

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



**COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES**  
**RELACIONADAS A LA POSICIÓN MATERNA DURANTE**  
**EL PARTO. CENTRO DE SALUD SAN MARCOS.**  
**CAJAMARCA. 2018.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**  
**OBSTETRA**

**PRESENTADA POR:**

**DANIXA JENIFFER RODRÍGUEZ PINO**

**ASESORA:**

**Dra. Obsta. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**

**Cajamarca-Perú**

**2018**

**Copyright © 2018 By**

Danixa Jeniffer Rodríguez Pino

Derechos Reservados



**SE DEDICA A:**

Dios, que con su gran poder me brinda las fuerzas necesarias para seguir adelante y permitir que cada uno de mis sueños hoy se haya concretado.

Mi madre Marleny, por ser mi motivo para seguir adelante, por su lucha constante por guiarme por el buen camino y así poder lograr mis objetivos y superarme cada día.

Mis hermanos Daleshca, Anthony y Jeferson, mi tía Margarita, mis primas Myledy y Pierina, mi mami Teresa, mi enamorado Gustavo y a mi papá Faustino desde el cielo, por guiarme siempre, especialmente cuando debía decidir y saber actuar ante distintas situaciones en las que tenía que ser ante todo positiva conmigo misma para que todo saliera bien, porque gracias a su perseverancia y persistencia en cada etapa de este camino he llegado hasta el final.

Danixa Rodríguez

**SE AGRADECE A:**

Dios que me ha permitido concluir satisfactoriamente una de mis metas trazadas.

La Universidad Nacional de Cajamarca, y a su plana docente de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, que me inculcaron conocimientos durante todos estos años; y así ser parte de mi formación profesional.

Mi asesora la Dra. Obsta. Ruth Elizabeth Vigo Bardales, quien me brindó su tiempo, apoyo incondicional y conocimientos; que me permitió ejecutar y culminar mi investigación.

El Personal del Centro de Salud San Marcos por permitirme desarrollar el estudio en sus instalaciones; y cada una de las gestantes que colaboraron para el desarrollo de la presente investigación.

Danixa Rodríguez

# ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRAC .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	01
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	<b>03</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	03
1.2. Formulación del problema .....	06
1.3. Objetivos .....	06
1.4. Justificación de la investigación .....	07
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>09</b>
2.1. Antecedentes .....	09
2.2. Bases teóricos .....	11
2.3. Hipótesis .....	21
2.4. Variables .....	22
2.5. Operacionalización de variables.....	23
<b>CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>24</b>
3.1. Diseño y tipo de investigación .....	24
3.2. Área de estudio y población .....	24
3.3. Muestra y muestreo .....	25
3.4. Unidad de análisis.....	26
3.5. Criterios de inclusión y exclusión .....	26
3.6. Consideraciones éticas.....	26
3.7. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento .....	27
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	27
3.9. Control de calidad de datos.....	28
<b>CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>29</b>
4.1. Resultados .....	29

<b>CAPITULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
5.1. Análisis y discusión.....	35
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>48</b>

## LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
<b>Tabla N°01:</b> Características sociodemográficas de las gestantes, que fueron atendidas su parto en el Centro de Salud San Marcos. Cajamarca. 2018.	29
<b>Tabla N°02:</b> Características Obstétricas de las gestantes, que fueron atendidas su parto en el Centro de Salud San Marcos. Cajamarca. 2018.	31
<b>Tabla N°03:</b> Incidencia de la atención del parto según posición materna. Centro Obstétrico – Centro de Salud San Marcos. Cajamarca. 2018.	32
<b>Tabla N°04.</b> Distribución de las gestantes atendidas en el Centro Obstétrico –Centro de Salud San Marcos según la frecuencia de las complicaciones maternas relacionadas a la posición materna durante la atención del parto. Cajamarca. 2018.	33
<b>Tabla N°05.</b> Distribución de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Marcos según la frecuencia de complicaciones perinatales de acuerdo con la posición durante la atención del parto. Cajamarca. 2018.	35

## RESUMEN

El presente estudio fue no experimental, de corte transversal y tipo correlacional, tuvo como **objetivo** principal determinar las complicaciones materno - perinatales relacionadas a la posición de la madre durante la atención del trabajo de parto en el Centro de Salud San Marcos, durante el año 2018. Se tuvo una muestra de 60 gestantes y el instrumento empleado en la recolección de datos fue la encuesta. Los **resultados** obtenidos evidencian que 80% de gestantes se encontraban en el rango de edad entre 18 a 35 años; 83% fueron de religión católica; 36,7% de primaria completa; 91,7%, casadas; 75%, procedieron de zona rural; 85%, amas de casa; 30%, multigestas; 40,0% presentaron un periodo intergenésico de 3 a 5 años; 68,3% dieron a luz en posición horizontal y 31% en posición vertical. Asimismo, se detalla que el 1,67% de gestantes con parto horizontal presentaron hemorragia posparto (atonía uterina), 15% y 30% de gestantes que dieron a luz en posición vertical y horizontal sufrieron desgarros perineovaginales, respectivamente; 11,67% y 3,33% de primigestas que dieron a luz en posición horizontal y vertical tuvieron un expulsivo mayor a 50 minutos, 1,67% de recién nacidos en el parto horizontal presentó líquido amniótico meconial. **Conclusión:** se concluye que las complicaciones maternas fueron más evidentes en la posición horizontal encontrándose mayor tiempo de periodo expulsivo, hemorragia posparto (atonía uterina) y desgarros perineovaginales; en contraste, solo esta última complicación se evidenció cuando el parto fue vertical. En cuanto a las complicaciones perinatales se evidenció solamente líquido amniótico meconial en la posición horizontal.

**Palabras clave:** Parto vertical, complicación, interculturalidad.

## ABSTRACT

The present non-experimental study and of cross section, the main objective was to determine the maternal - perinatal complications related to the position of the mother during the attention of birth labor at the San Marcos Health Center, during the year 2018. A sample of 60 pregnant woman who has just given birth was taken and the instrument used in the data collection was the survey. The results obtained show that 80% of pregnant woman who has just given birth were in the age range between 18 and 35 years; 83% were of Catholic religion; 36.7% complete primary; 91.7%, married; 75%, came from rural areas; 85%, housewives; 30%, multipregnant; 40.0% presented an intergenic period of 3 to 5 years; 68.3% gave birth in a horizontal position and 31% in vertical position. It is also detailed that 1.67% of pregnant woman who has just given horizontal birth presented postpartum hemorrhage (uterine atony), 15% and 30% of pregnant woman who has just given birth in vertical and horizontal position suffered perineovaginal tears, respectively; 11.67% and 3.33% of first-time mothers that gave birth in horizontal and vertical position had an expulsive greater than 50 minutes, 1.67% of newborns in the horizontal birth presented meconium amniotic fluid. Conclusion: it was concluded that maternal complications were more evident in the horizontal position, longer expulsion period, postpartum hemorrhage (uterine atony) and perineovaginal tears; in contrast, only this last complication was evidenced when the birth was vertical. Regarding perinatal complications, only meconium amniotic fluid was seen in the horizontal position.

Keywords: Vertical birth, complication, interculturality.

## INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de salud pública, donde las estrategias y protocolos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud (MINSA), han contribuido de forma relativa y absoluta a la disminución de los índices alarmantes de mortalidad; sin embargo, en todo el mundo unas 830 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; hecho que conlleva a las instituciones de salud a proponer nuevas estrategias para disminuir estos índices; siendo así que la OMS ha propuesto incluir dentro de las políticas de cada puesto y establecimiento de salud la aplicación de la norma técnica del parto vertical con enfoque intercultural.

La atención del parto vertical ocasiona un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres campesinas que acuden a las instituciones de salud para recibir atención, siendo este el motivo por el que, muchas veces, las mujeres prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos de salud, poniendo en riesgo la salud y la vida de mujer como la del niño por nacer; por no acudir a la atención de parto institucional y optando el parto domiciliario, conllevado así a un incremento de los índices de morbi-mortalidad materna perinatal, reflejándose especialmente en países subdesarrollados como lo es nuestro país.

Cajamarca, es una de las regiones con mayor tasa de mortalidad materna; siendo las complicaciones maternas y perinatales las que con mayor frecuencia se ven anualmente en los indicadores presentados por la Red de Salud, relacionándose directamente al embarazo, parto y puerperio incluida la posición del parto, asimismo, las creencias y costumbres de cada mujer.

Con esta investigación se busca identificar las complicaciones maternas y perinatales y su relación con la posición materna para el parto, con la finalidad de motivar al personal de salud hacia la práctica de otras posiciones, más favorables en la evolución del parto.

El presente estudio se divide en cinco capítulos:

Capítulo I: abarca la delimitación del problema; donde encontramos el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

Capítulo II: conteniendo el marco teórico; donde constituye los antecedentes, bases teóricas, hipótesis, variables y la operacionalización de variables.

Capítulo III: englobando el diseño metodológico; en el cual localizamos toda la metodología utilizada en la investigación; comprende el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y muestreo, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, procedimientos, técnicas y descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

Capítulo IV: incluyendo los resultados de la investigación.

Capítulo V: conformado por el análisis y discusión del estudio.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, correspondiendo la mayoría a países de ingresos bajos y sobretodo en las zonas rurales y en las comunidades más pobres (1). En el Perú, son los departamentos de Lima, Cajamarca, Puno, Piura, La Libertad, Cusco y Loreto los que han concentrado el mayor número de muertes a nivel nacional; donde las principales complicaciones de estas muertes fueron la hemorragia post parto con 36,5%, las enfermedades hipertensivas del embarazo que representan el 31,5%, la sepsis con un 21,5% y el parto obstruido. (2)

Los datos del 2018 relacionados con la mortalidad materna (MM) en la región Cajamarca notificadas hasta la fecha fueron 15MM. Donde las provincias que no reportaron defunciones fueron: Contumazá, San Marcos, Hualgayoc, Chota; en comparación a San Ignacio (03MM) (3).

La oficina de epidemiología de la Dirección Regional de Cajamarca anunció que el mayor porcentaje de defunciones maternas se dieron por complicaciones como: la retención placentaria (33%), seguida de la preeclampsia severa y eclampsia (27%), en orden descendente de ocurrencia se dio la atonía uterina (20%) (3).

En cuanto al Centro de Salud San Marcos, para el año 2016 se registraron 292 partos institucionales, de los cuales 255 fueron en posición vertical; también se evidenció 10 partos domiciliarios atendidos por agentes comunitarios, familiares o personal de salud, y 3 partos en trayecto al establecimiento de salud, dando como resultado 2 muertes neonatales dentro de las 24 horas. Las complicaciones maternas que se suscitaron en este año fueron 8 casos de trastornos hipertensivos en el embarazo, 15 casos de retención placentaria y 13 casos de ruptura prematura de membranas, donde se actuó a tiempo previniendo así muertes maternas. Referente a las complicaciones perinatales

hubo 1 caso de hipoxia, 2 casos de síndrome de distres respiratorio y 2 casos de sepsis neonatal. En comparación al año 2017 que se registró 257 partos institucionales, siendo 247 en posición vertical, nuevamente hubo 10 partos domiciliarios y 3 partos en trayecto al establecimiento de salud, sin ninguna complicación. Para este año se registraron 6 casos de trastornos hipertensivos en el embarazo y 2 casos de ruptura prematura de membranas, no llevando a complicaciones mayores como la muerte materna. En cuanto a las complicaciones perinatales no se evidenció ningún caso. Es por ello que el Centro de Salud San Marcos por ser uno de los pioneros en parto vertical con adecuación intercultural ha disminuido la tasa de partos domiciliarios conllevando a un alto índice de partos institucionales, disminución de complicaciones tanto maternas como perinatales, por ende, evitando la mortalidad materna como perinatal.

La alta incidencia de complicaciones en la ruralidad, entre otros factores, se relaciona no sólo con el grado de severidad con el que llegan a los servicios de salud o con las “distancias geográficas”, sino también con la resistencia de las mujeres al parto institucional, siendo una de las razones la atención del parto en posición horizontal. La gran mayoría de las gestantes de zonas alejadas, rurales o amazónicas prefieren dar a luz en forma vertical, ya sea en cuclillas, sentada o arrodillada; sin embargo, el personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal. Estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos, poniendo en riesgo la salud y la vida, tanto de ella como la del feto y/o recién nacido (4).

A pesar de que la práctica, casi exclusiva en los establecimientos de salud, es la atención del parto horizontal; hay estudios que evidencian la efectividad del parto vertical, mostrando superioridad en cuanto a un menor tiempo de expulsivo, mejor índice de APGAR del recién nacida/o, entre otras ventajas. En ese sentido se reabre la reflexión sobre la importancia de promocionar la atención del parto en posición vertical y la necesidad de destinar recursos para ello, no solo para las mujeres del ámbito rural, sino también para las mujeres de zonas urbanas que desconocen las ventajas de parir en forma natural (4).

En el año 2016, el MINSA aprobó la “Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural”; cuya finalidad es institucionalizar este tipo de parto con el fin de contribuir a reducir el número de muertes de las gestantes y recién nacidos (5). Sin embargo, esta norma es difícil de

aplicarla en los establecimientos de mayor nivel, es decir, en los hospitales; donde se observa con impotencia el trato inadecuado que reciben las mujeres durante el trabajo de parto, pues no hay respeto a su intimidad y las exponen a múltiples manipulaciones. Lamentablemente a muchos profesionales del área urbana, poco o nada les importa la interculturalidad y el respeto por la mujer andina (6).

Según la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el parto vertical representa el 10% del parto institucional en todo el Perú, tanto en la zona urbana como en la rural; siendo las regiones de Ayacucho, Cusco, Huánuco, Puno, Huancavelica y Cajamarca las que registran mayor número de partos verticales (7).

Por consiguiente, es que se hace necesaria la ejecución de las normas en los Establecimientos y Centros de Salud, respetando la atención del parto vertical con adecuación intercultural; pues en un estudio de 160 parturientas, 80 de las cuales tuvieron parto vertical (PV) y 80 parto horizontal (PH); teniendo como resultados: el tiempo de expulsivo que fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min). Se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% y 56,3%). Se presentó un hematoma vaginal y hemorragia posparto, para el parto horizontal, sin diferencia estadísticamente significativa. Hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical (en quienes no se realizó episiotomía), pero de poca profundidad (83% y 60%). No hubo diferencias notables para el apgar patológico, aunque los casos excepcionales se presentaron en el grupo de parto horizontal. Asimismo, llegaron a la conclusión que el parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio (8).

En México (2013) se reportó que "la postura vertical durante el parto no brinda mejores resultados perinatales ni disminuye las complicaciones obstétricas. Acorta el segundo periodo de trabajo de parto, pero es factor de riesgo de desgarros perineovaginal" (8)(9).

Respecto a las complicaciones perinatales, estudios internacionales como la del Ecuador en el 2013 refieren que en los partos verticales existe gran posibilidad de que el neonato presente cefalohematoma por caída y caput succedaneum; a diferencia de la parto en posición horizontal donde se obtuvo mayor número de casos de líquido meconial "lo que puede estar asociado a las condiciones de menor perfusión uterina y placentarias, propias

del efecto Poseiro afectando a las contracciones uterinas y a la oxigenación del producto” (10).

La realidad en diferentes establecimientos de salud, muestra que la atención del parto institucional, es predominantemente en posición horizontal, por razones diversas como la costumbre de la población para este tipo de parto, además, la falta de un ambiente y equipamiento adecuado y la escasa experticia del personal de salud para la atención del parto en posición vertical; realidad que contrasta con la del Centro de Salud San Marcos, donde la atención del parto está enmarcada en la implementación de la norma técnica respecto a la adecuación intercultural, atendiendo el parto según la preferencia de la gestante.

