



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



BENEFICIOS DEL PARTO VERTICAL EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DEL
TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES A TÉRMINO. SERVICIO DE OBSTETRICIA.
HUAL 2016.

Autor: Ferreira Carreño, María Teresa Cirujana- HUAL

Departamento de Ginecología y Obstetricia-HUAL

TUTOR CLÍNICO: Dr. Rodríguez Denny

Departamento de Ginecología y Obstetricia-HUAL

ASESOR METODOLOGICO: Profesor Edgar Acosta

Bárbula, Noviembre 2016



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**BENEFICIOS DEL PARTO VERTICAL EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DEL
TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES A TÉRMINO. SERVICIO DE
OBSTETRICIA. HUAL 2016.**

Autor: María Ferreira

RESUMEN

Las posiciones adoptadas por las gestantes durante el trabajo de parto, se adaptan a las diferentes épocas, culturas, tradiciones, y religiones. La tecnología y restricciones institucionales han limitado su movilización activa durante este proceso. Se evaluó los beneficios del parto vertical en 50 gestantes a término mediante la determinación del tiempo del trabajo de parto, la puntuación de la prueba APGAR del recién nacido, cuantificación de pérdidas hemáticas y evaluación del canal vaginal. La investigación fue descriptiva, prospectiva de corte transversal y de campo realizada en un Hospital Público de Carabobo, Venezuela. La duración fue de 6 horas 41 minutos como media en el grupo estudio, en contraste con 8 horas 13 minutos del grupo control. La prueba de APGAR, arrojó iguales resultados en los grupos de estudio y control, 98% de recién nacidos obtuvieron puntuaciones entre 7 y 10 puntos (n=49). Se realizó episiotomía en un 34% del grupo estudio y en un 66% del grupo control. Se diagnosticaron desgarros perineales en un

14% de los partos verticales comparados con el grupo control 8%. Las pérdidas hemáticas fueron menores en el grupo estudio, 306cc contra 315cc en el grupo control. Desde el punto de vista objetivo, se encontró una media de 0,35g/dL de hemoglobina de pérdidas en el grupo de estudio, mientras que en el grupo control fue de 0,56g/dL. En conclusión, las posiciones verticales adoptadas por las gestantes durante el primer y segundo periodo del parto, generan beneficios a tomar en consideración.

Palabras claves: Trabajo de parto, Parto vertical, Gestante a término, prueba de APGAR, Desgarros perineales.

Agradecimientos

A Dios por su infinita misericordia y benevolencia en mi carrera, por acompañar cada trabajo de parto y cada nacimiento que mis manos han guiado.

A mis padres por su apoyo incondicional y sus continuas oraciones que iluminan mi éxito.

A David Mujica, mi esposo, mi pilar, mi salvavidas, quien alimenta mi corazón y alma.

A mi hija, mis ojos, mi luz, mi inspiración, mi Victoria, para quien deseo un mundo mejor.

A mi tutor y compañeras de postgrado, por empujarme al éxito.

A mi Obstetra, quien con su atención humanizada me inspiro a seguir su ejemplo.

Estoy convencida de que hay hermosas maneras de nacer...

Introducción

El trabajo de parto corresponde al periodo desde el inicio de las contracciones uterinas regulares hasta la expulsión de la placenta. El parto vertical no es una práctica nueva, es la posición natural ya utilizada desde los albores de la humanidad, hecho que se ha demostrado en los grabados y esculturas encontrados en las diferentes culturas. Las comunidades tenían dinámicas, costumbres, tradiciones y rituales ajustadas a las necesidades de las gestantes, entre las que las posiciones verticales imperaban. No es sino hasta el siglo XVI cuando se adoptó la posición en decúbito dorsal y de litotomía, para favorecer las intervenciones médicas, uso del fórceps entre otros, menospreciando las necesidades fisiológicas de la paciente en el trabajo de parto (1,2).

