



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PARTO VERTICAL VERSUS PARTO HORIZONTAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería

AUTOR: Karina Lorena Salazar Carrera

DIRECTORA: Lic. Mercedes del Carmen Flores Grijalva MpH

IBARRA - ECUADOR

2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora del trabajo de grado titulada **“ESTUDIO COMPARATIVO DEL PARTO VERTICAL VERSUS PARTO HORIZONTAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018”**, de autoría de **KARINA LORENA SALAZAR CARRERA**, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de enero de 2019.

Lo certifico

(Firma).....

Lic. Mercedes del Carmen Flores Grijalva M^pH

C.C.: 1001859394

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100281870-4		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Salazar Carrera Karina Lorena		
DIRECCIÓN:	Los Ceibos, Río Vinces 1-80 y Chinchipe		
EMAIL:	klsalazarc@utn.edu.ec		
TELEFONO FIJO	062 644-843	TELEFONO MÓVIL:	0967324935
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“ESTUDIO COMPARATIVO DEL PARTO VERTICAL VERSUS PARTO HORIZONTAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018”		
AUTOR (ES):	Salazar Carrera Karina Lorena		
FECHA:	2019-01-18		
SOLO PARA TRABAJO DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR/ DIRECTOR:	Lic. Mercedes Flores MpH		

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de enero de 2019.

LA AUTORA

(Firma).....

Salazar Carrera Karina Lorena

C.I.: 100281870-4

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

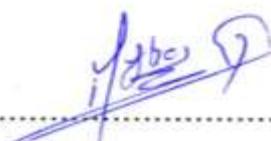
Fecha: Ibarra, 18 de enero de 2019

Salazar Carrera Karina Lorena "ESTUDIO COMPARATIVO DEL PARTO VERTICAL VERSUS PARTO HORIZONTAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018." / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Lic. Mercedes Flores G. Mph

El principal objetivo de la presente investigación fue, comparar el parto vertical versus parto horizontal, con la finalidad de conocer las ventajas y desventajas de las diferentes posiciones que las mujeres pueden elegir para dar a luz, con los resultados se elaborara material educativo que facilite la toma de decisiones de las madres. Entre los objetivos específicos tenemos: Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio. Establecer las preferencias durante el parto en mujeres atendidas en la sala de partos del Hospital San Luis de Otavalo. Determinar las ventajas y desventajas del parto vertical y parto horizontal. Elaborar material educativo, (tríptico y gigantografía) sobre las ventajas del parto vertical.

Fecha: Ibarra, 18 de enero de 2019



.....

Lic. Mercedes Flores G. Mph

Directora



.....

Karina Lorena Salazar Carrera

Autora

DEDICATORIA

Este trabajo de grado va dedicado con todo mi cariño, amor a mis padres, que con su sacrificio y trabajo me ayudaron a culminar mi carrera, me enseñaron valores y principios, para formarme profesionalmente, a mi tía, mis primas, abuelita que me supieron enseñar y guiar por el camino correcto alentándome día a día para culminar mi carrera, brindándome su apoyo incondicional

Karina Salazar

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, por permitir culminar mis estudios, por darme docentes que a lo largo de la carrera compartieron muchos momentos, experiencias y conocimientos para formarme como buena profesional.

Agradecimiento al Hospital San Luis de Otavalo por permitirme realizar este estudio, a todas las personas de este establecimiento que supieron colaborarme para la presente investigación.

Un agradecimiento especial a mi directora de trabajo de grado Lic. Mercedes Flores MpH, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por sus conocimientos y aporte de ideas que me ayudaron a terminar esta investigación.

Gracias a toda mi familia por ser el pilar fundamental de mi vida, brindarme apoyo en todo momento, estar en las situaciones difíciles, ayudarme a salir adelante enseñándome a ser mejor persona día a día.

Karina Salazar

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT	xiv
TEMA:	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. Preguntas de Investigación	8
CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico	9
2.1. Marco Referencial.....	9
2.2. Marco Contextual	11
2.2.1. Antecedentes Históricos del Hospital San Luis de Otavalo.....	11
2.2.2. Ubicación Geográfica	11
2.2.3. Servicio de Ginecología	11
2.2.4. Misión y Visión del Hospital San Luis de Otavalo.....	11

2.2.5. Sala de partos	12
2.3. Marco Conceptual.....	13
2.3.1. Teoría de enfermería	13
2.3.2. Medicina tradicional.....	14
2.3.3. Interculturalidad	14
2.3.4. Parto Culturalmente Adecuado	14
2.3.5. Adecuación del área física para la atención del parto.....	17
2.3.6. El Parto.....	18
2.3.7. Periodos del parto.....	18
2.3.8. Complicaciones obstétricas.....	21
2.3.9. Posición vertical	22
2.3.10. Posición supina litotomía, posición ginecológica.	28
2.4. Marco Legal.....	30
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador	30
2.4.2. Ley Orgánica de Salud.....	31
2.4.3. Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida 2017 - 2021.....	32
2.5. Marco Ético.....	33
2.5.1. El Código deontológico del CIE	33
2.5.2. Código de Ética establecido por el Ministerio de Salud Pública	34
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodología.....	35
3.1. Diseño de la Investigación.....	35
3.2. Tipos de Investigación	35
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	36
3.4. Población y Muestra	36
3.4.1. Universo	36
3.4.2. Muestra.....	36
3.4.3. Criterios de Inclusión	36
3.4.4. Criterios de Exclusión	36
3.5. Técnica Instrumento	37
3.5.1. Técnica.....	37
3.5.2. Instrumento	37

3.6. Operacionalización de Variables	38
Objetivo 3. Determinar las ventajas y desventajas del parto vertical y parto horizontal.....	40
3.7. Análisis de datos	41
CAPÍTULO IV	43
4. Resultados de la investigación.....	43
4.1. Datos Demográficos	43
4.2. Preferencias durante el parto en mujeres	45
4.3. Ventajas y desventajas del parto vertical y parto horizontal	51
CAPÍTULO V	57
5. Conclusiones y Recomendaciones	57
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	59
Bibliografía	60
ANEXOS	65
Anexo 1. Encuesta realizada a las madres en el servicio de ginecología	65
Anexo 2. Recolección de datos. Revisión de la historia clínica de las mujeres realizadas la encuesta	68
Anexo 3. Galería fotográfica	69
Anexo 5. Tríptico entregado a las madres del servicio de Ginecología	71
Anexo 6. Gigantografía entregada en el Hospital San Luis de Otaval	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grupo de edad, etnia, nivel de educación y número de hijos.....	43
Tabla 2. Posición actual de parto elegido por la madre en relación a la etnia	45
Tabla 3. Posición de partos anteriores con relación a la etnia	46
Tabla 4. Preferencia de la mujer a cerca de la posición de su próximo parto en relación su la etnia.....	47
Tabla 5. Acompañamiento de la mujer en el proceso de parto en relación a su etnia.	48
Tabla 6. Bebidas ingeridas	49
Tabla 7. Conocimiento de las mujeres a cerca del parto vertical.....	50
Tabla 8. Escala de dolor de parto	51
Tabla 9. Grado de desgarro en el parto vertical y horizontal revisión de historia clínica	52
Tabla 10. Duración del parto vertical y horizontal	53
Tabla 11. Cantidad de sangrado en el parto vertical y horizontal.....	54
Tabla 12. Tiempo de expulsión de la placenta parto vertical y horizontal	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Borramiento del cuello uterino.	19
Gráfico 2. Dilatación del cuello uterino y borramiento	20
Gráfico 3. Maniobra de Ritgen periodo expulsivo.....	20
Gráfico 4. Placenta se extrae por la vagina por elevación del cordón	21
Gráfico 5. Desgarros vaginales grado I y grado II.....	21
Gráfico 6. Desgarros vaginales grado III Y grado IV.....	22
Gráfico 7. Posición sentada.....	23
Gráfico 8. Posición sostenida de una sábana o soga	24
Gráfico 9. Posición en cuatro puntos manos y rodillas.....	24
Gráfico 10. Posición de cunclillas.....	25
Gráfico 11. Posición de rodillas	26
Gráfico 12. Posición supina horizontal	29

RESUMEN

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PARTO VERTICAL VERSUS PARTO HORIZONTAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018.

Autora: Karina Lorena Salazar Carrera

Correo: klsalazarc@utn.edu.ec

El parto es un proceso fisiológico que anuncia el nacimiento de un bebé, tenemos la posición horizontal y posición vertical. El parto vertical es una práctica ancestral en la que la mujer puede dar a luz, favoreciendo varios aspectos; sin embargo, la postura horizontal para los alumbramientos se impuso con los años, porque facilitaba las intervenciones médicas. **Objetivo:** comparar el parto vertical versus parto horizontal de las mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo 2018. **Metodología:** es un estudio con enfoque cuantitativo que permitió analizar y comparar la información, transversal, comparativa, documental, la población escogida fueron 100 mujeres post parto de las cuales 25 habían experimentado las dos posiciones. Se aplicó una encuesta de preguntas cerradas y una tabla de recolección de datos a través de la revisión de historias clínicas. **Resultados:** en el parto vertical tenemos una disminución del dolor con una escala de intensidad de 5, la duración en el periodo de expulsión fue de 5 minutos la mayoría, el sangrado se encuentra entre 200 a 250 ml, en relación al parto horizontal la escala de dolor fue de una intensidad de 10, la duración fue de 15 minutos en el periodo expulsivo, el sangrado fue de 300 ml entre otros beneficios. **Conclusión:** con el estudio realizado se llegó a la conclusión que el parto vertical tiene múltiples ventajas para la madre, con la intervención educativa se pudo evidenciar gran interés de las madres sobre los beneficios de esta posición.

Palabras claves: PARTO VERTICAL, PARTO HORIZONTAL

ABSTRACT

COMPARATIVE STUDY OF VERTICAL DELIVERY VERSUS HORIZONTAL DELIVERY OF WOMEN TREATED AT THE SAN LUIS DE OTAVALO HOSPITAL.2018

Author: Karina Lorena Salazar Carrera

Mail: klsalazarc@utn.edu.ec

Vertical delivery is an ancestral practice in which a woman gives birth, with several positive aspects; however, the horizontal position was imposed over the years, as it eases medical interventions. **Objective:** To compare the vertical and horizontal delivery in women attended at the Hospital San Luis de Otavalo, 2018. **Methodology:** it is a quantitative approach that allowed to analyse and compare information of transversal, comparative, documentary type. The population was composed of 100 postpartum women of whom 25 experienced these two positions. A survey of closed questions and a data collection table was applied through the review of medical records. **Results:** in vertical delivery there is a decrease in pain in an intensity scale of 5, the duration in the period of expulsion was 5 minutes, bleeding is between 200 and 250 ml, in relation to the horizontal delivery, the scale of pain was of an intensity of 10, the expulsión period was of 15 minutes, bleeding was 300 ml, among other shown benefits. **Conclusion:** with the study, it was concluded that vertical delivery has multiple advantages for the mother, with the educational intervention it was possible to show great interest of mothers on these benefits.