En base a lo anteriormente expuesto y tomando en cuenta que la investigación en esta área, es escasa, es que se optó por realizar el presente estudio que tiene como finalidad identificar cuáles son las complicaciones que se pueden presentar durante la atención del parto, según la posición que opte la gestante.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las complicaciones materno - perinatales en relación a la posición de la madre durante la atención del parto en el Centro de Salud San Marcos, Cajamarca durante el año 2018?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar las complicaciones materno - perinatales relacionadas a la posición de la madre durante la atención del parto en el Centro de Salud San Marcos. Cajamarca, durante el año 2018.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar sociodemográfica y obstétricamente a la población en estudio.
- Identificar la incidencia de la atención del parto según posición materna.
- Identificar las complicaciones maternas relacionadas a la posición materna durante la atención del parto.

- Identificar las complicaciones perinatales relacionadas a la posición materna durante la atención del parto.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El parto es un proceso fisiológico normal que se lleva a cabo sin complicaciones en algunos de los casos, variando de mujer a mujer. Sin embargo, el parto y alumbramiento de muchas gestantes son catalogadas como alto riesgo; por ende, el alto índice de mortalidad materna y perinatal; según la Organización Mundial de la Salud cada día mueren las parturientas en todo el mundo y padecen de complicaciones durante estos periodos, siendo las principales causas las hemorragias (40,2%) (Partos domiciliarios, atonías y retención placentaria), trastornos hipertensivos del embarazo (32%), abortos (17,5%) e infecciones del embarazo (4,1%), donde prácticamente todas estas muertes se producen en zonas rurales y en las comunidades más pobres; siendo Cajamarca uno de los primeros departamentos con más muertes maternas causadas por hemorragias obstétricas (14.2%), seguido por Puno (10.98%) y Piura (8.61%).

Los hallazgos de este estudio permitirán fortalecer la estrategia del Ministerio de Salud que esta fundamentalmente enlazado a la interculturalidad de la atención del parto de las parturientas, siendo una de las prácticas culturales la elección a la posición durante la atención de parto, que den a luz en un ambiente seguro junto al apoyo emocional de un acompañante, en instalaciones bien equipadas y sobre todo que respeten su costumbres y creencias; por esta razón es que el estudio se realizó en el Centro de Salud San Marcos, ya que en este establecimiento casi no hay partos domiciliarios y es un ejemplo a seguir para evitar complicaciones y poner en riesgo la vida de la madre como la del niño por nacer.

Es por ello que el personal de salud necesita ser capacitado y tener recomendaciones para mejorar la salud materna perinatal; y para ello hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario, con el fin de llevar adelante un parto sin complicaciones; empezando que todas las mujeres tengan acceso a la atención prenatal durante la gestación, atención especializada durante el parto, atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto, proporcionar un cuidado maternal respetuoso y mantener una comunicación efectiva entre el personal médico y la madre, evitar hacer episiotomías de forma rutinaria; y en relación a la postura para parir durante años las mujeres han tenido que tumbarse de espaldas, pero la OMS dice que hacerlo en otra postura no tiene ningún impacto negativo

y por eso recomienda que se deje elegir a las mujeres si quieren parir en cuclillas, sentadas o en otra postura que les resulte confortable, puesto que la salud materna y perinatal están estrechamente relacionadas.

Los hallazgos del estudio permiten fortalecer la elección de la gestante y su pareja respecto a la decisión de optar por una posición vertical en el trabajo de parto, por ende, aportará a la disminución de complicaciones materno perinatales, y alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 (1).

De allí la importancia de realizar el presente estudio cuyo objetivo es determinar las complicaciones materno - perinatales que se relacionan a la posición de la madre durante la atención del parto en el Centro de Salud San Marcos durante el periodo abril-junio del 2018, lo cual contribuirá a la importancia que tiene la posición vertical, ya que disminuye las complicaciones que afectan el bienestar materno perinatal, y de esta manera se aporta al fortaleciendo de esta práctica en diversos establecimientos de salud de la región Cajamarca.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### 2.1.1 INTERNACIONALES

**COYAGO ORTEGA J., HERAS MALDONADO J. (ECUADOR, 2018)**, realizó una investigación nombrada “Comparación de las complicaciones maternas y neonatales entre el parto en posición vertical y en posición horizontal en el Centro de Salud Carlos Elizalde en el período 2014-2016”, tuvo como objetivo identificar y comparar las complicaciones maternas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal. La investigación fue analítica y de corte transversal, revisando 884 historias clínicas maternas. En esta investigación se encontró que el 80,4% de puérperas escogió la posición horizontal y 19,6% verticalidad, con la primera un porcentaje mayor necesitó episiotomía (5,1% y 0,6%), pero con la vertical se presentaron más desgarros (48,6% y 45,6%), hemorragia posparto (0,8% y 0,3%). Los neonatos con APGAR bajo al primer minuto (0,6% y 0,6%) disminuyeron al quinto minuto con la postura vertical (0% y 0,4%); la presencia de líquido meconial (17,9% y 17,3%) varió mínimamente. Verticalmente, cefalohematoma fue mayor (2,3% y 0,8%), y caput succedaneum con la posición de litotomía (15,6% y 11,6%). Finalmente concluye que la posición horizontal es más frecuente; y en esta posición existe mayor porcentaje de desgarros grado II y IV (11).

**VILLACÍS NÚÑEZ, D. (QUITO 2013)**, realizó el siguiente estudio: “Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Experiencia en el Hospital Raúl Maldonado Mejía en el periodo 2009-2013”, teniendo como objetivo cuantificar la prevalencia de partos verticales e identificar la asociación entre complicaciones maternas y neonatales en relación a la posición del parto. Esta investigación fue de corte transversal retrospectivo, donde se incluyó los datos de 2319 mujeres; de los cuales se identificaron 2057 (88,7%) partos horizontales, y 262 (11,3%)

partos verticales. Posterior al análisis estadístico los resultados fueron los siguientes, la posición vertical se asoció a una menor probabilidad de haber presentado complicación durante el parto, una menor probabilidad de realización de episiotomía medio lateral, y una probabilidad mayor de presentar un cefalohematoma por caída del neonato, concluyéndose así diferentes resultados en relación a las complicaciones maternas y neonatales entre el parto vertical y horizontal; puesto que la posición vertical durante el parto específicamente se asoció con una reducción de realización de episiotomías en las mujeres; así como también en los neonatos nacidos en posición vertical tuvieron una mayor probabilidad de presentar un cefalohematoma por caída (12).

**CALVO AGUILAR O., FLORES ROMERO A. (MÉXICO – 2013)**, realizó un estudio denominado: “Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina”, con el objetivo de comparar los resultados perinatales y obstétricos entre la postura supina y la vertical en el parto y cuyo método fue de un ensayo clínico con distribución al azar, doble ciego, en el que se incluyeron mujeres sanas en trabajo de parto asignadas a postura vertical o supina, con seguimiento de las complicaciones en el puerperio inmediato y mediato. Este estudio se realizó a 164 pacientes donde asignaron al azar dos grupos, el I, de posición vertical, y el II, de posición supina. Sólo se encontró diferencia en el caso de desgarros vaginales, de los que hubo más casos con la postura vertical, y el acortamiento del segundo periodo, con diferencia significativa de 10 minutos. Concluyó en su estudio que la postura vertical durante el parto no brinda mejores resultados perinatales ni disminuye las complicaciones obstétricas. Acorta el segundo periodo de trabajo de parto, pero es factor de riesgo de desgarros perineovaginal (13).

### **2.1.2 NACIONALES**

**PALMER ESBRI, E. (LIMA - 2013)**, realizó un análisis titulado: “Las diferentes posturas en el parto”, con el **objetivo** de detectar riesgos y beneficios de las diferentes posiciones del parto y valorar su impacto en el cuerpo materno. **Concluyendo** en el análisis que es muy difícil llegar a una conclusión y establecer una posición como la mejor para todos los partos, ya que existen muchas variantes; es así como al adoptar la posición de litotomía hay más instrumentación, más cansancio de la madre y las contracciones son menos eficaces. Mediante la posición lateral, hay menos daño perineal, más eficacia de las contracciones, mayor comodidad de la madre y menos instrumentalización. La posición vertical se asocia con un aumento de hemorragias y desgarros perineovaginal, mientras

las contracciones son mucho más eficaces. La posición cuadrúpeda, favorece el descenso fetal y disminuye el daño perineal (10).

**CASTILLO AYARZA M., CAHUATA MOSQUEIRA A. (LIMA – 2012)**, realizó un estudio llamado: “Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú”, teniendo como objetivo determinar las complicaciones más frecuentes durante la atención del parto vertical. Revisaron 85 historias clínicas de madres que fueron atendidas por parto vertical; esta investigación fue de tipo observacional, descriptivo, transversal, cuantitativo, retrospectivo. No hubo complicación en 11 casos (9%). En 52 (40%) de los casos se tuvo que realizar una episiotomía. El desgarro vaginal ocurrió en 25 pacientes (19%). Hubo presencia de líquido meconial en 13 pacientes (10%). En 7 casos (6%) hubo alumbramiento incompleto, que requirió legrado uterino. La hemorragia ocurrió en 6 pacientes (5%). Respecto a desgarro cervical, trabajo de parto prolongado y trabajo de parto precipitado, cada uno ocurrió en 4 pacientes (3%). Se reportó atonía uterina en 3 pacientes (2%). Excluyendo la episiotomía como complicación, la frecuencia de complicaciones disminuiría de 89% a 48%. En esta investigación se concluyó que no hubo diferencia significativa en las complicaciones, ya que fueron semejantes a la atención horizontal; sólo con la posible excepción del nivel de pérdida sanguínea, no se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la madre o el feto (9).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. PARTO**

Es un conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan (14) la expulsión fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional, con un peso de 500 gramos o más, más los anexos. (15).

### **2.2.2. TRABAJO DE PARTO**

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que, desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer) (16). El parto natural se puede dividir en tres periodos. Estas son comunes a todas las mujeres y van desde que se comienza a dilatar hasta la expulsión de la placenta (17); el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del

feto y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas) y se denomina periodo placentario o de alumbramiento (14).

#### **2.2.2.1. PRIMER PERIODO**

Se extiende desde el comienzo del parto hasta la dilatación del cuello del útero alcanza 10 cm de diámetro, vale decir cuando se completa la dilatación y desaparece el cuello uterino de la vagina; (14) estos son dos fenómenos característicos del trabajo de parto. El borramiento precede sobre todo en la nulípara a la dilatación del cuello, este hecho se cumple por la disminución gradual de su espesor, desde arriba hacia abajo, hasta reducirse al orificio externo, de borde del grado y cortante. En cambio, en la múltipara el borramiento del cuello suele producirse simultáneamente con el proceso de dilatación y finalmente recién cuando este último se ha completado (18).

Es por ello que Friedman inició un abordaje científico (1954) al describir un patrón sigmoideo característico del trabajo de parto mediante la graficación de la dilatación del cuello uterino con respecto al tiempo. Friedman creó el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto: durante el periodo preparatorio, la división de dilatación y la división pélvica (19).

Los mecanismos comunes del trabajo de parto, incluidos los movimientos cardinales fetales en presentación cefálica, encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión y rotación externa, ocurren sobre todo durante la división pélvica del trabajo de parto. En la práctica obstétrica actual, rara vez se identifica con claridad el inicio de la división pélvica. Se definen dos fases de la dilatación del cuello uterino. La fase latente corresponde a la división preparatoria y la fase activa a la de dilatación. Friedman subdividió la fase activa en fase de aceleración, de máxima pendiente y fase de desaceleración (19).

#### **2.2.2.2. SEGUNDO PERIODO**

Se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta que el feto es completamente expulsado fuera de la vulva (14); en este periodo la mujer suele empezar a pujar y con el descenso de la presentación manifiesta urgencia de defecar; terminando así con el nacimiento del feto. Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en múltiparas, pero es muy variable (19). Las contracciones continúan en esta etapa, aunque pueden darse en intervalos más largos (con menor

frecuencia). El médico o la matrona le dará el visto bueno para que comience a pujar. Es posible que sienta dolor intenso alrededor de la zona vaginal y en el perineo, ya que la cabeza del feto comienza a verse (17).

Se han recomendado distintas posiciones durante la segunda fase con el objetivo de favorecer los esfuerzos expulsivos. Eason et al. (2000) realizaron una revisión amplia de las posiciones y su efecto sobre la incidencia de traumatismo perineal y encontraron que la posición erguida apoyada no tenía ventajas sobre el decúbito. Las posiciones en vertical incluyen la sedente, la de rodillas, en cuatro puntos, o el reposo con la espalda en elevación a 30°. Por el contrario, en una revisión sistemática, Berghella et al. (2008) publicaron datos de buena calidad que sustentan el uso de la posición sedente. La evolución del feto y del proceso obstétrico no parece afectarse, se estimule o no la segunda fase del trabajo de parto (Bloom et al., 2006; Hansen et al., 2002). Schaffer et al. (2005) notificaron los efectos maternos de la estimulación del pujo y llevaron a cabo pruebas urodinámicas en primíparas, tres meses después del parto. Las pacientes sometidas a estimulación para empujar durante la segunda fase del trabajo de parto presentaban una capacidad vesical menor y disminución del primer impulso para la micción en comparación con las mujeres a quienes se permitió pujar o descansar según lo desearan. Los efectos a largo plazo de esta práctica aún deben definirse. A medida que la cabeza desciende a través de la pelvis la mujer expulsa heces con frecuencia. Con un descenso adicional, el perineo empieza a protruir y la piel suprayacente se distiende. Ahora se puede observar el cuero cabelludo del feto a través de la abertura vulvar. En ese momento, la mujer y el feto están preparados para el nacimiento (19).

Una vez que la presentación se encuentra en el diámetro occipitopúbico (directa), insinuándose en la abertura vulvar, puede ser necesario agrandar la abertura vulvar para evitar desgarros vaginoperineales (14); haciéndole una episiotomía entre la vagina y el recto, o medio lateral para ensanchar la apertura vaginal y facilitar la salida del feto (17).

### **2.2.2.3. TERCER PERIODO**

Se extiende desde la salida del feto hasta la completa expulsión fuera del aparato genital de la placenta y de las membranas ovulares (14); esto puede durar desde unos pocos minutos a una media hora luego de producirse el parto (17).

La salida de la placenta nunca debe forzarse antes de que ocurra su separación, a menos que el útero se invierta. Una de las complicaciones más graves que se vinculan con el

nacimiento es la inversión uterina, una emergencia que requiere atención inmediata. Es preciso tener cuidado de evitar que las membranas se desgarran y se queden en la cavidad uterina. Si las membranas empiezan a desgarrarse, se sujetan con una pinza y se extraen por tracción suave. Debe revisarse con cuidado la cara materna de la placenta para asegurarse de que no haya fragmentos residuales en el útero (19).

Si tras media hora la placenta no ha sido expulsada es necesario que sea extraída por un especialista para evitar una hemorragia postparto. Esta será revisada para examinar su aspecto y si ha salido en su totalidad. Si se le ha realizado una episiotomía o ha tenido algún desgarro perineovaginal, se le darán los puntos de sutura necesarios, se limpiará la zona y ya podrá descansar y disfrutar del recién nacido (17).

### **2.2.3. POSICIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO**

La posición que adoptan las mujeres durante el parto responde a diferentes factores, especialmente de tipo cultural, por lo que parece difícil determinar cuál sería la conducta instintiva de las mujeres que habitan en países desarrollados. No obstante, en mujeres que viven en zonas menos desarrolladas y que no están tan influidas por la «tecnología» en el parto, se puede observar cómo adoptan posiciones más «fisiológicas», buscando la verticalidad: de pie, cuclillas, cuadrúpeda o de rodillas (20).

#### **2.2.3.1. PARTO VERTICAL**

Es aquel donde la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyado 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 (21). El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida (22).

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 (22).

##### **2.2.3.1.1. FISIOLOGÍA**

- La posición vertical es fisiológica, y es como daban a luz nuestros ancestros desde los inicios de la humanidad en todas las culturas (23).