En cuanto a la posición materna durante el trabajo de parto la literatura expresa que no es necesario confinar a la cama a la mujer en sus etapas tempranas, y en el caso de que deba permanecer en la misma, se le debe permitir adoptar la posición que encuentre más cómoda, evitando restringirla a la posición supina (1,3).

A medida que los avances científicos y los conocimientos obstétricos han avanzado, se han auspiciado variaciones en las conductas tomadas por las gestantes y sus tratantes al momento de la culminación de la gestación, incluyendo mejoras notorias en la morbilidad materno-fetal, mediante el monitoreo intraparto y la formación académica adecuada del personal sanitario. Sin embargo, algunas de esas adecuaciones han alterado la intimidad milenaria así como las comodidades que facilitaban a las parturientas el sobrellevar el “Trabajo de Parto” (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 estableció una guía práctica para los cuidados en el parto normal, en el que se presentaron diversos estudios que evaluaban la posición y los movimientos de la gestante durante el periodo de dilatación. Dentro de los hallazgos sugirieron que la posición dorsal afecta al flujo sanguíneo del útero debido a su peso sobre los vasos aorto-cava y la reducción del flujo sanguíneo que puede comprometer la condición del feto, por otra parte indican que dicha posición disminuye la intensidad de las contracciones, por lo que en ausencia de restricciones sugieren que la paciente se puede poner de pie, caminar, sentarse o adoptar cualquier posición que alternativamente escoja. En el periodo expulsivo, sugieren que la posición vertical o lateral ofrece muchas ventajas, con menos dificultades al pujar, menos dolor, menos trauma perineal. Por otra parte disminuye el tiempo del periodo y mejora las puntuaciones de la prueba de APGAR del recién nacido por encima de 7 puntos (4).

De acuerdo con Odent (2002), desde una perspectiva fisiológica, la posición dorsal es la peor alternativa posible, ya que cuando una mujer yace sobre su espalda, el útero comprime los vasos sanguíneos más importantes, lo cual disminuye la cantidad de sangre oxigenada placentaria (5).

En las recomendaciones realizadas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008), y en la guía de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno Vasco (2010), se plantea que se debe facilitar a la parturienta la adopción de la posición que le genere un mayor confort (6,7).

En México se estableció “La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud”, y en este sentido, Perú como respuesta a sus

altos índices de morbilidad materno-fetal derivados de las barreras culturales, se vio en la necesidad de implementar la “Norma técnica para la atención del Parto Vertical con adecuación intercultural”, la cual le ha generado reconocimientos y mejoras notorias en sus estadísticas (8,9).

En el 2006, Llanca y col. en la ciudad de Tacna en Perú, realizó un estudio para valorar la percepción de los Gineco-obstetras de la atención de las pacientes obstétricas a partir de un enfoque intercultural. Para tal efecto se entrevistaron y encuestaron a más de 100 obstetras que reconocieron carecer en su formación universitaria de elementos interculturales y consideraron que la atención obstétrica con este enfoque es un derecho y una necesidad (10).

Calderón y col. (2008), en su estudio denominado “Parto Vertical, retornando a una costumbre ancestral” realizaron un diseño observacional, comparativo y transversal, en Lima Perú, analizaron 160 partos de los cuales 80 fueron verticales y 80 horizontales, y reportaron resultados en los que el tiempo del expulsivo fue menor para el parto vertical frente al horizontal (11,39 minutos y 19,48 minutos respectivamente), el volumen de sangrado fue similar en ambos grupos (300 mL y 296.74 mL). Se requirió episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical (26,5% vs. 56,3%). Hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical que no se realizó episiotomía pero de poca profundidad (83% vs. 60%) y en cuanto a las parturientas reportaron que en posición vertical percibieron mayor rapidez, mayor confort y menor dolor (11).

