7%, seguido del 23,3% que perteneció al grupo menor a 21 años y en menor proporción se encontró las usuarias con edades mayores a 35 años con 15,0%.

Datos similares obtuvo Vela (2015), encontrando que el 52,0% de su población tenían una edad mayor o igual a 25 años y Ayala (2015) encontró que el 29,7% de usuarias tuvieron una edad entre los 25-29 años; sin embargo, Napanga (2016) difiere, ya que su población mayor (32,7%) tuvo una edad entre los 18 - 21 años. (1, 2, 3)

La mayoría de mujeres tuvo su embarazo en una edad óptima, logrando así una gestación más saludable, debido a que la mujer en estas edades tiene un desarrollo físico y psicológico adecuado, lo que permite que presenten menor riesgo de complicaciones materno fetales. Las mujeres con edades extremas constituyen un factor de riesgo para el momento del parto, es por lo que existe mayor probabilidad de que su trabajo de parto se complique y pase a sala de operaciones (cesárea). Por otro lado, las parturientas menores de edad suelen presentar actitudes de desconfianza, inseguridad, vergüenza, etc., porque psicológicamente son influenciadas por su entorno más cercano sobre la negatividad de la atención del parto.

Según la OMS, psicológicamente y biológicamente la edad ideal para que la mujer se embarace es de 18 a 35 años. Sin embargo, en muchas regiones del Perú, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales. (4)

Esta característica sociodemográfica es importante para evaluar la percepción sobre calidad de atención del parto, porque depende de la madurez psicológica en la que se encuentra la mujer para valorar la atención recibida, probablemente las mujeres que se encuentran en las edades óptimas tengan una mejor percepción sobre calidad; a diferencia de las mujeres con menor edad quienes se encuentran aun experimentando cambios en todo aspecto aún más en lo psicológico.

Respecto al estado civil, el 90,0% de usuarias fueron convivientes y con similar porcentaje de 5,0% fueron casadas y solteras respectivamente.

Los resultados concuerdan con Vela (2015), quien determinó que el 76,0% de su población fueron convivientes y el 10,0% solteras y Ayala (2015), identificó que el 75,7% de pacientes fueron convivientes y el 14,4% solteras; sin embargo, De León (2015), difiere mostrando que su población mayor con 52% fueron casadas. (1, 2, 5)

La estructura familiar ha cambiado en los últimos tiempos. Hoy en día es común ver a parejas que prefieran la convivencia en vez de casarse.

El que la mayoría de púerperas sean convivientes no sería influyente en cuanto a la percepción de calidad de atención, pero sí, el que las púerperas sean madres solteras ya que se sienten solas, con falta de cariño y perciben todo como negativo.

En el Perú, la tasa de matrimonio es una de las más bajas del mundo, según los registros del 2010, de acuerdo con la investigación realizada por el Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Piura, donde el director de la investigación, Paul

Corcuera, reveló que la cantidad de matrimonios en el país es el penúltimo entre 29 países del mundo evaluados. Mientras que el número de parejas convivientes, llega al segundo puesto con 22% a nivel mundial, lo cual es superado por Colombia con un 31%. También, este estudio dio a conocer que se han incrementado los divorcios (0,32%) y separaciones (6,41%). (6)

Las causas que explican esta situación en el país son variadas. Se debe a la autonomía de las mujeres; asimismo, hay razones de tipo demográfico, debido a que el Perú tiene población relativamente más joven en comparación a los demás países. También hay factores de tipo cultural que hace que la situación de convivencia sea popular; de tipo económico por el alto costo que representa formar un nuevo hogar y de tipo sociológico debido al miedo de las personas al compromiso, esta situación se debe a que todo ser humano que decide casarse, sufre un cambio que lo prepara para asumir el rol que el matrimonio exige, lo cual no se experimenta en la convivencia que ofrece un lazo emocional más no un compromiso legal y moral. (6)

De acuerdo al nivel de educación, el 41,7% de usuarias tuvieron nivel primaria, el 40,0% secundaria, el 13,3% nivel superior y un considerable 5,0% no tuvieron ningún nivel educativo.

Los resultados concuerdan con De León (2015), mostrando que su población mayor con 46,0% tuvieron nivel educativo primaria; estos resultados difieren de Vela (2015), quien mostró que el 67,0% tuvieron nivel secundaria y el 6% primaria; Ayala (2015), encontró que el 59,1% tuvieron nivel secundaria. (1, 2, 5)

Actualmente la mayoría de las usuarias tiene mayor acceso a la educación como reflejan los resultados, lo que demuestra un avance en el desarrollo intelectual del país. Además, es importante conocer el nivel de educación de las usuarias para educar y manifestar alguna información sobre el parto vertical con adecuación intercultural.

