

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

**CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DE MUJERES QUE
PARIERON EN MODALIDAD VERTICAL Y SUS RECIEN NACIDOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE MATERNIDAD INTEGRAL OBSNATURA
VIÑA DEL MAR.**

Tesis para optar al grado de Licenciada/o en Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía:
Paula Oyarzún Andrades

Estudiantes:
Katherine Brante
Contreras
Verónica Fernández
Ramírez
Camila González García
Francisca Medina Pérez
Ivania Toledo Vargas

Valparaíso 2013.

DEDICATORIA

“A nuestras familias, por su apoyo incondicional, paciencia y comprensión durante los momentos difíciles a lo largo de este periodo. Por habernos entregado los valores y principios que nos ayudaron a llegar a esta instancia”

ÍNDICE

Contenido	Página
Página del Título	1
Resumen	2
Capítulo I	3
❖ Introducción	4
❖ Problema de Investigación	6
❖ Objetivo General	8
❖ Objetivos Específicos	8
Capítulo II	11
Material y Método	
❖ Diseño de Investigación	12
❖ Población de estudio	13
❖ Fuente de información	13
❖ Mecanismos de determinación de universo y muestra	14
❖ Proceso de recolección de datos	15
❖ Análisis de datos	18
❖ Consideraciones éticas	18
Capítulo III	19
❖ Resultados	20
Capítulo IV	54
❖ Discusión	55
❖ Sugerencias	61
Capítulo V	62
❖ Agradecimientos	63

Capítulo VI	64
❖ Referencias Bibliográficas	65
Capítulo VII	72
Datos suplementarios (Anexos)	
❖ Anexo 1. Glosario de Términos, siglas y abreviaciones	73
❖ Anexo 2. Marco Teórico	75
❖ Anexo 3. Operacionalización de Variables	95
❖ Anexo 4. Instrumento de recolección de datos	107
❖ Anexo 5: Autorizaciones y consentimiento informado.	
5.1 Carta solicitud de trabajo para Centro de Maternidad Integral Obsnatura.	114
5.2 Carta solicitud prueba piloto para Centro de Maternidad Integral Obsnatura.	115
5.3 Carta consentimiento informado dirigido a usuarias del Centro de Maternidad Integral Obsnatura para participar en trabajo de tesis.	116
❖ Anexo 6 : Tablas de resultados por variable	118

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

**CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DE MUJERES QUE
PARIERON EN MODALIDAD VERTICAL Y SUS RECIEN NACIDOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE MATERNIDAD INTEGRAL OBSNATURA
VIÑA DEL MAR.**

Tesis para optar al grado de Licenciada/o en Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía:
Paula Oyarzún Andrades

Estudiantes:
Katherine Brante Contreras
Verónica Fernández
Ramírez
Camila González García
Francisca Medina Pérez
Ivania Toledo Vargas

Valparaíso 2013.

RESUMEN

Esta investigación describe las características biopsicosociales de mujeres que parieron en modalidad vertical y sus recién nacidos, atendidos por el equipo de salud del Centro de Maternidad Integral Obsnatura de Viña del Mar en el período que comprende desde Julio del 2011 hasta Julio del 2013.

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y exploratorio, no experimental, en una muestra conformada por 30 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión de un universo de 91 mujeres. Se aplicó un instrumento de recolección de datos sobre las fichas perinatales, según consentimiento informado de las usuarias.

Los resultados más relevantes fueron: El 43% de las mujeres se encontraban entre los 25 y 29 años de edad. El 53% de las usuarias no presentaron patologías maternas, el 67% eran nulíparas. El 93% de usuarias tenía estudios superiores. El 100% tuvo su parto acompañada de una persona significativa. Un 60% recibió conducción, en ninguna mujer se realizó RAM. La resolución del parto en un 63% fue en posición sentada. El promedio de los trabajos de parto fue de 5,69 horas. Un 90% no tuvo episiotomía. Hubo 18 mujeres que presentaron desgarros de primer grado y 4 de segundo grado. En los recién nacidos el 100% de los test Apgar a los 5 min tuvo puntuación entre 7 y 10 puntos. La edad gestacional de todos los neonatos fue de término. Un 97% de RN no presentaron traumatismos del parto. El 90% de los niño/as tuvieron apego neonatal inmediato, un 63% lactancia materna precoz. Se distingue que las mujeres estudiadas y sus RN presentaron características favorables para un parto en modalidad vertical.

Palabras claves: Parto humanizado, Parto vertical, Parto natural.

Capítulo I

Introducción

Problema de investigación

Objetivo General

Objetivos Específicos

INTRODUCCIÓN

Desde el origen de la especie humana las mujeres han optado por la posición vertical al momento de parir, y en la mayoría las culturas se documentan diferentes representaciones de esta posición, lo cual sugeriría que sería la postura fisiológica de parir. (1, 9, 12, 14, 15,26)

En la modalidad de parto vertical la mujer se posiciona de manera perpendicular al suelo. Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), se clasifican en:

- Sentada (pueden utilizar silla o banqueta obstétrica).
- Semi-decúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical).
- De rodillas.
- En cuclillas (sin ayuda o usando barras de cuclillas).
- Parada (sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca, cuerda, etcétera)(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), subraya la necesidad que la mujer elija cómo quiere dar a luz en su posición más cómoda, y señala que el verdadero desafío de los profesionales de la salud es brindarles información imparcial en la cual basar las opciones de las posiciones para el parto y consejos sobre cómo prepararse para tener su parto en la posición elegida. Además, recomienda que las parturientas no utilicen la posición ginecológica durante el trabajo de parto y parto, porque se considera perjudicial e ineficaz. Este organismo señala que en nuestro país, más del 99% de los partos son atendidos por profesionales de la salud debidamente calificados. (26)

En Chile, existen escasos estudios estadísticos sobre el parto vertical. El país carece de políticas públicas que protocolicen el proceso del parto en esta posición, a pesar de que esta figura entre las posiciones a las que puede optar una gestante dentro del Programa Ministerial Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo (ChCC), que se implementa desde el año 2005 y que tiene como propósito lograr igualdad desde la cuna, además del “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo”, elaborado por el Ministerio de salud (MINSAL) en el año 2010, con la colaboración de un equipo multidisciplinario en salud, el cual está confeccionado específicamente para atender un parto humanizado y en posición vertical. Adicionalmente ponen énfasis en una nueva mirada de la calidad en la atención de salud, con el fin de responder a expectativas de una población que demanda dignidad, respeto y acogida a la red pública de salud, con comprensión de la diversidad, valoración de la vulnerabilidad y sensibilidad a las incertidumbres o falta de conocimientos con que las personas se entregan a los cuidados de los profesionales de la salud.(2)

Por décadas, el trabajo de parto y el parto, eran acontecimientos familiares vividos y compartidos en los hogares junto a la comunidad. Tenían lugar en las casas, con la protección y ayuda de otras mujeres que conocían las características de los partos naturales. El trabajo de parto transcurría en ese ambiente familiar conocido y protector. La mujer, libre para moverse y para expresarse, era entonces tranquilizada, estimulada, admirada y amada durante ese momento único e irrepetible, rodeada de sus seres queridos. (3)

En los últimos tiempos, con el desarrollo de la ciencia, la atención del proceso de parir se ha realizado en un medio hospitalario y con personal especializado, de esta manera, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición de litotomía, la cual aparentemente

permitiría al equipo de salud controlar mejor el estado de la gestante y el feto, asegurando así un “parto seguro”, para garantizar su bienestar. Este modelo de atención ha transformado la forma tradicional de parir, caracterizada por la movilidad y verticalidad a la pasividad y horizontalidad de la gestante. (4)

Según fuentes estadísticas, en Chile el 85% de los partos registrados son atendidos por profesional matrona/matrón, mientras que un 15% es atendido por médicos obstetras. (37, 41)

Actualmente existen escasos estudios nacionales que describen el perfil de las usuarias y sus recién nacidos que acceden a la modalidad de parto vertical. Cabe destacar que esta modalidad se está retomando gracias a la humanización de la atención en el parto y a la implementación de centros de maternidad en el país que atienden partos centrados en la satisfacción de la usuaria y su familia.

De acuerdo a lo planteado emerge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características biopsicosociales de mujeres que parieron en modalidad vertical y sus recién nacidos atendidos en un Centro de Maternidad Integral?

El centro de atención integral seleccionado fue Obsnatura, el cual es un centro privado de atención abierta a la población, fundado y gestionado por profesionales matronas/matronas de la V región, el cual otorga servicios al público general y en particular a gestantes y sus parejas y/o familias. En dicho centro se implementan diferentes técnicas y talleres relacionadas con el parto humanizado, parto natural y manejo del dolor en las gestantes de forma paralela al control prenatal regular, brindando a las mujeres preparación pre-concepcional, durante la gestación y en el post parto

incluyendo al padre y su hijo/hija. Este centro fue seleccionado como lugar de estudio por ser el único de la región que funciona formalmente orientado a la atención de partos en modalidad vertical, contando con protocolos de atención, como fuente de información relevante.

Este centro está conformado por un equipo profesional multidisciplinario, liderado por matronas y matrones. Con el respaldo de médicos, kinesiólogos, psicólogos y nutricionistas (entre otros), lo que le permite tener una visión integral del proceso fisiológico de gestar y parir. Algunas de sus principales prestaciones son: yoga prenatal, yoga en pareja, preparación psicoprofiláctica para el parto, danza espiral, reiki , acupuntura y flores de Bach, las cuales tienen el propósito de complementar los controles prenatales.

La presente investigación, indagará sobre las variables biológicas, sociales, y psicológicas que rodean a la mujer y su hijo/a atendidos en modalidad de parto vertical, aportando información relevante ya que esta modalidad de parir otorga el protagonismo a la mujer, pareja y su familia, adscribiéndose a un cambio de paradigma en la atención perinatal con una tendencia a retomar los orígenes del ser humano.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir las características biopsicosociales de mujeres que parieron en modalidad vertical y sus recién nacidos atendidos por el equipo de salud del Centro de Maternidad Integral Obsnatura de Viña del Mar, durante el periodo entre el 31 de Julio 2011 y 31 de Julio del año 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características biológicas de mujeres que parieron en modalidad vertical atendidas por Centro de Maternidad Integral Obsnatura, según:
 - 1.1 Edad reproductiva
 - 1.2 Estado nutricional
 - 1.3 Antecedentes mórbidos y quirúrgicos personales
 - 1.4 Patologías maternas
 - 1.5 Paridad
 - 1.6 Periodo intergenésico

2. Identificar las características psicosociales de mujeres que parieron en modalidad vertical atendidas por Centro de Maternidad Integral Obsnatura, según:
 - 2.1 Ocupación
 - 2.2 Previsión
 - 2.3 Escolaridad
 - 2.4 Pareja o persona significativa
 - 2.5 Taller de preparación para el parto

3. Determinar las características de los partos verticales de mujeres atendidas por el Centro de Maternidad Integral Obsnatura, según:
 - 3.1 Conducción del parto
 - 3.2 Características del líquido amniótico
 - 3.3 Tipo de parto vertical
 - 3.4 Duración trabajo de parto
 - 3.5 Tiempo de expulsivo
 - 3.6 Episiotomía
 - 3.7 Desgarros
 - 3.8 Alumbramiento
 - 3.9 Muerte intrauterina
 - 3.10 Complicaciones del post parto
 - 3.11 Profesional que tiende el parto

4. Determinar las características biológicas de los recién nacidos atendidos a través de modalidad vertical por el equipo de salud del Centro de Maternidad Integral Obsnatura, según:
 - 4.1 Test de Apgar
 - 4.2 Traumatismos del parto
 - 4.3 Peso
 - 4.4 Edad gestacional pediátrica
 - 4.5 Clasificación del peso según edad gestacional
 - 4.6 Patologías del recién nacido
 - 4.7 Hospitalización del recién nacido
 - 4.8 Muerte neonatal

5. Identificar las características psicosociales de los recién nacidos atendidos a través de modalidad vertical por el equipo de salud del Centro de Maternidad Integral Obsnatura, según:
 - 5.1 Apego neonatal
 - 5.2 Lactancia materna precoz
 - 5.3 Alojamiento conjunto

Capítulo II

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo- Cuantitativo- Retrospectivo- Exploratorio-No experimental

Se utilizó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con una perspectiva descriptiva y cuantitativa cuyo propósito era establecer patrones de comportamiento.

Se recopilaron y analizaron datos de variables medibles de categoría nominal y ordinal. Se incorporó un enfoque descriptivo al trabajo porque el objetivo principal de la investigación fue conocer las diversas características de las mujeres y sus recién nacidos atendidos en modalidad vertical. Se adoptó un enfoque exploratorio debido a que la atención de partos verticales es de implementación reciente en el país (42), y en consecuencia son escasos los estudios al respecto. Por último el trabajo tiene un enfoque retrospectivo ya que las variables se midieron en el transcurso de tiempo entre el 31 de Julio del 2011 y 31 de Julio del 2013. Debido a las limitantes creadas por los nuevos protocolos para acceder a las fichas clínicas de las usuarias en hospitales públicos, indicados en la ley 20.584 del Ministerio de Salud, aprobada en el año 2012 (37), se estimó que este diseño se adecuaba mejor al objetivo general del mismo.

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

UNIDAD DE ESTUDIO

- ❖ **Universo:** Mujeres y sus recién nacidos, cuyos partos, independiente de su vía de resolución, fueron atendidos por matronas y/o médicos del Centro de Maternidad Integral Obsnatura en el período que comprende desde Julio del 2011 hasta Julio del 2013, con un número total de 91 mujeres y sus recién nacidos.
- ❖ **Muestra:** 30 mujeres y sus recién nacidos, cuyos partos fueron atendidos en modalidad vertical por el equipo de salud del Centro de Maternidad Integral Obsnatura, las cuales cumplen con los criterios de inclusión.
- ❖ Se excluyeron del estudio 48 mujeres que cumplieron con los criterios de exclusión. Además, 13 mujeres que, si bien cumplían con los criterios de inclusión, no fue posible realizar la recolección de datos ya que sus fichas estaban incompletas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

UNIDAD DE ESTUDIO: Corresponde a 30 mujeres y sus recién nacidos cuyos partos fueron atendidos en modalidad de parto vertical por el equipo de salud del Centro de Maternidad Integral Obsnatura de Viña del Mar, en el período que comprende desde Julio del 2011 hasta Julio del 2013.

UNIDAD INFORMANTE:

- ❖ Fichas clínicas perinatales del Centro de Maternidad Integral Obsnatura.
- ❖ Libro de atención de partos del Centro de Maternidad Integral Obsnatura.

UNIDAD REFERENCIAL: Matrona Sra. Paula Díaz, Administradora del Centro de Maternidad Integral Obsnatura.

MECANISMO DE DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Muestra no probabilística - Intencional

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia, pues se hizo un esfuerzo deliberado por conseguir una muestra representativa de la población. Para ello se utilizó una muestra de aquellos casos cuyas unidades informantes contenían la totalidad de la información requerida por el instrumento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Mujeres atendidas por el personal del Centro de Maternidad Integral Obsnatura, en el periodo comprendido desde el 31 de Julio del 2011 hasta el 31 de Julio del 2013, cuya vía de resolución del parto fue a través de parto vertical.
- ❖ Recién nacidos (vivos o muertos) de mujeres atendidas a través de parto vertical, en el centro definido anteriormente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Mujeres y sus recién nacidos, atendidos por el personal del Centro de Maternidad Integral Obsnatura, cuya vía de resolución no fue parto vertical (cesárea, fórceps y parto en posición de litotomía).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- ❖ Implementación de la ley 20.584, la cual regula los derechos sobre la confidencialidad de las historias clínicas de las usuarias.
- ❖ Registro incompleto de fichas clínicas del Centro de Maternidad Integral Obsnatura en casos de mujeres que cumplían con los criterios de inclusión para el estudio.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó durante los meses de Abril y Agosto del año 2013, a través de un muestreo intencional o de conveniencia. Las características a estudiar estuvieron contenidas en un instrumento de recolección de datos, el cual permitió levantar la información necesaria de acuerdo a las variables planteadas en la investigación. El instrumento (Anexo 4) se encuentra segmentado en las siguientes variables: características biológicas maternas, antecedentes psicosociales maternos, antecedentes del parto vertical, características biológicas de los recién nacidos y características psicosociales de los recién nacidos.

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PASOS METODOLÓGICOS

La asignatura de metodología de la investigación I y II, impartida en el año 2012, solicitó la elaboración de un proyecto de tesis de pregrado en diferentes áreas disciplinares, para obtener el grado de Licenciada/o en Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

La elección del tema de estudio emerge a partir de la realización de la jornada de parto vertical organizada por la Escuela de Obstetricia y Puericultura en el año 2012, complementada por asignaturas tales como Antropología Sociocultural, Puericultura, Salud Sexual y Reproductiva II y Neonatología I.

Entre los meses de Agosto y Octubre del 2012, se llevó a cabo la elaboración de los objetivos, tanto general como específicos, además de la operacionalización de variables del estudio (Anexo 3).

Una vez definidos los objetivos de la investigación, en octubre de 2012, se contactó a la directora del Centro de Maternidad Integral Obsnatura, Viña del Mar; Sra. Paula Díaz Álvarez, para dar a conocer el interés de trabajar con el centro como campo de estudio, y evaluar la disponibilidad del mismo para llevarlo a cabo. La reunión se concretó en Noviembre de 2012, realizándose en las dependencias del centro. Se le hizo entrega a ella de una solicitud formal del permiso correspondiente (Anexo n°5.1), con una respuesta favorable para la realización de la investigación.

Luego de haber establecido el lugar de estudio surge la primera limitante, que es el escaso número total de partos atendidos de forma vertical, de los cuales un alto porcentaje (40%) corresponden a cesáreas. Es por esta razón

que se decidió hacer un muestreo de conveniencia de los partos verticales atendidos, con el fin de alcanzar una muestra de tamaño significativo.

En el mes de Abril de 2013, se efectuó la prueba piloto, previa autorización del centro (Anexo 5.2) con 5 fichas elegidas al azar del libro de parto en diferentes fechas (aproximadamente el 10% del universo), autorizadas por las mujeres a través de llamado telefónico, previo consentimiento informado (Anexo 5.3). Esto resultó en una mejoría del instrumento en diversas variables del estudio tales como:

- ❖ Variable Periodo intergenésico: Se agrega la opción “nuligesta”.
- ❖ Variable Anestesia: Se agrega la opción “sin anestesia”.
- ❖ Variable Posición del expulsivo: Se agrega la opción “semi-vertical”.
- ❖ Variable Tiempo de expulsivo: Se agrega la opción “no se registra”, además se incluye la opción “especifique”.
- ❖ Variable Atención del parto: Se agrega la opción “matrona y médico”.
- ❖ Variable Apgar a los 5 min: Se agrega la opción “Apgar al minuto”.
- ❖ Variable Peso RN: Se agrega la opción “especifique”.

Luego de obtener resultados positivos con el pilotaje, se decide la aplicación del instrumento con el fin de recolectar la información en el centro de maternidad. Esto se llevó a cabo durante los meses de Mayo, Junio y Julio de 2013. Durante los meses de Agosto y Septiembre se realizó la tabulación de todos los resultados obtenidos y la elaboración de gráficos correspondientes a cada variable. Finalmente, en los meses de Octubre y Noviembre se realizó la discusión de resultados en conjunto con la revisión de los detalles de formato de la investigación.

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa Microsoft Excel año 2007 para la tabulación de datos, posterior a la recolección mediante el instrumento. Con el mismo se realizó la elaboración de tablas y gráficos para lograr los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente trabajo se adjuntan las cartas correspondientes a:

- ❖ Anexo 5.1: Carta solicitud de trabajo de tesis para Centro de Maternidad Obsnatura.
- ❖ Anexo 5.2 : Carta solicitud prueba piloto para Centro de Maternidad Obsnatura.
- ❖ Anexo 5.3 : Carta consentimiento informado telefónico dirigido a usuarias del Centro de Maternidad Obsnatura para participar en trabajo de tesis.