Gayeski y Bruggemann (2009), evaluaron la percepción de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal, mediante un estudio cualitativo en el

que los aspectos positivos y negativos apuntados por las puérperas una vez que tuvieron experiencias de parto en las dos posiciones, concluyeron que los aspectos positivos de la posición vertical fue una participación más activa, siendo una posición más cómoda y que facilita la expulsión del feto. Por otra parte, la posición horizontal dificulta el movimiento, aumenta el dolor, alarga la duración del periodo expulsivo y las intervenciones obstétricas (2).

Lugones Botell y Ramírez Bermúdez en Cuba (2012), realizaron una revisión sobre las principales posiciones de la gestante en el trabajo de parto a través de la historia, sustentados por criterios científicos, históricos y culturales, y concluyeron que todas las posturas estudiadas son buenas y validas porque tienen sus beneficios sin ser ninguna superior de manera concluyente, por lo que se deben aceptar todas como posibles candidatas para la parturienta (12).

En nuestro país, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su artículo 51 describe como actos constitutivos de violencia obstétrica el “obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical”(13).

Actualmente en nuestra Institución se cuenta en la sala de preparto y parto con camas ergonómicas que facilitan la atención de los periodos del parto en posición sentada o semisentada, sin embargo, son poco aprovechados por nuestro personal, en parte por el desconocimiento de su existencia, como por la inexperiencia en la atención obstétrica en dichas posiciones.

Por lo antes expuesto se considera importante la evaluación de los beneficios del parto vertical para las gestantes a término que ingresan al servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Ángel Larralde, mediante la determinación del tiempo del trabajo de parto, la puntuación de la prueba de APGAR del recién nacido, la cuantificación de las perdidas hemáticas y la presencia o no de desgarros perineales durante la atención Obstétrica, en el periodo Junio Noviembre del 2016.

Materiales y Métodos

Tipo y Diseño De Investigación. La investigación fue de carácter descriptivo, prospectivo de corte transversal y de campo, con un diseño no experimental.

Población y muestra: La población estuvo representada por 50 gestantes a término del grupo estudio y 50 gestantes del grupo control que ingresaron en trabajo de parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Ángel Larralde. El muestreo fue no probabilístico intencional. En este sentido la población estuvo conformada con los siguientes criterios:

Criterios de exclusión: Paciente Primigesta cuya pelvis no ha sido probada. Pacientes con embarazos cuya edad gestacional fuese inferior a las 37 semanas. Pacientes con signos de compromiso de salud fetal. Pacientes con fetos cuya presentación no fuese cefálica.

Criterios de inclusión: Pacientes embarazadas de cualquier edad, con pelvis probadas. (I o más partos previos). Pacientes con embarazo a término de 37 a 41 semanas más 3 días. Pacientes en trabajo de parto en presentación cefálica de vértice.

Recolección de datos: En este estudio, se utilizó un instrumento estructurado elaborado por el autor para el registro de las variables de estudio, el cual fue validado por un panel de expertos. El Partograma recomendado por CLAP-OPS/OMS fue utilizado para el registro de la evolución tiempo del mismo, así como la frecuencia cardiaca fetal, descenso de la presentación y progreso de la dilatación, logrando el correcto monitoreo del parto (14,15).

Al momento del ingreso se seleccionó a la paciente según grupo de estudio, previo consentimiento informado y firmado por la misma, el cual fue avalado por el consejo de Bioética del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Se permitió la movilización a la