Las usuarias que tienen un nivel de educación más elevado, tendrán buena comunicación con el personal de salud, pues a mayor nivel de educación habrá mayor grado de comprensión y entendimiento de la información brindada, por lo que favorece la participación de la usuaria durante el trabajo de parto y parto, además permitirá tener mayor objetividad respecto a la percepción de la calidad de atención del parto y podrán discernir entre lo positivo y negativo que va ocurriendo en el momento del trabajo de parto y de las acciones que realiza el personal de salud con respecto a su atención. Sin embargo, las usuarias que no cuentan con ningún nivel de educación, constituye una brecha para enseñar y posicionar el derecho de las mujeres a participar de manera activa en su parto, asimismo tendrán dificultad para identificar entre una buena o mala calidad de atención del parto.

Según la ONU (2014) considera a la educación como la principal herramienta del país, para que las mujeres puedan alcanzar la igualdad de género y convertirse en agentes de cambio. Al mismo tiempo, las mujeres educadas benefician a las sociedades enteras. Contribuyen de modo sustancial a las economías prósperas y a mejorar la salud, la nutrición y la educación de sus familias. (7)

En cuanto a la ocupación, el 96,7% de usuarias fueron amas de casa, el 1,7% fueron trabajadoras dependientes y 1,7% correspondieron a otras.

Estos resultados son similares a los de Vela (2015), Ayala (2015) y Napanga (2015), quienes determinaron que su población mayor se dedicaba a las labores del hogar en el 61,0%, 69,6% y 47,4% respectivamente. (1, 2, 3)

La mayoría de usuarias fueron ama de casa, lo que demuestra que es una ocupación predominante en cualquier parte del mundo, de esta manera es innegable que la mujer cumple el rol indispensable en la crianza de los hijos y en el mantener sólida a la familia. Además, es consecuencia en su mayoría porque ya no continúan con sus estudios por diversas razones entre ellas factor económico, embarazo, desinterés, falta de apoyo, cultura, entre otras.

Es importante considerar tales características sociodemográficas, ya que constituyen factores que determinarán el nivel de exigencia y expectativas de las usuarias al momento de su elección para la atención de forma satisfactoria.

Según Huarcaya (2015), cada usuaria tendrá una percepción distinta de la atención recibida y a la vez generará sus propias críticas y expectativas de la atención y esto tendrá mucho que ver con su estatus social, educación, edad, ocupación, etc. (8).

**Tabla 02: Características ginecoobstétricas de las usuarias atendidas en el Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

Características ginecoobstétricas	n°	%
<b>N° de partos</b>		
Primípara	26	43,3
Segundípara	17	28,3
Múltipara	17	28,3
<b>Antecedentes de cesárea</b>		
Si	1	1,7
No	59	98,3
<b>N° de controles prenatales</b>		
Adecuado ( ≥ 6 )	53	88,3
Inadecuado ( ≤ 6 )	7	11,7
<b>Sesiones de psicoprofilaxis</b>		
Si	17	28,3
No	43	71,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Los datos correspondientes a la presente tabla, permiten evidenciar que respecto al número de partos, el 43,3% de las usuarias fueron primíparas y con similar porcentaje de 28,3% fueron secundíparas y multiparas respectivamente.

Estos datos coinciden con Vela (2015), quien encontró que el 44,0% de su población fueron primíparas, mientras que Napanga (2016), difiere, ya que su población mayor 42,6% fueron multiparas. (1, 3)

Es importante tener en cuenta esta característica, porque permite identificar diferentes experiencias respecto a la atención del parto; es decir, aquellas mujeres que ya han atravesado la experiencia del proceso del parto, pueden generar una percepción propia respecto a la calidad de atención recibida en relación a ocasiones anteriores; de tal modo que en el caso de la población que vive por primera vez este proceso, al no tener experiencias similares, perciben como insatisfecha la calidad de atención del parto por el mismo hecho de que se crean expectativas amplias frente al proceso de adaptación y evolución del trabajo de parto.

Con respecto a antecedente de cesárea, solamente el 1,7% de las usuarias presentaron antecedente de cesárea y el 98,3% no, al igual que Vela (2015), quien encontró que solo un 6,0% tuvo antecedente de cesárea. (1)

Estos datos demuestran que las cifras se encuentran dentro de los rangos establecidos por la OMS, donde se determina la baja incidencia de parto por cesárea.