- En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de

la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto (24), ya que mejoría de los resultados ácido – base en el recién nacido: previniendo el sufrimiento fetal producido por el síndrome supino – hipotensivo y el efecto Poseiro (25).

- El periodo de dilatación es más corto (23), gracias al aumento del diámetro transversal y antero posterior de la pelvis entre 1 y 2 centímetros, ya que al estar flexionados los fémures, actúan elevando los huesos inanimados de la pelvis (22,26). Asimismo, este suceso favorece la apertura del canal vaginal y vulva por colaborar en la apertura de la sínfisis pubiana, estos músculos ayudan de la liberación de hormonas relajantes. La mujer tiene que estar sentada o en cuclillas para que los músculos estén tensos y ejerzan la fuerza necesaria para abrirse (27).

- Esta posición determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto (24). La parturienta al estar parada, sentada o de rodillas, está a favor de la gravedad (23); debido al aumento de presión intrauterina en las posiciones verticales; lo cual favorece el acomodamiento del feto en su paso a través de la pelvis ayudándose de la presión que ejerce el feto en el cuello del útero, ya que aumenta la secreción de oxitocina (Efecto Ferguson – Harris) (25).

- Se estima que la madre gana entre 30-40 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical (24). Asimismo, la eficiencia de la combinación matriz – prensa abdominal: acción de las contracciones uterinas más fuertes y eficientes con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo (25); impulsar al feto hacia la abertura vulvar como única salida (24).

- El parto en una posición vertical tiene el potencial para mejorar; reduce la duración del período expulsivo, ayudando así a reducir el hacinamiento en las salas de parto y a reducir el tiempo que dedican los prestadores de salud a cada mujer (28); puesto que hay menos manipulación del profesional de la salud en la salida de la placenta, lo que no ocurre en la posición horizontal (23).

- Dentro de los efectos respiratorios tenemos que el peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones (26). Además, produce un aumento de la capacidad respiratoria por lo que también aumenta la oxigenación de la madre y del feto, visto que no hay resistencia en los pulmones favorece la tranquilidad y relajación de la madre (25).

- La integridad de la bolsa amniótica durante más tiempo disminuye riesgos en el feto y le permite adaptarse mejor al canal del parto; Disminuye también los patrones anormales de la frecuencia cardiaca (FC) fetal (25).

- El parto vertical proporciona beneficios psicoactivos como menor dolor lumbar (o ausencia de este) (24), durante las contracciones, sensación de libertad, control y participación de mayor satisfacción durante y después del parto; y por ende hay menos necesidad de analgesia (25).

#### **2.2.3.2. PARTO HORIZONTAL**

La posición horizontal, se denomina comúnmente posición ginecológica, posición tumbada, de litotomía o supina (22). La mujer embarazada se coloca en una cama o camilla, tumbada sobre su espalda, en una postura horizontal. Sus piernas se colocan en flexión y abiertas en abducción, apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla (24).

La postura ginecológica ha recibido críticas de que puede llegar a someter a la mujer a demasiada pasividad, además de no favorecer a la fisiología natural del parto. (22) No fue una posición de las más utilizadas en la antigüedad, sin embargo, se ha introducido a nuestros días. La mayoría de las mujeres dan a luz en esta posición, a pesar de que no tiene evidencia científica (28).

##### **2.2.3.2.1. FISIOLOGÍA**

- El útero de la gestante podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardíaco, bradicardia (24); disminuye del retorno venoso por lo que disminuye también el volumen sistólico, debido a esto se produce la hipotensión arterial. Se puede llegar a observar la disminución del pulso femoral cuando se produce la contracción uterina, asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (compresión aorto-cava), por lo que aumenta el CO<sub>2</sub>. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el período expulsivo se prolonga (24,25).

Se observa un cambio en la FC fetal e incluso puede llevar al feto a la muerte por el descenso del PH, aumento de hidrogeniones, alteraciones del funcionamiento enzimático, disminución de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio y cambios tisulares irreversibles que conllevan al fallo cardiaco fetal. En algunos casos se produce

un apgar patológico, pero la diferencia con los partos verticales no es muy significativa (25).

- Los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto” no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final (24), en el caso de la litotomía debido al estiramiento del periné, se pueden producir mayores desgarros (25).

- Esta posición disminuye los diámetros pélvicos transversos y antero – posteriores, ya que el cóccix queda comprimido contra la superficie acostada. Además de esto la cabeza fetal apenas hace presión sobre el cuello uterino por lo que se produce una producción escasa de oxitocina y una distensión poco eficaz del periné (25).

- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación con la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa; además de producirse una carga adrenérgica que dificulta el parto por la compresión nerviosa de la presión de las piernas sobre los estribos. Aumento de la duración del parto; debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad (24,25).

- La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo; pudiendo favorecer los desgarros perineovaginal (24), aumento de partos instrumentales o asistidos y aumento de episiotomías (25).

- Aumento del índice de cesáreas: suele deberse por el sufrimiento fetal debido a la hipoxia de la madre, ineficacia de contracciones y aumento del temor de la madre (25).

### **VENTAJAS**

- Adecuada para partos Instrumentales, facilidad para la colocación del Registro Cardiotocográfico y sobre todo mayor comodidad del Profesional (25).

### **DESVENTAJAS**

- Más tasa de episiotomías, menor Libertad de movimientos; asimismo cierra el estrecho inferior (26).

## **2.2.4. COMPLICACIONES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO**

### **2.2.4.1. COMPLICACIONES MATERNAS**

**2.2.4.1.1. DESGARRO PERINEOVAGINAL:** Los desgarros de la vagina y el perineo se clasifican como laceraciones de primero a cuarto grado, o desgarros perineales; esto se asocia a partos instrumentales, partos precipitados, macrosomía fetal, o bien a partos con atención inadecuada por inexperiencia del personal que lo atiende (14). Los desgarros de primer grado afectan el frenillo, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal, pero respetan la fascia y el músculo subyacentes. Incluyen desgarros periuretrales, que pueden inducir hemorragia profusa. Los desgarros de segundo grado incluyen, además, la fascia y el músculo del cuerpo del perineo, pero no el esfínter anal; estos desgarros suelen extenderse hacia arriba a uno o ambos lados de la vagina, para conformar una lesión de configuración triangular. Los desgarros de tercer grado se extienden aún más y afectan al esfínter anal. Un desgarro de cuarto grado se extiende hasta la mucosa del recto y expone su luz (19).

**2.2.4.1.2. TIEMPO DE PERIODO EXPULSIVO:** Se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta que el feto es completamente expulsado fuera de la vulva (14). Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en multíparas, pero es muy variable (19); ya que según Pérez Sánchez dice que dejando evolucionar espontáneamente su duración aproximada se estima en 15 a 20 minutos para la multípara y en 30 a 45 minutos para la primigesta. Mientras tanto otra bibliografía nos indica que la duración del segundo periodo depende del número de partos o sea que para una nulípara será de dos horas cuando para la multípara será de una hora, en el caso de que apareciera signos de sufrimiento fetal o disminución del progreso del descenso o la rotación de la presentación, es una buena razón para acelerar o terminar el segundo periodo (31).

**2.2.4.1.3. HEMORRAGIA POSTPARTO:** Se define como la pérdida sanguínea posterior a parto vaginal mayor a 500 cc o posterior a cesárea mayor a 1000cc. De igual manera se ha considerado que ocurre cuando se evidencia un descenso del 10 % en el hematocrito frente al previo de la paciente (31).

Esto plantea problemas porque la mitad de las mujeres que dan a luz por vía vaginal pierde esa cantidad de sangre o más cuando se miden las pérdidas de manera cuantitativa (19).

Las muertes maternas por hemorragia posparto ocurren 23,9 % anteparto, 15,5 % intraparto y 60,6 % en el posparto inmediato y en el caso de no producir la muerte se asocia a complicaciones severas (31).

- **Atonía Uterina:** Es llamada también inercia uterina se trata de un cuadro en el que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, hay ausencia de contracción uterina por ende se altera la hemostasia; ocasionando así la causa más frecuente de hemorragia obstétrica (18,19,31).

Semiológicamente, la inercia uterina se caracteriza por un útero muy blando por sobre el ombligo que, como respuesta al masaje se contrae, pero rápidamente se relaja con reaparición de la metrorragia (14).

Es por ello, las mujeres que tienen un feto grande, fetos múltiples, hidramnios, primigestas, multigestas, expulsivo prolongado o mujeres con antecedentes de hemorragia posparto, son propensas a sufrir atonía uterina. La mujer cuyo trabajo de parto se caracteriza por actividad uterina muy vigorosa o apenas eficaz, también tiene probabilidades de presentar hemorragia excesiva por atonía posparto. De igual modo, el trabajo de parto iniciado o aumentado con oxitócicos tiene más probabilidades de ir seguido de atonía y hemorragia (19).

**2.2.4.1.4. HEMATOMA VULVAR:** Complicación no infecciosa que puede ser causa de morbilidad febril en el puerperio. Se presentan 1/800 a 1/ 1000 partos y los sitios más frecuentes son la pelvis y la pared abdominal. El hematoma vulvar está asociado frecuentemente a parto vaginal difícil, uso de fórceps y desgarros del canal del parto inadecuadamente reparados. En algunos casos se complica con extensión retoperineal al ligamento ancho o compresión del recto o la vejiga. Si se complica y se produce compromiso hemodinámico puede ser necesario recurrir a la intervención quirúrgica (14).

#### **2.2.4.2. COMPLICACIONES PERINATALES**

**2.2.4.3. LÍQUIDO MECONIAL:** El término meconio significa opio o jugo adormidera; es la tinción por meconio del líquido amniótico y la depresión del recién nacido; ya que el meconio es producto de la defecación fetal que está compuesta por restos del deglutido, material de descamación y secreciones gastrointestinales fetales, así como por biliverdina, que es lo que le confiere el color verde característico (32). La explicación patológica propone que el feto evacua meconio como reacción a la hipoxia y que por tanto el meconio indica sufrimiento fetal (14).

El líquido amniótico se puede clasificar mediante inspección visual en claro, o verdoso y verde en el caso de que exista tinción meconial. Se debe reflejar la intensidad de la tinción en leve (+), moderada (++) e intensa (+++) o “meconio denso o en pasta”; esta expulsión de meconio indica un trastorno fetal actual o anterior. El estrés intrauterino puede causar paso de meconio al líquido amniótico. (32)

**2.2.4.4. CEFALOHEMATOMA:** Por lo general, se deben a lesión traumática del periostio craneal durante el trabajo de parto y el parto. Su incidencia es de 2,5%, pueden desarrollarse hemorragias en uno o en los dos huesos parietales y son ostensibles los bordes palpables ya que la sangre llega a los límites del periostio, donde gracias a esto se puede distinguir entre el cefalohematoma y el caput succedaneum (19,30).

A menudo que aumenta de tamaño, desaparece después de algunas semanas o incluso meses y el lactante puede estar anémico. En cambio, el caput succedaneum, consiste en un edema focal del cuero cabelludo por la hinchazón superpuesta al periostio, donde este alcanza su nivel máximo al nacer, disminuye de tamaño con rapidez y suele desaparecer al cabo de unas horas o días (19).

## **2.2.5. DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

**2.2.5.1. INTERCULTURALIDAD.-** Es el cambio sustancial de enfoque, reivindica el derecho a la participación sistemática, a las relaciones sociales equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, lingüísticas, de género y de generación, establecidas en un espacio determinado entre hombres y mujeres de diferentes culturas y que debe reflejarse desde la manera como se concibe, se diseña y se implementa un proyecto o una política pública, de tal manera que haga propicio el desarrollo (33).

**2.2.5.2. 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 de 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 (34).

**2.2.5.3. PARTO HORIZONTAL.** - La mujer se tiende en una camilla de respaldo regulable, de manera que su cabeza permanezca más elevada que el resto del cuerpo, apoyando las piernas en sostenes especiales que las mantienen separadas y elevadas. Es la posición adoptada en las exploraciones ginecológicas, que no resulta natural para la parturienta, pero en cambio es cómoda para la matrona y el médico (35). Nos referimos al tipo de parto en el cual el feto sale a través de la vagina, pero, a diferencia del parto natural, en éste se utiliza anestesia y medicamentos para el dolor y algunos instrumentos. Usar o no algún tipo de analgesia durante el parto depende de la mujer y de sus circunstancias personales. La posición que se obliga literalmente para la parturienta es horizontal (19).

**2.2.5.4. COMPLICACIONES MATERNA.** - Comprende al conjunto de patologías durante el embarazo, parto y puerperio, como: hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia-eclampsia), sepsis de origen obstétrico, aborto infectado, embarazo ectópico, RPM, infección del tracto urinario y otras, que se presentan en forma aguda y son propias de este periodo fisiológico, comprometen la vida y representan riesgo de secuelas invalidantes en la mujer (36).

**2.2.5.5. COMPLICACIONES PERINATALES.** - Son patologías que ponen en riesgo al feto y al recién nacido (37).

### **2.3. HIPÓTESIS**

H1: Las complicaciones maternas - perinatales relacionadas con la posición horizontal de la madre durante la atención del parto en el Centro de Salud San Marcos, durante el año 2018 son mayor tiempo de periodo expulsivo, atonía uterina y en el feto presencia de líquido meconial.

H2: Las complicaciones maternas - perinatales relacionadas con la posición vertical de la madre durante la atención del parto en el Centro de Salud San Marcos, durante el año 2018 son: mayores desgarros perineovaginal, hematoma vulvar y presencia de cefalohematoma por caída del neonato.

## **2.4. VARIABLES**

### **2.4.1. Variables dependientes:**

- Complicaciones maternas
- Complicaciones perinatales

### **2.4.2. Variable independiente:**

- Posición materna durante el parto

## 2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> <b>Posición materna durante el parto</b>  Es la posición que solicita la mujer durante el periodo expulsivo; ya sea vertical o horizontal.	Posición horizontal	SI NO	Nominal
	Posición vertical	SI NO	Nominal
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> <b>Complicaciones Materno perinatales</b>  Es el conjunto de patologías durante el embarazo, parto y puerperio que ponen en riesgo la vida de la madre; del mismo modo patologías que ponen en riesgo del feto y del recién nacido.	Complicaciones maternas	Desgarro Perineovaginal	Nominal
		Hemorragia Post Parto	Nominal
		Tiempo de Periodo Expulsivo	Nominal
		Otras Complicaciones	Nominal
	Complicaciones Perinatales	Líquido meconial	Nominal
		Cefalohematoma	Nominal

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. DISEÑO Y TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo; ya que se realizó sin manipular la variable en estudio y se observaron los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; por lo que se obtendrá la información de las respuestas de la encuesta realizada a cada una de las gestantes del Centro de Salud San Marcos.

**No experimental:** A lo largo de la investigación, no se manipularon las variables, ya que la investigación se basó en la observación de fenómenos tal y como se den en su contexto natural.

**Transversal:** Debido a que la investigación se analizó a través del tiempo.

**Descriptivo:** Permitió describir las complicaciones materno - perinatales y la posición de la madre durante la atención del trabajo de parto.

**Correlacional:** Determinó si dos variables están relacionadas o no. Esto significa que se analizó, si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable.

#### 3.2. ÁREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud San Marcos, el cual se localiza en Av. 28 de julio s/n San Marcos-Cajamarca, pertenece a la categoría I – 4; con función asistencial. (Anexo N° 1)

**3.2.1. UBICACIÓN:** San Marcos, se ubica en el este de la Región Cajamarca dentro del corredor económico criznejas, se extiende en una superficie de 1,362.32 km<sup>2</sup>, con altitudes que van desde 900 a 4,100 msnm. La extensión territorial de la provincia de San Marcos ocupa una superficie de 1,356.16 km<sup>2</sup>, que equivale al 4.11% del departamento de Cajamarca. La provincia de San Marcos es una de las trece que conforman el

Departamento de Cajamarca, bajo la administración del Gobierno Regional de Cajamarca, en el Perú. Limita por el norte con la provincia de Celendín; por el este con el departamento de La Libertad; por el sur con la provincia de Cajabamba; y, por el oeste con la provincia de Cajamarca (38).