paciente, permitiéndole adoptar aquellas posiciones que le generen mayor confort, siguiendo las medidas de monitoreo Intraparto del servicio. Posteriormente se procedió a la atención obstétrica del segundo periodo del parto: la paciente en posiciones verticales (sentada, semisentada o en cuclillas) realizó la contracción de los músculos de la prensa abdominal en armonía con las contracciones uterinas, favoreciendo en dicha posición la expulsión del producto de la gestación. El Obstetra se mantuvo en todo momento frente a la paciente para poder observar la evolución del expulsivo interviniendo de ser necesario en la realización de la episiotomía, y protegiendo el periné para evitar desgarros. Posterior a el III periodo del parto, se valoró el periné para diagnosticar los posibles desgarros, y se cumplió con el protocolo de la administración de oxitócicos. Se tomó muestra de Hemoglobina al ingreso y a las 24 horas del parto para hacer las respectivas comparaciones, utilizando el mismo centro laboratorio del HUAL. Se reportó el registro de la puntuación APGAR al minuto y a los cinco minutos de nacer, dados por los residentes de Pediatría que evaluaron a los Recién Nacidos.

Bases éticas: Esta investigación se rigió por los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, descritos en el Código de Ética para la Vida. Bajo la misma bibliografía, se implementó el consentimiento informado (16).

Técnica de análisis estadístico de los datos: Posterior a la obtención de los datos recogidos y vaciados en la matriz de respuestas, se procedió al análisis de los mismos mediante la aplicación de pruebas de estadística descriptiva que permitieron el análisis porcentual de los datos que se muestran mediante tablas y gráficos representativos. Se sistematizó la base de datos en Microsoft® Excel, para luego realizar análisis estadísticos porcentuales con determinación de medias y desviaciones estándar.

Resultados

En esta investigación la población estuvo representada por 50 pacientes del grupo de estudio cuya edad media fue de $27,6 \pm 6,7$ años. En el grupo control de 50 pacientes, la edad media fue de $25,8 \pm 5,4$ años, sin diferencias estadísticamente significativas entre las edades de ambos grupos ($p=0,345$).

Tabla N° 1. Clasificación etaria de los grupos de estudio y control

Grupo Estudio			Grupo Control		
Edad (años)	F(n=50)	%	Edad(años)	F(n=50)	%
15-20	7	14	15-20	7	14
21-25	13	26	21-25	22	44
26-30	14	28	26-30	9	18
31-35	8	16	31-35	12	24
36-40	8	16	36-40	0	0

Fuente: Beneficios del parto vertical en la atención obstétrica del trabajo de parto en gestantes a término.

Servicio de Obstetricia. HUAL 2016.

En la tabla N° 1 se reporta la clasificación etaria de las pacientes del grupo estudio y control, donde se evidencia que el mayor número de pacientes esta en edades comprendidas entre los 26 y 30 años con 28% en el grupo de estudio ($n=14$), y en el grupo control la mayor representación estuvo en edades entre 21 a 25 años con un 44% ($n=22$).

Tabla N° 2. Número de partos previos en los grupos de estudio y control

Grupo Estudio			Grupo Control		
Partos previos	F(n=50)	%	Partos previos	F(n=50)	%
I	18	36	I	25	50
II	19	38	II	16	32
III	6	12	III	3	6
>IV	7	14	>IV	6	12

Fuente: Beneficios del parto vertical en la atención obstétrica del trabajo de parto en gestantes a término.

Servicio de Obstetricia. HUAL 2016

Tomando en consideración el número de partos previos de las pacientes en estudio, en la tabla 2 se evidencia que en el grupo de estudio 38% de las pacientes tenían dos partos previos (n=19), mientras que en el grupo control un 50% de las pacientes cursaban con un parto previo (n=25).

Tabla N° 3. Tiempo de trabajo de parto en los grupos de estudio y control

Grupo Estudio			Grupo Control		
Tiempo del Trabajo			Tiempo del Trabajo		
de Parto (horas)	F(n=50)	%	de Parto (horas)	F(n=50)	%
< 4	3	6	< 4	2	4
4 a 6	14	28	4 a 6	9	18
6 a 8	22	44	6 a 8	14	28
8 a 10	7	14	8 a 10	18	36
>a 8	4	8	>a 8	7	14

Fuente: Beneficios del parto vertical en la atención obstétrica del trabajo de parto en gestantes a término.