Según la OMS, en las tres últimas décadas, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. (9)

Con respecto al número de controles prenatales, el 88,3% de las usuarias tuvieron de 6 a más controles prenatales y 11,7% tuvieron menos de 6 controles prenatales.

Del mismo modo lo demuestra Vela (2015), estableciendo que el 81,0% de las pacientes tuvieron de 6 a más controles prenatales. (1)

Significa que las usuarias tuvieron en su mayoría una atención prenatal adecuada, lo que permite un buen estado de salud de la madre y del bebé. Durante las atenciones prenatales, se orienta de manera oportuna a la gestante, sobre todos los riesgos y signos de alarma que se pueden presentar durante su embarazo y que estos pueden ser las principales causas de morbilidad en la mujer. La disminución de la morbilidad materna, no solo dependerá de una atención prenatal temprana, sino además, de una buena calidad de atención, de la capacidad profesional y de los factores sociodemográficos que pueden influir en ella.

La salud materna en el Perú ha mejorado en la última década con la cobertura y calidad de la atención prenatal, que constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país. En el 2013, El 98,4% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetra, sanitario o promotor de salud), lo que constituyó un aumento sobre el 94,5% encontrado en el año 2009. Asimismo, se observaron avances entre los años 2009 y 2013 respecto a la atención prenatal por obstetra, de 58,2% a 59,1%. (10)

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales de salud brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (10)

Haciendo referencia a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, el 28,3% de las usuarias acudieron a estas y 71,7% no. Datos similares encontró Vela (2015), quien mostró que el 36,0% de pacientes acudieron a dichas sesiones. (1)

Actualmente, a nivel mundial se ha venido implementado la psicoprofilaxis obstétrica como un proceso educativo que permite desarrollar hábitos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo y parto, convirtiéndolo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para la madre, bebé y su entorno familiar.

La psicoprofilaxis obstétrica, tiene un papel fundamental en la eliminación de los temores en la gestante, lo cual contribuiría con la disminución de la experiencia del dolor en el momento del parto y por ende en la disminución de las percepciones negativas respecto a la atención del parto. (11)

Es importante conocer las características ginecoobstétricas, ya que esto permite que el profesional de salud en la recepción de la gestante verifique la información respecto a su gestación en la historia clínica y tarjeta de Atención Pre Natal (antecedentes de la gestación e identificando signos de alarma), que contraindiquen la atención de parto vertical. (12)

En la recepción de la gestante, el profesional debe brindar una cálida bienvenida, brindar información adecuada, explicar los procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias, costumbres y evaluando la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. (12)

**Tabla 03: Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión trato profesional. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

Trato profesional	n°	%
Mala	19	31,7
Regular	22	36,7
Buena	19	31,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la siguiente tabla, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (36,7%), seguido de 31,7% calidad de atención buena y 31,7% calidad de atención mala.

Estos datos difieren de Vela (2015), quien determinó que esta dimensión siempre fue percibida de forma favorable, reflejando la tendencia actual acerca de la introducción de modelos de atención humanizada los cuales promueven cambios profundos en el trato profesional hacia la gestante, en el respeto por las decisiones que tome en el curso de su trabajo de parto y parto. (1) Según los resultados encontrados, significa que no se cumple de manera adecuada la atención en esta dimensión, lo que evidencia que el profesional de salud que atiende a las usuarias, no brinda un buen trato en el trabajo de parto y esto puede ser por el estrés en el que se encuentra cada profesional. Sin embargo el trato del profesional de salud debe ser el más óptimo, no solo para lograr la confianza de las usuarias, sino porque se trata de la salud de las personas y, en especial del binomio madre niño.

Respecto al trato del profesional, la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural considera que el personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación empática con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad. (12)

**Tabla 04: Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión acompañamiento. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Acompañamiento</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Mala	8	13,3
Regular	52	86,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Ficha de Recolección de Datos**

En la presente tabla, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (86,7%) y el menor porcentaje corresponde a calidad de atención mala (13,3%).

Estos datos difieren de Chuquibala (2013), quien determinó que el 100% de su población tuvieron percepción buena respecto a esta dimensión, demostrando que una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta confortable y en la que confíe. (13).