Keywords: VERTICAL DELIVERY, HORIZONTAL DELIVERY.

TEMA:

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PARTO VERTICAL VERSUS PARTO
HORIZONTAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE
OTAVALO, 2018

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

Cada minuto muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio que significa que cada año mueren 529 mil por las mismas razones. El parto humanizado es una propuesta integral hacia la maternidad en todas sus etapas, desde el embarazo hasta el pos-parto, la aplicación de los principios de la humanización partiendo desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud (1).

Su atención ha ido cambiando a lo largo de la historia, tanto en la posición como en los medios utilizados. Un estudio realizado en Cuba explica que la posición vertical, en comparación con la posición de litotomía, están asociadas a una menor duración del parto, menor necesidad de asistencia, una tasa menor de episiotomías, menor dolor durante la segunda parte del parto y menos alteraciones en la frecuencia cardíaca del feto (2).

Un estudio realizado en Perú muestra como resultados que el tiempo del periodo expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal. El volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos pero se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% vs. 56,3%). Respecto a la percepción de la madre sobre el parto vertical, éste fue percibido como más rápido, más cómodo y menos doloroso (3).

En Cochabamba – Bolivia, se realizó una investigación analítica, retrospectiva en la Casa Materna y la Sala Biomédica del Hospital Manuel A. Villarroel, en la posición vertical se produjo un total de 25 partos, de ellos, presentaron desgarros perineales 6

pacientes, en posición horizontal se atendieron un total de 73 pacientes, 20 tuvieron algún grado de desgarro, se realizó episiotomía en un 26% de los partos atendidos en posición horizontal y en posición vertical, un 4% (4).

En Brasil se realizó un estudio con el objetivo de conocer la percepción de las mujeres sobre la vivencia del parto vertical y horizontal dentro de los aspectos positivos del parto vertical están relacionados a la sensación de comodidad, posibilidad de moverse, reducción del esfuerzo de expulsión, disminución del dolor y una participación más activa de la mujer, en el parto horizontal se caracterizaron por la realización de intervenciones entre ellas la episiotomía, la madre tenía la sensación de ayuda por parte del personal de salud, podían permanecer acostada (5).

La última encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004) muestra que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud; sin embargo, un análisis minucioso de los datos demuestra como este alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascaran diferencias regionales y étnicas significativas (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) renovó su estrategia a cerca de la medicina tradicional hasta el 2023, para integrar la medicina tradicional dentro de los sistemas nacionales de salud. Es decir la organización mundial de la salud (OMS) reconoce a la medicina tradicional como el pilar de la prestación de servicios de salud o un complemento de la medicina convencional (7).

En el Ecuador existe una variedad de experiencias e investigaciones en poblaciones indígenas y afro ecuatorianas, que muestran ciertas diferencias en la atención del parto en las unidades de salud y las expectativas de las mujeres de acuerdo a las necesidades socioculturales, el acompañamiento de un familiar en el momento del parto, la alimentación, toma de aguas medicinales por ello, en algunos casos puede ser una barrera para que las mujeres acudan a las unidades de salud y prefieran un parto domiciliario (8).

Las ventajas del parto vertical son muy conocidos en las culturas indígenas y poco conocido por las demás culturas, es por eso que con este estudio se busca comparar el parto vertical y horizontal brindando información acerca de sus ventajas y desventajas, promocionar el parto vertical, para que así las demás personas tengan un conocimiento más amplio y puedan elegir como desean dar su parto.

No existe estudio que compare las diferentes formas de dar a luz; lo que convierte a este estudio en novedoso; es viable, puesto que en el Hospital San Luis de Otavalo se oferta el parto culturalmente adecuado en posición vertical y horizontal lo que nos permitirá cumplir con los objetivos establecidos.

1.2. Formulación del Problema

¿Por qué comparar el parto vertical versus parto horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018?

1.3. Justificación

El parto natural o vaginal es un proceso fisiológico que anuncia el nacimiento de un bebé, el parto puede darse en posición horizontal y posición vertical, cada una de estas posiciones tiene sus ventajas y desventajas, la posición horizontal ha sido usada en la práctica obstétrica contemporánea ya que permite al médico controlar mejor el estado del feto, con el estudio realizado por Engelmann en 1882, encontró que existían otros tipos de posiciones las cuales se podía aprovechar la fuerza de gravedad y disminuir el tiempo del parto, a estas posiciones se denominaron parto vertical que es propio de la cultura.

En la actualidad, a pesar que el Ecuador se ha declarado un país multiétnico y pluricultural, aún existe un tabú en la sociedad a cerca del parto culturalmente adecuado, que el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado como estrategia, pero siguen siendo desconocidos ciertos beneficios que pueden ofrecer otros tipos de posiciones como el parto vertical, por eso es importante dar a conocer y brindar información de las diferentes posiciones de parto, sus ventajas y desventajas.

A través de este estudio se realizará la revisión de evidencia científica que demuestre las ventajas y desventajas del parto en posición vertical y posición horizontal, los beneficiarios serán, la madre, el padre y el futuro bebé ya que se trata de promover un ambiente familiar en el cual los padres y su bebé sean los protagonistas de este proceso, la mujer tendrá una mejor percepción a cerca del parto el cual sea menos traumático menos doloroso, otro beneficiario sería el establecimiento de salud y el Estado ya que el parto vertical no utiliza tantos insumos como el parto horizontal por lo que obtendría un ahorro.

De los resultados obtenidos se realizará una comparación del parto en posición vertical y horizontal, se establecerá una estrategia para brindar información oportuna a cerca de las ventajas, desventajas que se han encontrado en este estudio, las diferentes posturas en las cuales una mujer puede tener a su bebé, promocionar el parto vertical ya que en esta posición existen más ventajas que en el parto en posición horizontal. El

beneficio que se obtendrá en el presente estudio es informar y que las madres conozcan que la elección en la posición de dar a luz es su derecho, consagrado en la Constitución y leyes que rigen el Ministerio de Salud Pública.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Comparar el parto vertical versus parto horizontal de las mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Establecer las preferencias durante el parto en mujeres atendidas en la sala de partos del Hospital San Luis de Otavalo.
- Determinar las ventajas y desventajas del parto vertical y parto horizontal.
- Elaborar material educativo, (tríptico y gigantografía) sobre las ventajas del parto vertical.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles son las preferencias durante el parto en mujeres atendidas en la sala de partos del hospital San Luis de Otavalo?
- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas del parto vertical y parto horizontal?
- ¿Cómo la elaboración de material educativo (tríptico, gigantografía) sobre las ventajas y desventajas del parto vertical, aportaran para mejorar la atención en el proceso?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

Romero y otros (2014), en el artículo científico “Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones” tuvieron como objetivo realizar una revisión de evidencia científica para respaldar que los partos en posición vertical presentan numerosas ventajas en este artículo se menciona que existe suficiente evidencia científica que indica que en el proceso del parto es muy importante la libertad de movimiento que el parto vertical ofrece, como resultados se obtiene un parto de corta duración en la fase de expulsión menos dolor, las mujeres refieren que el pujo es mucho más fácil menos episiotomías, bienestar fetal, se llega a la conclusión que el parto vertical tiene más beneficios para la madre y el feto, la mujer debe tener el derecho de elegir la posición de su parto tomando en cuenta su comodidad y favoreciendo un entorno adecuado (9).

González y otros (2012), en el artículo “Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio” como objetivo abordaron los elementos centrales del nacimiento humanizado a través de las características de ese nuevo modelo y acerca de la experiencia de las mujeres en trabajo de parto, se realizó una revisión histórica, a lo cual tuvieron como conclusión que el nacimiento humanizado con enfoque intercultural implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, con aspectos fundamentales, generalmente desestimados en la formación médica, pero que tienen un efecto determinante en la salud y bienestar físico y emocional de la mujer y del bebé (10).

Gayeski y otros (2009), en el artículo “Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal” mencionó como objetivo conocer

las percepciones de las puérperas sobre la vivencia del parto en la posición vertical y horizontal y sus aspectos tanto positivos como negativos, después de una entrevista a 10 puérperas arrojo como resultados que ocho puérperas tuvieron su parto en compañía de su marido, una con su hermana y sólo una mujer quiso su parto sola, todas escogieron el parto vertical ya que esta posición está relacionada a la sensación de comodidad, posibilidad de moverse, reducción del esfuerzo de expulsión y del dolor y participación más activa de la mujer (11).

Vasco y Poveda (2015), en el artículo “Meta análisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales”, su objetivo fue determinar la evidencia científica sobre los efectos preventivos en las distintas posiciones que puede adoptar la gestante durante el periodo expulsivo del parto, para reducir la incidencia de lesiones en el periné, realizando una búsqueda bibliográfica de estudios aleatorizados, que obtuvieron como resultados que en las posturas verticales, se observaba una reducción significativa en la tasa de episiotomías, a costa de un aumento de los desgarros labiales y de los desgarros que precisaban sutura, es por esto que el uso de las posturas alternativas verticales, decúbito lateral se debería usar con más frecuencia para la reducción en la tasa de episiotomías, remarcando la importancia de tomar las medidas oportunas para tratar de prevenir los posibles desgarros que pudieran aparecer en el transcurso de la expulsión fetal (12).

Cortes y otros (2018), en su artículo “Implementación de las prácticas basadas en evidencias en la asistencia al parto normal”, evaluó el impacto de las prácticas en la asistencia al parto normal, entrevistando a 42 profesionales y 280 puérperas, como resultados obtuvieron que en la entrevista con las mujeres, se constató aumento significativo de la presencia del acompañante en el trabajo de parto y posición vertical o en cunclillas, en la perspectiva de los profesionales hubo reducción de la intervención, maniobras y reducción en la administración de oxitocina (13).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Antecedentes Históricos del Hospital San Luis de Otavalo.

El cantón Otavalo, cuenta con una población de 104.000 habitantes de los cuales el 50% corresponde a mestizos y el 50 % a pueblos indígenas (8). Este Cantón cuenta con el Hospital San Luis de Otavalo, el cual surge después de varios procesos de intervención de benefactores entre los que se puede citar a Doña Antonia Estévez (1863), Sor Lucía Sornear (1924), Dr. Alberto María Ordoñez (1925), Don Leopoldo Chávez (1943) y el Presidente Galo Plaza Lasso y EL Dr. Fernando Pareja (1951).

2.2.2. Ubicación Geográfica

El Hospital San Luis de Otavalo se encuentra ubicado en las calles Sucre y Quito de la ciudad de Otavalo, cantón Otavalo, provincia de Imbabura, en la Zona 1 del Ecuador.

2.2.3. Servicio de Ginecología

Actualmente en el Hospital San Luis de Otavalo el servicio de Ginecología se encuentra dotado por 20 camas.

2.2.4. Misión y Visión del Hospital San Luis de Otavalo

Misión

Brindar una atención que de confianza y seguridad al usuario que acude a consulta externa, emergencia y hospitalización. Ser líder en calidad y calidez de servicio.