Cuenta con una población 51,031 habitantes (INEI 2007), de los cuales 11,641 pertenecen al área urbana y 39,310 al área rural. Esta provincia, está conformada por siete distritos: José Sabogal, José Manuel Quiroz, Gregorio Pita, Eduardo Villanueva, Chancay, Ichocán y Pedro Gálvez (38).

**3.2.2. POBLACIÓN:** La población en la presente investigación estuvo conformada por todas las gestantes con parto por vía vaginal, atendidas en el servicio del Centro Obstétrico del Centro de Salud San Marcos, donde hubo un total de 257 partos para el año 2017; que hacen un total aproximado de 20 partos por mes.

### **3.3. MUESTRA Y MUESTREO**

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

#### **3.3.1. Tamaño de la muestra:**

El tamaño de la muestra se calculará para estimar la proporción de gestantes a término. Se utilizará la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2 PQ}{(N-1)E^2 + Z^2 PQ}$$

Donde:

n= Tamaño mínimo de muestra

N= Tamaño poblacional

Z= Coeficiente de 95% de confianza para estimar la proporción P

P= Proporción de complicaciones maternas (0,05)

Q= Casos sin complicaciones (0,95)

E= Precisión en la estimación de la proporción de complicaciones maternas (0,05)

Que sustituyendo datos obtenemos:

$$n \geq \frac{(257)(1.96)^2(0.05)(0.95)}{(257-1)(0.05)^2+(1.96)^2(0.05)(0.95)}$$

$$n \geq 57.01 \approx 60$$

Por lo tanto, es apropiado trabajar con un número entero  $\approx 60$ .

### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes que fueron atendidas su parto en el Centro Obstétrico del Centro de Salud San Marcos durante los meses de abril a junio del 2018.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Gestante en trabajo de parto cuya indicación y/o pronóstico sea el parto vaginal en presentación cefálica, con una gestación a término. Asimismo, acepte participar del estudio y firme el consentimiento informado.

#### **3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Falta de colaboración de la gestante para el trabajo de parto y la atención de este (problemas psiquiátricos), luxación traumática de caderas, o que no acepte participar del estudio y no firme el consentimiento informado.

- Gestantes con complicaciones obstétricas como: incompatibilidad feto pélvica, embarazo gemelar, distocia de presentación, de cordón y/o de contracción, partos prematuros, preeclampsia severa (dependiendo del periodo y fase que se encuentre), eclampsia, macrosomía fetal con diagnóstico clínico y ecográfico previo.

- Gestantes con antecedentes de cesáreas iterativas (más de dos), o una cirugía uterina previa (miomectomías).

### **3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para ejecutar el presente estudio se tuvo en consideración la autorización de las autoridades del Centro de Salud San Marcos (Anexo N° 2), asimismo se tendrá el consentimiento informado de las gestantes (Anexo N° 3), donde se fundamentó en

critérios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, de acuerdo a lo siguiente:

- **Autonomía.** La gestante encuestada tendrá libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la propia investigadora.
- **No maleficiencia.** La información se obtendrá luego que la gestante firme el consentimiento informado y llene la encuesta.
- **Consentimiento informado.** Luego que la gestante sea informada, en forma clara y precisa, del propósito de la investigación, emitirá su autorización firmando el documento de consentimiento informado.
- **Privacidad.** Se respetará el anonimato de la gestante entrevistada, en todo momento de la investigación.
- **Confidencialidad.** La información personal de la gestante será protegida para que no sea divulgada sin su consentimiento.

### **3.7. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS Y DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

Para la realización de la investigación, primeramente, se solicitó el permiso al jefe del Centro de Salud San Marcos para recolectar la información necesaria. Como siguiente paso se informó a las gestantes en trabajo de parto sobre la investigación que se está llevando a cabo, y así se solicitó que firmen el consentimiento informado (Anexo 03) para luego obtener la información correspondiente, gracias a la aplicación del instrumento (Anexo N° 4) correspondiente con una duración promedio de 20 minutos.

La Ficha de Recolección de Datos consta de las siguientes partes:

- Datos Generales como: edad, religión, grado de instrucción, estado civil, zona de residencia, estado laboral para lograr caracterizar a la población.
- Antecedentes Obstétricos como: gravidez, edad gestacional y periodo intergenésico.
- Posición materna durante el parto: Horizontal o Vertical.
- Complicaciones maternas: Desgarro perineovaginal, tiempo de periodo expulsivo, hemorragia postparto, y otras complicaciones.
- Complicaciones perinatales como: líquido amniótico meconial, cefalohematoma.

### **3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El presente trabajo de investigación se realizará a través de la recolección de información mediante las encuestas empleadas a todas las gestantes que le atendieron su parto en

el Centro de Salud San Marcos en los meses de abril a junio del año 2018; para luego ser procesados en el programa Microsoft Excel 2010; posteriormente se realizó un análisis estadístico con el programa IBM SPSS versión 21; finalmente se realizó el análisis de inferencia, entre las dos variables de estudio, para ello la prueba estadística con el que se analizó con indicadores estadísticos como chi cuadrado y el coeficiente de correlación (p), determinando que si este es  $\leq 0,05$  existe una relación significativa entre dos variables; luego se realizó la interpretación y descripción de los resultados presentados en tablas.

### **3.9. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS:**

La calidad y fiabilidad del instrumento se determinó gracias a la prueba piloto en base a 15 encuestas realizadas en el mismo lugar de estudio, y evaluada por el estadístico de la Universidad Nacional de Cajamarca, donde tuvo un alto grado de confiabilidad; ya que el coeficiente Alfa de Cronbach dio como resultado un valor de 0,811.

Además, se asumió un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recolectada por la misma investigadora.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 Características sociodemográficas y obstétricas

**Tabla N°01: Características sociodemográficas de las gestantes que fueron atendidas su parto en el Centro de Salud San Marcos. Cajamarca. 2018.**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		POBLACIÓN	
		n°	%
EDAD MATERNA	< 18 años	3	5,0
	18 a 35 años	48	80,0
	> 35 años	9	15,0
RELIGIÓN	Católica	50	83,3
	No católica	10	16,7
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Iletrada	1	1,7
	Primaria completa	22	36,7
	Primaria incompleta	10	16,6
	Secundaria completa	8	13,3
	Secundaria incompleta	9	15,0
	Superior universitario	3	5,0
	Superior no universitario	7	11,7
ESTADO CIVIL	Soltera	1	1,6
	Casada	55	91,7
	Viuda	4	6,7
PROCEDENCIA	Urbano	15	25,0
	Rural	45	75,0
OCUPACIÓN	Ama de casa	51	85,0
	Estudiante	2	3,3
	Trabaja	7	11,7
<b>TOTAL</b>		<b>60</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

Según los datos registrados en la presente tabla se observa que el grupo etario más frecuente estuvo comprendido entre los 18 a 35 años que corresponde a la categoría de edad materna adecuada con un 80% del total de gestantes encuestadas; asimismo 15% de encuestadas son mayores de 35 años y 5% son menores de 18 años.

En cuanto a la religión de las gestantes encuestada se evidencia que 83,3% de la muestra estudiada con mayor proporción, es católica y 16,7% pertenecen a otras religiones.

Con relación al grado de instrucción, 36,7% tuvo primaria completa, 16,6% primaria incompleta, 15% secundaria incompleta, 13,3% secundaria completa, 11,7% superior no universitario, 5% superior universitario y solamente 1,7% fueron iletradas.

Sobre los datos registrados del estado civil de las gestantes se observa que 91,7% de la muestra estudiada con mayor porcentaje son casadas, 6,7% es viuda y solamente 1,6% es soltera.

De las gestantes encuestadas proceden el 75% de ellas en gran parte de la zona rural y 25% del resto son de residencia urbana.

La ocupación con mayor porcentaje de las pacientes encuestadas es de 85% manifestando ser ama de casa, 11,7% indicaron trabajar y solamente 3,3% de ellas señalaron ser estudiantes.

**Tabla N°02: Características Obstétricas de las gestantes que fueron atendidas su parto en el Centro de Salud San Marcos. Cajamarca. 2018.**

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		POBLACIÓN	
		n°	%
PARIDAD	Primigesta	19	31,7
	Segundigesta	17	28,3
	Multigesta	18	30,0
	Gran Multigesta	6	10,0
EDAD GESTACIONAL	37 semanas	6	10,0
	38 semanas	14	23,33
	39 semanas	18	30,0
	40 semanas	17	28,3
	41 semanas	5	8,37
PERIODO INTERGENÉSICO	< 2 años	4	6,6
	3-5 años	24	40,0
	>6 años	13	21,7
	NA	19	31,7
<b>TOTAL</b>		<b>60</b>	<b>100,00%</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

Con respecto a la variable paridad, 31,7% de la muestra estudiada fueron primigestas, 30% multigestas, 28,3% segundigestas y 10% gran multigestas.

En cuanto a la muestra el mayor porcentaje de edad gestacional fueron de 39, 40 y 38 semanas de embarazo representado en un 30%, 28,3% y 23,33% respectivamente; asimismo, un porcentaje relativo 10% presentó un embarazo a las 37 semanas y 8,37% un embarazo mayor de 41 semanas. Por otro lado, la variable periodo intergenésico de las gestantes encuestadas manifestaron haberse embarazado un 40% después de 3 a 5 años, 21,7% refirió haber gestado después de 6 años; y un 6,6% indicó haberse embarazado antes de los 2 años.

## 4.2 Incidencia de la atención del parto según posición vertical y horizontal

**Tabla N°03. Incidencia de la atención del parto según posición materna.  
Centro obstétrico – Centro de Salud San Marcos. Cajamarca.  
2018.**

<b>POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO</b>	<b>POBLACIÓN</b>	
	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Vertical</b>	19	31,7
<b>Horizontal</b>	41	68,3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Instrumento de recolección de datos

En cuanto a la posición de las gestantes atendidas durante el parto en el Centro de Salud San Marcos, la posición que predominó fue la horizontal con 68,3% en comparación con la posición vertical con 31,7%, siendo esta la posición de menor frecuencia.

### 4.3 Complicaciones maternas relacionadas a la posición materna durante la atención del trabajo de parto.

Tabla N°04. Distribución de las gestantes atendidas en el Centro Obstétrico –Centro de Salud San Marcos según la frecuencia de las complicaciones maternas relacionadas a la posición materna durante la atención del parto. Cajamarca. 2018.

COMPLICACIONES MATERNAS		POSICIÓN				TOTAL		χ <sup>2</sup>	Valor p	
		VERTICAL		HORIZONTAL		n°	%			
		n°	%	n°	%					
HEMORRAGIA POSTPARTO	SI	0	0,0	1	1,63	1	1,63	0,471 <sup>a</sup>	0,492	
	NO	19	31,67	40	66,7	59	98,37			
DESGARRO PERINEO- VAGINAL	SI	9	15,0	18	30,0	27	45,0	0,063 <sup>a</sup>	0,802	
	NO	10	16,67	23	38,33	33	55,0			
TIEMPO DE PERIODO EXPULSIVO	PRIMIGESTA	≤ 50'	5	6,67	5	10,0	10	16,67	0,426 <sup>a</sup>	0,519
		≥ 50'	2	3,33	7	11,67	9	15,0		
	MULTIGESTA	≤ 20'	11	16,66	28	48,33	39	64,99		
		≥ 20'	1	1,67	1	1,67	2	3,34		
OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS	SI	1	1,67	0	0,0	1	1,67	2,194 <sup>a</sup>	0,139	
	NO	18	30,0	41	68,33	59	98,33			
<b>TOTAL</b>						<b>60</b>	<b>100,00</b>			

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

En la tabla la variable hemorragia postparto se evidenció que del total solamente 1,63% presentó dicha complicación (atonía uterina) en posición horizontal; no obstante, las mujeres que dieron a luz en posición vertical no presentaron dicha complicación durante su parto.

Con respecto a la variable desgarro perineovaginal las mujeres que dieron a luz en posición horizontal el 30% de parturientas evidenció desgarros perineovaginales de I° y II° grado; sin embargo, el 15% ostentó desgarros perineovaginales de I° y II° grado en posición vertical.

Respecto al tiempo en la duración del periodo expulsivo, se mostró que 11,67% y 3,33% de primigestas que dieron a luz en posición horizontal y vertical tuvieron un expulsivo

mayor a 50 minutos; no obstante, las multigestas que dieron a luz en posición horizontal 1,67% y vertical 1,67% presentaron un expulsivo mayor a 20 minutos.

Según otras complicaciones maternas que haya sucedido en esta investigación, se observó que las mujeres que dieron a luz en posición vertical el 1,67% presentó hematoma vulvar durante el parto.

Así mismo, mediante el uso del programa estadístico SSPS versión 21, arrojó un valor de  $p= 0,492$  para la hemorragia post parto, un valor de  $p= 0,802$  para desgarro perineovaginal, un valor de  $p= 0,519$  para el tiempo de periodo expulsivo y un valor de  $p= 0,139$  para otras complicaciones (hematoma vulvar); lo que indica que no hay relación significativa entre la posición de la parturienta y las complicaciones maternas.

#### 4.4 Complicaciones perinatales relacionadas a la posición materna durante la atención del parto.

Tabla N°05. Distribución de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Marcos según la frecuencia de complicaciones perinatales de acuerdo con la posición durante la atención del parto. Cajamarca. 2018.

COMPLICACIONES PERINATALES		POSICIÓN				TOTAL		X <sup>2</sup>	Valor p
		VERTICAL		HORIZONTAL		n°	%		
		n°	%	n°	%				
LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL	SI	0	0,0	1	1,67	1	1,67	0,471 <sup>a</sup>	0,492
	NO	19	31,67	40	66,66	59	98,33		
<b>TOTAL</b>						<b>60</b>	<b>100,00</b>		

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

Según los datos registrados sobre líquido meconial se observa que en la posición horizontal el 1,67% tuvo presencia de meconio en el líquido amniótico; no obstante, en las mujeres que dieron a luz en posición vertical no se evidenció esta complicación durante el parto.

Tras la utilización del programa estadístico SSPS versión 21, arrojó un valor de p= 0,492 para el líquido amniótico meconial, lo que indica que no hay relación significativa entre la posición de la parturienta y las complicaciones perinatales.

## CAPITULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 5.1. Características Sociodemográficas y Obstétricas:

Respecto a la edad de las gestantes encuestadas, el 80% tenían edades entre 18 a 35 años, edad adecuada para quedar embarazada; sin embargo, dentro de los porcentajes presentados en la tabla N° 01 el grupo etario mayores de 35 años (15%) representan un porcentaje relativo de gestantes añosas, indicando que durante el embarazo, parto y puerperio aumentarían el riesgo de morbilidad materna perinatal por la misma condición de la edad, ya que según estudios la fertilidad natural disminuye progresivamente a lo largo de la vida con mayor posibilidad también de malformaciones congénitas; al igual que las gestantes menores de 18 años; por ende el área en el que se tiene que trabajar es planificación familiar, con el objetivo de abordar una maternidad y paternidad responsable y segura.

En lo concerniente a la religión, 83.3% de encuestadas manifestaron ser católicas y 16.7% de otras religiones, indicando que el profesional de salud que entre en contacto con mujeres gestantes de diferentes religiones incluida la religión católica tendrá que lidiar con sus creencias, ideologías, tradiciones y costumbres establecidas por su iglesia, donde el profesional tendrá que estar dispuesto a hacer modificaciones en su actitud y práctica profesional durante la atención obstétrica; con el objetivo de aumentar los partos institucionales y evitar partos domiciliarios; por ende, disminuir los índices de mortalidad materna y perinatal.