En los resultados, se observa que existe una tendencia de regular a mala. Esto es un claro indicio de que no se está cumpliendo con las condiciones de calidad en esta dimensión. En los resultados se refleja que el profesional de la salud aún no comprende que las mujeres tienen derecho a decidir por el acompañante durante su parto.

Según la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, en la dimensión Acompañamiento, se debe permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta. Además, el personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto. (12)

**Tabla 05: Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión libre elección de la posición para el parto. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

<b>Libre elección de la posición para el parto</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Mala	16	26,7
Regular	24	40,0
Buena	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Ficha de Recolección de Datos**

Los resultados de la presente tabla muestran que el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (40,0%), seguido de 33,3% calidad de atención buena y en menor porcentaje 26,7% calidad de atención mala.

Estos datos difieren de Vela (2015), quien determinó que esta dimensión nunca fue percibida de forma favorable, constituyéndose como evidencia de posibles actos de violencia obstétrica. (1)

A partir de estos resultados se deduce que la calidad de atención tiene una tendencia de regular a buena, lo que demuestra que los profesionales de salud, tratan en lo posible de atender el parto en la posición que las parturientas eligen, siendo la posición más cómodas para las usuarias.

Según la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, la mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera, y en el momento del parto debe elegir la posición que prefiere y el personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. (12)

Es así que el parto vertical ofrece distintas ventajas en relación a la posición según los estudios de la OMS, los cuales se sustentan con evidencia científica. (14).

Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma

posición de pie estimula las contracciones, haciendo que estas sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales. (14, 15, 16)

Además, el punto más importante para la tranquilidad psicológica de la paciente parece ser la posición materna durante el periodo expulsivo. La mujer se encuentra menos cohibida y pudorosa que en la de litotomía. La posición vertical facilita la participación activa de la madre en el parto, al disminuir la necesidad de analgesia y/o anestesia materna y favorecer los esfuerzos de pujo durante el periodo expulsivo y además favorece la relación precoz madre- hijo/a, hecho de trascendental importancia en el desarrollo posterior del niño/a. (17)

**Tabla 06: Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en la dimensión manejo del dolor de parto. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

Manejo del dolor de parto	n°	%
Mala	12	20,0
Regular	33	55,0
Buena	15	25,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la siguiente tabla, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (55,0%), el 25,0% calidad de atención buena y el menor porcentaje 20,0% calidad de atención mala.

Estos datos difieren de Chuquibala (2013), quien determinó que el mayor porcentaje (52,2%) tuvieron una percepción buena respecto a esta dimensión. Sin embargo, Vela (2015), identificó que esta dimensión casi nunca fue percibida en forma favorable. (1, 13)

La tendencia de la calidad es de regular a buena, lo que significa que las alternativas para el manejo de dolor de parto han contribuido de forma significativa a cambiar la percepción negativa del parto, en este sentido cobra también un papel importante la preparación en psicoprofilaxis obstétrica sobre el manejo del dolor como un método no farmacológico

El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos importantes para la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto. (18)

Según la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, en el manejo del dolor, el personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta. Además debe brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres. Debe evaluar técnicas de relajación y masajes como la ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales. (12)

Respecto a la Relajación y Masajes: son alternativas que permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga. (12)

**Tabla 07. Calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural, según la percepción de las usuarias. Centro Materno Infantil San Marcos. 2018.**

Calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural	n°	%
Mala	16	26,7
Regular	27	45,0
Buena	17	28,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la presente tabla, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular (45,0%), seguido de 28,3% calidad de atención buena y en menor porcentaje 26,7% calidad de atención mala.

Datos similares obtuvo Vela (2015), quien identificó que el 53% de su población percibieron que su atención de parto fue regular y el 35% adecuado. Sin embargo Ayala (2015), difiere con estos datos, demostrando que el 93,3% de su población pertenecía a satisfacción, mientras que el 6,7% a insatisfacción leve. Peñalva (2015), encontró que el 92,5% de usuarias atendidas con parto vertical presentaron satisfacción buena. Asimismo Chuquibala (2013), determinó que el 91,3% presentaron percepción buena respecto al parto vertical. (1, 2, 13, 19)

En los resultados encontrados, existe una diferencia porcentual muy significativa entre la calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural regular con respecto a la calidad total de la atención del parto vertical con adecuación intercultural buena. Lo que significa que el cumplimiento de normas y protocolos, las relaciones interpersonales, la actitud del personal de salud como también sus habilidades y destrezas no han sido muy bien aceptadas al momento de la atención de las usuarias, esto da a entender que la voluntad de servicio del personal de salud falta por mejorar, ya que todos los procedimientos de salud se dan en una interacción directa entre la usuaria y el personal de salud.