Visión

Contribuir a la atención oportuna y eficiente a las personas que requieren los servicios de este hospital.

2.2.5. Sala de partos

La sala de partos cuenta con 2 habitaciones: una habitación para el parto en posición vertical y la otra para parto en posición horizontal:

Sala de parto vertical

La sala de parto vertical en las instalaciones del Hospital San Luis de Otavalo, fue inaugurada en el mes de abril del 2008, como respuesta a las necesidades y demandas de la mujer y del personal de salud. La infraestructura hospitalaria se fue adecuando brindando un ambiente acogedor y abrigado, incluyendo servicios de acuerdo a la normativa en que se permitirá el acompañamiento de un familiar o partera durante la atención en el proceso de parto, se respete la elección de la posición de parto que desea la paciente, y la disposición final de la placenta (8).

La sala de parto vertical cuenta con: equipo de recepción y reanimación neonatal, 2 bombas de infusión Fresenius y Hospira, microondas, monitor de signos vitales, balanza pediátrica, soporte para suero, 2 sillas, fuentes de calor (calefactores), taburete, argolla de metal instalada en el techo, soga gruesa de 5 metros, una colchoneta, campos para la colchoneta, medicación, insumos, recipientes para desechos corto punzantes, desechos comunes y desechos infecciosos.

Sala de parto horizontal

La sala de parto horizontal cuenta con: 2 camillas para parto, equipo de anestesia, taburetes, mesa mayo, lámparas, coche de paro, equipo de recepción y reanimación neonatal, bomba de infusión, balanza pediátrica, soporte para suero, medicación e insumos, recipientes para desechos corto punzantes, desechos comunes y desechos infecciosos.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Teoría de enfermería

La reestructuración administrativa de los sistemas de cuidado de salud a nivel mundial es causante del riesgo de la deshumanización en el cuidado del paciente, es por ello que se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería (14).

El presente estudio está basado en la teoría de Jean Watson ya que tiene 4 aspectos que son: persona, entorno, salud, enfermería (14).

- **Salud:** hace referencia a una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma, está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser: mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de que es único y libre para tomar decisiones.
- **Entorno:** Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante, el campo fenomenológico que corresponde a la persona en su totalidad, abarcando sus sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias percepciones.
- **Enfermería:** Watson afirma que la enfermera debe sostenerse en un sistema de valores humanísticos que se debe cultivara lo largo de la vida profesional e integrar conocimientos científicos para guiar una actividad.

2.3.2. Medicina tradicional

Se define como un conjunto de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas existentes, que se utilizan para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales. En algunos países se conoce con los términos de medicina complementaria, alternativa o medicina no convencional (15).

Actualmente, la medicina tradicional representa una opción importante de repuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de América Latina. Esta participación ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes han emanado apoyo y promoción de políticas dirigidas a ensayar formas distintas de articulación de esta medicina, enfocadas primordialmente en la atención primaria a la salud (16).

2.3.3. Interculturalidad

Se refiere a la pluralidad de culturas que conviven y comparten. El diccionario de la Real Academia de Lengua Española, define a la interculturalidad como concerniente “a la relación entre culturas”. La Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define interculturalidad como “la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo” (17).

2.3.4. Parto Culturalmente Adecuado

Es un nuevo modelo de atención de parto que intenta tomar en cuenta, de una manera directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias durante la atención del embarazo, parto y puerperio, el objetivo fundamental

es que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea la protagonista, eligiendo la manera de dónde, cómo y con quién llevar a cabo su parto, confiando en sus decisiones y reconociendo el derecho de libertad que tienen las mujeres y su pareja (18).

Uno de los propósitos del parto humanizado es impedir que a la mujer se realice varios procedimientos que antes eran indispensables al momento que se producía el parto como era el enema, rasurado, episiotomías innecesarias, la obligatoriedad de posición horizontal, y la restricción de que la madre pueda ser acompañada durante este procedimiento. Al implementar estas medidas para el parto humanizado representa incluso un ahorro para el sistema de salud ya que necesitarían menos materiales y fármacos utilizados para la analgesia, hilo para sutura, soluciones.

Abrigo y Vestimenta

Varias de las mujeres que se encuentran en proceso de parto prefieren el uso de vestimenta abrigada, por ello no están de acuerdo en el uso de batas hospitalarias porque sienten que “se enfrían y pierden fuerza”. En cuanto al tema del pudor las usuarias mencionan que las batas de hospital son abiertas en la parte de atrás lo que ocasiona que sientan vergüenza que el personal de salud las vean desnudas.

Alimentación

Cada cultura y comunidad tienen diferentes costumbres de ingerir agua de plantas medicinales y alimentación antes durante y después de parto; algunas mujeres suelen ingerir diversas aguas endulzadas con panela, anís, de manzanilla, higo entre otras; con la intención de mantener el calor corporal y para tener fuerza durante el parto.

Algunas infusiones de plantas medicinales tienen otros fines terapéuticos entre ellas facilitar el parto como en el caso de agua de linaza, o agua de melloco, que sirve para ayudar a que el feto y la placenta desciendan (8).

Se debe permitir ingerir alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto, siempre y cuando sea bajo supervisión del médico ya que el mal uso de las bebidas medicinales pueden afectar el bienestar de la madre y del bebé.

Entrega de la placenta

Dentro del parto humanizado se implementa la decisión de la mujer con respecto a qué hacer con la placenta, se tienen varias creencias como por ejemplo que si no se entierra la placenta, ésta puede regresar imbuida de los espíritus “encima de la mujer” y asustarle, hasta sofocarle, también se cree que cuando el niño ya es mayor puede presentar locura o se le puede hacer la dentadura amarilla (8).

Hay mujeres que prefieren llevarse la placenta para su procesamiento y encapsulación ya que es rica en células madre y brinda algunos beneficios como (19):

- Repone hierro y previene anemia post parto
- Estabiliza los cambios hormonales
- Proporciona energía
- Disminuye el estrés
- Ofrece alivio natural del dolor
- Aumenta la cantidad de leche materna
- Disminuye el riesgo de depresión post parto
- Ayuda a que el útero vuelva a su tamaño normal

La devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva y tomando en cuenta las normas de bioseguridad.

2.3.5. Adecuación del área física para la atención del parto

Parto vertical

El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades. El área física para realizar un Parto Culturalmente Adecuado debe evitar el color blanco en sus paredes ya que en algunas culturas andinas el color blanco representa la muerte, además muchas de las mujeres se incomodan al pensar que van a ensuciar o manchar los entornos, se debe permitir el libre movimiento de la embarazada, debe disponer de un lugar para calentar aguas medicinales en el caso que lo requiera, la temperatura debe estar cálida para evitar episodios de frío, lo que puede interrumpir el proceso de parto, en cuanto a los insumos y equipos médicos deben ser los siguientes (8):

- Catgut
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Equipo de recepción y reanimación neonatal
- Balanza pediátrica
- Lámpara de cuello de ganso
- Soporte para suero
- Fuentes de calor (Calefactores)
- Taburete
- Argolla de metal instalada en el techo
- Soga gruesa de 5 metros
- Una Colchoneta
- Recipiente de acero inoxidable
- Botas o medias de tela
- Campos para la recepción del recién nacido
- Medicamentos necesarios en el parto
- Recipientes para desechos corto punzantes, desechos comunes y desechos infecciosos
- Incubadoras

La sala de partos en un lugar que tiene que brindar ambiente seguro, tranquilo y de confianza, un ambiente cálido, la temperatura debe mantenerse entre los 28 a 32 grados centígrados este rango de temperatura resulta cómodo para la madre y el bebé, a la madre le ayuda a que las hormonas se pongan en marcha y se active el trabajo de parto, y para que el bebé no tenga un cambio brusco de temperatura (20).

Sala de parto horizontal

Es una sala de área aséptica, que debe contar con una lámpara cielítica tipo quirófano, tomas eléctricas suficientes, los acabados de muros, pisos y cielo raso deben ser en material durable de fácil limpieza, esquinas y vértices de muros redondeados, guarda escobas y unión de cielo raso con muros en media caña. El piso de las salas de partos debe ser conductivo, se debe tener en cuenta la temperatura, humedad y renovación de aire. Contar con un sistema de extracción de gases anestésicos, independiente del sistema de ventilación mecánica de la sala. Se debe disponer de sistemas de aire acondicionado o calefacción.

2.3.6. El Parto

El parto natural es un proceso fisiológico que anuncia el nacimiento de un bebé, es decir se producirá la expulsión del feto y sus anexos. Su desarrollo tiene un proceso previsible, unas etapas que marcan tiempos que hay que respetar y precisa de unos cuidados necesarios para las futuras mamás. El trabajo de parto es una de las principales preocupaciones de la mujer embarazada, sobre todo, de las primerizas, las no han pasado por esta experiencia todavía (21).

2.3.7. Periodos del parto

Primera etapa de parto: Dilatación

En la primera etapa de parto las contracciones que empiezan a volverse más frecuentes e intensas es una señal de que el parto se encuentra en su primera fase. La dilatación

se produce mediante las contracciones del útero, frecuencia dilatación, intensidad y duración de estas contracciones que varían según el tiempo. Esta es la fase más larga del parto más aun en las madres primerizas que puede durar desde 4 a 5 horas hasta más de 12 horas, y en las mujeres que son multíparas puede tardar desde 2 a 3 horas hasta más de 8 horas. Esta fase se divide en dos partes:

- **Borramiento del cuello**

Las primeras contracciones son cortas, poco intensas y bastante espaciadas. Tienen como finalidad ablandar y acortar el cuello hasta hacerlo desaparecer o “borrarlo”. Este proceso puede durar bastantes horas sobre todo en primerizas (22).



Gráfico 1. Borramiento del cuello uterino.

Fuente: Healthwise. Healthwise. [Online].; 2017 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: <https://espanol.kaiserpermanente.org/static/health-encyclopedia/es-us/kb/zm22/71/zm2271.shtml>.

- **Dilatación**

Una vez borrado el cuello comienza la dilatación. Gradualmente las contracciones aumentan en intensidad, frecuencia y duración, se hacen rítmicas, apareciendo cada dos o tres minutos.

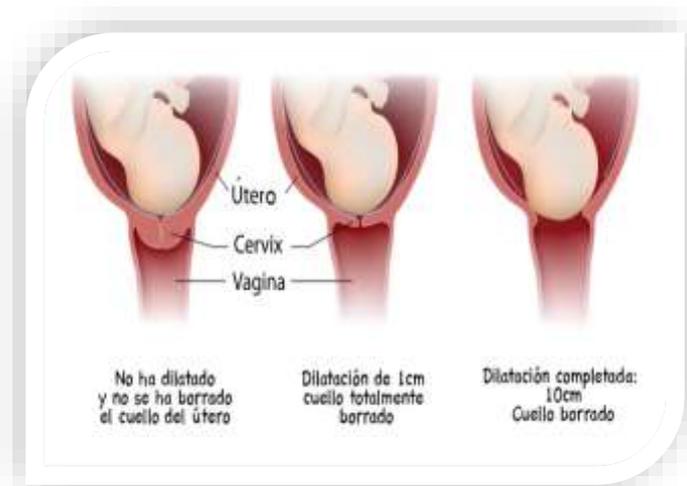


Gráfico 2. Dilatación del cuello uterino y borramiento

Fuente: Embarazo perfecto. Embarazo perfecto. [Online].; 2016 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: <http://www.embarazoperfecto.com/segunda-clase-de-preparacion-al-parto-aqui-la-tienes/> (23).