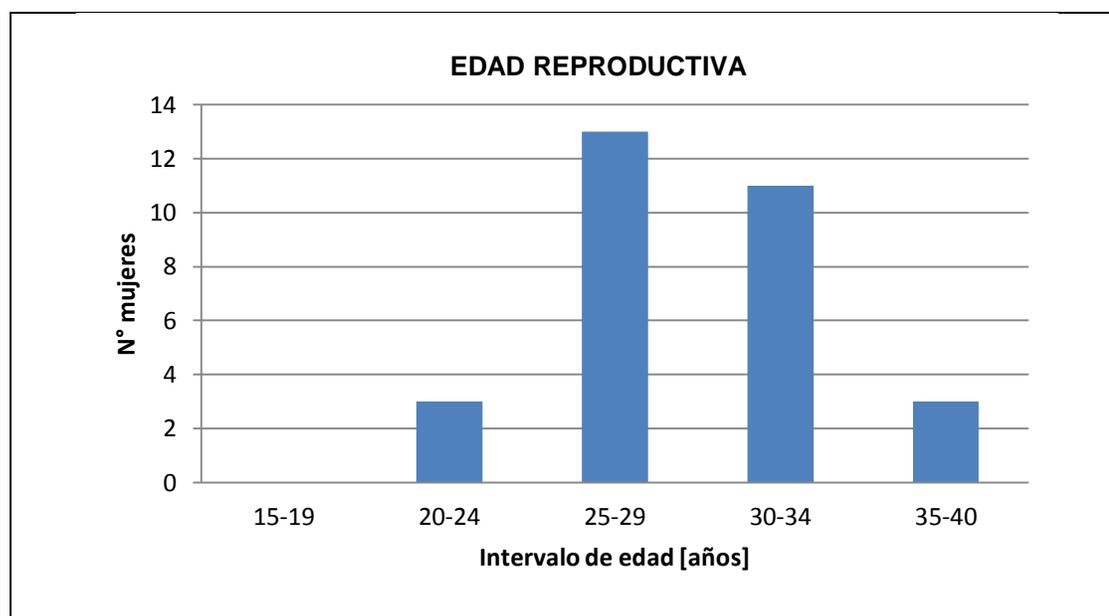
Capítulo III

RESULTADOS

RESULTADOS

En el siguiente capítulo se detallan los resultados del análisis de las fichas clínicas perinatales en el Centro de Maternidad Integral Obsnatura.

Gráfico I: Distribución de mujeres que parieron en modalidad vertical según intervalo de edad reproductiva (n=30)

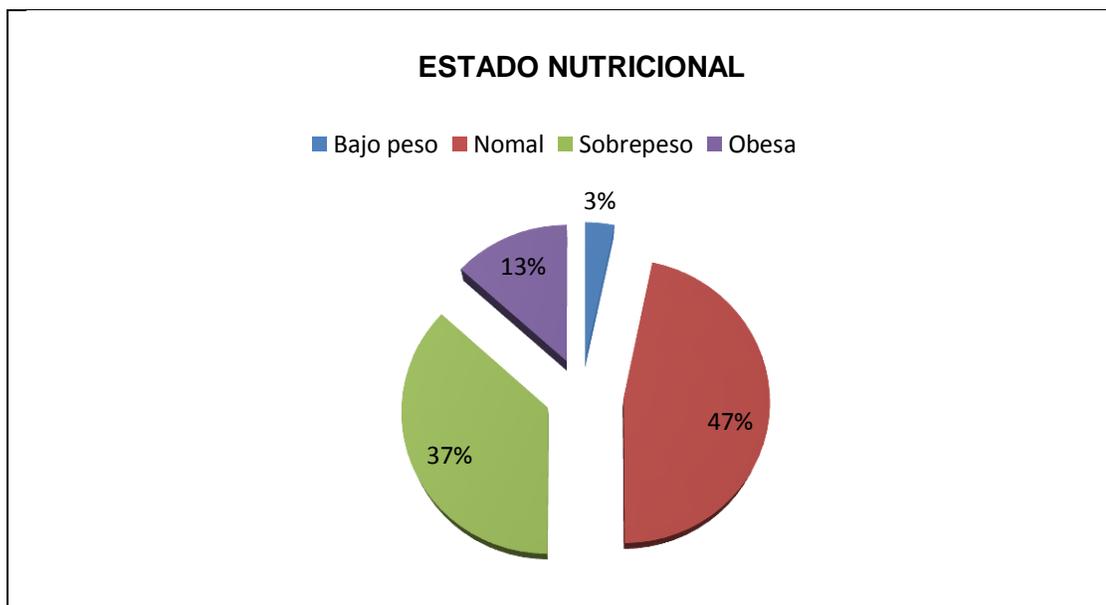


*Ver Anexo 6: Tabla 1

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: La mayor concentración de mujeres estuvo en los intervalos de edad 25-29 años con un 43% y 30-34 años con un 37%. La edad promedio fue de 29,4 años con una desviación estándar de 4,5 años, la mediana fue de 29 años y la moda de 25 años.

Gráfico II: Distribución porcentual de mujeres que parieron en modalidad vertical según estado nutricional (n=30)

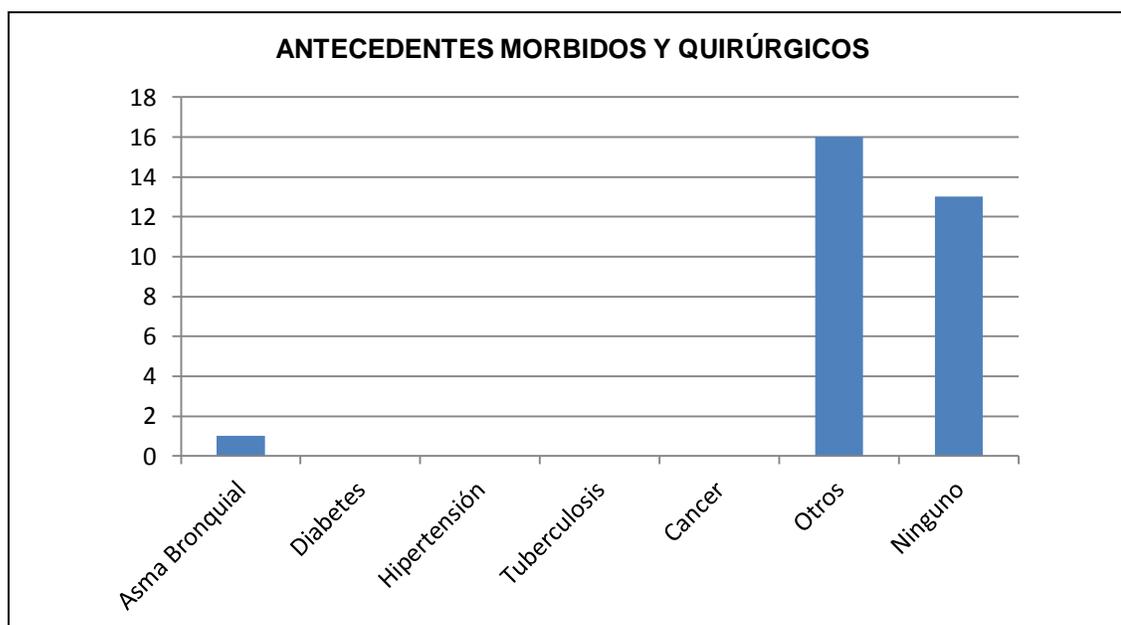


*Ver Anexo 6: Tabla 2

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Un 47% de las mujeres estudiadas presentaron un estado nutricional normal al momento de su parto, mientras que un 37% corresponde a un estado nutricional con sobrepeso.

Gráfico III: Distribución de mujeres que parieron en modalidad vertical según antecedentes mórbidos y quirúrgicos (n=30)

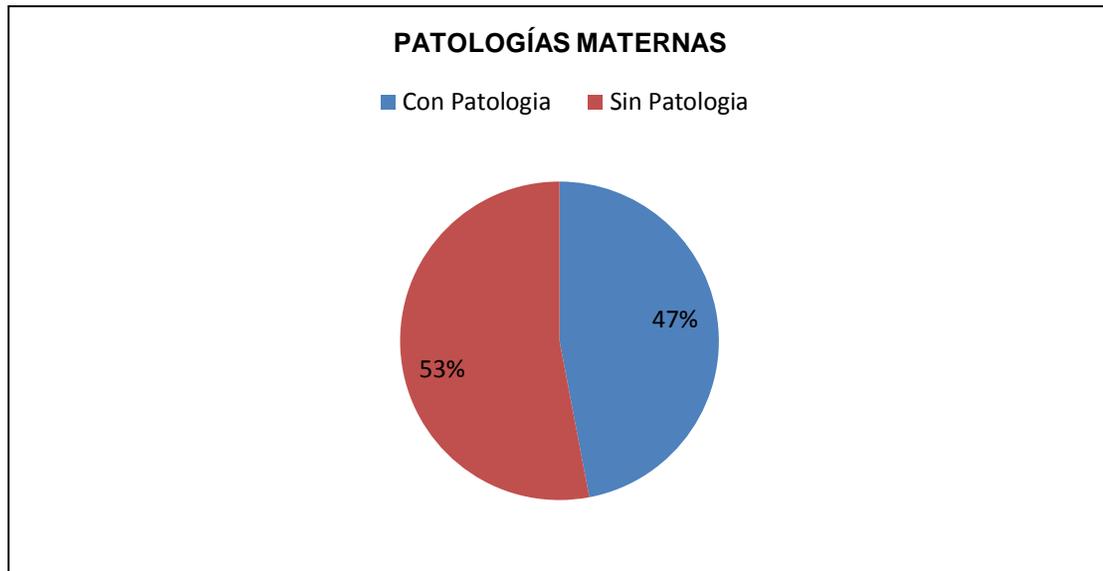


*Ver Anexo 6: Tabla 3.1 y Tabla 3.2

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Hubo 13 mujeres que contestaron presentar ninguna patología, mientras que 16 mujeres respondieron tener antecedentes mórbidos y quirúrgicos agrupándose dentro de la categoría “Otros”, siendo el hipotiroidismo la patología más frecuente.

Gráfico IV.I: Distribución porcentual de mujeres que parieron en modalidad vertical según presencia de patologías maternas (n=30)

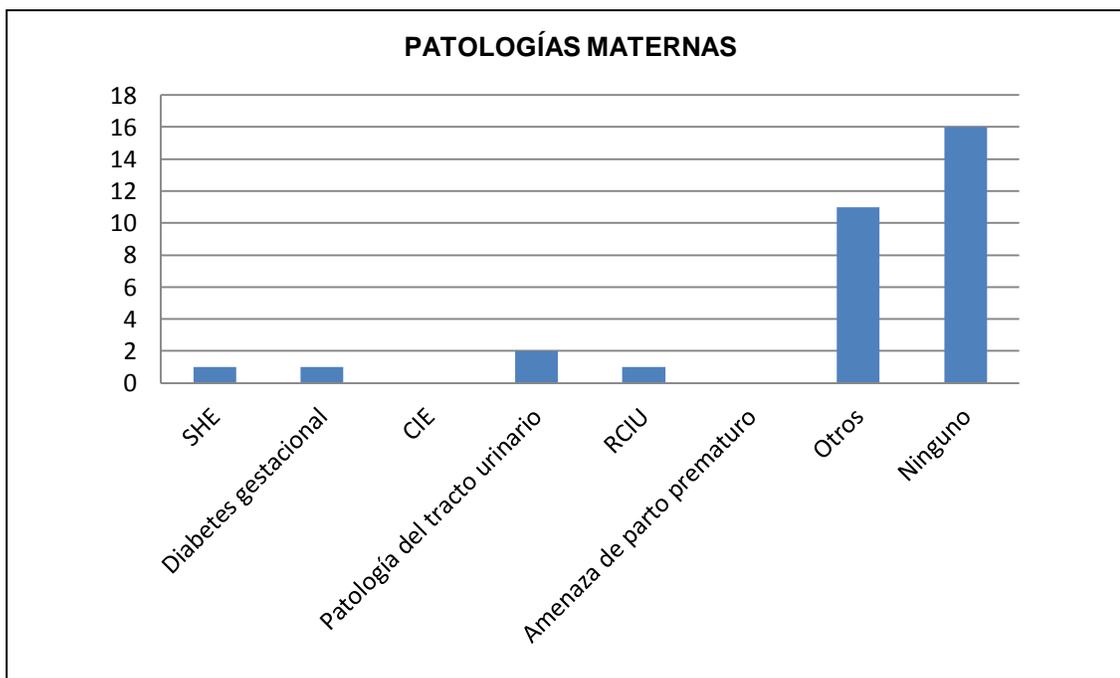


*Ver Anexo 6: Tabla 4.1

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Respecto de las mujeres estudiadas, un 53% cursó su embarazo y/o parto sin patologías maternas.

Gráfico IV.II: Distribución de mujeres que parieron en modalidad vertical según patologías maternas (n=30)



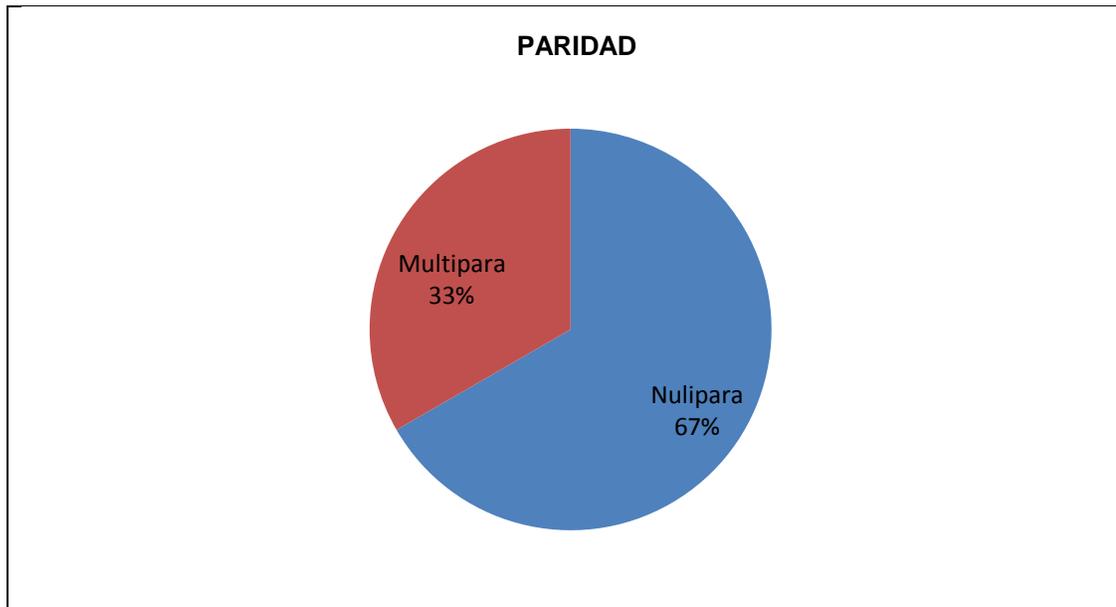
*Ver Anexo 6: Tabla 4.2 y Tabla 4.3

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

*Las patologías maternas superan a la muestra (n=30) ya que hubo mujeres que reconocieron haber cursado más de una patología durante su gestación.

Comentario: Respecto a las mujeres estudiadas, 16 usuarias cursaron su embarazo y/o parto sin patologías maternas. Las patologías maternas más comunes fueron del tracto urinario. En el ítem otros 4 casos correspondieron a RPM.

Gráfico V: Distribución porcentual de paridad en mujeres cuyo parto fue en modalidad vertical (n=30)

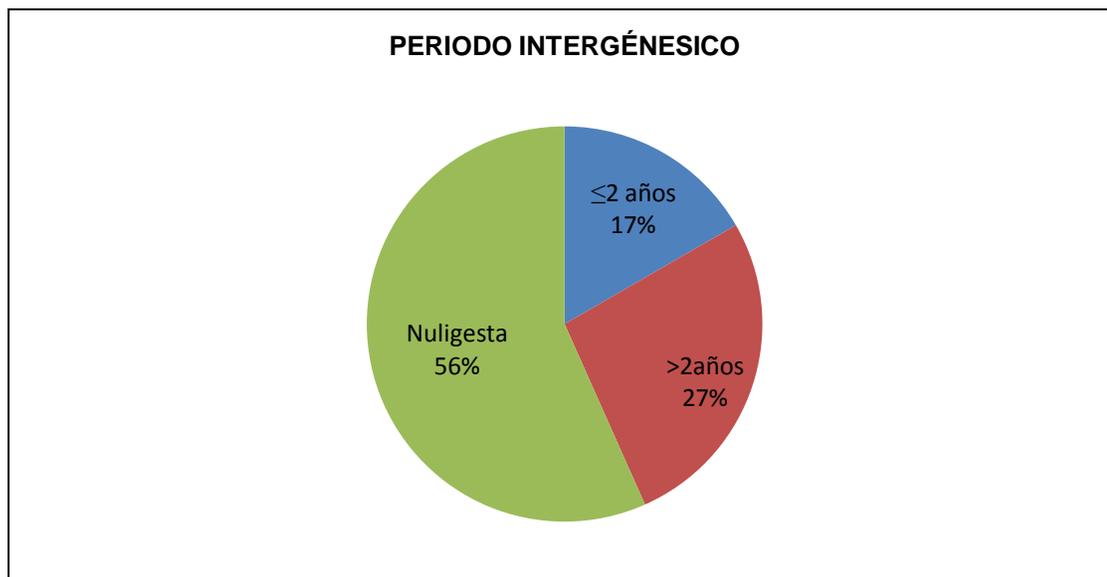


*Ver Anexo 6: Tabla 5

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Del total de mujeres estudiadas un 67% correspondieron a mujeres nulíparas.

Gráfico VI: Distribución porcentual de mujeres que parieron en modalidad vertical según periodo intergenésico(n=30)



*Ver Anexo 6: Tabla 6

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 56% de las mujeres estudiadas eran nuligestas, un 17% presentó un periodo intergenésico menor o igual a 2 años y un 27% presentó un periodo intergenésico mayor a 2 años.

Tabla 7.1: Distribución de mujeres que parieron en modalidad vertical según ocupación(n=30)

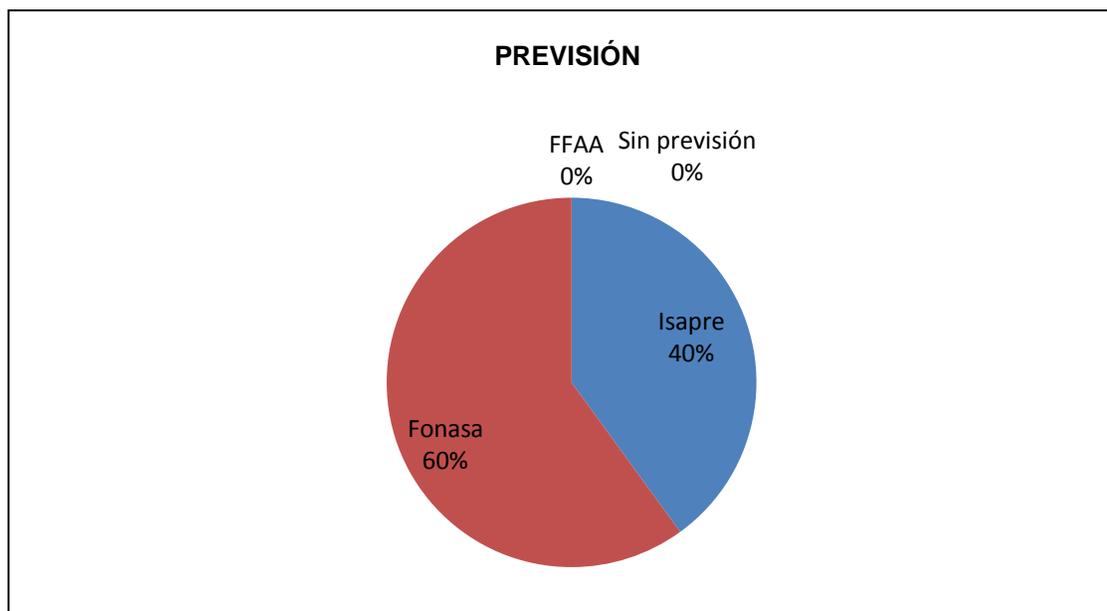
SITUACIÓN OCUPACIONAL	n°	%
Si trabaja	19	63%
No trabaja	11	37%
TOTAL	30	100%

*Ver Anexo 6: Tabla 7.2

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Del total de mujeres estudiadas, el 63% de los casos trabajaba al momento de cursar su gestación.