De acuerdo a la teoría, La calidad de atención en salud se define como “un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo y un alto grado de satisfacción para las usuarias” según Donabedian. (20). Pero los resultados indican que se tiene dificultades para brindar una atención de calidad buena.

### Conclusiones

Se llegó a las conclusiones siguientes:

- Las usuarias se caracterizan por tener una edad comprendida entre los 21 a 35 años, convivientes, de nivel educativo primaria y ama de casa.
- La mayoría de usuarias son primíparas, una menor parte presenta antecedente de parto por cesárea, la mayoría cuenta con 6 a más controles prenatales y la tercera parte acudieron a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
- La calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias, en la dimensión trato profesional, acompañamiento, libre elección de la posición para el parto, manejo del dolor de parto y la calidad total es regular.
- Se acepta la hipótesis, concluyendo que la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias es regular.

### Referencias bibliográficas

1. Vela G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela\\_cg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela_cg.pdf)
2. Ayala G. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4059/1/Ayala\\_gg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4059/1/Ayala_gg.pdf)
3. Napanga B. Calidad de atención brindada por obstetras durante el parto según percepciones de las púerperas en Centro Obstétrico del Hospital de Ventanilla, Callao, 2016. (Tesis). Cañete – Perú. Universidad Privada Sergio Bernales. 2016. Disponible en: [http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/124/1/NAPANGA\\_L\\_TESIS.pdf](http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/124/1/NAPANGA_L_TESIS.pdf)
4. Ministerio de Educación (2015A), ESCALE – Estadísticas de la Calidad Educativa. <http://escale.minedu.gob.pe>
5. De León V. Humanización del cuidado de Enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. Enero-Febrero 2015. (Tesis). Guatemala. Universidad Rafael Landívar. 2015. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/De-Leon-Antonieta.pdf>
6. Perú registra una de las tasas de matrimonio más bajas del mundo. Lima. 2011. Disponible en: <http://udep.edu.pe/hoy/2011/peru-registra-una-de-las-tasas-de-matrimonio-mas-bajas-del-mundo/>
7. ONU Mujeres Centro de Capacitación, (ONU Mujeres, 2011-2014). Disponible en: <http://beijing20.unwomen.org/es/in-focus/education-and-training>
8. Huarcaya, R. Percepción de la calidad de atención en los usuarios del servicio de emergencias del Hospital I Santa Margarita de Andahuaylas, 2015. Andahuaylas, Perú. Universidad Nacional José María Arguedas. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/227/17-2015-EPAE-Huarcaya%20Huisa-Persepcion%20de%20la%20calidad%20de%20atencion%20en%20los%20usuarios%20del%20servicio%20de%20emergencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=93859C17871F5BD DD0AEA6D7AF2E7352?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=93859C17871F5BD DD0AEA6D7AF2E7352?sequence=1)
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Lima; 2014.
11. MINSA. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú. 2013. 79.
12. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural .Perú. 2005. Disponible en [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
13. Chuquibala M. Percepción del parto vertical y horizontal en las mujeres del Centro de Salud Luya- Amazonas – 2013. (Tesis). Amazonas - Perú. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. 2013. Disponible en: [http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/232/FE\\_152.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/232/FE_152.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. MSP del Ecuador. 2008: 17-27.
15. Villa V, Vinuesa G. percepciones y niveles de satisfacción respecto al parto culturalmente adecuado en las parturientas que son atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía durante los meses de mayo y junio del 2012. Pontificia universidad católica del ecuador. Quito – ecuador. 2012.
16. Vallejo Gallo M. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). OPS/OMS. Posición Materna y Parto Resultados Perinatales. Plub. 862. Montevideo, Uruguay. 1980.
17. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP OPS/OMS Pub-No. 862, 1980. En [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)
18. Muñoz. S, Castro. E, Castro Z, Chávez. N, Ortega. D. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud vol.44 no.1 Bucaramanga Jan./Apr. 2012. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072012000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005)
19. Peñalva O. Satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en el Hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2015” (Tesis). Juliaca-Perú. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2015. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/802/TESIS%20DNI%20N%C2%BA%2029467833.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Sánchez V. Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, Mayo y Junio 2016. Universidad Científica del Perú. Iquitos-Perú. 2016.