Segunda etapa de parto: Período expulsivo

Comienza cuando el cuello del útero está completamente borrado y llega a la dilatación de 10 centímetros, en esta etapa la madre siente la necesidad de pujar provocado por la distensión de la vagina, la vulva y el periné, esta etapa consiste en el paso del feto por el canal de parto. Su duración es muy variable, y depende de varios factores en una madre primeriza su duración puede ser de 1 a 2 horas y en mujeres que han tenido otros partos su duración puede ser de 30 minutos. Esta etapa termina con el nacimiento del bebé (24).



Gráfico 3. Maniobra de Ritgen periodo expulsivo

Fuente: Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore México: Manual Moderno ; 2011.

Tercera etapa de parto: Período de alumbramiento

Este período comienza cuando termina la expulsión del feto y se corta el cordón umbilical y termina cuando se expulsa la placenta. El tiempo promedio de esta etapa es de 8 a 15 minutos.

Generalmente la placenta se desprende de las paredes del útero y sale espontáneamente, pero en algunas ocasiones se requiere una ligera presión o masaje sobre el vientre de la madre (25).

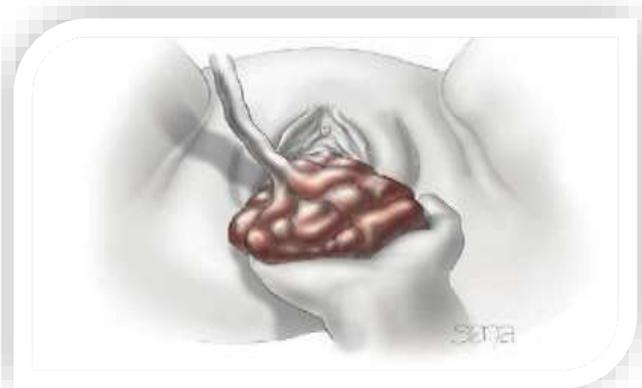


Gráfico 4. Placenta se extrae por la vagina por elevación del cordón

Fuente: Cunningham G, Leveno J, Bloom L, Spong Y, Dashe S, Hoffman L, et al. Williams Obstetricia. 24th ed.: McGraw-Hill Medical; 2011.

2.3.8. Complicaciones obstétricas

- **Desgarros del canal del parto (26)**

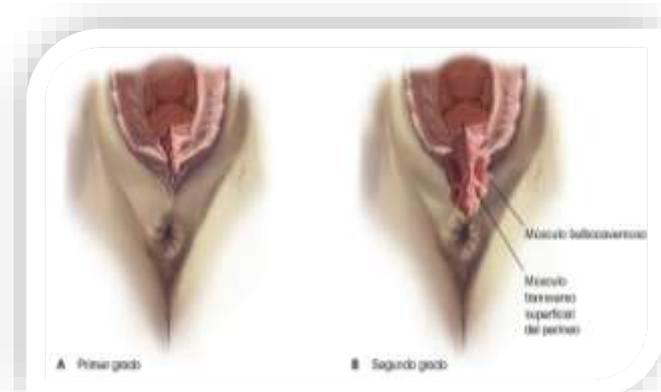


Gráfico 5. Desgarros vaginales grado I y grado II

Fuente: Cunningham G, Leveno J, Bloom L, Spong Y, Dashe S, Hoffman L, et al. Williams Obstetricia. 24th ed.: McGraw-Hill Medical; 2011.

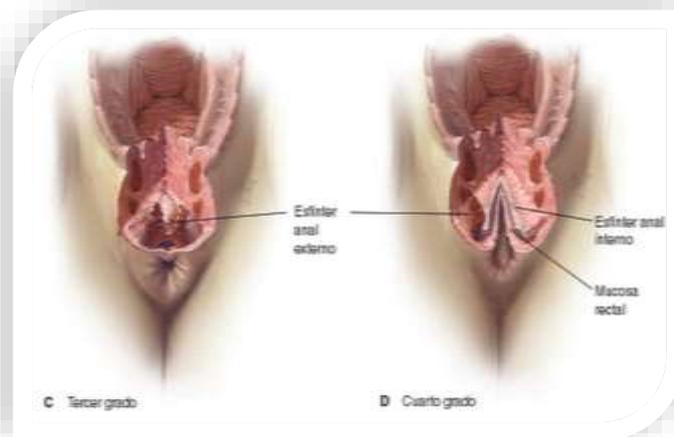


Gráfico 6. Desgarros vaginales grado III Y grado IV.

Fuente: Cunningham G, Leveno J, Bloom L, Spong Y, Dashe S, Hoffman L, et al. Williams Obstetricia. 24th ed.: McGraw-Hill Medical; 2011.

- Desproporción Céfalo pélvica: cuando la cabeza del niño es más grande que la pelvis, esto no le daría la posibilidad de atravesar por el canal del parto.
- Posición irregular: hay casos que el bebé se encuentra atravesado en el útero y el hombro del bebe aparece primero, otro caso es cuando el niño se presenta de nalgas y estas aparecen primero.
- Pre eclampsia: cuando la madre sufre de hipertensión, presenta proteínas en la orina de 24 horas mayor a 300 mg/24h y la madre sufre de inflamación de extremidades tanto superiores como inferiores.
- Cordón umbilical prolapsado: es cuando sale por el canal de parto, primero el cordón, antes que el niño y esto impide que el niño pueda recibir oxígeno suficiente, ya que se encuentra enrollado en el cuello del niño, el cordón umbilical a este estado se conoce como hipoxia.

2.3.9. Posición vertical

El parto vertical es una posición de parto en la que la mujer es libre de moverse durante la fase de dilatación y expulsión, teniendo muchas ventajas sobre todo en la posición

de cunclillas, los músculos que rodean la vagina se abren de esta manera acorta el canal vaginal (27).

Sentada

La paciente se apoya sobre almohadas o sobre su acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, ésta posición relaja y permite que la pelvis se abra (8).

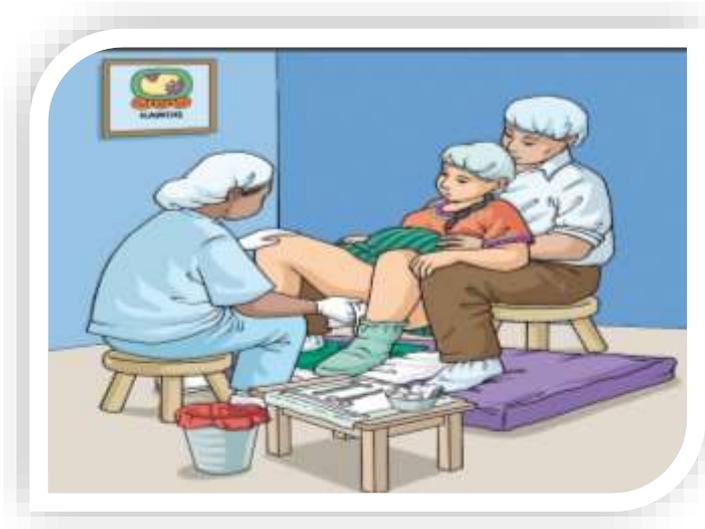


Gráfico 7. Posición sentada

Fuente: Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de Salud. [Online]. Guatemala; 2011 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adequacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.

Cogida de una sogá

En esta posición la gestante tendrá que estar sujeta de una sogá que está suspendida de una viga del techo, favoreciendo al feto, quien es ayudado por la fuerza de gravedad, avanzando por el canal parto suave y calmadamente, El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos que sean necesarios en el período expulsivo y posteriormente ayudará al alumbramiento dirigido (8).



Gráfico 8. Posición sostenida de una sábana o sogá

Fuente: Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de Salud. [Online]. Guatemala; 2011 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adequacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.

La cuadrupedia

En esta posición podemos encontrar dos variantes en función de la posición de la espalda; si la espalda se encuentra en posición horizontal, la cadera estará en flexión moderada permitiendo todo tipo de movimientos. Con la espalda en posición genupectoral las caderas estarán más flexionadas lo que conlleva a la retroversión pélvica y a contranutación del sacro.



Gráfico 9. Posición en cuatro puntos manos y rodillas

Fuente: Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de Salud. [Online]. Guatemala; 2011 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adequacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.

Cuclillas

La posición genera una retroversión pélvica y una nutación del sacro, además la pelvis aumenta sus diámetros anteroposterior y transversal, esto conlleva partos en los que se precisa menor estimulación por oxitocina y supone partos menos instrumentales.



Gráfico 10. Posición de cuclillas

Fuente: Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de Salud. [Online]. Guatemala; 2011 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adequacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.

La posición de rodillas

El personal de salud se colocará detrás de la mujer en trabajo de parto, cuidando el periné; para que no tenga rasgaduras realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo, posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. El acompañante puede estar incado de frente a la paciente, abrazará a la usuaria por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante (9).



Gráfico 11. Posición de rodillas

Fuente: Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de Salud. [Online]. Guatemala; 2011 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adequacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518 (28).

Ventajas del parto vertical (29).

- Acción positiva de las fuerzas de gravedad la cual favorece el descenso del bebé por ello se estima que la madre gana entre 30 a 40 mmHg en valores de presión intrauterina.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el parto y periodo expulsivo, suceden con menor frecuencia pero con más intensidad provocando menor uso de oxitocina, menor riesgo de alteraciones en los latidos cardiacos del feto.
- Una reducción en la duración del período expulsivo.
- Aumento de diámetros del canal de parto de 2 cm antero posterior y 1cm transversalmente.

- Una disminución de la manifestación de dolor por menor presión intra vaginal relajación directa de los músculos perineales y el grado de flexión del coxo femoral.
- Sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- Menor sangrado.
- Frecuencia cardiaca fetal con menores patrones anormales.
- Más cómodo para la madre ya que brinda más fuerza para el pujo.
- La madre tiene más fuerza cuando está sentada, de rodillas o en cuclillas, coordina mejor la respiración con las contracciones.

Desventajas del parto vertical

- Incremento en la pérdida de sangrado durante el parto.
- Aumento de desgarros perineales de segundo grado.
- El médico y personal de salud que atiende el parto tienen menos visibilidad respecto a lo que está sucediendo en el parto, lo que les dificulta para realizar acciones necesarias.
- En el caso que se produzca complicaciones durante el parto, se hacen difíciles las labores de los profesionales para actuar con tiempo a favor de la madre y de su hijo.