Gráfico VIII: Distribución porcentual de las mujeres que parieron en modalidad vertical según previsión. (n=30)

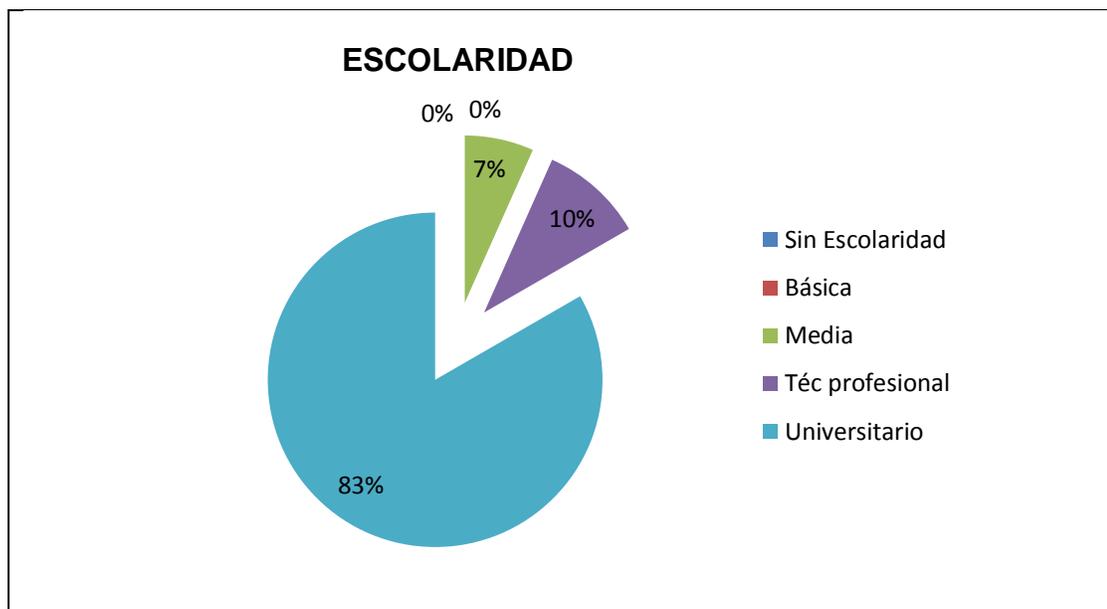


*Ver Anexo 6: Tabla 8

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 60% de las mujeres estudiadas poseían previsión de salud FONASA y el 40% pertenecía a ISAPRE.

Gráfico IX: Distribución porcentual de mujeres que parieron en modalidad vertical según escolaridad (n=30)



*Ver Anexo 6: Tabla 9

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Con respecto a la escolaridad de las mujeres en estudio, un 83% tenía estudios universitarios.

Tabla 10.1: Número de mujeres que parieron en modalidad vertical con acompañamiento de una persona significativa durante el parto (n=30)

Persona significativa	N°	%
Si	30	100%
No	0	0%

**Ver Anexo 6: Tabla 10.2*

**Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura*

Comentario: El total de las mujeres estudiadas tuvo acompañamiento de una persona significativa durante el parto. Un 94% de las mujeres fueron acompañadas por su pareja (ver anexo 6: tabla 10.2)

Gráfico XI: Distribución porcentual de mujeres que parieron en modalidad vertical según asistencia a taller de preparación para el parto (n=30)

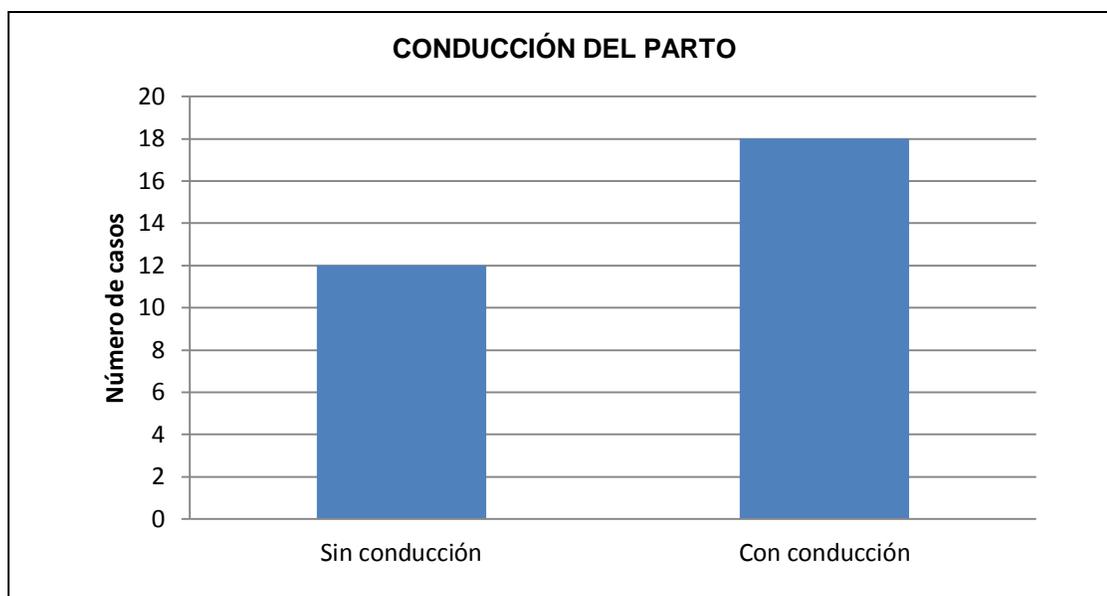


*Ver Anexo 6: Tabla 11

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Un 63% de las mujeres estudiadas no asistió a talleres de preparación para el parto impartidos por el Centro de Maternidad Obsnatura.

Gráfico XII: Distribución de mujeres que parieron en modalidad vertical según conducción del trabajo de parto (n=30)

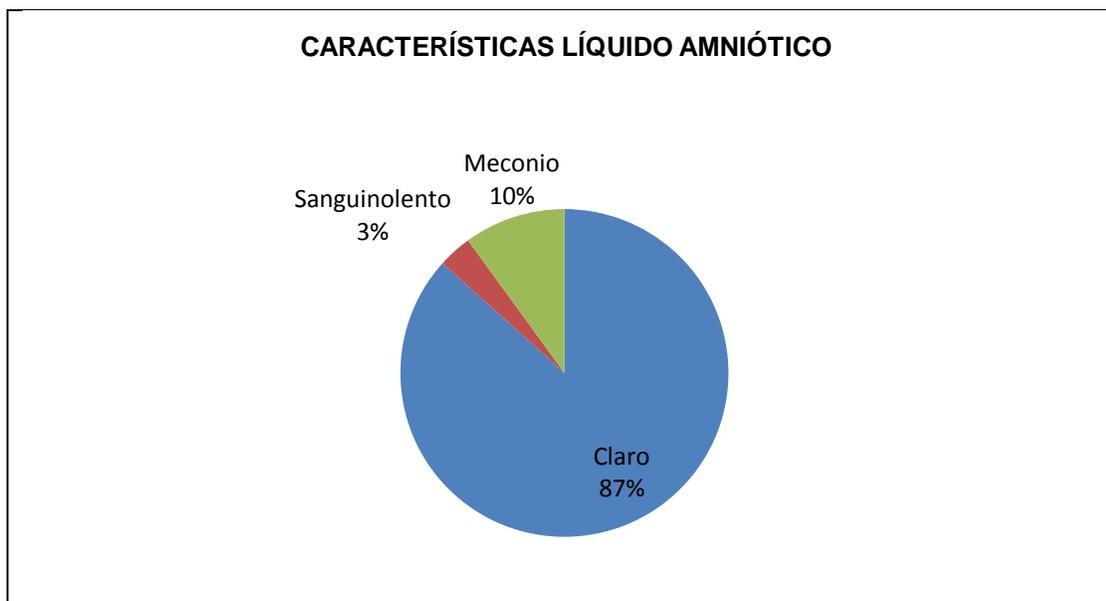


*Ver Anexo 6: Tabla 12.1 y 12.2

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: De las mujeres estudiadas, 12 no recibieron conducción durante su parto en modalidad vertical. Las 18 mujeres restantes recibieron alguna clase de conducción en su parto. De las mujeres cuyo parto fue conducido, 12 casos recibieron conducción con oxitocina y peridural, 5 mujeres fueron conducidas solo con anestesia peridural y una mujer recibió anestesia combinada. En ninguno de los casos estudiados se utilizó la técnica de rotura artificial de membranas (RAM). (Ver anexo 6, tabla 14.2)

Gráfico XIII: Distribución porcentual de partos en modalidad vertical según características del líquido amniótico (n=30)

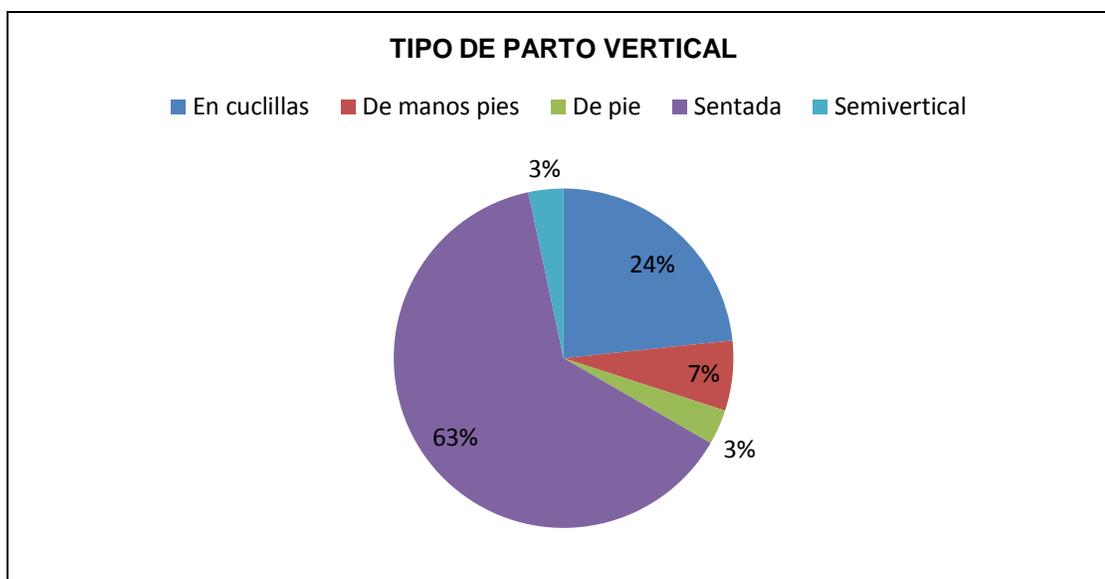


*Ver Anexo 6: Tabla 13

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: De las mujeres estudiadas el 87% presentó líquido amniótico con características claras, el 10% presentó algún grado de meconio y un 3% tuvo características sanguinolentas.

Gráfico XIV: Distribución porcentual de los partos en modalidad vertical según tipo de parto vertical (n=30)

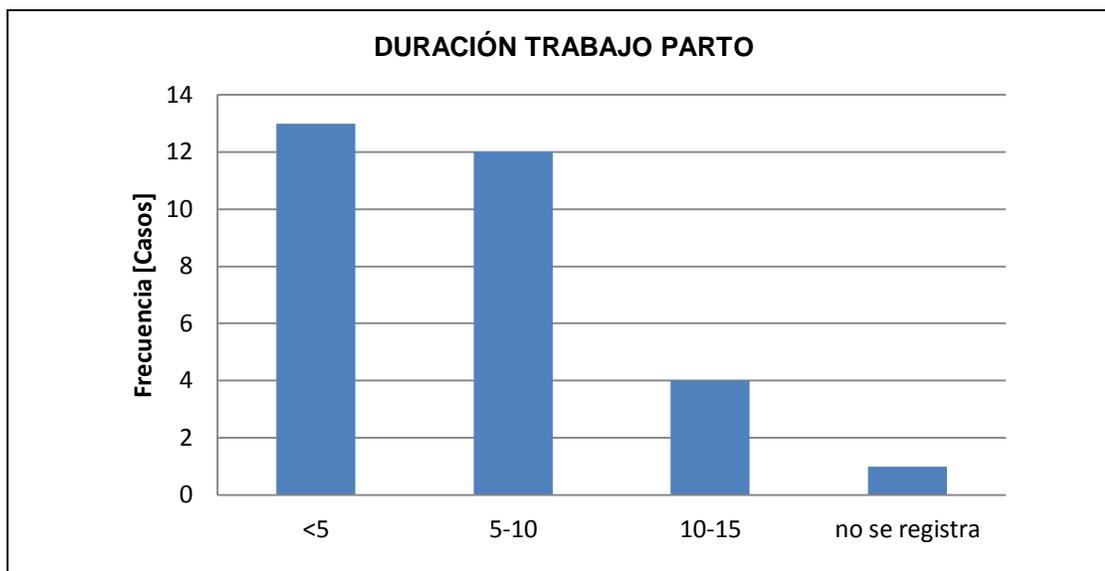


*Ver Anexo 6: Tabla 14

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Es importante destacar que, de la variedad de opciones utilizadas hubo dos que preponderaron: expulsivo en posición sentada (63%) seguido de la posición en cuclillas (24%).

Gráfico XV: Distribución de mujeres que parieron en modalidad vertical según duración del trabajo de parto (n=30)



*Ver Anexo 6: Tabla 15

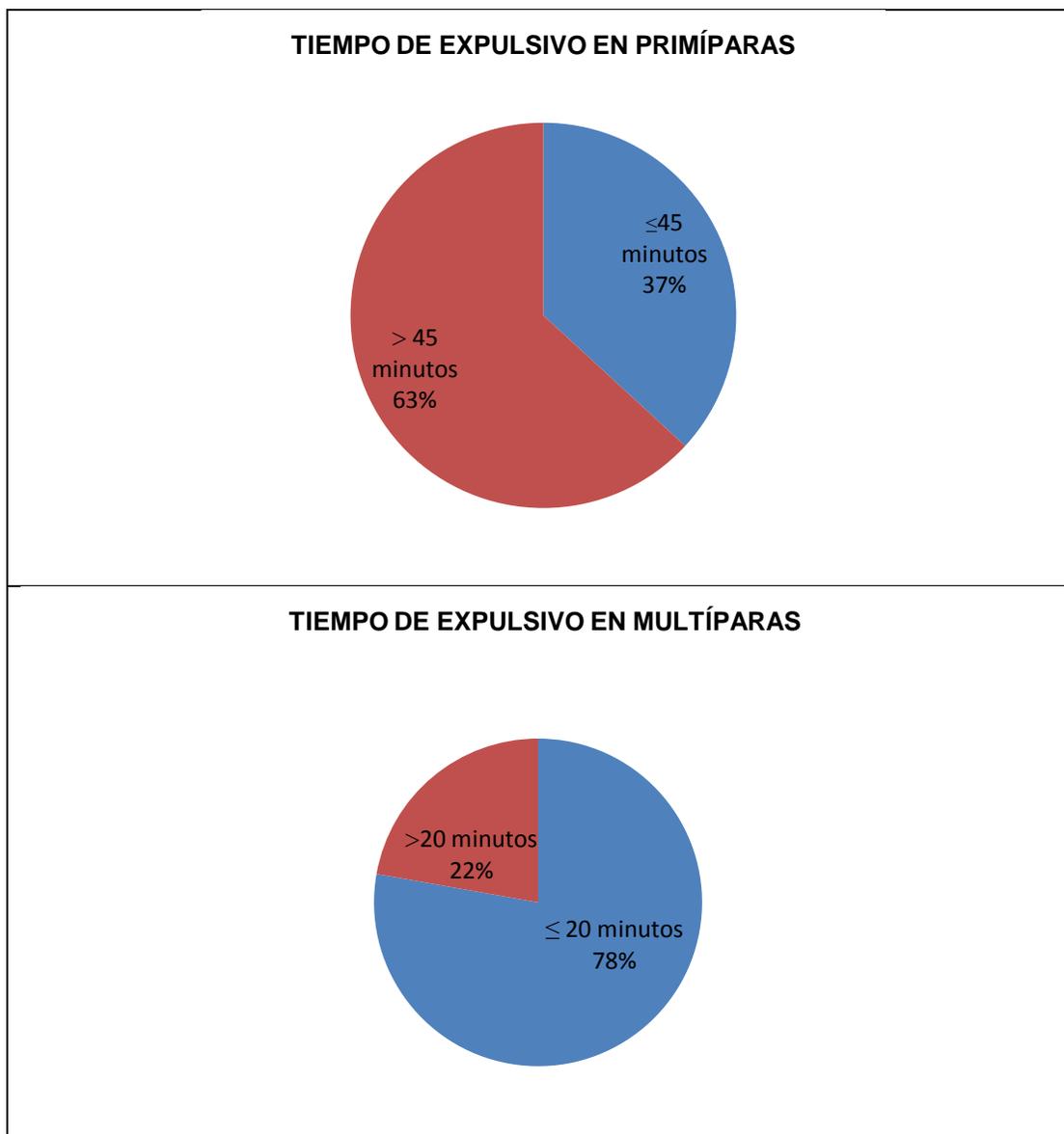
*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

*Calculados con $n=29$ por falta de registro en un caso.

Comentario: Se destaca que 13 mujeres tuvieron un trabajo de parto con duración menor a 5 horas y, 12 mujeres tuvieron un trabajo con duración de entre 5 y 10 horas.

El promedio de las duraciones de trabajo de parto registrado fue de 5,69 horas, con una desviación estándar de 3 horas. La moda calculada fue de 7 horas. La máxima duración de trabajo de parto registrada fue de 12 horas y la mínima de 1,5 horas.

Gráfico XVI: Distribuciones de mujeres que parieron en modalidad vertical según tiempo de expulsivo



*Ver Anexo 6: Tabla 16

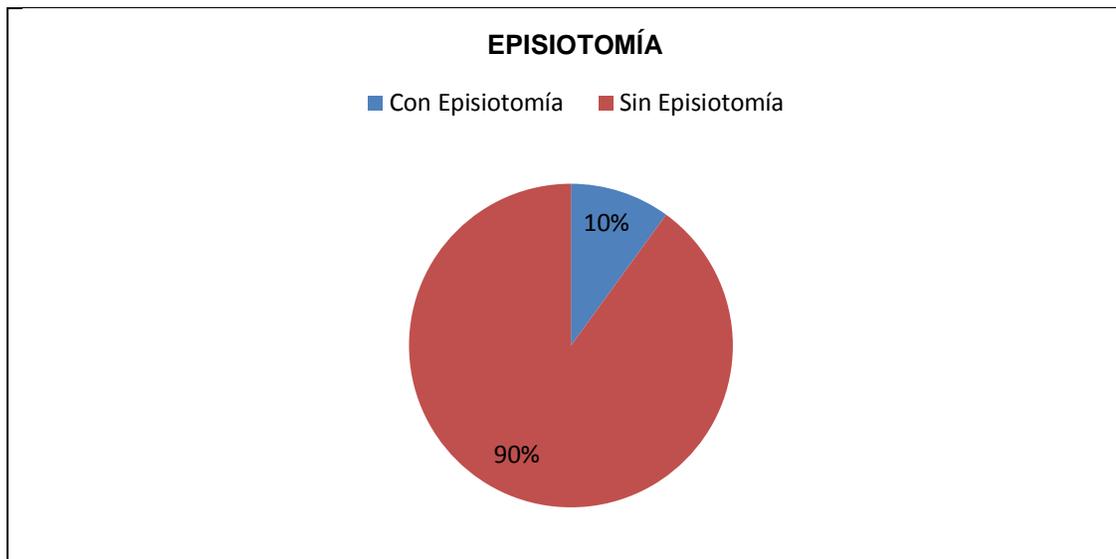
*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

* Se presentaron 2 casos en los cuales no se registró el tiempo de expulsivo.