Con lo que respecta al grado de instrucción de las encuestadas, el mayor porcentaje fue educación primaria (primaria completa 36.7%, primaria incompleta 16.7%) seguida de la secundaria incompleta 15% e iletradas (1,7%); estos resultados no difieren de los estudios consultados ya que la mayoría de las mujeres en departamentos como el nuestro dejan de estudiar al quedar embarazadas para dedicarse al embarazo, a los quehaceres

de la casa y a su vida como madre, conllevando a un déficit en oportunidades laborales para las mujeres San Marquinas, asimismo, dificultando la transferencia de información y educación sobre las señales de alarma durante el embarazo, parto y puerperio; por ende todo esto se asocia a la presencia de complicaciones durante estos periodos; ya que en este estudio las encuestadas tienen sólo secundaria completa 13,3%, 11,7% tiene un nivel superior no universitario y 5% sólo superior universitario.

De acuerdo al estado civil de las encuestadas, el mayor porcentaje de gestantes manifestaron ser casadas 91,7%, y un 6,7% viudas; reflejando que la mayoría de estas se encuentran en una relación matrimonial estable y protegida, lo que trae por consecuencia familias sólidas que están ofreciendo un mejor futuro a sus propias vidas y la de sus hijos; asimismo, desarrollan un embarazo, parto y puerperio sin complicaciones, mientras que el 1,6% de las gestantes fueron solteras; trayendo como consecuencia efectos negativos en el feto y neonato, destacando el bajo peso al nacer, parto pretérmino, pequeño para edad gestacional, bajo apgar y llegando algunas veces a la muerte e incrementando los índices de morbilidad perinatal.

Respecto a la procedencia el mayor porcentaje de la muestra estudiada provienen de la zona rural con un 75%, seguida por la zona urbana con un 25%, manifestando muchas de ellas que acuden al establecimiento por la accesibilidad y ubicación, asimismo, por la calidad de atención que brinda el personal de salud, y la adecuación cultural durante el parto, en su mayoría se sienten muy satisfechas con la atención recibida durante su estadía en dicho establecimiento.

En cuanto a la ocupación de las gestantes encuestadas, se muestra que el mayor porcentaje de mujeres manifestaron ser amas de casa (85%), 11,7% indicaron trabajar y el 3,3% refieren ser estudiantes; relacionándolo estos porcentajes con mayor riesgo de desarrollar complicaciones maternas – fetales debido al tipo de tareas domésticas ejercidas; no obstante, las labores que ejercen las amas de casa implica realizar esfuerzos físicos que muchas veces pueden desencadenar complicaciones durante el embarazo y estas pueden pasar desapercibidas por las gestantes y generar a largo plazo complicaciones tanto para ella como para el feto; estos porcentajes mostrados por la tabla N°01 están relacionadas directamente con el grado de instrucción de cada una de ellas.

Referente a la paridad se encontró que la mayoría de encuestadas eran primigestas (31,7%), seguida por un 30% de multigestas, representando estos porcentajes un riesgo para este grupo de mujeres, ya que el riesgo de complicaciones maternas, fetales y neonatales son mayores por la misma condiciones antes ya mencionada; puesto que, la

primigravidez es un riesgo obstétrico, ya que tiene un canal de parto no que nunca ha sido sometido a prueba, las enfermedades intercurrentes de embarazo, amenaza de aborto, parto prematuro, entre otros. Mientras que en el otro grupo de multigravidas presentan con mayor frecuencia hemorragia posparto; por ende, en este grupo de estudio se debe priorizar la orientación y consejería en planificación familiar y además se debe educar sobre estilos y conductas de vida saludable, con el objetivo de disminuir los índices de mortalidad materna-perinatal.

Respecto a la edad gestacional, la tabla N° 02 revela que el mayor porcentaje de embarazos se encontraba a término, que según la norma y clasificación establecida por la organización mundial de salud (OMS) es normal, haciendo referencia que los neonatos con esta edad gestacional están preparados para la adaptación a la vida; por ende menor a las 37 semanas tienen el riesgo elevado de presentar complicaciones respiratorias generalmente; asimismo, los embarazos con más de 41 semanas corren el riesgo de un incremento en la asfixia fetal, he ahí la educación a las gestantes sobre la importancia de realizarse los controles prenatales a tiempo y en las fechas acordadas, contribuyendo de esta manera a la disminución complicaciones.

En cuanto a la variable periodo intergenésico 40% de las gestantes encuestadas manifestaron haberse embarazado dentro de los 3 a 5 años , dato que según la organización mundial de la salud (OMS) aprueba como adecuado; sin embargo, 21,7% de gestantes manifestaron haber quedado embarazada después de 6 años, lo cual constituye un riesgo para la madre y para los neonatos, debido a que las capacidades reproductivas fisiológicas maternas tienden a declinar, llegando a ser similares a las primigestas y conllevando a presentarse complicaciones perinatales como partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del feto y neonato. También están asociadas con riesgos significativamente mayores para la madre, tales como preeclampsia y eclampsia; asimismo, un porcentaje relativo 6,7% de encuestadas indicaron haberse embarazado antes de los 2 años, representando del mismo modo un riesgo materno perinatal, ya que los periodos intergenésicos cortos representan un riesgo significativamente más alto de resultados maternos adversos, como anemia, depleción materna en micronutrientes principalmente de folatos, sangrado en el tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, hemorragia posparto, endometritis puerperal, hasta la muerte; del mismo modo acarrea complicaciones perinatales adversos tales como prematuridad, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento uterino y mortalidad neonatal en el peor de los casos.

## **5.2. Incidencia del parto según la posición de la Madre**

En la tabla N°03 muestra que 68,3% del total de gestantes encuestadas tuvieron un parto en posición horizontal y 31,7% un parto en posición vertical, evidenciando estos porcentajes, se debe probablemente a que en el Centro de Salud San Marcos han implementado la atención del parto vertical con adecuación intercultural dentro de sus normas, no obstante, la incidencia está relacionada en función a la opción y decisión de las gestantes según la “Norma técnica de salud para la atención de parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural”(5), donde en el establecimiento los profesionales de salud calificados brindan buena atención, comunicación eficaz, apoyo e información a las gestantes y sobre todo atienden su parto con calidad, respetando la posición que ellas deseen, además permiten la presencia de un familiar durante el parto, asimismo, les aprueban tomar sus “agüitas” según sus costumbres y creencias, también les permiten llevar la placenta para veneración según costumbres de los familiares, por tales motivos, las mujeres principalmente de la zona rural se sienten muy satisfechas con la atención recibida durante su estadía en dicho Centro de Salud, esta adecuación intercultural contribuye de una manera u otra a la disminución de la morbilidad materna perinatal; así mismo, la incidencia del parto horizontal en algunos casos se da tal como mencionó Raquel “prefiero la posición horizontal, porque hace dos años también di a luz en la camilla”; es por ello que algunas gestantes optaron esta posición, por sus antecedentes, porque el familiar o la vecina le dijo que opte esa posición, entre otras razones. En consecuencia, a lo anteriormente hablado es que se reconoce al Centro de Salud San Marcos como uno de los centros pioneros en la atención de parto vertical con adecuación cultural.

## **5.3. Complicaciones maternas según la posición del parto**

En cuanto a la variable hemorragia posparto, del total de gestantes atendidas, 1,63% presentó hemorragia posparto, evidenciándose en la historia clínica que esta complicación materna se presentó en una mujer primigesta de 20 años que dio a luz en posición horizontal; coincidiendo esta complicación con el estudio realizado por Calderon J. en el 2008, evidenciando además un periodo expulsivo que duro 1 hora 9 minutos, representando un factor de riesgo para que se desencadenara posteriormente una atonía uterina, no obstante, los expulsivos prolongados en cualquier parturienta representan en un 70% la posibilidad de desencadenarse complicaciones maternas como las atonías o

hipotonías uterinas(19), en este caso se evidenció una atonía uterina como consecuencia de un expulsivo prolongado con una pérdida sanguínea de 600cc.

Referente a la variable desgarro perineovaginal, las mujeres que dieron a luz en posición horizontal y posición vertical representaron el 30% y 15% de desgarros perineovaginales de I° y II° grado respectivamente, estos resultados difieren de los datos obtenidos por los investigadores Calderon J. (2008), Calvo Aguilar O. (2013) y Palmer Esbrí E (2013); los cuales refieren que los desgarros perineovaginales se da con mayor frecuencia en la posición vertical. Los desgarros perineovaginales generalmente se presentan como consecuencia de una protección inadecuada del periné durante el expulsivo; en el caso de aquellas mujeres que dieron a luz en posición horizontal son más propensas a desgarros perineovaginales debido a que los miembros inferiores de la parturienta, al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto” no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo al estiramiento del periné y por ende a la expulsión final (24); sin embargo, las mujeres que dieron a luz en posición vertical, al estar paradas, sentadas o de rodillas, está a favor de la gravedad (23), la abertura del canal vaginal y vulva, ayudando así a que los músculos del periné estén tensos y ejerzan la fuerza necesaria para abrirse gracias al pujo; por ende, evitar altos índices de desgarros perineovaginales, sin menoscabar la vida sexual y reproductiva de la mujer.

Según los datos registrados en la tabla N°4 se observa que las primigestas que dieron a luz en posición horizontal 11,67% y posición vertical 3,33% presentaron un periodo expulsivo mayor a 50 minutos, expresando estos datos estadísticos que las primigestas que dan a luz en posición horizontal tienen el riesgo de presentar expulsivos prolongados a diferencia de las primigestas que dan a luz en posición vertical. Según teoría las mujeres que dan a luz en posición vertical tienen la ventaja de que por la gravedad van a aumentar los diámetros del canal del parto 2 cm en sentido antero posterior y 1 cm en transversal (24), asimismo, hay mayor eficacia de las contracciones uterinas favoreciendo la salida del producto y disminuyendo el tiempo del expulsivo; teoría que es respaldada por los datos encontrados en la presente investigación; no obstante, los partos horizontales tienen mayor riesgo de presentar expulsivos prolongados ya que según teoría los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto” no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final (25). Por lo tanto, según las estadísticas

encontradas en la presente investigación respalda a las investigaciones realizadas por diferentes autores en distintos países.

En la tabla de complicaciones maternas se observa que de 31,67% de mujeres que dieron a luz en posición vertical, 1,67% presentó hematoma vulvar a diferencia de las mujeres que dieron a luz en posición horizontal donde no se evidencio complicación alguna, aludiendo este porcentaje a que la gestante dio a luz a un recién nacido de 4 kilos 100 gramos, con un perímetro cefálico de 34,5 cm, un perímetro torácico de 34 cm y una talla de 51 cm, motivos por los que la mujer presentó dicha complicación.

### **5.3. Complicación Perinatal según la posición del parto**

La tabla N° 05 registra que de 68,33% de mujeres que dieron a luz en posición horizontal, 1,67% de neonatos presentó líquido amniótico con meconio a diferencia de las mujeres que dieron a luz en posición vertical (31,67%) en las que no se evidencio líquido meconial durante el parto. La presencia del meconio en el líquido amniótico varía de acuerdo con la edad gestacional del feto, es más frecuente después de las 42 semanas y menos frecuente antes de las 38 semanas de gestación; además existen factores que predisponen a esta complicación neonatal como la hipertensión arterial materna, insuficiencia placentaria, preeclampsia, oligoamnios, partos prolongados, consumo de tabaco y cocaína. En nuestro estudio el porcentaje relativo de neonatos que presentó esta complicación tuvo una edad gestacional de 38 semanas mostrando un líquido amniótico verdoso fluido, esta complicación es conocida como un síntoma de posible distrés fetal, debido a que la expulsión del meconio se produce por efecto del sistema nervioso parasimpático durante las compresiones del cordón umbilical produciendo un incremento del peristaltismo intestinal y a su vez la relajación del esfínter anal, donde esta complicación no está catalogada directamente como un sufrimiento fetal agudo.

## CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Las gestantes del estudio se caracterizan por tener entre 18 y 35 años, ser amas de casa, de religión católica, con primaria completa, casadas y provenientes de la zona rural. Referente a la paridad fueron multigestas, con embarazo a término y periodo intergenésico adecuado.
2. La incidencia de las gestantes atendidas según la posición durante el trabajo del parto; predominó la posición horizontal, con 68,3%; en contraste al parto vertical, que fue de 31,7%.
3. Las complicaciones maternas se manifestaron de la siguiente forma:
  - 3.1 Las complicaciones maternas más evidentes en la posición horizontal fueron: desgarros perineovaginales, con 30%; mayor tiempo del periodo expulsivo (primigestas con 11,67% y; multigestas, 1,67%) y hemorragia posparto con 1,63%
  - 3.2 En la posición vertical, se encontró tan sólo un 15% de desgarros perineovaginales y el mayor tiempo de periodo expulsivo en primigestas fue de 3,33% y; en multigestas, 1,67%.
4. La única complicación perinatal fue líquido amniótico meconial (1,67%) en la posición horizontal.

## RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

### A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD (DIRESA)

- En base a la evidencia obtenida en esta investigación, se recomienda brindar capacitaciones constantes a cerca de la importancia del parto vertical en la disminución de complicaciones materno perinatales, con el fin de promover la participación de la madre en la toma de decisiones respecto al parto, en los diferentes puestos y Centros de Salud del departamento de Cajamarca; y así la mujer experimente el parto de una manera más positiva para luego contribuir al aumento del parto institucional, y lograr la disminución de la mortalidad materno-perinatal.

### AL CENTRO DE SALUD SAN MARCOS

- A los profesionales de la salud del Centro de Salud San Marcos reciban instrucción formal sobre la atención del parto en las diferentes posiciones, con el fin de contribuir a evitar complicaciones prevenibles encontradas en este estudio; ya que es importante estar en capacidad de atender un parto en la posición que la madre elija. Es por ello que esta capacitación debe realizarse no sólo durante el ejercicio profesional, sino que debe iniciar en las escuelas de medicina y obstetricia, facilitando la familiarización con otras posiciones de atención de parto, y respetar la cultura y las costumbres de cada mujer que va solicitar atención en sus diferentes etapas reproductivas.

### A LAS UNIVERSIDADES

- Desarrollar cursos teóricos y prácticos en las escuelas de Obstetricia, hacer pasantías en lugares donde se brinda atención de parto vertical con enfoque intercultural, fortaleciendo de esta manera las habilidades y destrezas de los futuros obstetras.

### A LAS OBSTETRAS

- Promover la atención del parto en las diferentes posiciones, respetando las decisiones que tomen las parturientas al momento de su parto.