2.3.10. Posición supina litotomía, posición ginecológica.

Posición de parto

La atención del parto en la mesa ginecológica en posición horizontal es criticada por parteras o parteros y comadronas indígenas, esta posición de parto es considerada anti-natural al parto, causando que el bebé se regrese, y la madre pierda la fuerza.

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

Desde esta posición la mujer puede adoptar una flexión máxima de cadera, lo que generaría una retroversión pélvica y una nutación del sacro, beneficioso para aumentar el diámetro superior pélvico.

Varios estudios han demostrado que esta posición no es la más indicada ya que desde el punto de vista fisiológico existe una compresión de los vasos sanguíneos dorsales los cuales influyen con la circulación disminuyendo la presión sanguínea y produciendo una disminución en la oxigenación del feto.

En esta postura puede aumentar el número de partos que necesitan de la ayuda de instrumental y realización de episiotomías para el alivio del expulsivo por lo que es una posición cómoda para los profesionales del equipo obstétrico, ya que tienen buen acceso al periné de la madre, y monitorizan mejor al feto, de manera que controlan mejor el buen desarrollo del parto (30).



Gráfico 12. Posición supina horizontal

Fuente: Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de Salud. [Online]. Guatemala; 2011 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adequacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.

Ventajas del parto en posición horizontal (31)

- Favorece la comodidad del médico en la atención del parto
- Favorece la revisión médica durante el proceso de parto
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea
- Disminuye el riesgo de desgarros perineales

Desventajas del parto en posición horizontal (31)

- Favorece a que el útero se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar que a su vez produce una inadecuada ventilación pulmonar de la madre, provocando hipoxia materna lo cual puede repercutir también a una hipoxia fetal.

- La actividad contráctil uterina es más débil
- La ausencia del apoyo de la gravedad y vectores de fuerza producen que el parto se dificulte, alargando la duración en la expulsión del bebé.
- Reducción del flujo de sangre materna a la placenta, producto de la compresión de los grandes vasos contra la columna vertebral.

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

El siguiente estudio se encuentra respaldado por los siguientes artículos de la Constitución de la República del Ecuador (32):

Art. 1. El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

*Art. 14. Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*.*

Art. 21. Las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir sobre su pertenencia a una o varias comunidades culturales y a expresar dichas elecciones; a la libertad estética; a conocer la memoria histórica de sus culturas y a acceder a su patrimonio cultural; a difundir sus propias expresiones culturales y tener acceso a expresiones culturales diversas.

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 43. El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. La gratuidad de los servicios de salud materna. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 62. La cultura es patrimonio del pueblo y constituye elemento esencial de su identidad. El Estado promoverá y estimulará la cultura, la creación, la formación artística y la investigación científica. Establecerá políticas permanentes para la conservación, restauración, protección y respeto del patrimonio cultural tangible e intangible, de la riqueza artística, histórica, lingüística y arqueológica de la nación, así como del conjunto de valores y manifestaciones diversas que configuran la identidad nacional, pluricultural y multiétnica. El Estado fomentará la interculturalidad, inspirará sus políticas e integrará sus instituciones según los principios de equidad e igualdad de las culturas.

2.4.2. Ley Orgánica de Salud

Dentro de la Ley Orgánica de Salud se relatan sobre los derechos sexuales y reproductivos (33):

*Art. 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:
Numeral 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud*

reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.

2.4.3. Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida 2017 - 2021

El Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida un instrumento que está sujeto a políticas, programas y proyectos públicos (34):

Objetivo 1

Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.

Objetivo 2

Afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad, revalorizando las identidades diversas.

2.2. Garantizar la interculturalidad y la plurinacionalidad en la gestión pública, para facilitar el goce efectivo de los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades.

2.3. Promover el rescate, reconocimiento y protección del patrimonio cultural tangible e intangible, saberes ancestrales, cosmovisiones y dinámicas culturales.

2.7. Promover la valoración e inclusión de los conocimientos ancestrales en relación a la gestión del sistema educativo, servicios de salud, manejo del entorno ambiental, la gestión del hábitat y los sistemas de producción y consumo.

2.5. Marco Ético

2.5.1. El Código deontológico del CIE

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética (35):

Enfermera y las personas

La responsabilidad del personal de enfermería será realizar cuidados con el paciente, respetando sus derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad; proporcionar información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente; Además mantendrá confidencial toso información personal y utilizara la discreción compartirla.

Enfermera y la Profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativo y seguro en la enfermería.

2.5.2. Código de Ética establecido por el Ministerio de Salud Pública

La ética está ligada a la moral y define lo que es bueno y malo, esto establece como debe actuar la persona ante una situación que se presente en su vida profesional basándose en normas y reglamentos establecidos por una organización (36):

Artículo 4.- COMPROMISOS

El proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública a:

- *Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado.*
- *Respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades.*
- *Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada.*
- *Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública.*

CAPÍTULO III

3. Metodología

3.1. Diseño de la Investigación

El presente estudio tiene un diseño cuantitativo debido a que se recopiló y analizó numéricamente los resultados de la investigación sobre los beneficios de las dos posiciones del parto. Es una investigación no experimental ya que no se modificaron variables.

3.2. Tipos de Investigación

Descriptivo: Se analizaron las características del fenómeno de estudio: en este caso la percepción que tienen las mujeres sobre los beneficios de las dos posiciones de parto (horizontal y vertical).

Transversal: Porque se tomó un tiempo determinado corto, lo que permitió extraer conclusiones acerca de los fenómenos a través de una amplia población. Se pudo analizar una amplia gama de características necesarias para el estudio.

Comparativo: Estudiamos dos ejemplares que pertenecen al mismo grupo pero que difieren en algunos aspectos, como en este caso es el parto en posición vertical y en posición horizontal.

Documental: A través de una revisión de la historia clínica de la paciente se analizó ciertos datos necesarios para la investigación.

3.3. Localización y ubicación del estudio

La presente investigación se realizó en el Hospital San Luis de Otavalo en donde el grupo de estudio estuvo conformado por todas las mujeres post parto que se encontraban en el servicio de Ginecología. La localización del lugar de estudio es Dirección: Calle Sucre y Quito, Otavalo, Imbabura.

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Universo

El universo de la presente investigación fue constituido por la totalidad mujeres post parto que se encontraron en el servicio de Ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, en el período Octubre - Noviembre del año 2018.

3.4.2. Muestra

La muestra de la investigación estuvo integrada por 100 mujeres post parto que se encontraban en el servicio de Ginecología del Hospital San Luis de Otavalo en el período establecido, de las cuales 25 mujeres han podido experimentar el parto en ambas posiciones tanto vertical como horizontal.

3.4.3. Criterios de Inclusión

- Mujeres post parto que se encuentren en el Servicio de Ginecología.
- Mujeres que tengan su parto en posición vertical y posición horizontal.
- Mujeres que aceptaron ser parte del estudio.

3.4.4. Criterios de Exclusión

- Mujeres realizadas cesáreas
- Mujeres que no se encuentren post parto en el Servicio de Ginecología

3.5. Técnica Instrumento

3.5.1. Técnica

Se realizó una encuesta a todas las mujeres post parto que se encontraban en el Servicio de Ginecología del Hospital San Luis de Otavalo. Revisión de la historia clínica de las pacientes encuestadas, que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron realizar la encuesta.

3.5.2. Instrumento

La encuesta realizada a las madres post parto estuvo conformada por 10 preguntas cerradas que correspondieron al tema de investigación y sirvieron para el cumplimiento de los objetivos establecidos, comparar y relacionar sobre las ventajas y desventajas de la posición vertical y posición horizontal, revisión de las historias clínicas de las pacientes para recolectar datos necesarios.

3.6. Operacionalización de Variables

Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
Factores Sociodemográficos	Conjunto de características sociales y demográficas relacionadas con la condición de vida de las mujeres en estudio	Edad	Años cumplidos	15 a 20 21 a 25 26 a 30 31 a 35 36 y mas
		Etnia	Auto identificación	Indígena Mestiza
		Nivel de instrucción	Años aprobados	Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa superior
		Número de hijos		Uno Dos Tres Cuatro Cinco

Objetivo 2. Establecer las preferencias durante el parto en mujeres atendidas en la sala de partos del hospital San Luis de Otavalo.

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
Preferencias durante el parto en las mujeres atendidas en la sala de partos	Elección entre ciertas alternativas con el objetivo de favorecer interese personales.	Acompañamiento durante el parto	Persona presente en el parto	Partera Esposo Cuñada Madre Suegra Abuela Nadie
		Bebidas medicinales	Productos bebidos durante el parto	Agua natural Agua medicinal
		Vestimenta	Ropa usada durante el parto	Bata hospitalaria Ropa propia
		Preferencia de posición en otro parto	Próximo parto	Sentada Cogida de sogas Cunclillas De rodillas Cuadrupedia Horizontal
		Conocimiento acerca del parto vertical	Conocimiento de la madre	Si No Más o menos

Objetivo 3. Determinar las ventajas y desventajas del parto vertical y parto horizontal

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
Ventajas y desventajas del parto vertical y parto horizontal	Acción, resultado positivo o negativo que por consiguiente es buena y puede favorecer a una o más personas, así como satisfacer alguna necesidad	Población clasificada de acuerdo a la escala de dolor	Dolor	Del 1 al 10 como califica su dolor en el proceso de parto
		En el indicador población clasificada de acuerdo a presencia de desgarro	Desgarros	Si o No
		Posición	Según elección del paciente	Sentada Cogida de soga Cunclillas De rodillas Cuadrupedia Horizontal
		Duración del periodo expulsivo	Tiempo que se demora la expulsión del bebé	5 minutos 10 minutos 15 minutos 20 minutos
		Sangrado	Cantidad de sangrado durante el parto	200 ml 250 ml 300 ml 350 ml 360 ml 370 ml
		Duración de expulsión de la placenta	Tiempo que se demora la expulsión de la placenta	5 minutos 10 minutos 15 minutos

3.7. Análisis de datos

Para obtener los resultados de esta investigación se diseñó una encuesta con preguntas que nos ayudaron a llegar a los objetivos planteados, la misma que ha sido aplicada a todas aquellas personas que se encuentran dentro de los criterios de inclusión, con la información se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 y se realizó la tabulación con el programa EPI INFO, se presentan los principales resultados:

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

La presente investigación fue realizada en el Hospital San Luis de Otavalo en el Servicio de Ginecología, para una comparación del parto vertical y el parto horizontal, se realizó una encuesta a las mujeres post parto que se encontraban en este servicio, al finalizar estas encuestas se obtuvo suficiente información para cumplir con el propósito de esta investigación.