Servicio de Obstetricia. HUAL 2016

En cuanto al tiempo de duración del trabajo de parto, en la tabla numero 3 vemos que en la población de estudio la mayor representación porcentual fue en el grupo entre 6 a 8 horas (n=22) con un 44% de la totalidad. En contraste, en el grupo control, la mayor población se evidencio en el rango de 8 a 10 horas, con un porcentaje de 36% (n=18).

El tiempo de duración total del trabajo de parto tuvo una media de 6 horas 41 minutos en el grupo de estudio con una desviación estándar de 1,80 mientras que en el grupo control la media fue de 8 horas con 13 minutos con una desviación estándar de 2,10.

Tabla N° 4. Puntuación de la prueba de APGAR del recién nacido en los grupos de estudio y control

Grupo Estudio			Grupo Control		
APGAR(puntos)	F(n=50)	%	APGAR(puntos)	F(n=50)	%
7 a 10	49	98	7 a 10	49	98
3 a 6	1	2	3 a 6	1	2
0 a 2	0	0	0 a 2	0	0

Fuente: Beneficios del parto vertical en la atención obstétrica del trabajo de parto en gestantes a término.

Servicio de Obstetricia. HUAL 2016

Para la evaluación del recién nacido se utilizó la prueba de APGAR, la cual se representa en la tabla número 4, donde se encontró que no hubo diferencias porcentuales en los grupos de estudio y control, con 98% de recién nacidos con puntuaciones entre 7 y 10 puntos (n=49), y solo un 2% en ambos grupos se diagnosticó una puntuación diagnosticadas entre 3 y 6 puntos (n=1). No se observo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones APGAR entre el grupo en estudio (8,2±0,7) y el grupo control (8,2±0,6) (p=0,879).

Tabla N° 5. Realización de episiotomía en los grupos de estudio y control

Grupo Estudio			Grupo Control		
Episiotomía	F(n=50)	%	Episiotomía	F(n=50)	%
Si	17	34	Si	28	66
No	33	66	No	22	44

Fuente: Beneficios del parto vertical en la atención obstétrica del trabajo de parto en gestantes a término.

Servicio de Obstetricia. HUAL 2016

En la tabla número 5, se reporta a cuantas pacientes se les realizo episiotomía durante la atención del segundo periodo del trabajo de parto, siendo necesario en un 34% de las pacientes del grupo de estudio (n=17), en contraste con un 66% de las pacientes del grupo control a quienes se les realizo el procedimiento (n=28).

Tabla N° 6. Desgarros Perineales en los grupos de estudio y control

Grupo Estudio			Grupo Control		
Desgarros Perineales	F(n=50)	%	Desgarros perineales	F(n=50)	%
No	43	86	No	46	92
Grado I	5	10	Grado I	2	4
Grado II	2	4	Grado II	2	4
Grado III	0	0	Grado III	0	0
Grado IV	0	0	Grado IV	0	0

Fuente: Beneficios del parto vertical en la atención obstétrica del trabajo de parto en gestantes a término.

Servicio de Obstetricia. HUAL 2016

Por otra parte, en la tabla número 6 se encuentran los resultados obtenidos con respecto a los desgarros perineales diagnosticados luego del periodo expulsivo, donde cabe destacar que 86 % de las pacientes del grupo de estudio no presento desgarros (n=43), un 10% presento desgarros grado I (n=5), y un 4% presento desgarros grado II (n=2). Los resultados del grupo control reflejaron que un 92% no presento desgarros perineales (n=46), un 4% presento desgarros grado I (n=2) al igual que un 4% desgarros grado II.

Tabla N° 7. Pérdidas hemáticas subjetivas en los grupos de estudio y control

Grupo Estudio			Grupo Control		
Perdidas	F(n=50)	%	Perdidas	F(n=50)	%
Hemáticas			Hemáticas		
Subjetivas (cc)			Subjetivas (cc)		
<299	9	18	<299	9	18
300 a 499	35	70	300 a 499	33	66
>500	6	12	>500	8	16

Fuente: Beneficios del parto vertical en la atención obstétrica del trabajo de parto en gestantes a término.