### A LOS ESTUDIANTES DE OBSTETRICIA

- Seguir elaborando investigaciones a nivel regional acerca de las complicaciones materno perinatales en relación a la posición de la madre durante el parto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 2017 (Último acceso: 2 enero 2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Perú. 2016 (Último acceso: 10 enero 2017). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
3. Dirección regional de salud Cajamarca. Oficina regional de epidemiología. Cajamarca. 2018
4. Comité Ejecutivo Nacional. Grupo de trabajo salud materno neonatal. Reporte de balance del año 2013 y perspectivas en el marco de los acuerdos de gobernabilidad 2015-2018. Perú. 2014 (Último acceso: 10 junio 2017). Disponible en: [http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/docum%20entos/09/balance\\_smn\\_2013-2014\\_cen\\_10\\_07\\_14\\_vfinal.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/docum%20entos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf)
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia Intercultural. Perú. 2016 (Último acceso: 18 junio 2017). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B94MLFRYAYmhWTNRZWtSRWJ0Q2M/view>
6. Céline Gesret. Doctora Paredes Chanhualla: "El parto vertical disminuye la mortalidad de la madre y el bebé en Latinoamérica". La Vanguardia. 2011 (Último acceso: 8 febrero 2017). Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/salud/20110310/54124603202/doctora-paredes-chanhualla-el-parto-vertical-disminuye-la-mortalidad-de-la-madre-y-el-bebe-en.html>
7. Malpartida C. Práctica de parto vertical ayudó a reducir mortalidad materna en Ayacucho. La República. Perú. 2012 (Último acceso: 8 febrero 2017). Disponible en: <http://larepublica.pe/06-02-2012/practica-de-parto-vertical-ayudo-reducir-mortalidad-materna-en-ayacucho>.
8. Calderón J; Bravo J; Albinagorta R; Rafael P; Laura A; Flores C. PARTO VERTICAL: RETORNANDO A UNA COSTUMBRE ANCESTRAL. Perú. 2008. (Último acceso: 20 de febrero del 2017). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428187011.pdf>
9. Castillo M, Cahuata A, Calle A, Muñoz R. Complicaciones del Parto Vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Perú. 2012. (Último acceso: 7 de febrero del 2017). Disponible en:

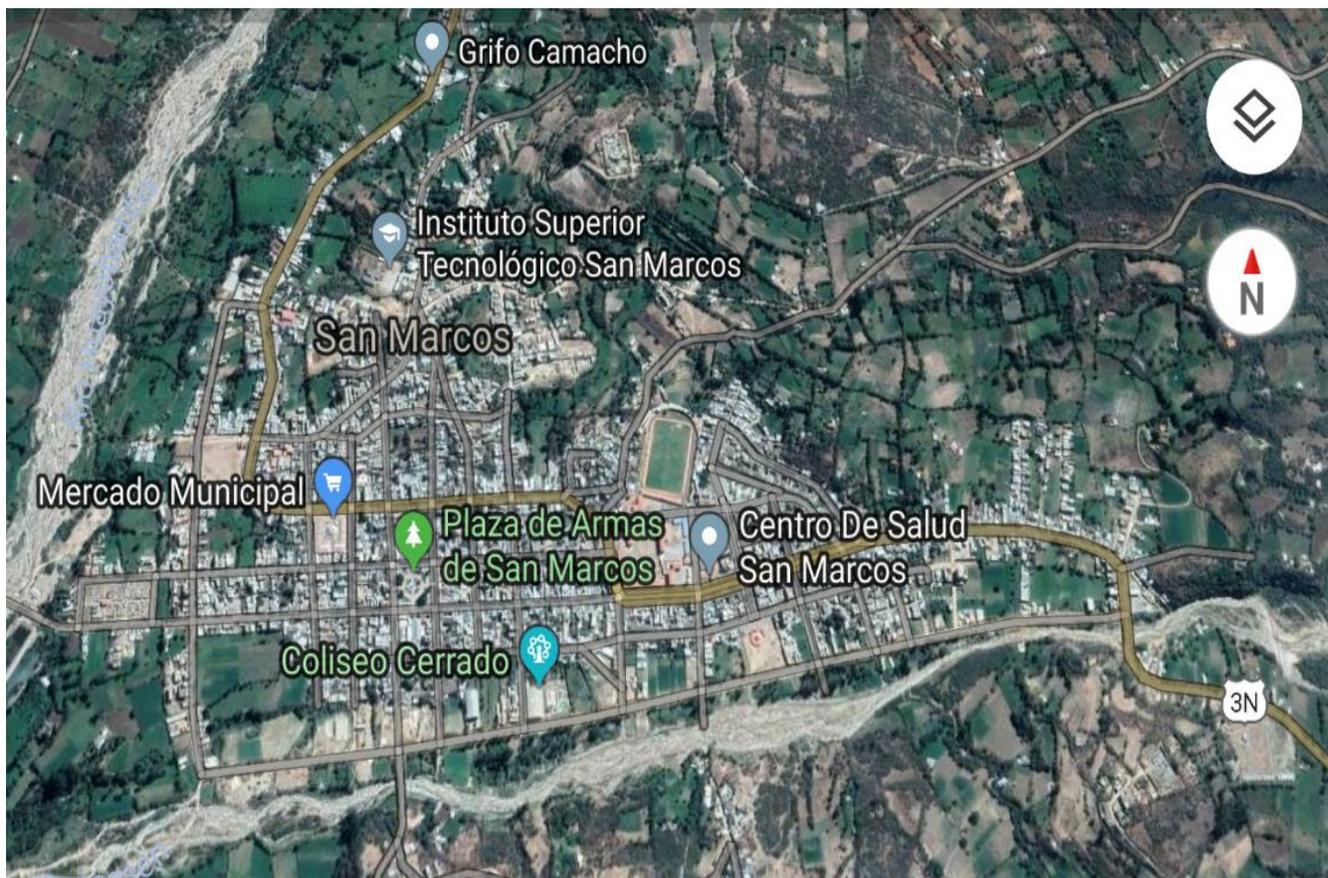
- <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/48/46>
10. Palmer E. Diferentes posturas del parto. España. 2013. (Último acceso: 28 de febrero del 2017). Disponible en: [https://guzlop-editoras.com/web\\_des/med01/obsgineco/pld0866.pdf](https://guzlop-editoras.com/web_des/med01/obsgineco/pld0866.pdf)
  11. Coyago J, Heras J. Comparación de las complicaciones maternas y neonatales entre el parto en posición vertical y en posición litotómica. Ecuador. 2018. (Último acceso: 22 de abril del 2017). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30299/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
  12. Villacís D. Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Quito. 2013. (Último acceso: 8 de febrero del 2017). Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/147380663.pdf>
  13. Calvo A, Flores R, Moravel G. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. México. 2013. (Último acceso: 18 de abril del 2017). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2013/gom131b.pdf>
  14. Pérez A., Donoso E. Obstetricia. 4ta ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda. 2012.
  15. Canevari C. Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres Derechos, autonomía y violencia. Argentina. 2017. (Último acceso: 18 de abril del 2017). Disponible en: [http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba\\_ffyl\\_t\\_2017\\_se\\_canevari.pdf?sequence=1](http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.pdf?sequence=1)
  16. Olivares T. Las 3 etapas del parto natural. México. 2014. (Último acceso: 13 de mayo del 2017). Disponible en: <https://maternidadfacil.com/las-3-etapas-del-parto-natural/>
  17. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú. 2007. (Último acceso: 9 de junio del 2017). Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
  18. Schwarcz R., Fescina R., Duverges, C. Obstetricia. 6ta ed. España: Editorial El Ateneo. 2011.
  19. Cunningham G., Leveno J., Bloom L., Hauth C., Rouse J., Spong Y. Williams OBSTETRICIA. 24° Ed. 2015
  20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Posturas del Parto: parto horizontal. España. 2010

21. Méndez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. Medisan. 2008. (Último acceso: 18 de abril del 2017). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_4\\_04/san07404.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.pdf)
22. Organización Mundial de la Salud. Salud Materna. 2015
23. Ministerio de Salud (MINSA), Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Bol Epid.Lima.2012 (Último acceso: 18 de enero del 2017). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/26.pdf>
24. Rojas P, Norca G. Nivel de Conocimiento de las Obstetras sobre el Parto Vertical y cumplimiento de la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Perú. 2015. (Último acceso: 10 de enero del 2017). Disponible en: [www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/biblioteca/download.php?transparencia=59](http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/biblioteca/download.php?transparencia=59)
25. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Posiciones en el expulsivo. España. 2010
26. Lavender T y Mlay R. Posición en el Período Expulsivo del Trabajo de Parto de las Mujeres sin Anestesia Peridural. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra.2006
27. Blandine G. La movilidad de la pelvis en el expulsivo. España. 2010.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública Colombia. 2013. (Último acceso: 8 de febrero del 2017). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
29. Santisteban S. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2012.
30. Panduro J., Orozco J. Obstetricia. 3era ed. Guadalajara: Solución impresa. México. 2012
31. Cifuentes R. Ginecología y obstetricia basada en nuevas evidencias. 2da ed. Bogotá: Editorial Distribuna.2009.
32. De Miguel J, González A, Florido J. Documento de consenso de la S.E.G.O. Edición, 2006.
33. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación Intercultural. Perú. 2005. (Último acceso: 11 de julio del 2017). Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106\\_NORATENPARTO.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106_NORATENPARTO.pdf)
34. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención del Parto Vertical en el

- Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural. Perú. 2016 (Último acceso: 11 de julio del 2017). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
- 35.** Grupo Sfera MediaGroup. Posiciones horizontales para el parto. España. 2016 (Último acceso: 18 de agosto del 2017). Disponible en: <https://www.mibebeyyo.com/parto/fases-parto/dolores-parto-posiciones-horizontales-163>
- 36.** Programa del Ministerio de Salud. Definiciones operacionales de actividades protegidas y componentes relacionados. Perú. 2006. (Último acceso: 27 de agosto del 2017). Disponible en: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/trans\\_econ/seguir\\_acci/documentos/Deficiones\\_operacionales\\_Salud.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/trans_econ/seguir_acci/documentos/Deficiones_operacionales_Salud.pdf)
- 37.** Córdova I. Factores de riesgo perinatales. España. 2012. (Último acceso: 27 de octubre del 2017). Disponible en: <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-perinatales>
- 38.** Municipalidad SM. Provincia de San Marcos-Cajamarca. Perú. 2016. (Último acceso: 27 de marzo del 2017). Disponible en: <http://www.munisanmarcos.gob.pe/index.php/san-marcos>

# ANEXOS

ANEXO N° 1



**ANEXO N° 2**

**SOLICITO PERMISO PARA**

**REALIZACIÓN DE TESIS**

**SEÑORITA:**

**JEFA DEL CENTRO DE SALUD SAN MARCOS**

**Obsta. JESSICA GARCIA SANCHEZ**

**Presente**

Yo, DANIXA JENIFFER RODRIGUEZ PINO, identificada con DNI N° 73215045, y con código ARN: 2012020032, egresada de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud; me dirijo ante usted y expongo:

Habiendo finalizado exitosamente mis estudios profesionales y para la obtención del grado de título solicito permiso para poder llevar a cabo mi tesis en el CENTRO DE SALUD SAN MARCOS, el cual lleva por nombre: **“COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES RELACIONADAS A LA POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO. CENTRO DE SALUD SAN MARCOS. CAJAMARCA. 2018.”**

Por lo expuesto:

Segura de contar con su apoyo para lo solicitado, me despido no sin antes agradecer su acto de buena fe para con la solicitante.

Agradeciendo una respuesta favorable a mi solicitud, me despido.

Adjunto a este documento, mi Proyecto de Tesis

---

DANIXA JENIFFER RODRIGUEZ PINO

DNI N° 73215045

Cajamarca, marzo del 2018.

**ANEXO N° 3**

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

**COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES RELACIONADAS A LA POSICIÓN  
DE LA MADRE DURANTE EL PARTO. CENTRO DE SALUD SAN MARCOS.  
CAJAMARCA. 2018.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ..... identificada con DNI N°  
....., en pleno uso de mis facultades mentales, declaro haber sido  
adecuadamente informada sobre la investigación denominada COMPLICACIONES  
MATERNO PERINATALES RELACIONADAS A LA POSICIÓN DE LA MADRE  
DURANTE EL PARTO. CENTRO DE SALUD SAN MARCOS. CAJAMARCA. 2018., así  
como de los procedimientos que se realizaran en mi persona y de la información que se  
requerirá de la historia clínica; por lo cual autorizó mi participación en la investigación, por  
lo que se firma el presente consentimiento.

Asimismo, la investigadora me informó que no se realizará ningún procedimiento que  
puede afectar la salud y el bienestar de mi hijo y el mío propio, y que, si es mi deseo ya  
no formar parte de la investigación, puedo desistir en cualquier momento.

Fecha y Hora:

Firma y Huella de la Gestante.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA  
COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES RELACIONADAS A LA POSICIÓN  
DE LA MADRE DURANTE EL PARTO CENTRO DE SALUD SAN MARCOS.  
CAJAMARCA. 2018.

I. DATOS GENERALES: HCL: \_\_\_\_\_

<b>Edad</b>	<input type="checkbox"/> - < 18 años <input type="checkbox"/> - 18 a 35 años <input type="checkbox"/> - > 35 años		
<b>Religión</b>	<input type="checkbox"/> - Católica <input type="checkbox"/> - No Católica	<b>Grado de instrucción</b>	<input type="checkbox"/> - Ilustrada <input type="checkbox"/> - Primaria Completa <input type="checkbox"/> - Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> - Secundaria Completa <input type="checkbox"/> - Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> - Sup. Universitario <input type="checkbox"/> - Sup. No Universitario
<b>Estado Civil</b>	<input type="checkbox"/> - Soltera <input type="checkbox"/> - Conviviente <input type="checkbox"/> - Casada <input type="checkbox"/> - Viuda <input type="checkbox"/> - Divorciada	<b>Zona de Residencia</b>	<input type="checkbox"/> - Urbano <input type="checkbox"/> - Rural
<b>Ocupación</b>	<input type="checkbox"/> - Ama de casa <input type="checkbox"/> - Estudiante <input type="checkbox"/> - Trabaja <input type="checkbox"/> - Desempleado <input type="checkbox"/> - Otro		

## II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

<b>Gravidez</b>	<input type="checkbox"/> - Primigesta <input type="checkbox"/> - Segundigesta <input type="checkbox"/> - Multigesta <input type="checkbox"/> - Gran Multigesta
<b>Edad Gestacional</b>	<input type="checkbox"/> - 37 semanas <input type="checkbox"/> - 38 semanas <input type="checkbox"/> - 39 semanas <input type="checkbox"/> - 40 semanas <input type="checkbox"/> - 41 semanas
<b>Periodo Intergenesico</b>	<input type="checkbox"/> - $\leq 2$ años <input type="checkbox"/> - 3 -5 años <input type="checkbox"/> - $\geq 6$ años <input type="checkbox"/> - N.A.

## III. POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO

– Vertical  Cucullas      ( ) Rodillas      ( ) Sentada      ( ) Cuatro puntos ( )	- Horizontal      ( )
---	-----------------------

#### IV. COMPLICACIONES MATERNAS

Hemorragia postparto	- Si      - No	
Desgarro perineovaginal	- Si      - No	
	1)I°    2) II°    3) III°    4)IV°	
Tiempo de Periodo Expulsivo	Nulíparas	a) ≤ 50 min      b) ≥ 50 min
	Múltiparas	a) ≤ 20 min      b) ≥ 20 min
Otras complicaciones	-Si                      -No	¿Cuál? _____

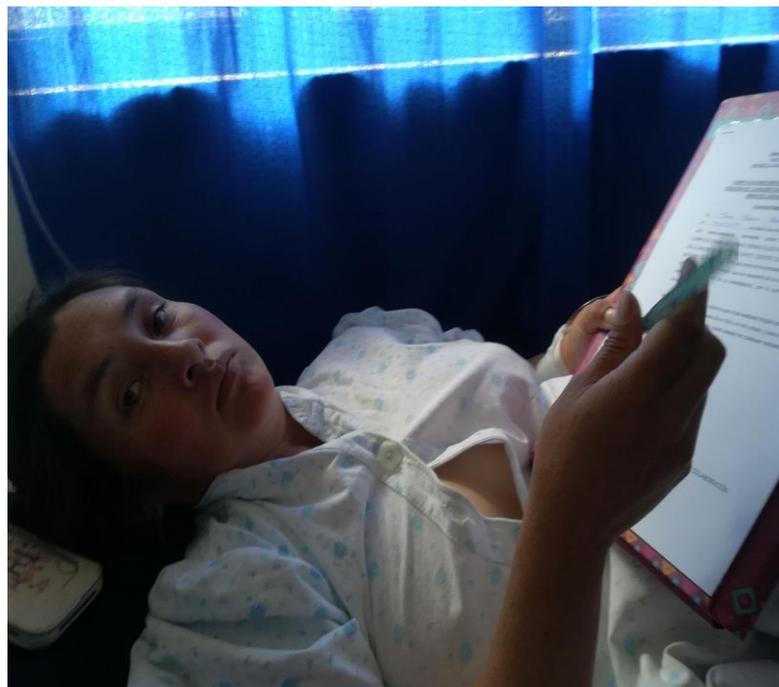
#### V. COMPLICACIONES PERINATALES

Líquido amniótico meconial	- Si      - No
Cefalohematoma	- Si      - No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ANEXO N°06**