4.1. Datos Demográficos

Tabla 1. Grupo de edad, etnia, nivel de educación y número de hijos

Grupo de edad, etnia, nivel de educación y número de hijos

Grupo de Edad	Parto Vertical		Parto Horizontal			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	24	24,00%	11	22,92	13	25,00
21 a 25	26	26,00%	10	20,83	16	30,77
26 a 30	27	27,00%	12	25,00	15	28,85
31 a 35	19	19,00%	12	25,00	7	13,46
36 y más	4	4,00%	3	6,25	1	1,92
Etnia						
Indígena	59	59,00%	28	58,33	31	59,62
Mestiza	41	41,00%	20	41,67	21	40,38
Instrucción						

Primaria incompleta	6	6,00%	3	6,25	3	5,77
Primaria completa	22	22,00%	11	22,92	11	21,15
Secundaria incompleta	10	1,00%	5	10,42	5	9,62
Secundaria completa	40	40,00%	17	35,42	23	44,23
Superior	22	22,00%	12	25,00	10	19,23
N° de hijos						
Uno	38	38,00%	17	35,42	21	40,38
Dos	38	38,00%	16	33,33	22	42,31
Tres	18	18,00%	11	22,92	7	13,46
Cuatro	5	5,00%	3	6,25	2	3,85
Cinco	1	1,00%	1	2,08		0,00

El 27% de las mujeres que han dado a luz en el Hospital San Luis de Otavalo se encuentra entre los 26 y 30 años; de esta edad el 25 % tuvieron parto vertical, y el 28,85% tuvieron parto horizontal, el límite superior fue de 37 años y el límite inferior es de 15 años. El 59% se auto identificaban como indígenas, 28 de ellas tuvieron parto vertical y 31 parto horizontal, mientras que un 41% se auto identificaban mestizas, 20 dieron parto vertical y 21 horizontal. En cuanto al nivel de educación el 40% indicó tener secundaria completa, en este nivel de educación el 35,42% eligieron parto vertical y el 44,23% parto horizontal, el 22% indicaron que tenían estudios superiores, el nivel de educación más bajo fue primaria incompleta que represento un 6%, esto indica que con el pasar del tiempo y las estrategias de gobierno se ha logrado disminuir el número de personas con analfabetismo. Según los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010 indico que en el cantón Otavalo existe el 17,9% de analfabetismo (37). El número de hijos para la población en estudio fue uno y dos hijos con el 38%, y madres que tenían hasta 5 hijos representó tan solo el 1%, en el promedio de un hijo se encontró el 35,42% de las mujeres dieron parto vertical y el 40,38% parto horizontal. En el período comprendido entre 1975 y 1979, cada mujer en edad fértil tenía en promedio 5,4 hijos. Para el período 2007- 2012, ese número se redujo a 3 hijos, este comportamiento se mantiene tanto a nivel urbano como rural. (37)

4.2. Preferencias durante el parto en mujeres

Tabla 2.

Posición actual de parto elegido por la madre en relación a la etnia

Posición de parto actual	Indígena		Mestiza		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Horizontal	31	52,54	21	51,22	52
Arrodillada	12	20,34	5	12,2	17
Semi sentada	0	-	1	2,44	1
Sentada	16	27,12	14	34,15	30
Total	59	100%	41	100%	

La relación entre la posición de parto actual y etnia fue, el 52,54% de mujeres que se auto identificaron como indígenas, tuvieron parto horizontal mientras que el 47,46% tuvieron parto vertical, los resultados en la etnia mestiza fue, el 51,22% eligieron el parto horizontal y el 48,79% parto vertical. Tomando en cuenta que mujeres indígenas hubieron 59 y mujeres mestizas 41, se pudo apreciar que en las dos etnias la posición de parto escogida en mayor cantidad fue en posición horizontal. En una revisión bibliográfica explica que en los últimos tiempos la posición de parto más elegida ha sido la de decúbito supino o litotomía, sin embargo, Engelmann en 1882, estudió a las mujeres que daban a luz y observo que la mayoría evitaba la posición de decúbito supino, no adoptaban una postura concreta, sino que iban cambiando tantas veces como necesitaban, se encontró que había muchas otras posiciones de parto en las cuales se podía aprovechar más la fuerza de gravedad, los partos parecían ir más rápido y a la vez las mujeres se sentían participe de su proceso (2).

Tabla 3.*Posición de partos anteriores con relación a la etnia*

Posición de partos anteriores Etnia	Indígena		Mestiza		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Horizontal	25	42,37	12	29,27	37
Arrodillada	3	5,08	1	2,44	4
Semi sentada	2	3,39	1	2,44	3
Sentada	7	11,86	4	9,76	11
Solo un parto	21	35,59	20	48,78	41
Cesárea	1	1,69	3	7,32	4
TOTAL	59		41		100
Ambas posiciones de parto	15		10		25

El 42,37% de las mujeres indígenas habrían tenido parto horizontal, el 20,33% parto vertical, con relación a las mujeres mestizas que el 29,27% han tenido parto horizontal y el 14,64% parto vertical, estos datos revelan que las cifras del parto horizontal en mujeres indígenas tenía más acogida que el parto vertical. Por otra parte se tuvo como resultado que 25 mujeres, de ellas 15 indígenas y 10 mestizas habrían experimentado las dos posiciones de parto para lo que expresaban sentirse mucho mejor y tener más ventajas con el parto vertical. Un estudio explica que a lo largo de la historia la mujer ha elegido dar a luz en diferentes posiciones como demuestran ciertas esculturas antiguas, la literatura menciona que en el siglo XVI Mauriceau puso en posición supina a las mujeres en trabajo de parto con la intención de aplicar un instrumento novedoso de esa época que era el fórceps, así los médicos habían encontrado una forma fácil de asistir el parto sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la actualidad ha difundido ciertas ventajas del parto vertical con el objetivo de brindar a la mujer la oportunidad de volver a ser la principal participe de su parto brindándole un entorno familiar, mejorando la atención y el bienestar de la madre y su hijo (3).

Tabla 4.

Preferencia de la mujer a cerca de la posición de su próximo parto en relación su la etnia.

Preferencia de posición de parto Etnia	Indígena		Mestiza		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Horizontal	30	50,85	17	41,46	47
Arrodillada	13	22,03	5	12,2	18
Semi sentada	1	1,69	2	4,88	3
Sentada	15	25,42	17	41,46	32
TOTAL	59		41		100

El 50,85% de las mujeres indígenas tuvieron preferencia por el parto horizontal, y el 49,14 escogerían parto vertical en comparación con las mestizas que el 41,46% tendrán preferencia por la posición horizontal, el 58,54% de las mujeres mestizas escogerán el parto vertical, los datos nos reflejan que en la actualidad existen más mujeres mestizas que quisieran tener su parto en posición vertical en especial sentada porque han podido observar o han escuchado las ventajas del parto vertical, en relación a las mujeres indígenas, optaron la mayoría por el parto horizontal, tomando en cuenta que la posición vertical es propia de las tradiciones indígenas, una investigación realizada en el Centro de Salud Luya, Amazonas Perú, fue determinar la percepción del parto vertical y horizontal la población de estudio fueron 36 mujeres, 23 escogieron el parto vertical y 13 parto horizontal, de acuerdo a las preguntas realizadas se llegó a la conclusión que el 91,3% presentaba una percepción buena del parto vertical mientras que en el parto horizontal el 30,8% presentaba percepción buena (38).

Tabla 5.*Acompañamiento de la mujer en el proceso de parto en relación a su etnia.*

Acompañamiento durante el parto	Indígena		Mestiza		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Esposo	27	45,76	17	41,46	44
Madre	12	20,34	9	21,95	21
Abuela	2	3,39	1	2,44	3
Cuñada	2	3,39	3	7,32	5
Partera	2	3,39	1	2,44	3
Suegra	2	3,39	3	7,32	5
Nadie	12	20,34	7	17,07	19
TOTAL	59		41		100

El 45,76% de las mujeres indígenas prefieren que su esposo sea el acompañante durante el proceso de parto, en las mujeres mestizas también la mayoría prefería la compañía de su esposo, ya que consideran que es la persona ideal para compartir este acontecimiento, porque garantiza el bienestar de la mujer y su hijo y se fortalece el vínculo familiar. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda el acompañamiento de una persona sea familiar o partera durante el proceso de parto ya que brinda a la madre apoyo continuo, sensación de bienestar y seguridad mejorando los resultados del parto (39).

Tabla 6.*Bebidas ingeridas*

Bebidas ingeridas Etnia	Indígena		Mestiza		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Agua de canela	2	3,39	0	0,00	2
Agua de higo	1	1,69	0	0,00	1
Agua de manzanilla	1	1,69	0	0,00	1
Agua natural	22	37,29	16	39,02	30
Jugo	4	6,78	0	0,00	4
Ninguna	29	49,15	25	60,98	54
TOTAL	59		41		100

Entre las bebidas ingeridas por las madres indígenas estuvo el agua de higo y de manzanilla que solo había tomado una persona, agua de canela 2 personas, el 49,15% no tomaba ningún tipo de bebidas y el 37,29% ingería solo agua natural. En las mujeres mestizas se tuvo como resultados que el 60,98% no tomaba ninguna bebida y el 39,02% tomaban agua natural. Este estudio demuestra que todavía existen mujeres indígenas que continúan con las tradiciones de las aguas medicinales sin embargo en el hospital San Luis de Otavalo y dentro de la Guía de Parto Culturalmente Adecuado no se prohíbe el uso de estas aguas pero si se debe tener en cuenta la cantidad que se toma y saber usarla para evitar complicaciones. En un estudio realizado en el centro de salud de Huando mostró que la ingesta de bebidas de plantas medicinales están relacionadas a complicaciones en el trabajo de parto, tanto para la madre como para el bebé, entre las complicaciones en este estudio encontró ruptura prematura de membranas 37% parto precipitado 21,7% y complicaciones perinatales fueron sufrimiento fetal agudo, síndrome de aspiración meconial, distrés respiratorio (40).

Tabla 7.*Conocimiento de las mujeres a cerca del parto vertical*

Conocimiento sobre el parto vertical	Indígena		Mestiza		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Más o menos	8	13,56	3	7,32	11
No	35	59,32	28	68,29	63
Si	16	27,12	10	24,39	26
TOTAL	59		41		100

Al realizar a las madres la pregunta acerca del conocimiento, se pudo obtener como resultados que un 63% de las mujeres no conocían a cerca del parto vertical, entre ellas 35 mujeres indígenas y 28 mestizas, las que si conocían este parto fueron el 16% de mujeres indígenas y el 10% de mujeres mestizas, las que tenían un conocimiento regular fueron el 13% de mujeres indígenas y 7,32% de las mestizas. A pesar que el Ministerio de Salud Pública ha promocionado esta forma de parto desde el año 2008, la mayor cantidad de las mujeres encuestadas manifestaron desconocer respecto a esta modalidad de parto.

4.3. Ventajas y desventajas del parto vertical y parto horizontal

Tabla 8.