Comentario: El 63% de los tiempos de expulsivo en primíparas fue superior a 45 minutos. El promedio en primíparas fue de 1,04 horas, con una desviación estándar de 0,5 horas. El tiempo de expulsivo mínimo registrado

fue de 0,5 horas y el máximo de 2 horas. Un 78% de las mujeres multíparas presentaron un tiempo de expulsivo menor o igual a 20 min. El promedio de tiempo de expulsivo corresponde a 0,47 horas, con una desviación estándar de 0,64 horas. El tiempo de expulsivo mínimo registrado fue de 0,05 horas y el máximo de 2 horas.

Gráfico XVII: Distribución porcentual de mujeres que parieron en modalidad vertical según procedimiento de episiotomía (n=30)

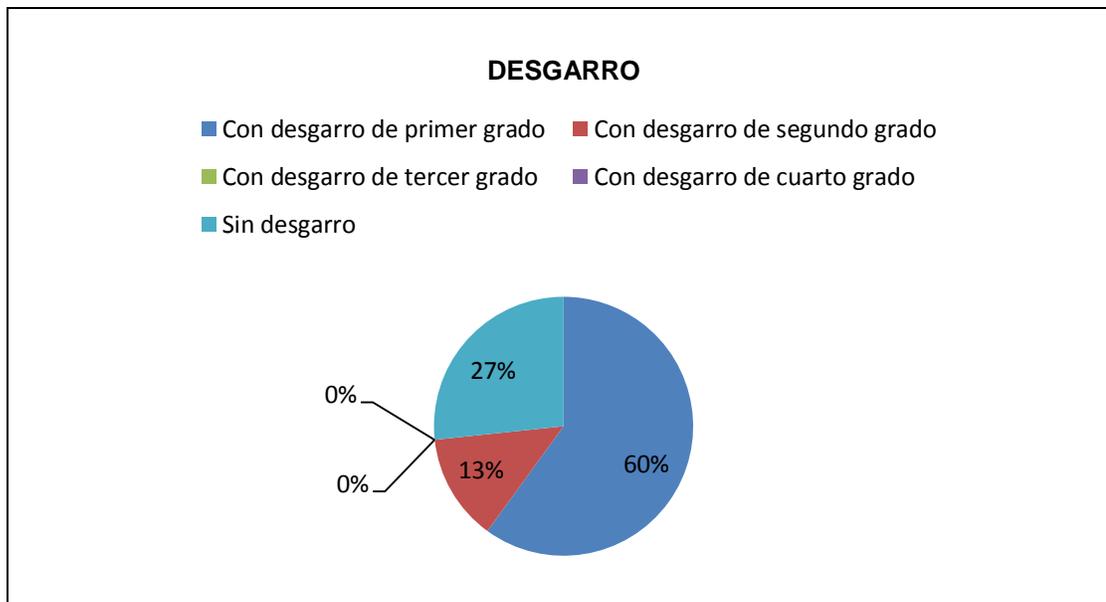


*Ver Anexo 6: Tabla 17

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: En las mujeres estudiadas, un 90% no tuvo episiotomía.

Gráfico XVIII: Distribución porcentual de mujeres que parieron en modalidad vertical según ocurrencia de desgarro (n=30)



*Ver Anexo 6: Tabla 18

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 27% de las usuarias no tuvo desgarro. De las mujeres que presentaron desgarro un 60% tuvo desgarro de primer grado y un 13% tuvo desgarro de segundo grado.

Tabla 19: Distribución porcentual de partos en modalidad vertical según tipo de alumbramiento (n=30)

TIPO DE ALUMBRAMIENTO	n°	%
Natural	30	100%
Artificial	0	0%
TOTAL	30	100%

**Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura*

Comentario: El 100% de las mujeres tuvieron alumbramientos naturales.

Tabla 20: Distribución porcentual de partos en modalidad vertical según muerte intrauterina (n=30)

MUERTE FETAL INTRAUTERINA	n°	%
No	30	100%
Si	0	0%
TOTAL	30	100%

**Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura*

Comentario: Ninguna mujer estudiada tuvo muerte fetal intrauterina.

Tabla 21: Distribución porcentual mujeres que parieron en modalidad vertical según complicaciones del postparto (n=30)

COMPLICACIONES DEL POSTPARTO	n°	%
Hemorragia postparto	0	0%
Shock hipovolémico	0	0%
Infección puerperal	0	0%
Otras	1	3%
Ninguna	29	97%
TOTAL	30	100%

**Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura*

Comentario: Del total de mujeres estudiadas, solo un caso presentó una complicación post-parto correspondiente a una reacción vagal.

Gráfico XXII: Distribución porcentual de profesionales que atienden el parto en modalidad vertical (n=30)



*Ver Anexo 6: Tabla 22

*Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 93% de las mujeres fueron atendidos por una matrona y un médico.

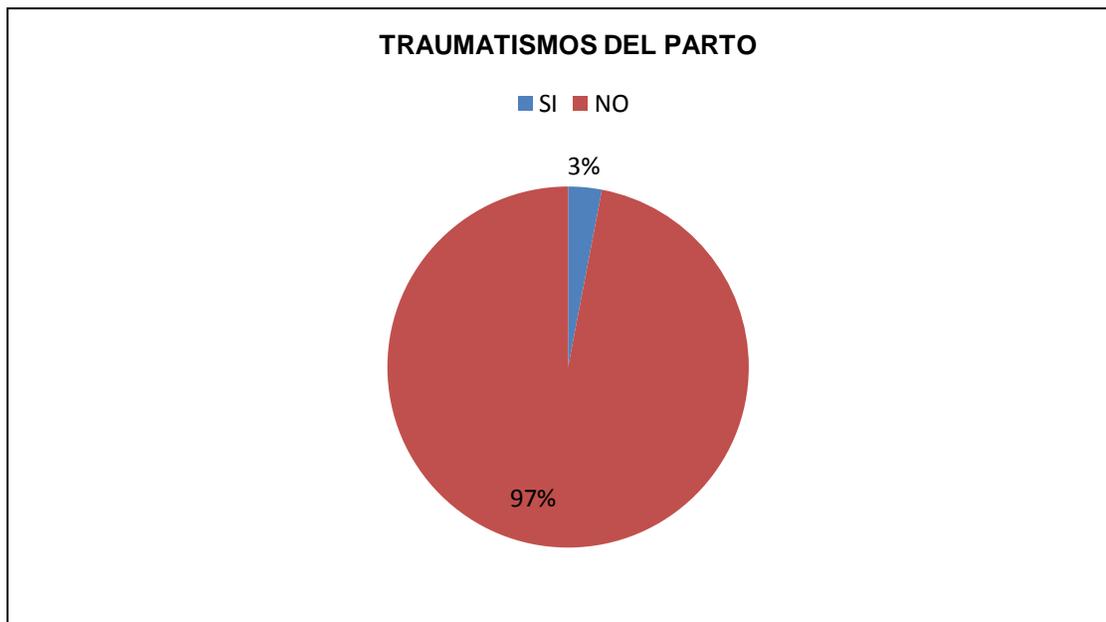
Tabla 23: Distribución de los recién nacidos atendidos por parto en modalidad de parto vertical según resultado Test Apgar (n= 30)

INTERVALOS TEST APGAR	Apgar al 1 min		Apgar a los 5 min	
	n°	%	n°	%
0 a 3	0	0%	0	0%
4 a 6	1	3%	0	0%
7 a 10	29	97%	30	100%
TOTAL	30	100%	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Todos los recién nacidos estudiados obtuvieron un puntaje Test Apgar a los 5 minutos de vida de 7 a 10 puntos.

Gráfico XXIV: Distribución porcentual los recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según traumatismos del parto(n=30)

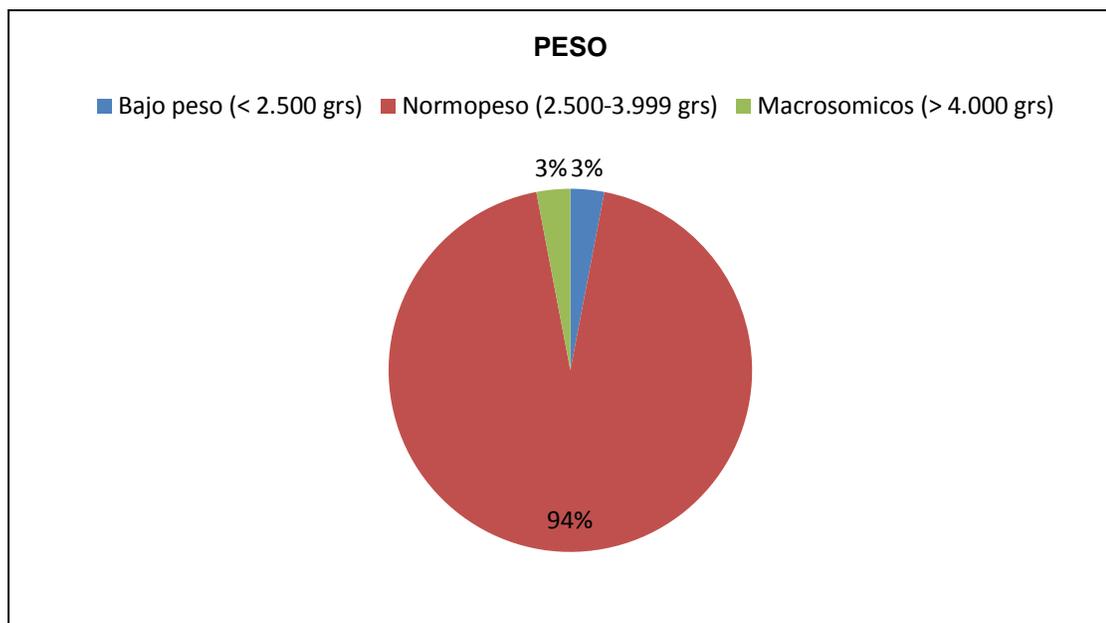


*Ver Anexo 6: Tabla 24

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 97% de los recién nacidos no presentaron traumatismos del parto, solo hubo un caso que presentó una fractura de clavícula.

Gráfico XXV: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según peso. (n=30)



*Ver Anexo 6: Tabla 25

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 94% de los recién nacidos tuvo pesos dentro del rango considerado normal. El peso promedio en los recién nacidos fue de 3.371 gramos, con una desviación estándar de 356 gramos. La moda fue de 3.500 gramos y la mediana de 3.430 gramos. El peso máximo fue de 4.175 gramos y el mínimo fue de 2.460 gramos.

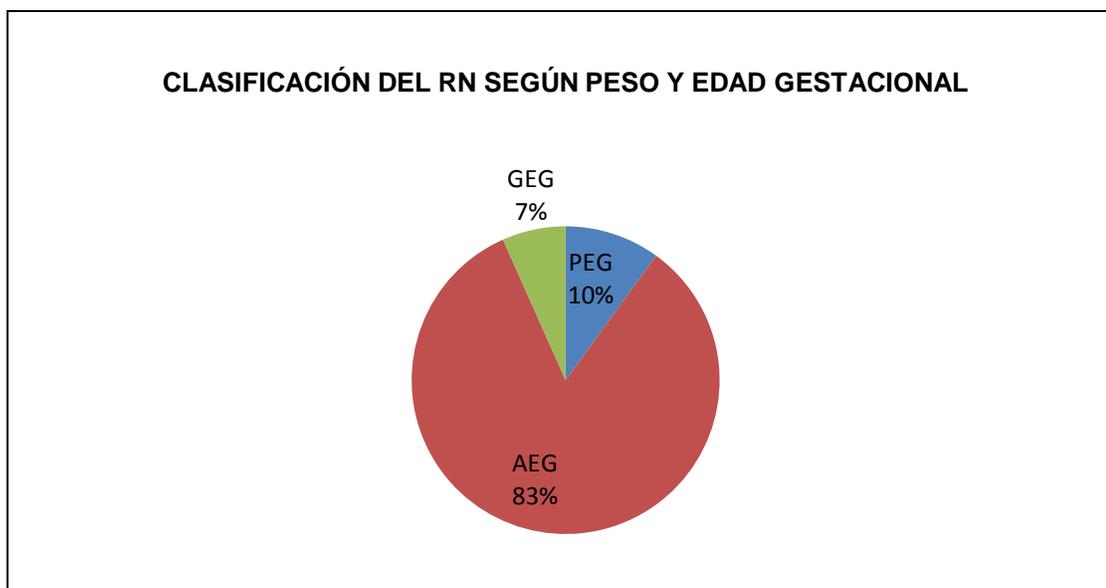
Tabla 26: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según de edad gestacional pediátrica (Test Usher) (n=30)

EDAD GESTACIONAL PEDIÁTRICA	n°	%
Pre-término (< 37 semanas)	0	0%
Término (37-41+6 semanas)	30	100%
Post-término (\geq 42 semanas)	0	0%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 100% de los recién nacidos estudiados tuvo una edad gestacional pediátrica clasificada como “recién nacido de término”, de acuerdo al test Usher.

Gráfico XXVII: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según clasificación por peso y edad gestacional al nacer (Curva Dra. Juez) (n=30)

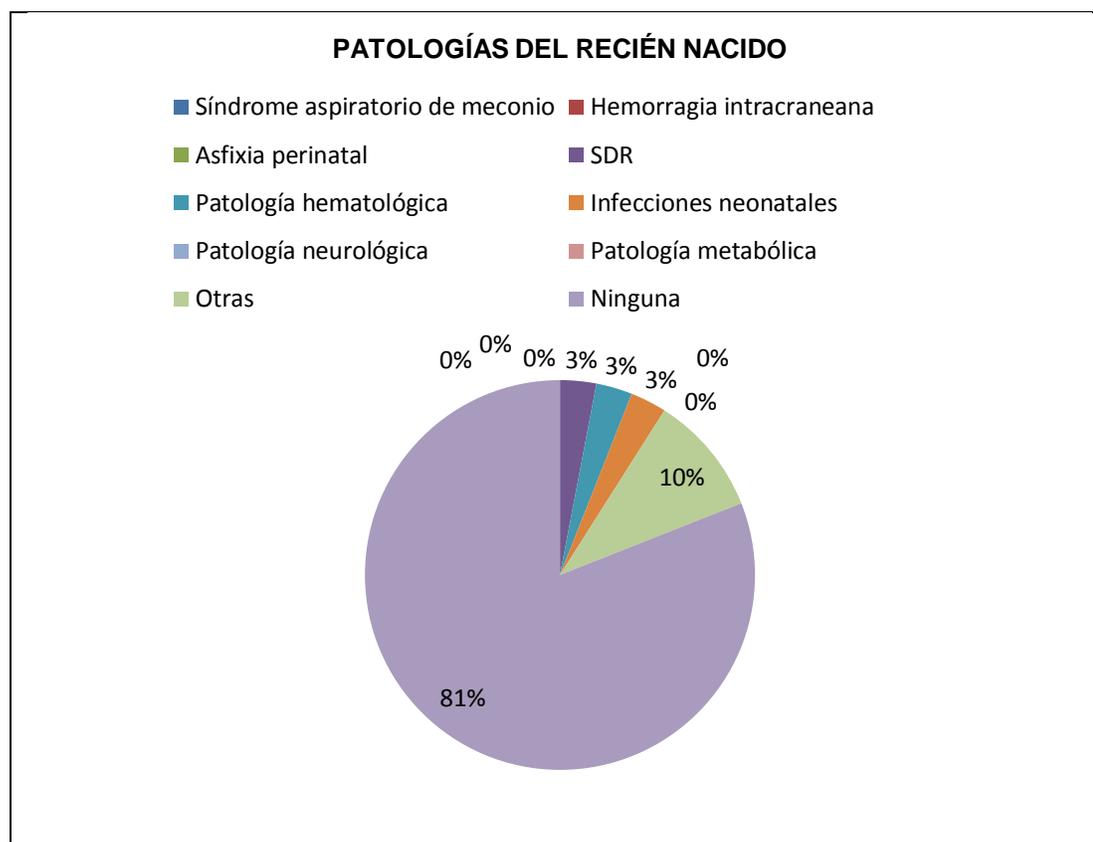


*Ver Anexo 6: Tabla 27

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Según la curva de la Dra. Juez, el 83% de los recién nacidos estudiados fue clasificado como AEG, un 10% fue clasificado como PEG y un 7% fue clasificado como GEG.

Gráfico XXVIII: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto modalidad vertical según patologías del recién nacido. (n=30)

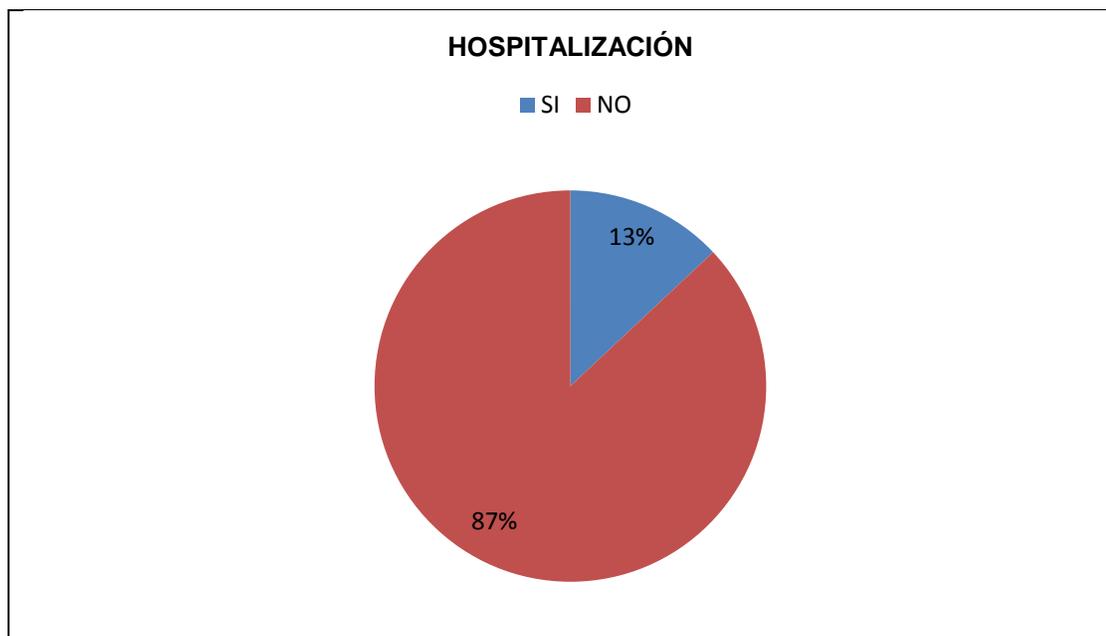


*Ver Anexo 6: Tabla 28.1 y Tabla 28.2

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 81% de los recién nacidos que conformaron la muestra no presentó ninguna patología neonatal. El 19% restante presentó algún tipo de patología. Los más comunes fueron: Síndrome de distress respiratorio, infección neonatal, patología hematológica, hiperbilirrubinemia y depresión respiratoria leve.

Gráfico XXIX: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según hospitalización. (n=30)



* Ver Anexo 6: Tabla 29

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: Un 13% de los recién nacidos fueron hospitalizados. Las causas correspondieron a hiperbilirrubinemia, síndrome de distress respiratorio, infección neonatal y patología hematológica.