**EVIDENCIAS DE LAS GESTANTES FIRMANDO EL CONSENTIMIENTO  
INFORMADO**



**PARTO EN POSICIÓN HORIZONTAL**



**PARTO EN POSICIÓN VERTICAL**



**PARTO HUMANIZADO CON INTERCULTURALIDAD**



## ANEXO N°07

"COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES RELACIONADAS A LA POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO. CENTRO DE SALUD SAN MARCOS. CAJAMARCA. 2018."					
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población y muestra
¿Cuáles son las complicaciones materno - perinatales en relación a la posición de la madre durante la atención del parto en el Centro de Salud San Marcos, Cajamarca, durante el año 2018?	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar las complicaciones materno - perinatales relacionadas a la posición de la madre durante la atención del parto en el Centro de Salud San Marcos, Cajamarca, durante el año 2018.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> -Caracterizar sociodemográfica y obstétricamente a la población en estudio.</p> <p>-Identificar la incidencia de la atención del parto según posición materna.</p> <p>-Identificar las complicaciones maternas relacionadas a la posición materna durante la atención del parto.</p> <p>-Identificar las complicaciones perinatales relacionadas a la posición materna durante la atención del parto.</p>	Las complicaciones maternas - perinatales relacionadas con la posición horizontal de la madre durante la atención del parto en el Centro de Salud San Marcos, durante el año 2018, son muy frecuentes en relación al parto vertical.	VARIABLE INDEPENDIENTE: Posición materna durante el parto	La presente investigación es de diseño no experimental, de carácter prospectivo, de corte transversal, descriptivo y correlacional; ya que esta investigación se realizó sin manipular la variable en estudio y se observaron los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; por lo que se obtendrá la información de las respuestas de la encuesta realizada a cada una de las gestantes que le atendieron su parto en el Centro de Salud San Marcos en los meses de abril a junio del año 2018; para luego ser procesados en el programa Microsoft Excel 2010; posteriormente se realizó un análisis estadístico con el programa IBM SPSS versión 21 y se calcularon los datos estadísticos descriptivos, finalmente se realizó el análisis de inferencia, entre las dos variables de estudio, para ello la prueba estadística con el que se analizó con indicadores estadísticos como chi cuadrado y el coeficiente de correlación (p), determinando que si este es $\leq 0,05$ existe una relación significativa entre dos variables; luego se realizó la interpretación y descripción de los resultados presentados en tablas.	<p><b>Población:</b> La población en la presente investigación estuvo conformada por todas las gestantes con parto por vía vaginal, atendidas en el servicio del Centro Obstétrico del Centro de Salud San Marcos, donde hubo un total de 257 partos para el año 2017, que hacen un total de 20 partos por mes.</p> <p><b>Muestra:</b> La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple. El tamaño de la muestra se calculará para estimar la proporción de gestantes a término. Se utilizará la siguiente formula:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <math display="block">n \geq \frac{NZ^2 PQ}{(N-1)E^2 + Z^2 PQ}</math> </div> <p>Que sustituyendo datos:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <math display="block">n \geq \frac{(257)(1.96)^2 (0.05)(0.95)}{(257-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.05)(0.95)}</math> <math display="block">n \geq 57.01 \approx 60</math> </div> <p>Por lo tanto, es apropiado trabajar con un número entero <math>\approx 60</math> gestantes en el periodo abril- junio del 2018.</p>
	VARIABLE DEPENDIENTE: Complicaciones Materno perinatales				

## ARTÍCULO CIENTÍFICO DE LA TESIS:

### COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES RELACIONADAS A LA POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO. CENTRO DE SALUD SAN MARCOS. CAJAMARCA. 2018.

1 Rodríguez Pino, Danixa Jeniffer.

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

---

#### Resumen

El presente estudio fue no experimental, y de corte transversal, tuvo como objetivo principal determinar las complicaciones materno - perinatales relacionadas a la posición de la madre durante la atención del trabajo de parto en el Centro de Salud San Marcos, durante el año 2018. Se tuvo una muestra de 60 gestantes y el instrumento empleado en la recolección de datos fue la encuesta. Los resultados obtenidos evidencian que 80% de gestantes se encontraban en el rango de edad entre 18 a 35 años; 83% fueron de religión católica; 36,7% de primaria completa; 91,7%, casadas; 75%, procedieron de zona rural; 85%, amas de casa; 30%, multigestas; 40,0% presentaron un periodo intergenésico de 3 a 5 años; 68,3% dieron a luz en posición horizontal y 31% en posición vertical. Asimismo, se detalla que el 1,67% de gestantes con parto horizontal presentaron hemorragia posparto (atonía uterina), 15% y 30% de gestantes que dieron a luz en posición vertical y horizontal sufrieron desgarros perineovaginales, respectivamente; 11,67% y 3,33% de primigestas que dieron a luz en posición horizontal y vertical tuvieron un expulsivo mayor a 50 minutos, 1,67% de recién nacidos en el parto horizontal presentó líquido amniótico meconial. Conclusión: se concluye que las complicaciones maternas fueron más evidentes en la posición horizontal encontrándose mayor tiempo de periodo expulsivo, hemorragia posparto (atonía uterina) y desgarros perineovaginales; en contraste, solo esta última complicación se evidenció cuando el parto fue vertical. En cuanto a las complicaciones perinatales se evidenció solamente líquido amniótico meconial en la posición horizontal.

**Palabras clave:** Parto vertical, complicación, interculturalidad.

#### Abstract

The present non-experimental study and of cross section, the main objective was to determine the maternal - perinatal complications related to the position of the mother during the attention of birth labor at the San Marcos Health Center, during the year 2018. A sample of 60 pregnant woman who has just given birth was taken and the instrument used in the data collection was the survey. The results obtained show that 80% of pregnant woman who has just given birth were in the age range between 18 and 35 years; 83% were of Catholic religion; 36.7% complete primary; 91.7%, married; 75%, came from rural areas; 85%, housewives; 30%, multipregnant; 40.0% presented an intergenic period of 3 to 5 years; 68.3% gave birth in a horizontal position and 31% in vertical position. It is also detailed that 1.67% of pregnant woman who has just given horizontal birth presented postpartum hemorrhage (uterine atony), 15% and 30% of pregnant woman who has just given birth in vertical and horizontal position suffered perineovaginal tears, respectively; 11.67% and 3.33% of first-time mothers that gave birth in horizontal and vertical position had an expulsive greater than 50 minutes, 1.67% of newborns in the horizontal birth presented meconium amniotic fluid. Conclusion: it was concluded that maternal complications were more evident in the horizontal position, longer expulsion period, postpartum hemorrhage (uterine atony) and perineovaginal tears; in contrast, only this last complication was evidenced when the birth was vertical. Regarding perinatal complications, only meconium amniotic fluid was seen in the horizontal position.

**Keywords:** Vertical birth, complication, interculturality.

#### Introducción

La mortalidad materna es un problema de salud pública, donde las estrategias y protocolos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud (MINSU), han contribuido de forma relativa y absoluta a la disminución de los índices alarmantes de mortalidad; sin embargo, en todo el mundo unas 830 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; hecho que conlleva a las instituciones de salud a proponer nuevas estrategias para disminuir estos índices; siendo así que la OMS ha propuesto incluir dentro de las políticas de cada puesto y establecimiento de salud la aplicación de la norma técnica del parto vertical con enfoque intercultural. La atención del parto vertical ocasiona muchas veces un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres campesinas que acuden a las instituciones de salud para recibir atención, siendo este el motivo por el que, muchas veces, las mujeres prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos de salud, poniendo en riesgo la salud y la vida de mujer como la del niño por nacer; por no acudir a la atención de parto institucional y optando el parto domiciliario, conllevado así a un incremento de los índices de morbi-mortalidad materna perinatal, reflejándose especialmente en países subdesarrollados como lo es nuestro país.

Cajamarca, es una de las regiones con mayor tasa de mortalidad materna; siendo las complicaciones maternas y perinatales las que con mayor frecuencia se ven anualmente en los indicadores presentados por la Red de Salud, relacionándose directamente al embarazo, parto y puerperio incluida la posición del parto, asimismo, las creencias y costumbres de cada mujer.

Con esta investigación se busca identificar las complicaciones maternas y perinatales y su relación con la posición materna para el parto, con la finalidad de motivar al personal de salud hacia la práctica de otras posiciones, más favorables en la evolución del parto.

#### Materiales y Métodos

El diseño de la presente investigación fue no experimental de corte transversal y perteneció a un tipo de estudio descriptivo, correlacional. La muestra estuvo conformada por 60 gestantes atendidas en el Centro de Salud San Marcos durante el periodo abril – junio del 2018, que cumplieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se aplicó de instrumento la encuesta que incluyó 15 preguntas. El instrumento empleado tuvo un alto grado de confiabilidad, ya que el resultado dio un valor de 0,811, validando su uso para la recolección de datos. Los datos recolectados fueron luego ser procesados en el programa Microsoft Excel 2010; posteriormente se realizó un análisis estadístico con el programa IBM SPSS versión 21; finalmente se realizó el análisis de inferencia,

entre las dos variables de estudio, para ello la prueba estadística con el que se analizó con indicadores estadísticos como chi cuadrado y el coeficiente de correlación (p), determinando que si este es  $\leq 0,05$  existe una relación significativa entre dos variables; luego se realizó la interpretación y descripción de los resultados presentados en tablas.

## Resultados y Discusión

**Tabla 01: Características sociodemográficas de las gestantes que fueron atendidas su parto en el Centro de Salud San Marcos. Cajamarca. 2018.**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		POBLACIÓN	
		n°	%
EDAD MATERNA	< 18 años	3	5,0
	18 a 35 años	48	80,0
	> 35 años	9	15,0
RELIGIÓN	Católica	50	83,3
	No católica	10	16,7
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Iletrada	1	1,7
	Primaria completa	22	36,7
	Primaria incompleta	10	16,6
	Secundaria completa	8	13,3
	Secundaria incompleta	9	15,0
	Superior universitario	3	5,0
	Superior no universitario	7	11,7
ESTADO CIVIL	Soltera	1	1,6
	Casada	55	91,7
	Viuda	4	6,7
PROCEDENCIA	Urbano	15	25,0
	Rural	45	75,0
OCUPACIÓN	Ama de casa	51	85,0
	Estudiante	2	3,3
	Trabaja	7	11,7
TOTAL		60	100,00

**Fuente: Ficha de Recolección de Datos**

Respecto a la edad de las gestantes encuestadas, el 80% tenían edades entre 18 a 35 años, edad adecuada para quedar embarazada; sin embargo, dentro de los porcentajes presentados en la tabla N° 01 el grupo etario mayores de 35 años (15%) representan un porcentaje relativo de gestantes añosas, indicando que durante el embarazo, parto y puerperio aumentarían el riesgo de morbilidad materna perinatal por la misma condición de la edad, ya que según estudios la fertilidad natural disminuye progresivamente a lo largo de la vida con mayor posibilidad también de malformaciones congénitas; al igual que las gestantes menores de 18 años; por ende el área en el que se tiene que trabajar es planificación familiar, con el objetivo de abordar una maternidad y paternidad responsable y segura.

En lo concerniente a la religión, 83.3% de encuestadas manifestaron ser católicas y 16.7% de otras religiones, indicando que el profesional de salud que entre en contacto con mujeres gestantes de diferentes religiones incluida la religión católica tendrá que lidiar con sus creencias, ideologías, tradiciones y costumbres establecidas por su iglesia, donde el profesional tendrá que estar dispuesto a hacer modificaciones en su actitud y práctica profesional durante la atención obstétrica; con el objetivo de aumentar los partos institucionales y evitar partos domiciliarios; por ende, disminuir los índices de mortalidad materna y perinatal.

Con lo que respecta al grado de instrucción de las encuestadas, el mayor porcentaje fue educación primaria (primaria completa 36.7%, primaria incompleta 16.7%) seguida de la secundaria incompleta 15% e iletradas (1,7%); estos resultados no difieren de los estudios consultados ya que la mayoría de las mujeres en departamentos como el nuestro dejan de estudiar al quedar embarazadas para dedicarse al embarazo, a los quehaceres de la casa y a su vida como madre, conllevando a un déficit en oportunidades laborales para las mujeres San Marquinas, asimismo, dificultando la transferencia de información y educación sobre las señales de alarma durante el embarazo, parto y puerperio; por ende todo esto se asocia a la presencia de complicaciones durante estos periodos; ya que en este estudio las encuestadas tienen sólo secundaria completa 13,3%, 11,7% tiene un nivel superior no universitario y 5% sólo superior universitario.

De acuerdo al estado civil de las encuestadas, el mayor porcentaje de gestantes manifestaron ser casadas 91,7%, y un 6.7% viudas; reflejando que la mayoría de estas se encuentran en una relación matrimonial estable y protegida, lo que trae por consecuencia familias sólidas que están ofreciendo un mejor futuro a sus propias vidas y la de sus hijos; asimismo, desarrollan un embarazo, parto y puerperio sin complicaciones, mientras que el 1,6% de las gestantes fueron solteras; trayendo como consecuencia efectos negativos en el feto y neonato, destacando el bajo peso al nacer, parto pretérmino, pequeño para edad gestacional, bajo apgar y llegando algunas veces a la muerte e incrementando los índices de morbilidad perinatal.

Respecto a la procedencia el mayor porcentaje de la muestra estudiada provienen de la zona rural con un 75%, seguida por la zona urbana con un 25%, manifestando muchas de ellas que acuden al establecimiento por la accesibilidad y ubicación, asimismo, por la calidad de atención que brinda el personal de salud, y la adecuación cultural durante el parto, en su mayoría se sienten muy satisfechas con la atención recibida durante su estadía en dicho establecimiento.

En cuanto a la ocupación de las gestantes encuestadas, se muestra que el mayor porcentaje de mujeres manifestaron ser amas de casa (85%), 11,7% indicaron trabajar y el 3,3% refieren ser estudiantes; relacionándolo estos porcentajes con mayor riesgo de desarrollar complicaciones maternas – fetales debido al tipo de tareas domésticas ejercidas; no obstante, las labores que ejercen las amas de casa implica realizar esfuerzos físicos que muchas veces pueden desencadenar complicaciones durante el embarazo y estas pueden pasar desapercibidas por las gestantes y generar a largo plazo complicaciones tanto para ella como para el feto; estos porcentajes mostrados por la tabla N°01 están relacionadas directamente con el grado de instrucción de cada una de ellas.

**Tabla 02: Características Obstétricas de las gestantes que fueron atendidas su parto en el Centro de Salud San Marcos. Cajamarca. 2018.**

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	POBLACIÓN		
	n°	%	
PARIDAD	Primigesta	19	31,7
	Segundigesta	17	28,3
	Multigesta	18	30,0
	Gran Multigesta	6	10,0
EDAD GESTACIONAL	37 semanas	6	10,0
	38 semanas	14	23,33
	39 semanas	18	30,0
	40 semanas	17	28,3
	41 semanas	5	8,37
PERIODO INTERGENÉSICO	< 2 años	4	6,6
	3-5 años	24	40,0
	>6 años	13	21,7
	NA	19	31,7
TOTAL	60	100,00%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Referente a la paridad se encontró que la mayoría de encuestadas eran primigestas (31,7%), seguida por un 30% de multigestas, representando estos porcentajes un riesgo para este grupo de mujeres, ya que el riesgo de complicaciones maternas, fetales y neonatales son mayores por la misma condiciones antes ya mencionada; puesto que, la primigravidez es un riesgo obstétrico, ya que tiene un canal de parto no que nunca ha sido sometido a prueba, las enfermedades intercurrentes de embarazo, amenaza de aborto, parto prematuro, entre otros. Mientras que en el otro grupo de multigravidas presentan con mayor frecuencia hemorragia posparto; por ende, en este grupo de estudio se debe priorizar la orientación y consejería en planificación familiar y además se debe educar sobre estilos y conductas de vida saludable, con el objetivo de disminuir los índices de mortalidad materna-perinatal.