Escala de dolor de parto

Escala de dolor de parto	Parto Vertical		Parto Horizontal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
5	18	37,50%	3	5,77%
6	14	29,17%	-	-
7	5	10,42%	5	9,62%
8	3	6,25%	9	17,31%
9	1	2,08%	10	19,23%
10	7	14,58%	25	48,08%

Al realizar la evolución de su dolor se pudo apreciar que, en el parto horizontal la escala de dolor mayor fue de 10 nivel de intensidad con un 48.08% y el dolor más bajo en esta posición fue de 5 con un porcentaje de 5,77%, en el caso del parto vertical se tuvo el 37,50% de las mujeres que valoraron su dolor como 5, un 14,58% la escala de dolor fue de 10, un 2,08% su dolor fue de 9. En el parto vertical la mujer tiene mayor control de su cuerpo esta posición le permite que controle la fuerza en cada contracción para el pujo y a su vez ayuda a controlar el dolor. En una revisión bibliográfica con respecto a la intensidad del dolor durante el período expulsivo, se encontró que tenían mayor intensidad de dolor las madres del parto horizontal, al evaluar el dolor de madres que habían experimentado ambos partos refleja que el 63,8% dijeron que en el parto vertical había sido menos doloroso que el horizontal, un 27,7% el dolor fue igual, y un 8,5 dijeron que su parto vertical fue más doloroso (3).

Tabla 9.*Grado de desgarro en el parto vertical y horizontal revisión de historia clínica*

	Parto Vertical		Parto Horizontal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con desgarro vaginal	18	37,50%	26	50,00%
Sin desgarro vaginal	30	62,50%	22	42,31%
Episiotomías	0	0	4	7,69%
Grado I de desgarro	11	61,11%	20	76,92%
Grado II de desgarro	7	38,89%	6	23,08%

Referente a los desgarros vaginales se evidencia que en el parto vertical el 62,50% no presentaron desgarro y el 37,50% de las mujeres si presentaron, el grado de desgarro con mayor incidencia fue de grado I con el 61,11 % y de grado II fue de 38,89%. En el parto horizontal el 50,00% si presentaron desgarro, el 42,31% no presentaron, y un 7,69% se les realizaron episiotomía, el grado de desgarro mayor fue I con el 76,92%, y grado II 23,08%. Se puede evidenciar que los desgarros vaginales están menos presentes en el parto vertical lo que favorece a la madre y a su pronta recuperación. En una revisión bibliográfica mostró que un 51.6% (80 casos) tuvieron desgarros vaginales de los cuales 17 casos ocurrieron en el parto vertical, grado II pertenecientes a 10 mujeres y 23 casos en el horizontal, desgarro grado I perteneciente a 13 mujeres (41).

Tabla 10.*Duración del parto vertical y horizontal*

Duración del periodo				
Expulsivo	Parto Vertical		Parto Horizontal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
10 minutos	16	33,33%	19	36,54%
15 minutos	3	6,25%	21	40,38%
20 minutos	4	8,33%	9	17,30%
5 minutos	25	52,08%	3	5,77%

Se pudo evidenciar que en el parto vertical el tiempo de expulsión del bebé con más incidencia fue de 5 minutos con el 52,08% y el mayor tiempo fue de 20 minutos que conforma el 8,33% de las madres, mientras que en el parto horizontal el tiempo con mayor incidencia fue de 15 minutos con un 40,38% y de 5 minutos tan solo el 5,77%. La gravedad en esta posición de parto juega un papel importante ya que ayuda a que el bebé descienda fácilmente por el canal de parto disminuyendo el tiempo del nacimiento del bebé. En una referencia bibliográfica realizada en México, muestra como resultados que el parto vertical tuvo una duración menor en el periodo expulsivo, con diferencia significativa de 10 minutos, la fuerza de gravedad favorece el descenso del bebé en la cual la madre gana presión intrauterina lo que permite la salida del bebé en un periodo menor de tiempo (41).

Tabla 11.*Cantidad de sangrado en el parto vertical y horizontal*

Sangrado en el Parto	Parto Vertical		Parto Horizontal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
200 ml	14	29,17%	1	1,92%
250ml	14	29,17%	6	11,54%
300 ml	13	27,09%	24	46,15%
350 ml	6	12,50%	13	25,00%
360 ml	-	-	8	15,38%
370 ml	1	2,08%	-	-

En el parto horizontal la cantidad de sangrado mayor fue de 300 ml con el 46,15% y la menor cantidad fue de 250ml con un 11,54% de sangrado, a diferencia del parto vertical que la mayor cantidad de sangrado fue de 200 a 250 con el 29,17% y el 2.08% representa la cantidad de 370 ml, para la obtención de esta información se tomó en cuenta la tabla de recolección de datos que se obtuvo revisando la historia clínica en donde se detalla ciertos aspectos a cerca del parto. Un ensayo clínico no aleatorizado muestra que la estimación de pérdida de sangre en el parto vertical es de 295 ml, en comparación con el parto en posición horizontal que la pérdida de sangre es de 358 ml (42).

Tabla 12.*Tiempo de expulsión de la placenta parto vertical y horizontal*

Tiempo de expulsión de la placenta	Parto Vertical		Parto Horizontal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
10 minutos	10	20,83%	23	44,24%
15 minutos	3	6,25%	7	13,46%
5 minutos	35	72,91%	22	42,31%

En el tiempo de expulsión de la placenta se pudo determinar que el mayor tiempo en el parto horizontal fue de 10 minutos con el 44,24% y un 13,46% se demoró 15 minutos, en el parto vertical el tiempo fue de 5 minutos con un 72,91% y el 6,25% se demoró 15 minutos. Estos resultados muestran que en la expulsión de la placenta existe una reducción de tiempo en el parto vertical con una diferencia estimada de 5 minutos, esto se debe a la gravedad del cuerpo de la mujer es por eso que permite el descenso rápido de la placenta.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- En los datos socio demográficos se encontró que la mayoría de mujeres atendidas se auto identifica como indígenas, son mujeres adultas jóvenes que se encuentran entre los 21 a 30 años de edad, el límite inferior de edad fue de 15 años y el superior de 37 años, demostrando que en el cantón Otavalo las madres son relativamente jóvenes; se encontró que 22 mujeres tienen como nivel de instrucción la secundaria completa, a la vez también se encontró que de 100 mujeres sólo 6 presentaron primaria incompleta. El promedio de número de hijos fue 3, y el límite superior fue de 5 hijos.
- En cuanto a la preferencia de la posición para dar a luz en el parto actual, anterior y próximo, las mujeres indígenas tienen preferencia por el parto horizontal, esto se relaciona con el desconocimiento que tienen de la opción de dar a luz en forma vertical en el Hospital, tampoco conocen las ventajas del parto vertical. La mayoría de las mujeres pedían a su esposo que fuera el acompañante durante el proceso; Se evidenció que hay muy pocas mujeres indígenas que tomaron aguas medicinales como agua de higo, canela y manzanilla, en relación con las mestizas que solo tomaron agua natural, sin embargo el mayor porcentaje en las dos etnias no había ingerido ninguna bebida, durante el periodo del parto.
- Con la investigación realizada se pudo evidenciar que el parto vertical a comparación del parto horizontal, resulta muy ventajoso en ciertos aspectos como: disminución del dolor de parto, menor duración del período expulsivo, y período de alumbramiento, menor cantidad de sangrado, disminución de

desgarros y episiotomías, esto se debe a que esta posición favorece la oxigenación materna y fetal lo que ayuda a mejorar las contracciones, y mejora la gravedad que también juega un papel muy importante en el momento del parto.

- La propuesta realizada fue la elaboración de un tríptico para una intervención educativa y la entrega de una gigantografía con las diferentes posiciones y ventajas del parto vertical, fue de gran ayuda, las madres que se encontraban en el servicio mostraron gran interés por el tema y más aún sobre las ventajas de este parto, la gigantografía entregada en presencia del Director del Hospital servirá para promocionar y que los usuarios puedan informarse acerca de esta posición de parto.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a las autoridades y profesionales del Hospital San Luis de Otavalo que den cumplimiento a la normativa establecida por el MSP, en relación a la información que la madre debe recibir sobre las diferentes opciones de dar a luz.
- Se recomienda a la autoridad Sanitaria, que busquen estrategias de difusión de las Ventajas del Parto Vertical que es una manera de fortalecer la cultura de nuestro país y mejorar la atención a las mujeres embarazadas.
- A la Carrera de Enfermería que en el pensum de estudios de mantenga el estudio de la medicina ancestral y en forma general la cultura de nuestros pueblos, ya que permite acercarnos a la población, valorar sus conocimientos y prácticas.

Bibliografía

1. UNICEF. [Online]. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_16853.htm.
2. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2012 enero- marzo; vol.38 (no.1): p. 134-145.
3. Calderón J, Bravo J, Albinagorta. PARTO VERTICAL: RETORNANDO A UNA COSTUMBRE ANCESTRA. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008 marzo; vol.54(no. 1): p. pp. 49-57.
4. Franco Ninoska ASVM. BENEFICIOS DE LA POSICIÓN VERTICAL PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO. SCIELO. 2010 septiembre ; vo. 21(no. 1): p. pp. 19-25.
5. Edianez Gayeski , Brüggemann M. percepciones de púerperas sobre la vivencia durante el parto en la posición Vertical y Horizontal. Scielo. 2009 Abril; Vol 17(Nº 2).
6. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). THE WORLD BANK. [Online].; 2004 [cited 2018 Noviembre 20. Available from: https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com&sl=en&sp=nmt4&u=http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/979&xid=17259,15700023,15700043,15700124,15700186,15700190,15700201,15700237,15700242.
7. Salud OMdl. Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional. [Online].; 2018. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>.
8. Ecuador MdSP. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado Pozo S, Fuentes G, Calderon L, editors.: Ministerio de Salud Pública Ecuador; 2008.

9. Romero Roy , Carrizosa Moreno Á, Jimeno F. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*. 2014;; p. 23- 30.
10. Almaguer González J, García Ramírez J, Vargas Vite V. nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras*. 2012 Mayo- Diciembre; vol. 10(no. 2/3).
11. Edianez Gayeski M, Brüggeman M. Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2009 MARZO- ABRIL; vol.17 (no.2).
12. Vasco , Béjar Poved. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas Prof*. 2015; vol. 16(no.3).
13. Tochika Shimoda G, Junqueira Vasconcellos de Oliveira M, Silva dos Santos C, Amorim Francisco A, Gonzalez Riesco M, Tentes Côrtes. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018 marzo; vol. 26.
14. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Sexta Edición ed. Philadelphia: Elsevier ; 2008.
15. UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES. *Biblioteca Virtual de Pueblos Indígenas*. [Online]. [cited 2018 Mayo 21. Available from: <http://pueblosindigenas.bvsp.org.bo/php/level.php?lang=es&component=50&item=3>.
16. Nigenda G, Mora Flores , Aldama López S, Orozco Núñez. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *SciELO*. 2013 enero/febrero; Vol. 43(no.1).
17. Burbano I, Samson E. Interculturalidad. *ENFOQUE*. 2016 ABRIL: p. Pag 4.
18. Cáceres Manrique FdM, Nieves Cuervo M. Atención Humanizada del Parto diferencial según condición Clínica y Social de la Materna. *SCIELO*. 2017 Abril / Junio; vol 68(no 2).