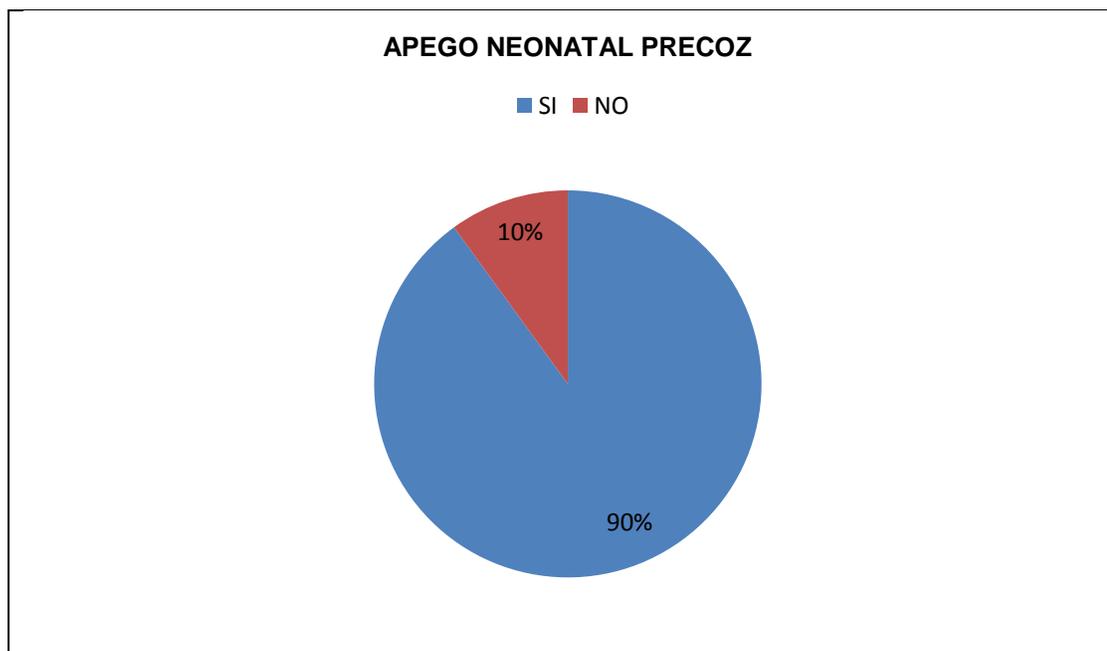
Tabla 30: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según muerte neonatal (n=30)

MUERTE NEONATAL	n°	%
Si	0	0%
No	30	100%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: No hubo ninguna muerte neonatal en el grupo estudiado.

Gráfico XXXI: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según apego neonatal precoz. (n=30)

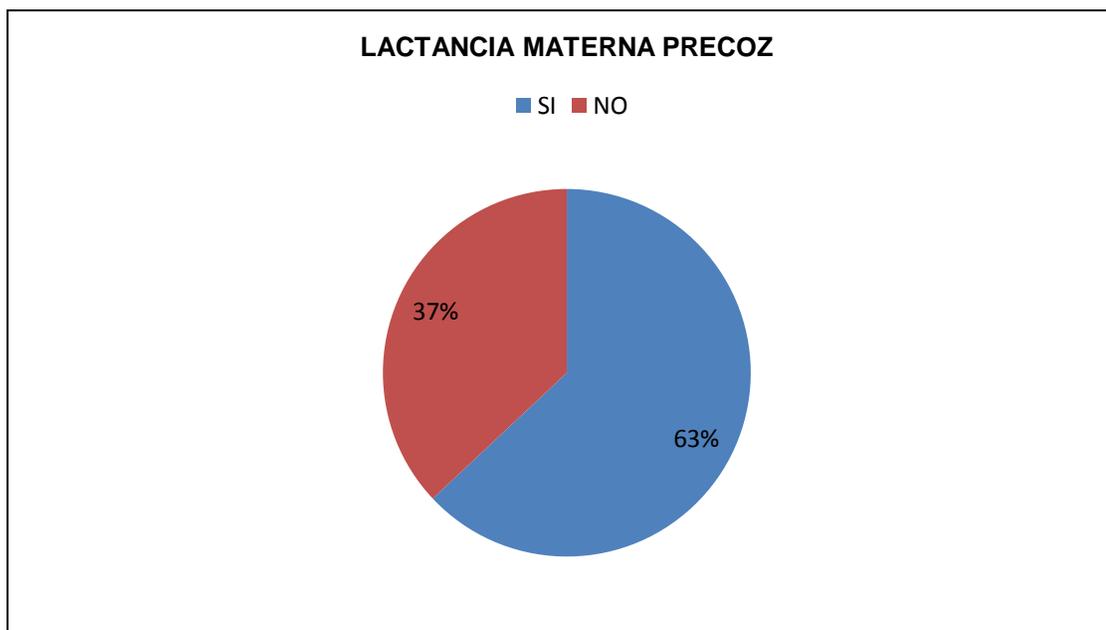


*Ver Anexo 6: Tabla 31

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 90% de los recién nacidos estudiados recibieron apego neonatal precoz junto a su madre.

Gráfico XXXII: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según lactancia materna precoz. (n=30)

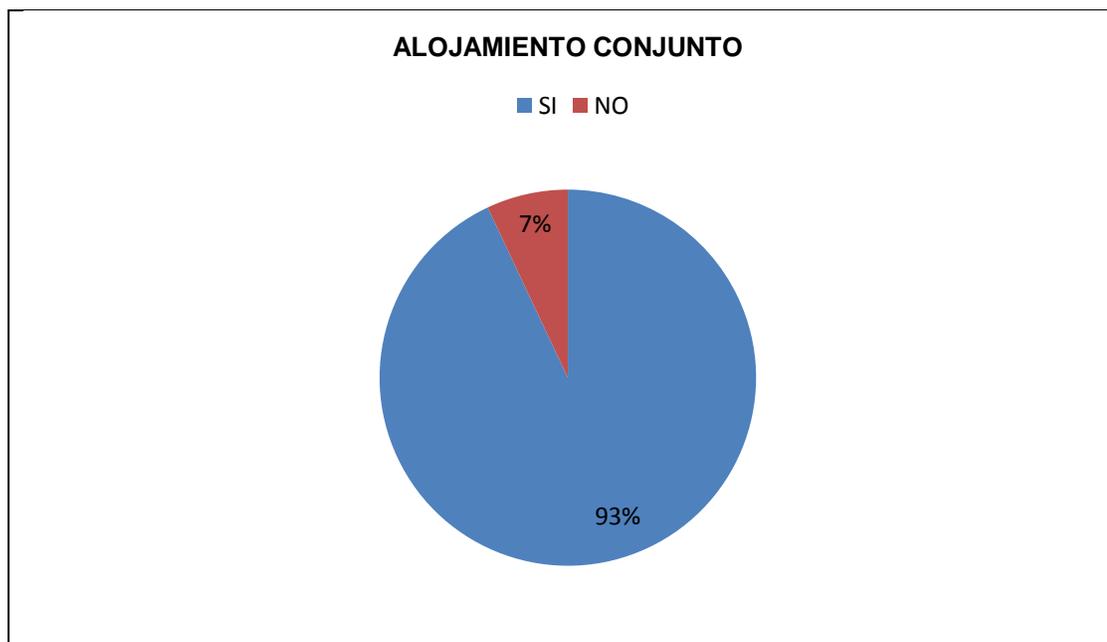


*Ver Anexo 6: Tabla 32

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 63% de los recién nacidos de la muestra recibió lactancia materna precoz en la primera hora de vida.

Gráfico XXXIII: Distribución porcentual de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según alojamiento conjunto.



*Ver Anexo 6: Tabla 33

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Comentario: El 93% de los recién nacidos tuvo alojamiento conjunto con su madre durante todos los días de estadía post parto o parte de ella, mientras el restante 7% no lo tuvo por motivos de hospitalización inmediata.

Capítulo IV

DISCUSIÓN

SUGERENCIAS

DISCUSIÓN

En cuanto a la caracterización de las mujeres que optaron por parir en modalidad vertical se puede señalar que el 43% de ellas se encontraba entre los 25 y los 29 años de edad. Esto concuerda con las edades señaladas de las mujeres estudiadas por Calvo y colaboradores en el artículo llamado “*Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina*”, el cual señala que la media de edad de las mujeres que eligieron parir en modalidad vertical fue de 23.2 años. (18)

Un 53% de las usuarias no presentaron patología materna. Solo hubo un caso de SHE y un caso de Diabetes gestacional. Las demás patologías presentadas tales como infecciones micóticas, vaginitis, anemia e ITU no son consideradas de alto riesgo perinatal según la “*Guía Práctica para Cuidados en el Parto Normal de la OMS*” (26), por lo que se puede inferir que existe una proporción importante de mujeres que cursaron su gestación y parto de manera fisiológica.

En relación a la escolaridad y ocupación de las mujeres, 93% poseían estudios superiores; El 63% trabajaba al momento de cursar su gestación, destacando el área de salud donde se desempeñan mayormente, lo cual evidencia que la ocupación y el nivel educacional influyen de manera significativa en el empoderamiento de la gestación y la elección de la forma de parir. Esto concuerda con lo planteado en el estudio “*Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales*” realizado en el año 2009 por Marina Lembo, en donde se sugiere que las mujeres que optan por un parto humanizado, pertenecerían a diversos grupos socio/culturales caracterizándose por el predominio de profesionales y artistas, los cuales

además se agruparían principalmente en el nivel socio/económico medio y alto.(2)

La totalidad de las gestantes estuvieron acompañadas durante todo el proceso de trabajo de parto y parto por una persona significativa, en el 94% de los casos correspondió a su pareja. Un 63% de las mujeres no asistió al taller de preparación para el parto, cuyo objetivo principal es otorgar psicoprofilaxis. Esto podría sugerir que un parto humanizado y correctamente dirigido, con la mujer como protagonista y empoderada de su proceso, podría ser suficiente para un parto exitoso. Según Caldeyro: *“La participación activa e informada, convierte a la mujer en la protagonista del parto, en la que el segundo actor es el padre, el cual provee apoyo emotivo y contención física. Además, el compartir el acontecimiento refuerza los vínculos de la triada, esto contribuye poderosamente a la disminución del dolor y la ansiedad.”*(16)

Con respecto a los resultados del trabajo de parto, 60% de las mujeres estudiadas tuvo algún tipo de conducción. De éstas, 6 mujeres tuvo sólo anestesia, mientras que 12 optaron por oxitocina y anestesia. A ninguna usuaria se le realizó RAM. Esto se podría relacionar con los tiempos de duración del trabajo de parto, donde el 83% duró menos de 10 horas, con un promedio de 5,69 horas; y los tiempos de expulsivo, los cuales en primíparas el 63% fue mayor a 45 minutos, con un promedio de 1,04 horas, mientras que en multíparas el 78% fue menor o igual a 20 minutos, con un promedio de 0,47 horas. Estos resultados concuerdan con los promedios de tiempo revisados en la literatura científica y manuales referentes al parto normal, los cuales señalan que la fase activa del parto en nulíparas es de una dilatación de 1,2 centímetro/hora (6 horas) y un descenso de 1 centímetro/hora (2 horas), mientras que en una multípara es de una dilatación de 1,5

centímetro/hora (4 horas) y un descenso de 2 centímetro/hora (1 hora); el tiempo de expulsivo en nulípara es de 90 a 120 minutos y en múltipara de 60 minutos (13,14,16,18)

De las mujeres estudiadas, a un 90% no se les realizó episiotomía, sin embargo el 73% presentó desgarro de primer y segundo plano. Esto concuerda con la revisión bibliográfica que describe a la posición vertical como favorecedora de la gravedad pero dificulta la protección y maniobras obstétricas que permitan modular la salida del feto por el canal vaginal, dando como resultado mayor probabilidad de desgarros. El estudio Boliviano *“Beneficios de la posición vertical para la atención del parto”* de Franco y colaboradores, que comparó partos en modalidad vertical con partos en litotomía, indicó que a un 26% de los partos en horizontal fue necesario realizarle una episiotomía versus un 4% de los verticales, el 20% de estos últimos tuvo desgarro de primer grado y un 4% de segundo grado. (19) Así mismo, el estudio *“Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina”* de Calvo y colaboradores, describe que los partos en modalidad vertical, tendrían un riesgo relativo de 1,4 para desgarros, considerando la posición vertical como un factor de riesgo para estos. (18) Otro estudio llamado *“Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral”* de Calderón y colaboradores, también sugiere un aumento significativo del número de desgarros en los partos en modalidad vertical versus la modalidad en litotomía, sin embargo señala que los desgarros no aumentan en gravedad (no se presentan desgarros de tercer y cuarto grado). (1)

En relación a la atención del parto según profesional, el 100% de los casos fue atendido por matrona, ya sea sola o acompañada por un médico obstetra. Lo que demostraría la capacidad resolutoria que posee el

profesional matrona/matrón durante la atención del parto fisiológico, tal como lo indica el código sanitario Chileno en su artículo n°117. (36) Estos resultados son congruentes con lo señalado en estadísticas Chilenas, las cuales refieren que un 85% de los nacimientos son atendidos en el sector público, por profesionales de la salud matrona/matrón. (37,41)

En cuanto a la caracterización de los RN, se puede destacar que los resultados del test de Apgar a los 5 minutos, el 100% de los recién nacidos obtuvo un puntaje en el rango entre 7 y 10. En el estudio *“Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral”* de Calderón y colaboradores se hace la observación que la distribución porcentual del Apgar al minuto y a los 5 minutos definidos como patológico y normal es similar en el parto en modalidad vertical y en litotomía, aunque se encontraron más casos de puntaje Apgar patológico para esta última modalidad. (1) Bianchi en su revisión *“Estrategias de prevención en la salud de la mujer”* sostiene que existen estudios que demuestran que los recién nacidos de partos en posición vertical o lateral durante la segunda fase del parto, presentan menor frecuencia de índices Apgar inferiores a 7 puntos que los neonatos nacidos por otras modalidades. (30) Estos resultados coinciden con los obtenidos en este estudio. Además, se puede añadir que la OMS sostiene que el apoyo ofrecido durante el parto por un profesional matrona/matrón supone partos más cortos y con menor frecuencia de puntajes Apgar patológicos que en los partos medicalizados. (26)

En cuanto al peso de los recién nacidos, el 94% estuvo dentro de los rangos normales con un promedio de 3.371 gramos. Un 83% de los recién nacidos fue clasificado como adecuado para la edad gestacional, según la curva de la

Dra. Juez. En la revisión bibliográfica no se encontraron estudios que relacionaran la posición vertical del parto natural con estas variables.

El 81% de los recién nacidos no presentó patologías al nacer, se encontró un traumatismo del parto correspondiente a fractura de clavícula. Lo anterior no concuerda con los datos señalados por el estudio *“Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el hospital Dr. Vicente Pino Morán del Cantón Daule”* de Paéz y Lilibeth, en el cual un 40% de los recién nacidos presentó circulas de cordón, distocia de hombros y fractura de clavícula (43, 46). Cabe destacar que estas mujeres difieren en la variable paridad con aquellas que conforman la muestra del presente estudio, ya que un 67% de las mujeres estudiadas correspondieron a primíparas.

De los 30 recién nacidos estudiados, solo 2 no tuvieron alojamiento conjunto con su madre durante todos los días de post parto o parte de ellos, esto debido a patologías que ameritaban hospitalización inmediata. En los 30 casos se cumplió con lo recomendado en la *Declaración de Fortaleza de la OMS*, descritas en el año 1985, la que indica: *“El recién nacido sano debe permanecer con su madre cuando las condiciones de ambos lo permiten. El proceso de observación del recién nacido sano, no justifica la separación de la madre”* (32, 33).

El 90% de las mujeres y sus recién nacidos tuvo apego precoz. De lo anterior se infiere que tanto la madre como su recién nacido se encontraban en condiciones fisiológicas, ya que para llevar a cabo el contacto piel a piel durante los 30 minutos reglamentados según el MINSAL se necesita de buenas condiciones generales.(32) Un 63% recibió lactancia precoz durante

la primera hora de vida. Estos resultados neonatales coinciden con la *Declaración de Pucón* del año 2001, la cual establece que “*La Sociedad Chilena de Pediatría desea fomentar y estimular la humanización de la pediatría perinatal*”. Esto significa poner énfasis en la atención del recién nacido de término y pre término junto con su madre, protegiendo la lactancia natural, el apego y la manera de atenderlo en todas las circunstancias, incluyendo su permanencia en las unidades de cuidados intensivos”. (34)

SUGERENCIAS

Según los resultados perinatales obtenidos en esta investigación se puede recomendar la modalidad de parto vertical a mujeres con características similares a las de la muestra en estudio. Cabe destacar que la mayoría de las mujeres y sus RN presentaron características biopsicosociales favorables para un parto en modalidad vertical como: gestaciones fisiológicas, partos de término, recién nacidos clasificados como adecuados para la edad gestacional, estudios en educación superior, acompañamiento por una persona significativa, entre otros.

Si bien los resultados de este estudio son satisfactorios, se requiere de la elaboración de protocolos e instrumentos a nivel público y privado que incluyan las variables biopsicosociales que rodean a la gestación y el nacimiento, con el fin de obtener información relevante para la posterior toma de decisiones en materia de humanización de la atención perinatal.

Se hace necesario realizar un mayor número de estudios científicos relacionados a la implementación y resultados del parto humanizado en Chile, con el objeto que el equipo de salud, en especial los profesionales matrona/matrón, se motiven en adoptar modelos en salud que enfoquen su atención en la mujer, su pareja y su hijo/hija.

Capítulo V

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a nuestra profesora guía Paula Oyarzún Andrades, quien desde el inicio de nuestra investigación nos ha guiado con mucho entusiasmo e interés, orientándonos en las diferentes etapas de esta investigación.

Agradecemos también, al equipo de trabajo del Centro de Maternidad Obsnatura por el apoyo incondicional durante todo el desarrollo de nuestra investigación, dando especial énfasis a la Matrona Paula Díaz, directora del centro, la cual se mostró siempre dispuesta a colaborarnos en todo lo que necesitábamos para lograr los objetivos propuestos.

Además reconocemos la ayuda de Carlos Olivares, Ingeniero Civil Químico, quien colaboró con el soporte estadístico de datos.

Por último, queremos agradecer todas las mujeres que participaron de este estudio, las cuales estuvieron dispuestas a colaborar con información fundamental así como también permitir el acceso a sus fichas clínicas.

Capítulo VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. Rev Per Ginecol Obstet. 2008 enero-marzo; LIV(1).
- 2.- MINSAL. manual de atención personalizado en el proceso reproductivo. [Internet].; 2008 [Citado 13/08/2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>.
- 3.- Cayuñir A. Humanización del nacimiento para cambiar la vida, en necesario cambiar la manera de nacer. Programa de Diplomado. Osorno: Universidad Austral de Chile; 2007.
- 4.- Botell DML, Ramírez Bermúdez DM. scielo.sld.cu. [Internet].; 2012 [Citado 13/11/2012]. Disponible en: http://rodas.us.es/file/4ab63de8-0474-23d0-fce4582b01684204/2/tema1_SCORM.zip/pagina_02.htm.
- 5.-Pomodoro L. Prontus.uv. [Internet].; 2009 [Citado 10/05/2013]. Disponible en: http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/p/pubpomodoroloreto/site/artic/20090309/asocfile/concepto_de_npa_y_modelos_de_atencion.pdf
- 6.-Neumann DEO. u-cursos.cl. [Internet]. [Citado 10/05/2013]. Disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/objeto/182943.
- 7.-Gobierno de Chile. redsalud. [Internet]. [Citado 12/05/2013]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>.

8.-Cuquejo A. anaedithcuquejo. [Internet].; 2013 [Citado 10/05/2013]. Disponible en: <http://anaedithcuquejo.wordpress.com/2013/04/26/modelo-biomedico-versus-modelo-biopsicosocial/>.

9.-Gil A. humanización del parto y nacimiento. [Internet].; 2009 [Citado 16/05/2013]. Disponible en: [http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La Muerte Materna 2 Acciones y Estrategias hacia una maternidad Segura.pdf#page=88](http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La_Muerte_Materna_2_Acciones_y_Estrategias_hacia_una_maternidad_Segura.pdf#page=88)

10.- Blasquez M. Nacimiento, parto, fisiología y recomendaciones de la OMS. Tecnología apropiada para el parto. [Internet]. 1885, feb. [Citado 30/04/2013]; pp. 436-437. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf

11.- Benito E, Rocha M. Posiciones maternas durante el parto, alternativas a la posición ginecológica. Revista de la facultad de ciencias de la salud. (Biociencias). 2005 mar; 3: pp 1-14.

12.- Botell M, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista cubana de obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2012, ene-mar. [Citado 15/05/2013]; 38 (1) .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000100015

13.- MINSAL. Guía perinatal. [Internet].; 2003 [Citado 19/08/2012]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/drjoseluiscontreras/guia-perinatalcedip>

14.-Perú Mds. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural Hurtado R, editor. Lima: EBRA E.J.R.L.; 2005.

15.- Subsecretaría de Innovación y calidad. La posición tradicional de atención del parto (Parto vertical), en los servicios de salud. México: Secretaria de salud, Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural.

16.- Caldeyro-Barcia R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. In Recientes relatos en medicina perinatal; 1979; Tokio. p. 1-13.