Servicio de Obstetricia. HUAL 2016

Las perdidas hemáticas fueron evaluadas desde el punto de vista subjetivo en la tabla número 7, donde se evidenciaron resultados porcentuales de un 70 % de presencia de sangrado entre 300 a 499cc (n=35) en el grupo estudio y en el grupo control, se encontró un 66% de pacientes con pérdidas hemáticas en el mismo rango de 300 a 499cc (n=33).

La media calculada de perdidas hemáticas en el grupo de estudio fue de 306cc con una desviación estándar de 81,84 mientras que en el grupo control la media fue de 315cc con una desviación estándar de 89,35.

Para la determinación de las pérdidas hemáticas objetivas se calculó la diferencia entre valores de hemoglobina (Hb) al ingreso y en el puerperio inmediato, evidenciando una media de 0,35g/dL de hemoglobina de pérdidas en el grupo de estudio con una desviación estándar de 0,38 y en el grupo control fue de 0,56g/dL con una desviación estándar de 0,46. La media de las pérdidas de Hb fue significativamente superior en el grupo control, en comparación con el grupo en estudio ($p=0,016$).

Discusión

El trabajo de parto en pacientes con embarazos a término, tienen un tiempo de duración promedio estudiados ya desde los años 50. Las posiciones adoptadas durante el desarrollo del primer y segundo periodo del trabajo de parto, pueden modificar la duración del mismo (3,5).

Por lo anteriormente expuesto, se ha recomendado ampliamente tanto por organizaciones internacionales, como nacionales, el permitir la movilización de las pacientes durante el trabajo de parto, así como la adopción de posiciones verticales que generan beneficios para las mismas (5,7,11).

En esta investigación se evaluaron 100 trabajos de parto monitorizados en la sala de parto del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, divididos en dos grupos (50 pacientes grupo de estudio y 50 pacientes grupo control). De las pacientes que integraban el grupo de estudio, se les permitió adoptar posiciones verticales según su mayor confort, con lo que se obtuvo una media del tiempo de duración del trabajo de parto de 6 horas con 41 minutos en contraste con la media de 8 horas con 13 minutos del grupo control, con una diferencia notoria de 1 hora 30 minutos entre cada grupo. Aunque la investigación de Calderón y col. (2008), denominada “Parto Vertical, retornando a una costumbre ancestral” reportaron resultados en los que el tiempo del expulsivo fue el único considerado, de igual forma ellos consiguieron que fue menor para el parto vertical frente al horizontal (11,39 minutos y 19,48 minutos respectivamente) (14).

Al momento de determinar la puntuación de la prueba de APGAR del recién nacido, como un parámetro de bienestar del mismo, nos encontramos iguales resultados porcentuales en los grupos de estudio y control, donde un 98% de recién nacidos obtuvieron puntuaciones entre 7 y 10 puntos (n=49), y en ambos grupos un 2% tuvieron entre 3 y 6 puntos (n=1), tal

como lo señala la Organización Mundial para la Salud en 1996 donde reportaron que los partos atendidos en posiciones verticales mejoran el test de APGAR por encima de 7 puntos (4).

La atención del periodo expulsivo, requirió la realización de episiotomía en menor cantidad de pacientes atendidas en posiciones verticales comparadas con las atendidas en posición horizontal, un 34% contra un 66%. Sin embargo se diagnosticaron más desgarros perineales aunque de menor grado, en el grupo de estudio 14% comparados con el grupo control 8%. Dichos resultados ya fueron reportados por la OMS al describir los beneficios del parto en posiciones verticales y en la “Norma técnica para la atención del Parto Vertical con adecuación intercultural” de Perú (4,9).