Respecto a la edad gestacional, la tabla N° 02 revela que el mayor porcentaje de embarazos se encontraba a término, que según la norma y clasificación establecida por la organización mundial de salud (OMS) es normal, haciendo referencia que los neonatos con esta edad gestacional están preparados para la adaptación a la vida; por ende menor a las 37 semanas tienen el riesgo elevado de presentar complicaciones respiratorias generalmente; asimismo, los embarazos con más de 41 semanas corren el riesgo de un incremento en la asfixia fetal, he ahí la educación a las gestantes sobre la importancia de realizarse los controles prenatales a tiempo y en las fechas acordadas, contribuyendo de esta manera a la disminución complicaciones.

En cuanto a la variable periodo intergenésico 40% de las gestantes encuestadas manifestaron haberse embarazado dentro de los 3 a 5 años, dato que según la organización mundial de la salud (OMS) aprueba como adecuado; sin embargo, 21,7% de gestantes manifestaron haber quedado embarazada después de 6 años, lo cual constituye un riesgo para la madre y para los neonatos, debido a que las capacidades reproductivas fisiológicas maternas tienden a declinar, llegando a ser similares a las primigestas y conllevando a presentarse complicaciones perinatales como partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del feto y neonato. También están asociadas con riesgos significativamente mayores para la madre, tales como preeclampsia y eclampsia; asimismo, un porcentaje relativo 6,7% de encuestadas indicaron haberse embarazado antes de los 2 años, representando del mismo modo un riesgo materno perinatal, ya que los periodos intergenésicos cortos representan un riesgo significativamente más alto de resultados maternos adversos, como anemia, depleción materna en micronutrientes principalmente de folatos, sangrado en el tercer trimestre, ruptura

prematura de membranas, hemorragia posparto, endometritis puerperal, hasta la muerte; del mismo modo acarrea complicaciones perinatales adversos tales como prematuridad, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento uterino y mortalidad neonatal en el peor de los casos.

**Tabla 03: Incidencia de la atención del parto según posición materna. Centro obstétrico – Centro de Salud San Marcos. Cajamarca. 2018.**

POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO	POBLACIÓN	
	n°	%
Vertical	19	31,7
Horizontal	41	68,3
TOTAL	60	100,0

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla N°03 muestra que 68,3% del total de gestantes encuestadas tuvieron un parto en posición horizontal y 31,7% un parto en posición vertical, evidenciando estos porcentajes, se debe probablemente a que en el Centro de Salud San Marcos han implementado la atención del parto vertical con adecuación intercultural dentro de sus normas, no obstante, la incidencia está relacionada en función a la opción y decisión de las gestantes según la “Norma técnica de salud para la atención de parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural” (5), donde en el establecimiento los profesionales de salud calificados brindan buena atención, comunicación eficaz, apoyo e información a las gestantes y sobre todo atienden su parto con calidad, respetando la posición que ellas deseen, además permiten la presencia de un familiar durante el parto, asimismo, les aprueban tomar sus “agüitas” según sus costumbres y creencias, también les permiten llevar la placenta para veneración según costumbres de los familiares, por tales motivos, las mujeres principalmente de la zona rural se sienten muy satisfechas con la atención recibida durante su estadía en dicho Centro de Salud, esta adecuación intercultural contribuye de una manera u otra a la disminución de la morbilidad materna perinatal; así mismo, la incidencia del parto horizontal en algunos casos se da tal como mencionó Raquel “prefiero la posición horizontal, porque hace dos años también di a luz en la camilla”; es por ello que algunas gestantes optaron esta posición, por sus antecedentes, porque el familiar o la vecina le dijo que opte esa posición, entre otras razones. En consecuencia, a lo anteriormente hablado es que se reconoce al Centro de Salud San Marcos como uno de los centros pioneros en la atención de parto vertical con adecuación cultural.

**Tabla 03: Distribución de las gestantes atendidas en el Centro Obstétrico –Centro de Salud San Marcos según la frecuencia de las complicaciones maternas relacionadas a la posición materna durante la atención del parto. Cajamarca. 2018.**

COMPLICACIONES MATERNAS		POSICIÓN				TOTAL	χ <sup>2</sup>	Valor p		
		VERTICAL		HORIZONTAL						
		n°	%	n°	%					
HEMORRAGIA POSTPARTO	SI	0	0,0	1	1,63	1	1,63	0,471a	0,492	
	NO	19	31,67	40	66,7	59	98,37			
DESGARRO PERINEO-VAGINAL	SI	9	15,0	18	30,0	27	45,0	0,063a	0,802	
	NO	10	16,67	23	38,33	33	55,0			
TIEMPO DE PERIODO EXPULSIVO	PRIMIGESTA	≤ 50'	5	6,67	5	10,0	10	16,67	0,426a	0,519
		≥ 50'	2	3,33	7	11,67	9	15,0		
	MULTIGESTA	≤ 20'	11	16,66	28	48,33	39	64,99		
		≥ 20'	1	1,67	1	1,67	2	3,34		
OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS	SI	1	1,67	0	0,0	1	1,67	2,194 a	0,139	
	NO	18	30,0	41	68,33	59	98,33			
TOTAL						60	100,00			

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En cuanto a la variable hemorragia posparto, del total de gestantes atendidas, 1,63% presentó hemorragia posparto, evidenciándose en la historia clínica que esta complicación materna se presentó en una mujer primigesta de 20 años que dio a luz en posición horizontal; coincidiendo esta complicación con el estudio realizado por Calderon J. en el 2008, evidenciando además un periodo expulsivo que duro 1 hora 9 minutos, representando un factor de riesgo para que se desencadenara posteriormente una atonía uterina, no obstante, los expulsivos prolongados en cualquier parturienta representan en un 70% la posibilidad de desencadenarse

complicaciones maternas como las atonías o hipotonías uterinas(19), en este caso se evidenció una atonía uterina como consecuencia de un expulsivo prolongado con una pérdida sanguínea de 600cc.

Referente a la variable desgarro perineovaginal, las mujeres que dieron a luz en posición horizontal y posición vertical representaron el 30% y 15% de desgarros perineovaginales de I° y II° grado respectivamente, estos resultados difieren de los datos obtenidos por los investigadores Calderon J. (2008), Calvo Aguilar O. (2013) y Palmer Esbrí E (2013); los cuales refieren que los desgarros perineovaginales se da con mayor frecuencia en la posición vertical. Los desgarros perineovaginales generalmente se presentan como consecuencia de una protección inadecuada del periné durante el expulsivo; en el caso de aquellas mujeres que dieron a luz en posición horizontal son más propensas a desgarros perineovaginales debido a que los miembros inferiores de la parturienta, al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto” no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo al estiramiento del periné y por ende a la expulsión final (24); sin embargo, las mujeres que dieron a luz en posición vertical, al estar paradas, sentadas o de rodillas, está a favor de la gravedad (23), la abertura del canal vaginal y vulva, ayudando así a que los músculos del periné estén tensos y ejerzan la fuerza necesaria para abrirse gracias al pujo; por ende, evitar altos índices de desgarros perineovaginales, sin menoscabar la vida sexual y reproductiva de la mujer.

Según los datos registrados en la tabla N°4 se observa que las primigestas que dieron a luz en posición horizontal 11,67% y posición vertical 3,33% presentaron un periodo expulsivo mayor a 50 minutos, expresando estos datos estadísticos que las primigestas que dan a luz en posición horizontal tienen el riesgo de presentar expulsivos prolongados a diferencia de las primigestas que dan a luz en posición vertical. Según teoría las mujeres que dan a luz en posición vertical tienen la ventaja de que por la gravedad van a aumentar los diámetros del canal del parto 2 cm en sentido antero posterior y 1 cm en transversal (24), asimismo, hay mayor eficacia de las contracciones uterinas favoreciendo la salida del producto y disminuyendo el tiempo del expulsivo; teoría que es respaldada por los datos encontrados en la presente investigación; no obstante, los partos horizontales tienen mayor riesgo de presentar expulsivos prolongados ya que según teoría los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto” no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final (25). Por lo tanto, según las estadísticas encontradas en la presente investigación respalda a las investigaciones realizadas por diferentes autores en distintos países.

En la tabla de complicaciones maternas se observa que de 31,67% de mujeres que dieron a luz en posición vertical, 1,67% presentó hematoma vulvar a diferencia de las mujeres que dieron a luz en posición horizontal donde no se evidenció complicación alguna, aludiendo este porcentaje a que la gestante dio a luz a un recién nacido de 4 kilos 100 gramos, con un perímetro cefálico de 34,5 cm, un perímetro torácico de 34 cm y una talla de 51 cm, motivos por los que la mujer presentó dicha complicación.}

Así mismo, mediante el uso del programa estadístico SSPS versión 21, arrojó un valor de  $p=0,492$  para la hemorragia post parto, un valor de  $p=0,802$  para desgarro perineovaginal, un valor de  $p=0,519$  para el tiempo de periodo expulsivo y un valor de  $p=0,139$  para otras complicaciones (hematoma vulvar); lo que indica que no hay relación significativa entre la posición de la parturienta y las complicaciones maternas.

**Tabla 05: Distribución de gestantes atendidas en el Centro de Salud San Marcos según la frecuencia de complicaciones perinatales de acuerdo con la posición durante la atención del parto. Cajamarca. 2018.**

COMPLICACIONES PERINATALES		POSICIÓN				TOTAL		X <sup>2</sup>	Valor p
		VERTICAL		HORIZONTAL		n°	%		
		n°	%	n°	%				
LÍQUIDO AMNIÓTICO	SI	0	0,0	1	1,67	1	1,67	0,471 <sup>a</sup>	0,492
MECONIAL	NO	19	31,67	40	66,66	59	98,33		
<b>TOTAL</b>						<b>60</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

La tabla N° 05 registra que de 68,33% de mujeres que dieron a luz en posición horizontal, 1,67% de neonatos presentó líquido amniótico con meconio a diferencia de las mujeres que dieron a luz en posición vertical (31,67%) en las que no se evidenció líquido meconial durante el parto. La presencia del meconio en el líquido amniótico varía de acuerdo con la edad gestacional del feto, es más frecuente después de las 42 semanas y menos frecuente antes de las 38 semanas de gestación; además existen factores que predisponen a esta complicación neonatal como la hipertensión arterial materna, insuficiencia placentaria, preeclampsia, oligoamnios, partos prolongados, consumo de tabaco y cocaína. En nuestro estudio el porcentaje relativo de neonatos que presentó esta complicación tuvo una edad gestacional de 38 semanas mostrando un líquido amniótico verdoso fluido, esta complicación es conocida como un síntoma de posible distrés fetal, debido a que la expulsión del meconio se produce por efecto del sistema nervioso parasimpático durante las compresiones del cordón umbilical produciendo un incremento del peristaltismo intestinal y a su vez la relajación del esfínter anal, donde esta complicación no está catalogada directamente como un sufrimiento fetal agudo.

Tras la utilización del programa estadístico SSPS versión 21, arrojó un valor de  $p=0,492$  para el líquido amniótico meconial, lo que indica que no hay relación significativa entre la posición de la parturienta y las complicaciones perinatales.

### Conclusiones

Se llegó a las conclusiones siguientes:

- Las gestantes del estudio se caracterizan por tener entre 18 y 35 años, ser amas de casa, de religión católica, con primaria completa, casadas y provenientes de la zona rural. Referente a la paridad fueron multigestas, con embarazo a término y periodo intergenésico adecuado.
- La incidencia de las gestantes atendidas según la posición durante el trabajo del parto; predominó la posición horizontal, con 68,3%; en contraste al parto vertical, que fue de 31,7%.
- Las complicaciones maternas se manifestaron de la siguiente forma:
  - Las complicaciones maternas más evidentes en la posición horizontal fueron: desgarros perineovaginales, con 30%; mayor tiempo del periodo expulsivo (primigestas con 11,67% y; multigestas, 1,67%) y hemorragia posparto con 1,63%
  - En la posición vertical, se encontró tan sólo un 15% de desgarros perineovaginales y el mayor tiempo de periodo expulsivo en primigestas fue de 3,33% y; en multigestas, 1,67%.
- La única complicación perinatal fue líquido amniótico meconial (1,67%) en la posición horizontal.

#### Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. 2017 (Último acceso: 2 enero 2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Perú. 2016 Último acceso: 10 enero 2017). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
3. Dirección regional de salud Cajamarca. Oficina regional de epidemiología. Cajamarca. 2018
4. Comité Ejecutivo Nacional. Grupo de trabajo salud materno neonatal. Reporte de balance del año 2013 y perspectivas en el marco de los acuerdos de gobernabilidad 2015-2018. Perú. 2014 (Último acceso: 10 junio 2017). Disponible en: [http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/arc\\_hivos/2015/documen\\_tos/09/balance\\_smn\\_2013-2014\\_cen\\_10\\_07\\_14\\_vfinal.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/arc_hivos/2015/documen_tos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf)
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia Intercultural. Perú. 2016 (Último acceso: 18 junio 2017). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B94MLFRYAYmhWTNRZWTsrWJ0Q2M/view>
6. Céline Gesret. Doctora Paredes Chanhuala: "El parto vertical disminuye la mortalidad de la madre y el bebé en Latinoamérica". La Vanguardia. 2011 (Último acceso: 8 febrero 2017). Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/salud/20110310/54124603202/doctora-paredes-chanhuala-el-parto-vertical-disminuye-la-mortalidad-de-la-madre-y-el-bebe-en.html>
7. Malpartida C. Práctica de parto vertical ayudó a reducir mortalidad materna en Ayacucho. La República. Perú. 2012 (Último acceso: 8 febrero 2017). Disponible en: <http://larepublica.pe/06-02-2012/practica-de-parto-vertical-ayudo-reducir-mortalidad-materna-en-ayacucho>.
8. Calderón J; Bravo J; Albinagorta R; Rafael P; Laura A; Flores C. PARTO VERTICAL: RETORNANDO A UNA COSTUMBRE ANCESTRAL. Perú. 2008. (Último acceso: 20 de febrero del 2017). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428187011.pdf>
9. Castillo M, Cahuata A, Calle A, Muñoz R. Complicaciones del Parto Vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Perú. 2012. (Último acceso: 7 de febrero del 2017). Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/48/46>
10. Palmer E. Diferentes posturas del parto. España. 2013. (Último acceso: 28 de febrero del 2017). Disponible en: [https://guzlop-editoras.com/web\\_des/med01/obsgineco/pld0866.pdf](https://guzlop-editoras.com/web_des/med01/obsgineco/pld0866.pdf)
11. Coyago J, Heras J. Comparación de las complicaciones maternas y neonatales entre el parto en posición vertical y en posición litotómica. Ecuador. 2018. (Último acceso: 22 de abril del 2017). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30299/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
12. Villacís D. Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Quito. 2013. (Último acceso: 8 de febrero del 2017). Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/147380663.pdf>
13. Calvo A, Flores R, Moravel G. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. México. 2013. (Último acceso: 18 de abril del 2017). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>
14. Pérez A., Donoso E. Obstetricia. 4ta ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda. 2012.
15. Canevari C. Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres Derechos, autonomía y violencia. Argentina. 2017. (Último acceso: 18 de abril del 2017). Disponible en: [http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba\\_ffyl\\_t\\_2017\\_se\\_canevari.pdf?sequence=1](http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.pdf?sequence=1)
16. Olivares T. Las 3 etapas del parto natural. México. 2014. (Último acceso: 13 de mayo del 2017). Disponible en: <https://maternidadfacil.com/las-3-etapas-del-parto-natural/>
17. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú. 2007. (Último acceso: 9 de junio del 2017). Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
18. Schwarcz R., Fescina R., Duverges, C. Obstetricia. 6ta ed. España: Editorial El Ateneo. 2011.
19. Cunningham G., Leveno J., Bloom L., Hauth C., Rouse J., Spong Y. Williams OBSTETRICIA. 24° Ed. 2015
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Posturas del Parto: parto horizontal. España. 2010