17.- R. EF. Método psicoprofiláctico del parto sin dolor. Med. Hond. 1958; 26(3).

18.- Aguilar O, Flores A, Morales V. Comparación de resultados Obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Revista ginecología obstétrica México. 2013 [Internet]. 2013, ene. [Citado 23/06/2013]; 1(10): Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>

19.- Franco N, Ayllan S, Vallejos M, Hansen-Day K. Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Revista médica de Cochabamba. [Internet]. 2010, sept. [Citado 23/06/2013]; 21 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20744609201000100004&lng=pt&nrm=iso

20.- López M, Estrada J, Bornos V, Morales O. Prácticas médicas aplicadas por el personal médico y paramédico en la atención del parto

[master's Thesis]. Guatemala: Facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos; 2009. 77p.

21.- Barbosa R, Vasconcelos G, Saldanha E. Estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Internet]. 2007, Nov-Dic. [Citado 23/04/2013]. 15(6). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000600015&script=sci_arttext&lng=es

22.- Felitti K. Parirás sin dolor: Poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). História, Ciência, Saúde-Manguinhos. 2011; 18.

23.- Donoso E. Cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5to objetivo del milenio. Revista médica de Chile 2012. 2012 Mayo; 140(1253-1262).

24.- MINSAL. DEIS MINSAL. [Internet].; 2010 [Citado 14/07/2013]. Disponible en: http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Mortalidad_Materna/Defunciones_Mortalidad_Materna_region_2000_2010.htm.

25.- Edianez M. Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. Latino-am Enfermagem. 2009 marzo-abril; 17(2).

26.- OMS. Cuidados en el parto Normal: Una guía práctica. 1era ed. Ginebra: OMS; 1996. 104 p.

27.-Donoso E. Salud materna, perinatal e infantil: Chile 2000-2010. REV CHIL OBSTET GINECOL. [Internet]. 2013 [Citado 15/05/2013]; 78 (1): 1-3. Disponible en: <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/597>

28.- KaempfferA, Medina E. Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. RevChilPediatr. [Internet] 2006 Oct. [Citado 24/06/2013]; 77 (5): 492-500. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000500007&script=sci_arttext&tlng=pt

29.-Guiraldes E, Ventura-Juncá P. Manual de Pediatría [Libro electrónico]. Pontificia Universidad Católica de Chile: 2002 [Citado 10/05/13]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/portada.html>

30.- Bianchi M. Estrategias de prevención en la salud de la mujer. Revmedclin condes. [Internet]. 2010 Ago. [Citado 24/06/2013]; 21 (5): 817-830. Disponible en: http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2010/5%20sept/817_830_Dr_Bianchi-18.pdf

31.-Vieira M. La iniciativa de humanización de cuidados neonatales. Rev. Chil. Pediatr. [Internet]. 2003 Mar. [Citado 24/06/2013]; 74 (2): 197-205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062003000200009&script=sci_arttext&tlng=pt

32.- Chile Crece Contigo [Internet]. Santiago de Chile: LOM Ediciones Ltda; c2008 Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento; [Citado 05/04/13] [app 3 pag]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>

33.-Forests of the Heart.[Internet]. Wordpress; c200 Appropriate Technology for Birth (World Health Organization, 1985); 2011 Jul 17 [Citado 05/04/2013]; [Aprox. 2 pag].Disponible en: <http://forestsoftheheart.wordpress.com/2011/07/17/appropriate-technology-for-birth-world-health-organization-1985/>

34.- Pinto F. Declaración de Pucon XLI Congreso Chileno de Pediatría Pucón, Noviembre 28 de 2001. Rev. Chil. Pediatr. [Internet]. 2002 Mar. [Citado 20/06/2013]; 73(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000200019

35.- Departamento de Estadísticas e Información de Salud [Internet]. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; Mortalidad; 2010 [Citado 2013 Agosto 23]; [Aprox. 2 pag]. Disponible en: http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Defunciones%20y%20Mortalidad%20nfantil/mort_infantil_componentes_2010.htm

36.- Artículo 117. Código sanitario. Chile. [Internet] Disponible en: http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/leyes/dfi/DFL725_Codigo_Sanitario.pdf

37.- Chile Bnd. Biblioteca nacional de Chile. [Internet].; 2013 [citado 30/09/2013].Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

38.- Caballero V. Lic Isabel caballero Ortiz DMRACOYMC. Scielo. [Internet].; 2013 [citado 30/09/2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10293019201300030005.

39.- Barcia RC. Physiological and pychological bases for the modern and humanised management of normal labor. In Barcia RC. Physiological and pychological bases for the modern and humanised management of normal labor. Montevideo ; 1979. p. 28.

40.- JK G. La Biblioteca Cochrane Plus. [Internet]; 2003 [Citado 15/10/2013].
Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002006>.

41.- Cáceres G. Diseño de espacios y objetos para el parto integral [Internet].
Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2006 [Citado 30/10/2013]: 61p Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/13499235/02-Disenos-Para-El-Parto-Integral>

[42.- Boldt P. Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del parto, a usuarias atendidas en la maternidad del hospital de paillaco.](#)[Internet]. Paillaco, Chile: 2009 [Citado 17/11/2013]; 63 p.
Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmb687e/doc/fmb687e.pdf>

43.- Rodríguez J. La patología neonatal asociada al proceso del parto. Asociación española de pediatría. Protocolos diagnósticos terapéuticos de la AEP: Neonatología. [Internet]. España: 2008. [Citado 01/12/2013]; 126-133 p.
Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf

44.- Carrió FBi. El modelo biopsicosocial en evolución [Artículo].; 2002.

45.- Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de pediatría. [Online]. [cited 2013 Noviembre 9. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/portada.html>

46.- Rendón Páez JL. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1893>. [Online].; 2013 [cited 2013 Noviembre 10. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1893>.

Capítulo VII

DATOS SUPLEMENTARIOS

Anexo 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS, SIGLAS Y ABREVIACIONES

Biopsicosocial: El prefijo "Bio" significa vida, "psico" se refiere al "ánima", "mente" u "actividad mental". Lo "social" hace referencia al conjunto de características del devenir de los humanos en sociedad. El modelo biopsicosocial comprende un enfoque participativo en lo referente a salud y enfermedad, postula que el factor biológico, el psicológico y los factores sociales desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad. (44)

Parto Vertical: Modalidad de parto en la cual la mujer se posiciona de manera perpendicular al suelo, donde su torso y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas. (12)

Test Apgar: Examen que se realiza al RN al minuto y a los 5 minutos de vida para evaluar su adaptación a la vida extrauterina. En éste se miden la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad refleja y el color. A cada una de estas características se le asigna un puntaje 0, 1 ó 2 dependiendo del estado observado. (45)

(AEG) Adecuado para la Edad Gestacional

(CESFAM) Centro de Salud Familiar

(CIE) Colestasia Intrahepática del Embarazo

(ChCC) Chile Crece Contigo

(DEIS) Departamento de Estadísticas e Información en Salud

(GEG) Adecuado para la Edad Gestacional

(IHCN) Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales

(INE) Instituto Nacional de Estadística

(MINSAL) Ministerio de Salud

(OMS) Organización Mundial de la Salud

(PEG) Pequeño para la Edad Gestacional

(PIG) Período Intergenésico

(RAM) Rotura Artificial de Membranas

(RCIU) Restricción del Crecimiento Intrauterino

(RN) Recién Nacido

(SDR) Síndrome de Distrés Respiratorio

(SHE) Síndrome Hipertensivo del Embarazo

(UI) Unidades Internacionales

Anexo 2. MARCO TEÓRICO

1.- CAMBIOS DE PARADIGMAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD: HUMANIZACIÓN DEL PARTO.

1.1 Evolución del paradigma biomédico

La medicina tradicional tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y en la física newtoniana, divide la naturaleza humana en cuerpo y mente y el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes (4). Desde esta perspectiva el modelo biomédico, representa la concepción patologista del ser humano; vale decir, es reduccionista, curativo, valora lo objetivo y divide al ser humano en mente y cuerpo. Con este modelo se creó una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación, básicamente patologista, se define la salud como ausencia de enfermedad. Así el mundo se divide entre sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el profesional pueda reconocer, demostrar y clasificar por procedimientos. (6)

De un modo general, el comportamiento paternalista de los profesionales de la salud, la falta de atención a los síntomas que más preocupan a los usuarios, el lenguaje poco claro, la privación de la intimidad y de la libertad del enfermo, la incomunicación y el silencio agravan la situación ya crítica del paciente. (7)

Sin embargo, en el siglo XX, las teorías de la relatividad y de la física cuántica, generaron un paradigma diferente, en el cual el universo deja de

parecerse al exacto mecanismo de un reloj y comienza a entenderse como una unidad indivisible. Esta perspectiva globalizadora de la realidad se considera holística y ecológica, permite a la medicina estudiar, analizar y dar respuesta a problemas complejos, para la cual la biomedicina tradicional no tiene respuestas eficaces. (4)

En el año 1977, George Engel, un internista interesado en el psicoanálisis, propuso en la revista Science un modelo biopsicosocial como alternativa al modelo biomédico. Para él la enfermedad acontecía en el contexto biográfico del individuo, insertado en un grupo social. Identificar y corregir las desviaciones somáticas no era suficiente, éstas debían estar consideradas dentro del marco amplio de la persona enferma. (8)

En las últimas décadas, ha existido un fortalecimiento de los grupos que destacan la necesidad de humanizar la atención en salud. Esta humanización consiste en: a) La búsqueda activa de una relación cercana con el ser humano b) Generar vínculos que produzcan sensación de seguridad y protección en las personas c) Abrir la atención de salud a una interacción participativa, igualitaria, equitativa d) Reconocer la dimensión personal y única del enfermar e) Crear una relación comprensiva, empática y comprometida. (7)

La humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del desempeño humano. Algunos ejemplos son: parto y nacimiento, enfermos en etapas terminales, envejecimiento, salud y enfermedad, entre otros. La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas. Esta propuesta también pretende cambiar la idea de que el

embarazo y el parto son una enfermedad y, trata de recuperar la noción de que este es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal. Se busca garantizar a las madres y a los niños por nacer un ambiente de amor, respeto y seguridad, donde se reconozca la fuerza y sabiduría de sus cuerpos, con alegría y acompañamiento.(9)

El parto y el nacimiento, son el principio de la vida. Ambos procesos son fundamentales porque afectan al resto de la existencia de los individuos. Es por eso que la humanización del parto constituye una necesidad urgente.(9)

1.2 Cambio en el paradigma de la atención

El Ministerio de Salud de Chile inicia en el año 1992 la transformación de los Consultorios a Centros de Salud Familiar (CESFAM), centrando la preocupación en el individuo y su salud, enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención e incorporando a la comunidad como ente participante en la atención de salud (7). A partir de 1998 se logran avances en el cambio paradigmático de la comprensión del concepto salud y enfermedad. El nuevo desafío constituye en incorporar el enfoque biopsicosocial y, modificar el concepto de "perspectiva humana" integrando los conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, entre otros. Con la Reforma de Salud del año 2000 se introduce el concepto de "redes en salud" y el modelo iniciado en atención primaria, por lo tanto corresponde a un cambio total en los componentes de la misma. El nuevo modelo entonces, debe afectar a la red de salud Chilena. (7)

2. PARTO VERTICAL

La forma en que un niño o niña llega a este mundo es importante para sus padres y la sociedad. En ese momento el recién nacido debería ser el protagonista; este modelo busca favorecer el proceso del nacimiento, facilitar el encuentro afectivo.(2) Se incorpora el derecho de los y las usuarias a recibir información sobre el estado de salud, posibilidades diagnósticas, terapéuticas y pronóstico previsible. Así, se logra un cambio importante en la asistencia profesional con un rol más activo de las usuarias, quienes tienen la oportunidad de asumir un protagonismo mayor en las decisiones sobre su salud. (2) De acuerdo a la Declaración de Fortaleza OMS(1985) sobre las técnicas apropiadas para la atención del parto. *“No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el parto”*.(10)

Según Michel Odent (2005) en su estudio sobre bases del cuidado perinatal, plantea que se debe permitir que la madre adopte la posición corporal más cómoda en cada fase del parto, conservar la posición erecta caminando durante el trabajo parto para disminuir su duración y utilizar la posición en cuclillas para aumentar las dimensiones de la pelvis ósea. (11)

Los profesionales de la salud que asisten a la mujer en el proceso de parto deben estar atentos a las necesidades de la mujer y evaluarla de forma integral respetando la progresión fisiológica del proceso y la libre expresión de sentimientos por parte de la gestante y de su pareja. Debe respetarse el espacio de intimidad para la vivencia del proceso ofreciendo un acompañamiento permanente que brinde un ambiente de seguridad y afectividad, elementos fundamentales en este momento. (12)

El parto en posición vertical es aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y, está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas. Los aspectos fisiológicos incluyen:

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorecen el encajamiento y descenso del feto con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava inferior, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, favoreciendo la oxigenación del feto.
- Existe un mejor equilibrio ácido-base fetal, ya que la presión arterial de oxígeno resulta ser más alta que la “normal”, el pH resulta con valores de entre 7.37 y 7.32 de vena y arterias umbilicales respectivamente y la presión de dióxido de carbono en sangre resulta ser más baja que la “normal”.
- Influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante.
- Permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro anteroposterior y 1 cm el diámetro transversal, permitiendo una mejor acomodación fetal.
- El ángulo de encaje es menos agudo, facilitando el descenso del feto.
- Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo y ayudan indirectamente a la prensa abdominal para la salida del feto y disminuye la frecuencia de espasmos musculares.
- El trabajo de parto se acorta ostensiblemente.

- Proporciona beneficios psicoafectivos, con un mayor rol protagónico de la mujer en la decisión de cómo dar a luz y una mayor participación en el nacimiento de su hijo. (12, 39)

2.1 Clasificaciones de las posiciones verticales

La literatura científica promueve que la usuaria adopte la posición más cómoda, Estas se categorizan como:

De pie: Se describe que las contracciones uterinas son más eficaces. También se produce una mejor oxigenación fetal, una menor necesidad de oxitocina y analgesia y, una menor tasa de episiotomías.

Sentada: Aumenta la eficacia y la dirección de las contracciones uterinas. Produce alivio del dolor en la región lumbo-sacra.

Cuadrupedia (manos y pies): Se presenta menor trauma perineal, ya que la gravedad aleja la presión del periné y, al mismo tiempo favorece el descenso fetal. La elasticidad perineal es mayor en esta postura.

En cuclillas: Favorece el aumento de los diámetros pélvicos. Disminuye la necesidad de estimulación por oxitocina y reduce la instrumentalización del parto. Disminuyen las laceraciones perineales con una adecuada protección perineal. (1,12)

2.2 Descripción de parto vertical

En otros países de Latinoamérica como Perú existe una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (2005), cuyo fin ha sido estandarizar la atención del parto vertical de acuerdo a los criterios internacionales y a la experiencia nacional, respondiendo a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres. Con esta norma se pretende incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna.(14) En México, por ejemplo, ya existe un marco legal que respeta y promueve la medicina tradicional indígena, donde el parto en posición vertical es un componente fundamental. Esta legislación garantiza y protege el acompañamiento familiar y de una partera de las mujeres que así lo deseen. (Ley General de Salud 1984, artículo 93).(15)

En Chile, contrario a México no existen normas que regulen la atención del proceso del parto en posición vertical. Sin embargo con el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo (2005) se describen los pasos a seguir para la realización de la atención del parto en posición vertical. La atención del trabajo de parto se inicia con la recepción de la gestante, en la Unidad de Emergencia Gineco-Obstétrica. (2)

El profesional matrona/matrón identifica posibles antecedentes mórbidos, luego realiza el examen gineco-obstétrico para confirmar que el trabajo de parto ha comenzado. Se informa a la usuaria que se encuentra en trabajo de parto, luego se le explican los procedimientos y técnicas de rutina a realizar y signos que pueda presentar durante el trabajo de parto que contraindiquen la atención de parto vaginal. Se ha de permitir el ingreso de un acompañante a la sala de pre partos si es la voluntad de la gestante. (2,14) El equipo de salud debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros

durante el parto e inmediatamente después del parto, verificando la hidratación de la gestante.

Evaluar los signos vitales de la madre y la frecuencia cardiaca fetal con el fin de pesquisar riesgos, y llevar un registro de partograma que indique con claridad la evolución de trabajo del parto. (2, 14) El examen gineco-obstétrico en la sala de parto, debe ser siempre efectuado con guantes estériles, y se debe evitar procedimientos rutinarios, no justificados, si el proceso evoluciona fisiológicamente. No realizar divulsión cervical. (2)

Durante la fase de dilatación la mujer puede elegir la posición que prefiera, favoreciendo aquellas que no produzcan compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales que interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal. La gestante tiene la posibilidad de cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. (2, 14, 16)

El equipo de salud debe estimular la deambulacion de la gestante, ya que el caminar o la propia posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas. (14, 16) Para el manejo no farmacológico del dolor el acompañante participa activamente dando apoyo afectivo (16). Se puede brindar apoyo físico en forma de masajes en la zona lumbar, cambios de posición, calor, ejercicios de respiración y perineales con el uso de balón kinésico, los que ayudan a controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto (2, 14, 16). La anestesia debe ser administrada a toda gestante que la solicite. (2, 14)

En un parto humanizado el pujo es espontáneo, esto es cuando la mujer tiene la necesidad refleja de pujar. El número de pujos y el intervalo entre ellos por la contracción uterina, así como la duración son regulados por la propia gestante. Se recomienda que la gestante mantenga la apertura de la glotis en el pujo, lo que evita el aumento de la presión intra-torácica (maniobra de Valsalva), con los consiguientes trastornos en la circulación sanguínea materna y su repercusión en la oxigenación del feto. (16)

La atención del expulsivo se realiza en condiciones estériles. Para la atención del parto en posición vertical se debe contar con una camilla o silla adecuada, una soga colgada de una viga, o una colchoneta en el piso cubierta con campos estériles sobre los cuales nacerá el RN. (14)

Para atender el alumbramiento deberá favorecerse la comodidad del profesional que deberá inspeccionar de forma acuciosa, en busca de lesiones por lo que se colocará a la mujer en posición dorsal. Se administra 10UI de oxitocina, y se utilizarán retractores uterinos de alta potencia en caso de urgencia. (14)

En la actualidad hay una tendencia a la tecnificación de la atención del parto en posición vertical con el objetivo ser atendido en el sistema hospitalario, utilizando una serie de mesas y sillas obstétricas que facilitan la atención en todas las posiciones; tecnologías como éstas son utilizadas en países como México. Estas sillas poseen motor eléctrico o hidráulico las cuales las transforman de posición vertical a litotomía, para una cómoda revisión posterior al alumbramiento, o incluso en mesas quirúrgicas para practicar una cesárea. (15)

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo de expulsivo está limitada a la recepción del neonato, realizando las

maniobras correspondientes, a detectar y atender cualquier complicación que pudiese surgir, las cuales aparecen en menos de un 20% de todos los trabajos de parto, realizándose la maniobra indicada solo en caso de ser necesario (ruptura artificial de membranas, episiotomía, fórceps, cesárea, entre otras).(14, 16)

Se considera favorable permitir que la posición de la mujer cambie buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. La mayoría de las usuarias prefieren estar con el tronco en vertical, cambiando libremente, que estar en la posición de litotomía. (14, 16)

Se favorecerá el apego precoz y la lactancia inmediata del recién nacido, a excepción de aquellos recién nacidos nacen en alguna condición que requiera de maniobras inmediatas. (14)

Según el estudio realizado en Bolivia “Beneficios de la posición vertical para la atención del parto” muestra los beneficios de algunas posiciones verticales para la atención del parto, entre ellos, disminución en la práctica rutinaria de episiotomía, y menor incidencia de complicaciones hemorrágico infecciosas. La posición sentada fue la más frecuentemente adoptada y se ha demostrado que es la que con menor frecuencia se complica con desgarros perineales. (19)

La literatura científica señala varias ventajas fisiológicas asociadas al parto vertical. Dentro de estos se incluye los efectos de la gravedad, menos presión sobre la aorta y vena cava (Efecto Poseiro) y mejor oxigenación de la madre y feto, contracciones uterinas más fuertes y eficaces, mejor orientación del feto para descender en la pelvis, y evidencia radiológica de mayor área de la salida pélvica en las posiciones de cuclillas y rodillas. (19)