Al igual que en el estudio de Calderón y col. (2008), la cuantificación de las pérdidas hemáticas desde el punto de vista subjetivo, arrojó resultados similares en ambos grupos siendo de 306cc en el grupo estudio y de 315cc en el grupo control. Desde el punto de vista objetivo, se encontró una media de 0,35g/dL de hemoglobina de pérdidas en el grupo de estudio y en el grupo control fue de 0,56g/dL siendo significativamente superior en el grupo control, aunque estando en ambos grupos dentro de lo esperado durante un trabajo de parto (14).

Todos estos resultados, nos arrojan como beneficiosas las posiciones verticales durante la atención obstétrica del trabajo de parto, considerando y respetando el adecuado monitoreo del mismo, y siempre permitiendo que sea la propia paciente la que manifieste cual posición le genere mayor confort, tal como lo sugieren las diferentes bibliografías, dentro de las que se destaca la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de nuestro país (6,13).

Conclusiones

Según los resultados obtenidos en el presente estudio se determinó que el tiempo del trabajo de parto fue menor en el grupo de pacientes atendidas en posiciones verticales con 6 horas 41 minutos, en comparación con el grupo control con 8 horas 13 minutos. La determinación de la puntuación de la prueba de APGAR fue porcentualmente igual en ambos grupos, con un 98% dentro del grupo de 7 a 10 puntos, por lo que las posiciones verticales no representan un riesgo para el bienestar del recién nacido.

La Episiotomía fue necesaria en un número menor de pacientes atendidas en el grupo de estudio que en el grupo control, 34% contra un 66% respectivamente. Se diagnosticaron mas desgarros perineales en el grupo de estudio que en el control, sin embargo fueron de menor grado. Teniendo en consideración el número de partos previos de ambos grupos, en el grupo de estudio 38% de las pacientes tenían dos partos previos (n=19), mientras que en el grupo control un 50% de las pacientes cursaban con un solo parto previo (n=25), lo que justificaría la mayor necesidad de episiotomía en el segundo grupo.

Las pérdidas hemáticas se mantuvieron dentro de parámetros normales en ambos grupos tanto desde el punto de vista subjetivo como objetivo, con una menor pérdida para los partos verticales que en los del grupo control, 306cc en el grupo estudio y de 315cc en el grupo control. Desde el punto de vista objetivo las pérdidas fueron de 0,35g/dL de hemoglobina en el grupo de estudio y en el grupo control fue de 0,56g/dL, siendo estadísticamente significativas.

En conclusión, las posiciones verticales adoptadas por las gestantes durante el primer y segundo periodo del parto, generan beneficios como menor tiempo del trabajo de parto,

menores pérdidas hemáticas, menor necesidad de realización de episiotomías. Por otra parte no representan un riesgo para el bienestar del recién nacido, y aunque tienen una mayor predisposición a generar desgarros perineales, los mismos son de menor grado, no generaron mayores pérdidas hemáticas y están asociados a la cantidad de partos previos de las pacientes.

Recomendaciones

Como parte del aprendizaje generado por esta investigación, y tomando en consideración los datos obtenidos, se recomienda permitir a las gestantes adoptar posiciones verticales que les generen mayor comodidad durante el primer y segundo periodo del parto, respetando las normas de monitoreo intraparto de cada institución y haciendo uso del partograma.

De igual forma se recomienda la formación de profesionales médicos y de enfermería capaces de cumplir con la atención obstétrica en dichas posiciones, respetando los derechos de las pacientes que acuden a los diferentes centros hospitalarios.

Sería beneficioso dictar talleres en las consultas prenatales, que aporten información a las pacientes sobre los beneficios del trabajo de parto en posiciones verticales, así como las diferentes posiciones antálgicas que pudiesen adoptar para tolerar las contracciones uterinas dolorosas, así como técnicas de visualización y respiración que les generen confort.