Según el estudio realizado en México el año 2012, “Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina” (18). Indica que la duración del segundo periodo de trabajo de parto tuvo diferencia significativa en cuanto al tiempo a favor de la postura vertical, ya que este periodo se acortó diez minutos con respecto a la supina. El periodo puede acortarse incluso 3.35 minutos, de acuerdo con la revisión de Gupta y cols (40), sin embargo, en el análisis estadístico referido de este mismo grupo no hubo diferencia significativa. Si bien fue más breve, este acortamiento en el periodo favorable a la posición vertical se debe a la gravedad y a que las contracciones se tornan más intensas y frecuentes; también, en esta misma revisión se hace referencia a la heterogeneidad de los resultados manifestada en los estudios incluidos. Se encontró que durante la fase de expulsión no hubo diferencias, con lo que puede afirmarse que estas fuerzas de gravedad no mejoran la parte final del periodo y sólo intervienen en la primera parte del descenso, pero la fase expulsiva tiene que ver con la intensidad del pujo materno y no con las fuerzas naturales que intervienen. (18)

3. PSICOPROFILAXIS EN EL PARTO

La asociación permanente entre parto y dolor, crea una representación psicológica de que el dolor es algo natural en un parto, despertando un reflejo condicionado de dolor, como en los experimentos de Ivan Pavlov (1890-1900). (17)

El dolor está influenciado por las experiencias pasadas, o transmitidas tras generaciones en el entorno socio-cultural y las expectativas individuales (2), comprueban estas afirmaciones que hay mujeres con dilatación avanzada que no sienten dolor mientras el médico no les asegure que, «ya se

encuentran en trabajo de parto» (18, 22). El dolor de las contracciones uterinas es un proceso complejo que envuelve interacciones de mecanismos centrales, periféricos e intercambio continuo de informaciones por vías ascendentes y descendentes de nociceptores. En estos términos, entendemos que el dolor de parto envuelve factores emocionales, sensoriales, ambientales y existenciales. (21)

Distintas circunstancias pueden ocasionar mayor dolor así, por ejemplo, los partos prolongados, los inducidos, los conducidos con oxitocina, los complicados por distocia, y los terminados en forma instrumental producen mayor dolor que los partos “normales”. (20)

Sin embargo, es indispensable recordar que el reflejo condicionado no es la única causa del dolor, es imprescindible que hayan terminaciones nerviosas libres y específicas (corpúsculos de Pacini y Vaten); estímulo suficiente; umbral de percepción del dolor adecuado, umbral que es variable y que ciertos hechos como el cansancio, la emoción, el temor, bajan este umbral a sus límites extremos (hiperalgesia) y en cambio, la actividad cerebral eleva fuertemente este umbral (19). En un parto se reúnen ambas condiciones potenciándose la una a la otra, produciendo una sensación de dolor en escalada. Como respuesta a la ansiedad psíquica, la mujer reacciona con tensión muscular y contracción uterina, descargando una mayor presión sobre el cuello, que reacciona con espasmos y, por lo tanto, el útero se contrae con mayor fuerza; con lo que se agrega la mayor anoxia por cierre más hermético de los vasos parietales de la matriz. Cuando el cuello logra dilatarse completamente, los estímulos se descargan íntegros sobre el canal blando y el periné, produciéndose la cadena dolorosa de la dilatación. (17)

Basándose en la teoría de los reflejos condicionados del fisiólogo ruso Ivan Pavlov y del método de atención del parto, que se aplicaba en toda la Unión

Soviética desde fines de la década de 1940, el Obstetra francés Fernand Lamaze (1891-1957) difundió en su país las ideas del 'parto sin dolor', desde allí, se diseminaron hacia otros países. Siguiendo la escuela Rusa, Lamaze explicaba que, desde pequeñas, las mujeres recibían mensajes que aseguraban que el parto era doloroso, por eso era necesario crear una idea positiva sobre el parto y proporcionar a las mujeres un entrenamiento que les permitiera una participación activa por medio de técnicas de relajación, respiración y pujo. (22)

En la actualidad, el manejo del dolor es una actividad fundamental del equipo de salud, usando el método psicoprofiláctico, que consiste en la educación de la embarazada y el acompañante, de preferencia el progenitor, enseñándole los procesos fisiológicos del embarazo, el parto y post-parto, y cuidado del recién nacido, con el objetivo de disminuir el temor, siendo reemplazado por la sensación de felicidad que provoca la maternidad, suprimiendo el reflejo condicionado y elevando el umbral de percepción del dolor. (2, 16, 17)

Para realizar este método se necesita un curso teórico que educa a las embarazadas y sus parejas; un curso práctico que consiste en el aprendizaje y entrenamiento de los ejercicios; control y conducción del parto mismo. En Chile es compromiso del Ministerio de Salud mejorar el acceso y la calidad de la atención que se otorga a las personas, basada en la evidencia científica disponible. Existe un conjunto de derechos que deben ser respetados, entre los que destaca el derecho a la información. (16, 17)

La asistencia del parto debe ser amable, suave y tranquila. Se aconseja la eliminación de la palabra «dolor», de los ruidos molestos, uso de música suave, reducir los tactos vaginales al mínimo y mantener informada a la mujer sobre el curso del parto. Se sugiere una auscultación de los latidos

cardio-fetales con énfasis en su normalidad, pues se estimula la confianza y el interés de la madre. Se proscriben maniobras tales como “Kristeller” y “masaje digital del periné”.(17)

La participación activa e informada, convierte a la mujer en la protagonista del parto, en la que el segundo actor es el padre, el cual provee apoyo emotivo y contención física. Además, el compartir el acontecimiento refuerza los vínculos de la triada, esto contribuye poderosamente a la disminución del dolor y la ansiedad.(16)

No existe evidencia basada en trabajos clínicos aleatorios y controlados para apoyar las técnicas de manejo del dolor. No obstante, la sugerencia es que se deben privilegiar aquellos métodos y técnicas que aunque sin soporte sólido en la evidencia sanitaria disponible, son obviamente inocuas y seguras para la mujer y el recién nacido. (2)

4. CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIALES DE LAS MUJERES ATENDIDAS POR PARTO VERTICAL

La mortalidad materna es un problema de salud pública en América Latina, es por esto que en cada país, según su realidad sanitaria se han planteado diferentes objetivos para reducir las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En el año 1960, Chile presentaba una mortalidad materna de 299/100.000 nacidos vivos (Una de las más altas en la región Latinoamericana).

La introducción de los métodos anticonceptivos en especial la píldora, permitió a la mujer chilena una mejor regulación de su fecundidad, disminuyendo así las muertes por aborto. Entre los años 2000- 2010 la tasa

de mortalidad materna en la región de Valparaíso fue de 16,8/100.000 nacidos vivos. (23,24)

El acompañamiento de una persona significativa es parte de la esfera psicosocial de la mujer en el momento del parto. Esto se ha implementado en Chile en los servicios de salud pública, gracias a la inserción de diversos programas y normas que favorecen y realizan recomendaciones para un parto humanizado. (2)

En el año 2009 el estudio Brasileño de tipo cualitativo titulado “Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal” reveló la percepción de diez puérperas que vivieron las experiencias de parto vertical y horizontal. En los resultados se observó que los aspectos positivos referidos a la posición vertical están relacionados a la sensación de comodidad, posibilidad de moverse, reducción del esfuerzo de expulsión y del dolor y participación más activa de la mujer. La posición horizontal dificulta esos aspectos, generando la percepción negativa sobre la misma, una vez que dificulta el movimiento, aumenta el sufrimiento, el cansancio, la duración del período expulsivo y las intervenciones obstétricas. En contraste, los aspectos positivos de la posición horizontal se caracterizan por la realización de intervenciones, especialmente la episiotomía, la sensación de ser “ayudada” y la comodidad por la posibilidad de permanecer recostada, inclusive perciben la reducción de intervenciones como aspecto negativo de la posición vertical. (25)

En Argentina, según Marina Lembo, licenciada en Obstetricia Universidad de Buenos Aires, Argentina, en su estudio “Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales” año 2009, señala que las mujeres que optan por un parto humanizado, pertenecen a diversos grupos socio-

culturales, caracterizándose por el predominio de profesionales y artistas, los cuales además pertenecen desde nivel socio-económico medio hasta alto del país.(2)

Con respecto a la variable, educación que recibe la madre a lo largo de su gestación, el parto y el puerperio, por parte del profesional matrona/matrón es fundamental para un progreso fisiológico del proceso reproductivo. Un estudio realizado en el año 2013 en Santiago de Cuba, concluyó que el grado de escolaridad materna y el tiempo de lactancia son directamente proporcionales, puesto que esta última es duradera en las que tienen nivel universitario, lo cual se asocia a que las mujeres cuentan con mejor información y comprenden las ventajas de este tipo de alimentación.(38)

En Chile, según Castro (2001), las mujeres tienden a ser más vulnerables por circunstancias sociales, culturales y económicas; el simple hecho de ser ellas quienes gestan es una de las condiciones que incide significativamente en esta mayor vulnerabilidad. Asimismo, los hijos e hijas de estas mujeres comparten esta misma condición.(26)

5. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS A TRAVÉS DE PARTO VERTICAL

La magnitud de los indicadores de salud perinatal e infantil, especialmente los de morbilidad y mortalidad, son un reflejo del desarrollo de un país, no solamente sanitario, sino que también educacional, social y económico. Son indicadores de salud perinatal e infantil, la mortalidad fetal, la mortalidad neonatal, la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez.(27)

Entre los años 1900 y 2003, la mortalidad infantil chilena disminuyó de 342 a 7,8 por mil nacidos vivos con un 97% de descenso. En los últimos 30 años

(1970 a 2003) el descenso fue de 79 a 7,8, equivalente a 90% de caída. La casi totalidad de los nacimientos reciben atención profesional en hospitales y clínicas (97,9%).(30)Según el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en el año 2010 la mortalidad infantil Chilena en menores de un año, disminuyó a 7.4 por mil nacidos vivos. (35)

La OMS describe en la guía práctica de “Cuidados en el Parto Normal”, que la posición de la madre durante el expulsivo afecta a la condición del feto como lo hace también en la fase de dilatación. Ensayos demostraron una frecuencia menor de anomalías del índice cardiaco fetal en las posiciones verticales y un pH de arteria umbilical superior.(26)

El cuidado del recién nacido sano tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma normal, además de ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. (29)

Según el estudio “Humanización del nacimiento: Para cambiar la vida, es necesario cambiar la manera de nacer”, realizado por la Universidad Austral de Chile en el año 2007, el puntaje Apgar de recién nacidos atendidos naturalmente fue de 8 o más en el primer minuto de vida. No se encontraron diferencias detectables por este puntaje (tomado al minuto, a los cinco y a los diez minutos de vida, entre el grupo de partos naturales cuyo periodo expulsivo duro de 15 a 60 minutos con el que demoró de 60 a 120 minutos al nacer.(3)No se encontraron diferencias en el pH,pO₂,pCO₂ de la sangre fetal al nacer, entre ambos grupos. Estos resultados están de acuerdo con los encontrados por Humphrey y col.(1974), quienes no hallaron cambios en el pH cuando la madre estaba acostada en decúbito lateral izquierdo. Por otra parte, Wood y col. (1973), encontraron una progresiva caída de pH y

ascenso de la pCO₂ y déficit de base a medida que el periodo de expulsivo progresa, cuando la mujer está en posición de litotomía.(3)

Un reciente estudio de la Revista Médica de la Clínica Las Condes (2010) señala que la posición vertical produce menos incomodidades y dificultades al pujar, menos dolor, menos trauma vagino-perineal e infecciones y una duración menor de la segunda fase del parto. Asimismo los recién nacidos presentan menor frecuencia de índices de Apgar menores de 7 y menor frecuencia de alteración de los latidos cardiacos fetales.(26,30)El mismo estudio sostiene además que el recién nacido vigoroso no necesita la aspiración oro-faríngea realizada de rutina. La mujer, completamente lucida por no estar bajo efecto de narcóticos, acaricia y habla a su hijo quien pronto responde mirando a la cara de su madre, oyendo su voz, moviendo su cabeza. El niño comienza pronto a succionar el pecho materno induciendo así la liberación de oxitócica y prolactina de la madre.(3)

Por otra parte, según el estudio del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Red Asistencial Rebagliati, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Perú “Parto vertical retornando a la costumbre ancestral” (2008), no hubo diferencias para la edad gestacional (EG) paridad y el peso de los recién nacidos entre los grupos de parto vertical con respecto al grupo de parto horizontal. Se puede observar que la distribución porcentual del Apgar al minuto y a los 5 minutos, definidos como patológico y normal, fue similar en el parto vertical y horizontal, aunque se encontraron más casos de Apgar bajos para el parto horizontal, sin haber significancia estadística. (1)

En cuanto a las características psicosociales del recién nacido, cabe destacar que el nacimiento, es considerado como un episodio fisiológico y natural de la vida, el que representa una fuente de felicidad para la familia.

La madre y el padre deben familiarizarse con los sucesos del nacimiento y con las personas encargadas de atenderlo. Éstas deben tener toda la confianza de la familia.(3)

La mujer y el progenitor se educan para comenzar tempranamente su relación con el recién nacido. En el término de unos pocos minutos después del nacimiento de un recién nacido sano, este es entregado a la madre, quien lo tendrá en sus brazos e iniciará el amamantamiento lo más pronto posible.(3)

La precoz iniciación de la interacción madre-hijo tiene un papel primordial en la creación de un “lazo afectivo” entre ellos que facilita la conducta maternal y la respuesta afectiva del niño. El padre puede participar también en la temprana interacción con su hijo, lo que ayuda enormemente a despertar el amor paterno y el afecto sostenido por su hijo.(3)

El profesor Adik Levin de Estonia (1999), en su propuesta llamada la “Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales” (IHCN), sostiene que tras la separación física del parto surgen fuerzas invisibles y poderosas, que ha llamado "*los cordones umbilicales biológico y psicológico*". Se crearía una verdadera incubadora biológica, la que estimularía el desarrollo biológico, físico y psicológico del niño. Para optimizar el desarrollo tanto de éste como de la mujer, el cordón umbilical biológico se debe mantener indemne al menos durante el primer mes, para lo cual es conveniente privilegiar el parto vaginal sin uso de drogas y alimentación al pecho en el postparto inmediato para que el neonato se beneficie del calostro. El cordón umbilical psicológico, a su vez, representa el vínculo social y emocional entre la madre y su hijo, el cual comienza a constituirse durante el embarazo, para ir adquiriendo cada vez más importancia durante los primeros meses de vida extrauterina.(31)

En las horas y días siguientes al parto, la madre debe tener a su hijo cerca, lo que se denomina alojamiento conjunto. Ella debe amamantar a su hijo a libre demanda. La madre se encarga del recién nacido supervisada por una matrona. La interacción del niño con el padre continúa. También debe iniciarse con sus hermanos y familia lo antes posible.(3)

Según las recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento, Declaración de Fortaleza de la OMS, descritas en el año 1985, refiere que: “El recién nacido sano debe permanecer con su madre cuando las condiciones de ambos lo permiten. El proceso de observación del recién nacido sano, no justifica la separación de la madre.”(32, 33)

En la declaración de Pucón (2001) se estableció que: la Sociedad Chilena de Pediatría desea fomentar y estimular la Humanización de la Pediatría Perinatal. Esto significa poner énfasis en la atención del recién nacido de término y pretérmino junto con su madre, protegiendo la lactancia natural, el apego y la manera de atenderlo en todas las circunstancias, incluyendo su permanencia en las unidades de cuidados intensivos.(34)

Por consiguiente, el manejo del parto, nacimiento y del recién nacido antes descritos, contribuyen a promover la lactancia materna como única fuente alimenticia durante el primer semestre de vida, fortalece los lazos afectivos de la triada y mejora el pronóstico de morbi-mortalidad neonatal.(3)

Anexo 3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo I:

Determinar las características biológicas de mujeres que parieron en modalidad vertical atendidas por Centro de Maternidad Integral Obsnatura.

Nombre	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
1.1) Edad Reproductiva	Etapa en la vida de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.		-15-19 años -20-24 años -25-29 años -30- 34 años -35- 40 años	
1.2) Estado Nutricional	Situación nutricional en que se encuentra la mujer considerando el Índice de masa corporal (IMC) según tabla de incremento ponderal para gestante.		-Bajo peso -Normal -Sobrepeso -Obesa	

1.6) Período Intergenésico	Período de tiempo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual.		<p>≤ 2 años</p> <p>> 2 años</p> <p>Nuligesta</p>	
----------------------------	--	--	---	--

Objetivo II:

Identificar las características psicosociales de mujeres que parieron en modalidad vertical atendidas por Centro de Maternidad Integral Obsnatura.

Nombre	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador	Sub-indicador
2.1) Ocupación	Actividad laboral que desempeña la mujer previo a la gestación.		<p>-Trabaja</p> <p>-No trabaja</p>	<p>→ Si</p> <p>→ No</p>	→ Especifique
2.2) Previsión	Sistema de protección a la salud a la que pertenece la mujer en el momento de la		<p>-ISAPRE</p> <p>-FONASA</p> <p>-Fuerzas Armadas</p>		

3.4) Duración trabajo de parto	Tiempo que transcurre desde el inicio del trabajo de parto activo hasta la expulsión de los anexos fetales.		< 5 horas 5-10 horas 10-15 horas -No se registra	→Especifique →Especifique →Especifique
3.5) Tiempo de expulsivo	Intervalo de tiempo que transcurre entre la dilatación cervical completa y la expulsión del feto	-Primípara -Multípara	≤ 45 min >45min ≤ 20 min > 20 min -No se registra	→Especifique →Especifique →Especifique →Especifique
3.6)Episiotomía	Incisión quirúrgica medio lateral derecha del periné realizada a la usuaria con el objeto de ampliar el canal del parto		-Con episiotomía -Sin episiotomía	

3.7) Desgarros	Lesión de la piel, mucosa y/o músculo del canal vaginal en la usuaria producida durante el expulsivo.		-Con desgarro de primer grado -Con desgarro de segundo grado -Con desgarro de tercer grado -Con desgarro de cuarto grado -Sin desgarro	
3.8) Alumbramiento	Expulsión de la placenta luego de la salida del feto.		-Natural -Artificial	
3.9) Muerte fetal intrauterina	Deceso que ocurre antes de la expulsión total del feto independiente de la duración de la gestación.		-Si -No	→Causa

3.10) Complicaciones del Postparto	Alteraciones biológicas que curso la usuaria en el periodo puerperal.		-Hemorragia postparto - Shock hipovolémico - Infección puerperal -Otra -Ninguna	→Especifique
3.11) Profesional que atiende el Parto	Profesional(es) capacitado(s) clínica y legalmente para la atención del proceso del parto.		- Médico - Matrona - Médico y matrona	

Objetivo IV:

Determinar las características biológicas de los recién nacidos atendidos a través de modalidad vertical por el equipo de salud del Centro de Maternidad Integral Obsnatura.

<i>Nombre</i>	<i>Definición</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Subindicador</i>
4.1) Test de Apgar	Escala que evalúa la adaptación del RN a la vida extrauterina al minuto y a los	1 minuto	→7-10	→Especifique
			→4-6	→Especifique
		5 minutos	→0-3	→Especifique
			→7-10	→Especifique
			→4-6	→Especifique

	cinco minutos de vida.		→0-3	→Especifique
4.2) Traumatismos del parto	Lesiones que afectan al RN derivadas del trabajo de parto, asociadas o no a maniobras obstétricas.		-Si -No	→Especifique
4.3) Peso	Medida en gramos que posee un recién nacido	→Bajo Peso →Normopeso →Macrosómico	< 2500 gr 2500-3999gr ≥ 4000 gr	→Especifique →Especifique →Especifique
4.4)Edad Gestacional pediátrica	Edad de un RN en el momento del parto, determinada por Test de Usher	Pre-término Término Post-término	<37 semanas 37 – 41+6 semanas > 42 semanas	→Especifique →Especifique →Especifique

4.5) Clasificación del RN según peso y edad gestacional	Criterio de evaluación del neonato según Dra. Gabriela Juez con fines pronósticos y de manejo clínico		<p>-PEG</p> <p>-AEG</p> <p>-GEG</p>	
4.6) Patologías del Recién nacido.	Enfermedades que afectan al neonato en sus primeras horas de vida		<p>-Síndrome aspiratorio de meconio</p> <p>-Hemorragia intracraneana</p> <p>-Asfixia perinatal</p> <p>-SDR</p> <p>-Patología hematológica</p> <p>-Infecciones neonatales</p> <p>-Patología neurológica</p> <p>-Patología metabólica</p> <p>-Otras</p> <p>-Ninguna</p>	→Especifique

4.7) Hospitalización	Ingreso del recién nacido a la sala de Unidad de cuidados intensivos por un periodo indefinido		-Si -No	→Causa
4.8) Muerte neonatal	Defunción del neonato antes de los 28 días de vida.		-Si -No	→Causa

Objetivo V:

Identificar las características psicosociales de los recién nacidos atendidos a través de modalidad vertical por el equipo de salud del Centro de Maternidad Integral Obsnatura.

<i>Nombre</i>	<i>Definición</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Subindicador</i>
5.1) Apego Neonatal precoz	Relación de vínculo psicoafectivo que se establece en la Diada/triada en los primeros 30 minutos de vida		-Si -No	

5.2) Lactancia Materna Precoz	Alimentación que recibe el recién nacido en la primera hora de vida a través de el seno materno		-Si -No	
5.3) Alojamiento conjunto	Permanencia de la madre junto a su recién nacido en la misma habitación durante los días que permanezcan en el establecimiento de Salud		→ Si → No	

Anexo 4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO

Nº FICHA _____

I Características biológicas maternas

- 1.1 Edad reproductiva: 15-19
- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-40

1.2 Estado nutricional

- Bajo peso
- Normal
- Sobrepeso
- Obesa

1.3 Antecedentes mórbidos y quirúrgicos personales :

- Asma Bronquial
- Diabetes
- Hipertensión
- TBC pulmonar
- Cáncer
- Otros Especifique: _____
- Ninguno

1.4 Patologías maternas:

1.4.1 Con Patología Sin patología

1.4.2 Tipo de patología

Síndrome Hipertensivo del embarazo (SHE)

Diabetes Gestacional

CIE

Patologías del tracto urinario

RCIU

Amenaza Parto Prematuro

Otros

1.5 Paridad:

Nulípara

Multípara

1.6. Periodo intergenésico (PIG):

≤ 2 años

>2 años

Nuligesta

II. Antecedentes psicosociales maternos

2.1 Ocupación:

Trabaja Si No Especifique: _____

2.2 Previsión:

ISAPRE FONASA FFAA Sin previsión

2.3 Escolaridad:

Sin escolaridad

Básica

Media

Técnico profesional

Universitario

2.4 Persona significativa

Si Especifique: _____

No

2.5 Taller de preparación para el parto: Si No

III. Antecedentes del parto vertical

3.1 Conducción del parto Con conducción Si Conducción

3.1.1 Inducción con Oxitocina Si No

3.1.2 Anestesia

Local

Peridural

Combinada No

3.1.3 Rotura artificial de membranas (RAM) Si No

3.2 Características del líquido amniótico

Claro

Meconio

Sanguinolento

3.3 Posición de expulsivo

En cuclillas

De manos y pies

De pie

Sentada

Semivertical

3.4 Duración trabajo de parto

<5 horas Especifique: _____

5-10 horas Especifique: _____

10-15 horas Especifique: _____

No se registra

3.5 Tiempo de expulsivo (Pérez Sánchez)

Primípara: ≤ 45 min >45min Especifique: _____

Múltipara: ≤ 20 min >20 min Especifique: _____

No se registra

3.6 Episiotomía

Con episiotomía Sin episiotomía

3.7 Desgarro

Con desgarro de primer grado

Con desgarro de segundo grado

Con desgarro de tercer grado

Con desgarro de cuarto grado

Sin desgarro

3.8 Alumbramiento

Natural

Artificial

3.9 Muerte intrauterina Si Causa: _____

No

3.10 Complicaciones del Postparto

Hemorragia postparto

Shock hipovolémico

Infección puerperal

Otra Especifique: _____

Ninguna

3.11 Profesional que atiende el parto

- Médico
- Matrona
- Matrona y Médico

IV. Características biológicas de los recién nacidos

4.1 Test de Apgar

4.1.1. Al minuto

- 7-10 Especifique: _____
- 4-6 Especifique: _____
- 0-3 Especifique: _____

4.1.2. A los 5 minutos

- 7-10 Especifique: _____
- 4-6 Especifique: _____
- 0-3 Especifique: _____

4.2 Traumatismos del parto Si No Especifique: _____

4.3 Peso del Recién nacido

- Bajo peso (<2500 gr) Especifique: _____
- Normopeso (2500-3999 gr) Especifique: _____
- Macrosómico (> 4000 gr) Especifique: _____

4.4 Edad gestacional pediátrica (Test de Usher)

- Pretérmino (< 37 semanas) Especifique: _____
- Término (37-41+6 semanas) Especifique: _____
- Post-Término (>42 semanas) Especifique: _____

4.5 Clasificación del RN según peso y EG (curva Dr. Juez)

PEG AEG GEG

4.6 Patologías del Recién Nacido

- Síndrome aspiratorio de meconio
- Hemorragia intracraneana
- Asfixia perinatal
- SDR
- Infecciones neonatales
- Patología hematológica
- Patología neurológica
- Patología metabólica
- Otras Especifique _____
- Ninguna

4.7 Hospitalización Si No Causa _____

4.8 Muerte neonatal Si No Causa _____

V. Características psicosociales de los recién nacidos

- 5.1 Apego neonatal Si No
- 5.2 Lactancia materna precoz Si No
- 5.3 Alojamiento conjunto Si No

Anexo 5. AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 5.1 CARTA SOLICITUD DE TRABAJO DE TESIS PARA CENTRO DE MATERNIDAD OBSNATURA

Valparaíso, 8 de noviembre 2012

Para: Sra. Paula Díaz Álvarez

De: Profesora Paula Oyarzún Andrades

Guía de tesis

Escuela de Obstetricia y Puericultura

Universidad de Valparaíso

Estimada Paula, junto con saludarla, en el marco del desarrollo de la tesis de pregrado de estudiantes de cuarto año de la carrera, para obtener el grado de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura, tengo a bien solicitar al Centro de Maternidad Integral Obsnatura, la autorización para desarrollar una investigación descriptiva y de tipo cuantitativa sobre las características de las mujeres y sus recién nacidos atendidos por el parto vertical previa preparación biopsicoafectiva en el centro de salud integral que Usted representa.

En espera de una favorable acogida y dispuesta a reunirnos para profundizar sobre el tema investigar, la saluda atentamente,

Profesora Paula Oyarzún A.

Paula. Oyarzun@uv.cl

Fono: 96197461/032-2507442

**Anexo 5.2 CARTA SOLICITUD PRUEBA PILOTO PARA CENTRO DE
MATERNIDAD OBSNATURA**

Valparaíso, 9 de Abril de 2013.

Sra. Paula Díaz Álvarez:

Directora del Centro de Maternidad Integral Obsnatura

De mi consideración:

Por medio del presente, me permito solicitar la aprobación de la ejecución de la prueba piloto de la tesis denominada “CARACTERÍSTICAS BIOPSICOSOCIALES DE LAS MUJERES Y SUS RECÉN NACIDOS ATENDIDOS A TRAVÉS DE PARTO VERTICAL POR EL EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO DE MATERNIDAD INTEGRAL OBSNATURA”.
Presentado por las tesis de cuarto nivel:

- Katherine Brante Contreras.
- Verónica Fernández Ramírez.
- Camila González García.
- Francisca Medina Pérez.
- Ivania Toledo Vargas.

Cabe destacar que dicha tesis ha sido revisada y aprobada por la profesora que suscribe.

Agradecida de su respaldo y gestión le saluda atentamente.

Paula Oyarzún Andrades

Docente Guía de Seminario de Tesis.

**Anexo 5.3 CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A
USUARIAS DEL CENTRO DE MATERNIDAD OBSNATURA PARA
PARTICIPAR EN TRABAJO DE TESIS**

Este formulario de Consentimiento Informado telefónico se dirige a usuarias cuyo parto en modalidad vertical fue atendido por el Centro de Maternidad Integral Obsnatura Viña del Mar. A las que se les invita a participar de la Investigación Trabajo de Tesis para obtener el grado de Licenciado en Obstetricia y puericultura, dirigido por la Matrona docente guía de tesis Paula Oyarzún y alumnas de cuarto nivel de la carrera Obstetricia y puericultura de la Universidad Valparaíso.

Mi nombre es _____, soy estudiante de cuarto nivel de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso. Estamos realizando una investigación sobre las Características de las mujeres que parieron en modalidad vertical y sus recién nacidos atendidos en el Centro de Maternidad Integral Obsnatura Viña del Mar, donde usted de atendió su parto.

Me comunico con Usted para invitarla a participar de esta investigación, dándonos el consentimiento para utilizar los datos registrados en su ficha de usuaria y además aportando algunos datos de Usted, de su parto y su recién nacido que no han sido registrados.

El propósito de la investigación es conocer a las mujeres que optaron por tener su parto en posición vertical, cómo fue su parto y en qué condiciones nacieron sus hijos.

Estamos invitando a todas las mujeres atendidas por el centro que tuvieron su parto en esta posición entre julio 2011 y julio 2013. Usted puede elegir si desea o no participar, ya que es absolutamente voluntario. Tanto si elige participar o no continuarán todos los servicios que reciba en este centro sin cambio alguno. También, puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

La información recogida en esta investigación es confidencial y anónima. Cualquier información acerca de usted tendrá un número y no su nombre. Del mismo modo los resultados serán publicados para que otras personas puedan aprender de nuestra investigación, pero sin revelar nunca el nombre de los participantes.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde. Puede contactar al grupo de investigación a través del siguiente mail tesisneo2012@gmail.com

He sido invitada a participar de la investigación sobre las Características de las mujeres que parieron en modalidad vertical y sus recién nacidos. He sido informada y entiendo que mis datos, los de mi parto y los de mi recién nacido serán utilizados para dicha investigación de forma anónima. He tenido la oportunidad de preguntar mis dudas y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Sé que no habrá beneficios para mi persona y no se me compensará por participar. Se me ha proporcionado el nombre del investigador y una dirección a la cual contactarle.

Consiento voluntariamente participar de esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de ella en cualquier momento sin que esto me afecte de alguna manera.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

RUT: _____

FECHA: _____

Anexo 6. TABLAS DE RESULTADOS POR VARIABLE

Tabla 1: Edad reproductiva en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

EDAD	n°	% (f relativa)	f acumulada		
15-19	0	0%	0%		
20-24	3	10%	10%	Promedio	29,4
25-29	13	43%	53%	Mediana	29
30-34	11	37%	90%	Moda	26
35-40	3	10%	100%	Desv. Estándar	4,5
TOTAL	30	100%	100%		

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 2: Estado nutricional en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

ESTADO NUTRICIONAL	n°	% (f relativa)	f acumulada
Bajo peso	1	3%	3%
Normal	14	47%	50%
Sobrepeso	11	37%	87%
Obesa	4	13%	100%
TOTAL	30	100%	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 3.1 Antecedentes mórbidos y quirúrgicos de mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

ANTECEDENTES MÓRBIDOS Y QUIRÚRGICOS	nº	%
Asma Bronquial	1	3.3%
Diabetes	0	0%
Hipertensión	0	0%
TBC	0	0%
CANCER	0	0%
Otros	16	53.3%
Ninguna	13	43.3%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 3.2 Otros antecedentes mórbidos y quirúrgicos de mujeres que parieron en modalidad vertical (n=16)

OTROS ANTECEDENTES	nº
Hipotiroidismo	6
CCA	3
Apendicetomía	2
Enfermedad Celiaca	1
NIE I II y III	2
Insulino Resistencia	3
Hipertiroidismo	1
Abdominoplastía	1

*Los “otros” antecedentes superan a la muestra (16 mujeres) ya que hubo algunas usuarias que reconocieron tener más de una patología

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 4.1: Presencia de patologías maternas en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

PATOLOGÍAS MATERNAS	n°	%
Con patologías	14	47%
Sin patología	16	53%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 4.2: Patologías maternas en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

PATOLOGÍAS MATERNAS	n°
SHE	1
Diabetes gestacional	1
CIE	0
Patologías del tracto urinario	2
RCIU	1
Amenaza parto prematuro	0
Otros	11
Ninguna	16

*Las patologías maternas superan a la muestra (n=30) ya que hubo mujeres que reconocieron haber cursando más de una patología durante su gestación

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 4.3: Otras patologías maternas en mujeres que parieron en modalidad vertical (n= 11)

OTRAS PATOLOGÍAS MATERNAS	nº
RPM	4
SBH (+)	2
Leucorrea micótica	3
Sacroileitis	1
Metrorragia del primer trimestre	1
Vulvo-vaginitis	1
Anemia	1

* *n=11 correspondiente al número de mujeres que cursaron “otra patología materna”*

* *Las patologías maternas superan a la muestra ya que hubo mujeres que reconocieron haber cursando más de otra patología durante su gestación*

* *Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura*

Tabla 5: Paridad en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

PARIDAD	nº	%
Nulípara	20	67%
Múltipara	10	33%
TOTAL	30	100%

* *Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura*

Tabla 6: Periodo intergenésico en mujeres que parieron en modalidad vertical según intervalo (n=30)

PIG	n°	%
<2 años	5	17%
>2años	8	27%
Nuligesta	17	57%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 7.2: Ocupación de las mujeres trabajadoras que parieron en modalidad vertical (n=19)

OCUPACIÓN	n°
Médico	2
Diseñador	2
A. social	3
Profesor	2
Licenciado en arte	1
Técnico computación	1
Ingeniero	1
Tecnólogo médico	1
Psicólogo	1
Fonoaudiólogo	1
Enfermera	1
Orientadora	1
Arquitecto	1
Asesora del hogar	1

* n=19 correspondiente a las 19 mujeres que trabajan

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 8: Previsión de mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

PREVISIÓN	n°	%
ISAPRE	12	40%
FONASA	18	60%
FFAA	0	0%
Sin previsión	0	0%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 9: Escolaridad de mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

ESCOLARIDAD	n°	%
Sin Escolaridad	0	0%
Básica	0	0%
Media	2	7%
Técnico Profesional	3	10%
Universitario	25	83%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 10.2: Persona significativa de mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

PERSONA SIGNIFICATIVA	n°	%
Pareja	28	94%
Hija	1	3%
Hermana	1	3%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 11: Asistencia de mujeres que parieron en modalidad vertical a taller de preparación para el parto (n=30)

ASISTENCIA A TALLER	n°	%
Si	11	37%
No	19	63%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 12.1: Conducción del parto en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

CONDUCCIÓN	n°	%
Sin conducción	12	40%
Con conducción	18	60%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 12.2: Tipo de conducción del parto en las mujeres que la recibieron (n=18)

TIPO DE CONDUCCIÓN	n°
Oxitocina + peridural	12
Sólo anestesia peridural	5
Sólo anestesia combinada	1
RAM	0

**n=18 correspondiente a las 18 mujeres que recibieron conducción del trabajo de parto.*

** Se presentaron distintas modalidades de conducción del trabajo de parto en las usuarias.*

** Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura*

Tabla 13: Características del líquido amniótico de los partos en modalidad vertical (n=30)

CARACTERÍSTICA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	n°	%
Claro	26	87%
Sanguinolento	1	3%
Meconio	3	10%
TOTAL	30	100%

** Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura*

Tabla 14: Tipo de parto vertical (n=30)

TIPO DE PARTO VERTICAL	n°	%
En Cuclillas	7	24%
De manos y pies	2	7%
De Pie	1	3%
Sentada	19	63%
Semivertical	1	3%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 15: Duración del trabajo de parto en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

DURACIÓN TRABAJO DE PARTO	n°	%	Promedio [hrs]*	5,69
< 5 horas	13	43%	Moda [hrs]*	7
5-10 horas	12	40%	Desv. Estándar [hrs]*	3,1
10-15 horas	4	14%	Máxima [hrs]*	12
No se registra	1	3%	Mínima [hrs]*	1,5
TOTAL	30	100%		

*Calculados con n=29 por falta de registro de la duración del trabajo de parto en un caso.

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 16: Duración del tiempo de expulsivo (n=28*)

PRIMIPARA			MULTIPARA		
TIEMPO DE EXPULSIVO	n°	%	TIEMPO DE EXPULSIVO	n°	%
≤45 minutos	7	37%	≤ 20 minutos	7	78%
> 45 minutos	12	63%	> 20 minutos	2	22%
TOTAL	19	100%	TOTAL	9	100%

	PRIMIPARA	MULTIPARA
Promedio [hrs]	1,04	0,47
Promedio [min]	62,11	28,44
Desv. Estándar [hrs]	0,5	0,64
Desv. Estándar [min]	29,9	38,55
Min [hrs]	0,5	0,05
Min [min]	30	3
Max [hrs]	2	2
Max [min]	120	120

*Calculados con n=28 por falta de registro del tiempo de expulsivo en 2 casos

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 17: Episiotomía en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

EPISIOTOMÍA	n°	%
Con episiotomía	3	10%
Sin episiotomía	27	90%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 18: Desgarros en mujeres que parieron en modalidad vertical (n=30)

DESGARRO	n°	%
Con desgarro de primer grado	18	60%
Con desgarro de segundo grado	4	13%
Con desgarro de tercer grado	0	0%
Con desgarro de cuarto grado	0	0%
Sin desgarro	8	27%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 22: Profesional que atiende el parto en modalidad vertical (n=30)

PROFESIONAL QUE ATIENDE EL PARTO	n°	%
Médico	0	0%
Matrona	2	7%
Médico y matrona	28	93%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 24: Recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical según traumatismos del parto (n=30)

TRAUMATISMO DEL PARTO	n°	%
Si	1	3%
No	29	97%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 25: Clasificación de peso de los recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical (n=30)

CLASIFICACIÓN PESO RN	n°	%	Promedio [grs]	3.371
Bajo peso (< 2500 grs)	1	3%	Desv. estándar [grs]	356
Normopeso (2500-3999 grs)	28	94%	Moda [grs]	3.500
Macrosómico (\geq 4000 grrs)	1	3%	Mediana [grs]	3.430
TOTAL	30	100%	Min [grs]	2.460
			Max [grs]	4.175

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 27: Clasificación de peso de los recién nacidos atendidos en modalidad vertical según peso y edad gestacional (Curva Dra. Juez.) (n=30)

CLASIFICACIÓN DEL RN SEGÚN PESO Y EDAD GESTACIONAL (CURVA DRA.JUEZ)	n°	%
PEG	3	10%
AEG	25	83%
GEG	2	7%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 28.1: Patologías en los recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical (n=30)

PATOLOGIA NEONATAL	n°	%
Síndrome aspirativo de meconio	0	0%
Hemorragia intracraneana	0	0%
Asfixia perinatal	0	0%
SDR	1	3%
Infecciones neonatales	1	3%
Patología hematológica	1	3%
Patología neurológica	0	0%
Patología metabólica	0	0%
Otras	3	10%
Ninguna	24	81%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 28.2: Otras patologías en los recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical (n=3)

OTRAS PATOLOGÍAS	n°
Hiperbilirrubinemia	2
Depresión respiratoria leve	1

* n=3 correspondiente a "otras patologías" presentadas en recién nacidos.

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 29: Hospitalización de recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical (n=30)

HOSPITALIZACIÓN	n°	%
Si	4	13%
No	26	87%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 31: Apego precoz de los recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical (n=30)

APEGO PRECOZ	n°	%
Si	27	90%
No	3	10%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 32: Lactancia materna precoz en recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical (n=30)

LACTANCIA MATERNA PRECOZ	n°	%
Si	19	63%
No	11	37%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura

Tabla 33: Alojamiento conjunto en recién nacidos atendidos por parto en modalidad vertical (n=30)

ALOJAMIENTO CONJUNTO	n°	%
Si	28	93%
No	2	7%
TOTAL	30	100%

* Fuente: Centro de Maternidad Integral Obsnatura