Por último, para futuras investigaciones se recomienda la realización de instrumentos que valoren la percepción de las puérperas en cuanto a la atención del trabajo de parto en posiciones verticales en comparación con el decúbito dorsal.

Referencias bibliográficas.

1. Cunningham F G y Cols. **Trabajo de Parto y Parto Normales**. En: Obstetricia de Williams 22ª edición. México D.F. McGraw-Hill Interamericana; 2006. p 409-442.
2. Bruggemann O M. Gayeski M E. **Percepción de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal**. Rev. Latinoamericana de Enfermería. [Versión Electrónica]. 2010; 17(2): disponible en www.eerp.usp.br/rlae Consultado el 15 de enero 2016.
3. J. Aller y B. Aller. **Mecanismo del Parto Normal**. En: Obstetricia Moderna. 3ª edición. Caracas: .McGraw-Hill Interamericana. 1999. p 127-134.
4. Organización Mundial de la Salud. **Cuidados en el Parto Normal: Una guía Práctica**. [Versión Electrónica]. 1996. Ginebra. Disponible en whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf consultada el 15 de marzo 2016.
5. Odent M. **Birth Reborn and The Nature of Birth and Breastfeeding**. [Versión Electrónica]. 1994. Disponible en <http://www.midwiferytoday.com/articles/firsthour.asp>. Consultada el 15 de marzo 2016.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. **Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto**. [Versión Electrónica]. 2008. disponible en:

- [www.sego.es/Content/pdf/20080117 recomendación al parto.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendación_al_parto.pdf). consultada el 15 de Marzo 2016.
7. Gobierno Vasco. **Guía de práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal**. Ministerio de Sanidad y Política Social. [Versión Electrónica]. 2010. Disponible en: www.msssi.gob.es/organizacion/sns/.../guiaPracClinPartoCompleta.pdf Consultada 15 de Marzo 2016.
 8. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo intercultural México. **La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud**. [Versión Electrónica]. 2010. Disponible en: www.nuevelunas.org.mx/.../Modelo%20de%20parto%20vertical%20en. Consultado el 15 de marzo 2016.
 9. Ministerio de Salud Perú. **Norma técnica para la atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural**. [Versión Electrónica]. 2005. Disponible en; www.unfpa.org.pe/.../MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.p... Consultada el 15 de enero 2016.
 10. L. Llanca Ramos. **Percepción de los profesionales Gineco obstetras y obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas en el ámbito de la ciudad de Tacna 2006** (Tesis de Grado). Tacna, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006. www.unjbg.edu.pe/coin2/pdf/01011002106.pdf consultado el 15 de marzo 2016.

11. Calderón y Cols. **Parto Vertical, retornando a una costumbre ancestral.** Rev. Per GinecolObstet. [Versión Electrónica]. 2008; 54:p49-57. Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecología/vol54_n1/.../A11V54N1.pdf. consultada el 15 de marzo 2016.
12. Lugones Botell y Ramírez Bermúdez. **El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura.** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [Versión Electrónica]. 2012;38(1): p134-145. Disponible en: <http://scielo.sid.cu/scielo.php?scrip=S0138-600X2011000100004&Ing=es>. consultada el 15 de marzo 2016.
13. Instituto Nacional de la Mujer. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** Disponible en: venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf Consultada el 15 de marzo 2016.
14. Gallo Manuel. **Actuación de la Matrona Durante el Parto para Minimizar la lesión del suelo pélvico: Uso del Partograma.** En: Efectos del Embarazo y Parto sobre el Suelo Pelvico. 1ª edición. España. Amolca; 2015. p 101-119.
15. Friedman. **The graphic analysis of labor.** En: Am J ObstetGinecol 68:1568, 1954.
16. Ministerio del poder popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. **Código de Ética para la Vida.** [Versión Electrónica]. Venezuela 2011;Disponible en: <http://www.coordinv.ciens.ucv.ve/investigacion/coordinv/index/CONCIENCIA/codigoe.pdf>.