19. Vitalmom. Vitalmom. [Online]. [cited 2018 Diciembre 9. Available from: <http://vitalmom.com.mx/>.
20. Fernandez Gonzáles MR. Enfermería quirúrgica en obstetricia Madrid: Médica Panamericana; 2014.
21. Medina. Guia Infantil. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 21. Available from: <https://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/partos/index.htm>.
22. Healthwise. Healthwise. [Online].; 2017 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: <https://espanol.kaiserpermanente.org/static/health-encyclopedia/es-us/kb/zm22/71/zm2271.shtml>.
23. Embarazo perfecto. Embarazo perfecto. [Online].; 2016 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: <http://www.embarazoperfecto.com/segunda-clase-de-preparacion-al-parto-aqui-la-ienes/>.
24. Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore México: Manual Moderno ; 2011.
25. Quintana Pantaleón , Etxeandia Ikobaltzeta. I, Rico Iturrioz R, Armendariz Mántaras. , Fernández del Castillo Sainz I. Atención al Parto Normal. 2nd ed. Vasco SCdPdG, editor.; 2011.
26. Cunningham G, Leveno J, Bloom L, Spong Y, Dashe S, Hoffman L, et al. Williams Obstetricia. 24th ed.: McGraw-Hill Medical; 2011.
27. Schallman. Parir en libertad: En busca del poder perdido: Grupo Editorial Argentina. ; 2012.
28. Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de Salud. [Online]. Guatemala; 2011 [cited 2018 Diciembre 9. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adequacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.
29. Lais , Giberti. Caminos hacia una maternidad diferente: un estudio sobre el parto vertical ProQuest Ebook Central , editor. Argentina : El Cid Editor; 2009.

30. Rojas. En Suelo Firme. [Online].; 2015 [cited 2018 mayo 24. Available from: <https://www.ensuelofirme.com/parto-y-movimiento-las-mejores-posturas-para-dar-luz/>].
31. Zapata Boluda M, Caballero Cala V, Soriano Ayala E, Rachida Dalouh , González Jiménez J. III Jornadas Internacionales de investigación en educación y salud: Editorial Universidad de Almería, 2017; 2015.
32. Constituyente AN. Constitución Política del Ecuador Quito: Ediciones Legales; 2015.
33. Constituyente AN. Ley Orgánica de Salud. Memorando interno. Quito: Ministerio de Salud Pública, Asamblea Nacional del Ecuador; 2012.
34. Planificación RdECNd. Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo S, editor. Quito; 2017.
35. Enfermeras CId. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería Suiza: Copyright ; 2006.
36. Vance Mafla. Código de Ética del Ministerio de Salud Pública Quito : Ministerio de Salud Pública; 2013.
37. INEC. RESULTADOS DEL CENSO 2010 DE POBLACION Y VIVIENDA EN EL ECUADOR. [Online].; 2010 [cited 2018 DICIEMBRE 3. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>].
38. Chuquibala Vargas M. Repositorio digital UNTRM. [Online].; 2014 [cited 2018 Diciembre 30. Available from: http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/232/FE_152.pdf?sequence=1&isAllowed=y].
39. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 Diciembre 30. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>].

40. Zaravia Poma K. [Online].; 2017 [cited 2019 enero 06. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1150/TP-UNH.OBST.00084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
41. Calvo Aguilar O, Flores Romero L, Morales García E. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en posturas vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*. 2013 Enero; vol. 81(N° 1).
42. Terry R, Westcott J, O'Shea , F K. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *Pubmed*. 2006 abril.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta realizada a las madres en el servicio de ginecología



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Estudio comparativo del parto vertical versus parto horizontal de mujeres atendidas
en el Hospital San Luis de Otavalo.2018

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuántos años tiene?

2. ¿Cómo se auto identifica en su etnia?

- Indígena
- Mestiza
- Afro ecuatoriana
- Blanca

3. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Superior
- Ninguna

4. ¿Cuántos hijos tiene? _____

5. ¿Cuál es la posición de parto que usted eligió?

- Sentada
- Semi sentada
- Cogida de sogá
- Cunclillas
- De rodillas
- Cuadrupedia
- Horizontal

6. En el caso que tenga partos anteriores ¿En qué posiciones fueron?

- Sentada
- Semi sentada
- Cogida de sogá
- Cunclillas
- De rodillas
- Cuadrupedia
- Horizontal

7. ¿En la posición elegida en una escala del 1 al 10 como califica su dolor (siendo 1 muy poco dolor y 10 un dolor insoportable)?

- Parto actual

8. Durante el proceso de parto pudo ingerir alimentos o alguna bebida

Agua natural

Agua Medicinal

9. ¿Si usted tiene otro bebe en qué posición le gustaría dar a luz? ¿Y por qué?

- Sentada
- Semi sentada
- Cogida de sogá
- Cunclillas
- De rodillas

- Cuadrupedia
- Horizontal

10. Conoce usted a cerca del parto vertical

Si NO Más o menos

REALIZADO POR KARINA SALAZAR

Anexo 2. Recolección de datos. Revisión de la historia clínica de las mujeres realizadas la encuesta



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Estudio comparativo del parto vertical versus parto horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo.2018

	Parto vertical										Parto horizontal														
	NO	SI	I	II	III	IV					NO	SI	I	II	III	IV									
Desgarros																									
Episiotomía	NO	SI									NO	SI													
Duración del período expulsivo	5 min	10 min	15 min	20 min							5 min	10 min	15 min	20 min											
Cantidad de sangrado	200 ml	250 ml	300 ml	350 ml	360 ml	370 ml	400 ml				200 ml	250 ml	300 ml	350 ml	360 ml	370 ml	400 ml								
Tiempo de expulsión de la placenta	5 min	10 min	15 min	20 min	30 min						5 min	10 min	15 min	20 min	30 min										

REALIZADO POR KARINA SALAZAR

Anexo 3. Galería fotográfica

Fotografías del proceso de investigación



Encuesta realizada a las madres post parto del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo



Encuesta realizada a las madres post parto del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo



Charla educativa sobre las diferentes posiciones del parto vertical y sus beneficios



Charla educativa sobre las diferentes posiciones del parto vertical y sus beneficios



Entrega de tríptico informativo sobre las posiciones y beneficios del parto vertical



Entrega de tríptico informativo sobre las posiciones y beneficios del parto vertical



Gigantografía sobre las posiciones del parto vertical y sus beneficios



Entrega de gigantografía en presencia del director del Hospital San Luis de Otavalo



Sala de parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo

Sala de parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo



Sala de parto horizontal del Hospital San Luis de Otavalo

Anexo 5. Tríptico entregado a las madres del servicio de Ginecología

Posición Sentada (Tyarishka)



Durante la dilatación el efecto de la gravedad va a permitir que el bebé se abra camino por el canal del parto lo que facilita la expulsión en un periodo menor de tiempo, y que la madre pueda moverse libremente.

Mama unkukushpa katarishpa, wamiwarmipi alilla muyurin y urman ñapash chaipash aydan warnita utsa katarita.

Beneficios del parto vertical Unkunkapaka shayarishpa

- Reducción en la duración del periodo expulsivo. (Unkukuk pachapi, pachakuna ashtawan pishilla tukun)
- Reducción en los partos asistidos. (Ashtawan yanapanami kanchik utiya unkuchun)
- Reducción de desgarros. (Nana yapata nananchu ña unkuna pachapi kashpa)
- Disminución de la manifestación de dolor intenso durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. (Ashtawan allimi kan mamakunapa shinallata wakunapapash)
- Frecuencia cardiaca fetal estable. (Allpa mamaka ashtawan sinchimi kan kunkurishka kashpa)
- Más cómoda para la embarazada. (Sumak samaytami kun mamata shinashata)
- La madre tiene más fuerza cuando está sentada, de rodillas o en cuclillas, coordina mejor la respiración con las contracciones. (Ña pachacuna chayakpika shayarishka kan chaymi wawaka paypa ñashaywanllata shukshik kasarín, shina kashpami mamaka mayman pay munashkaman kuturita ushan)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



PARTO VERTICAL

Karina Salazar

Traducido por Néstor IpiALES

¿Qué es el parto vertical?

¿Mashnata jatarishpa unkuna?

Son las diferentes posiciones en las que la mujer puede escoger para dar a luz: como de pie, sentado o incluso en cunclillas.

Wawata unkunapaka warmikunaka ushanmi jatarishpapash y tarishpapash.



Posición sostenida de una soga (Watanamanta warkushka)



Posición cunclillas (Kumurishka)



Posición cuadrupedia (Chuskupi)



Posición de rodillas (Kunkurishka)



Anexo 6. Gigantografía entregada en el Hospital San Luis de Otaval



POSICIONES DEL PARTO VERTICAL

Posición Sentada
(Tyiarishka)



Posición Cucullas
(Kumurishka)



Posición Sostenida de una Soga
(Watanamanta warkushka)



BENEFICIOS

- Reducción en la duración del período expulsivo.
- Reducción en los partos asistidos.
- Reducción de desgarros.
- Disminución de la manifestación de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto.
- Frecuencia cardíaca fetal normal.
- Más cómoda para la embarazada.
- La madre tiene más fuerza cuando está sentada, de rodillas o en cucullas
- Mejor oxigenación para la madre y el bebé

Posición Cuadrupedia
(Chuskupi)



Posición de Rodillas
(Kunkurishka)



Elaborado por Karina Salazar

ABSTRACT

COMPARATIVE STUDY OF VERTICAL AND HORIZONTAL BIRTH IN WOMEN
AT SAN LUIS DE OTAVALO HOSPITAL, 2018

Author: Karina Lorena Salazar Carrera

Mail: klsalazarc@utn.edu.ec

Vertical delivery is an ancestral practice in which a woman gives birth, with several positive aspects; however, the horizontal position was imposed over the years, as it eases medical interventions. **Objective:** To compare the vertical and horizontal delivery in women attended at the San Luis de Otavalo hospital, 2018. **Methodology:** it is a quantitative approach that allowed to analyse and compare information of transversal, comparative, documentary type. The population was composed of 100 postpartum women of whom 25 experienced these two positions. A survey of closed questions and a data collection table was applied through the review of medical records. **Results:** in vertical delivery there is a decrease in pain in an intensity scale of 5, the duration in the period of expulsion was 5 minutes, bleeding is between 200 and 250 ml, in relation to the horizontal delivery, the scale of pain was of an intensity of 10, the expulsion period was of 15 minutes, bleeding was 300 ml, among other shown benefits. **Conclusion:** with the study, it was concluded that vertical delivery has multiple advantages for the mother, with the educational intervention it was possible to show great interest of mothers on these benefits.

Keywords: Vertical delivery, horizontal delivery

Victor Rodríguez
Miz



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis Kary Salazar.docx (D46843844)
Submitted: 1/16/2019 4:25:00 AM
Submitted By: mcflores@utn.edu.ec
Significance: 6 %

Sources included in the report:

Tesis Isabel Yamberla.docx (D25837279)
tesis ultima revision Proaño sabado.docx (D18369655)
TESIS ULTIMA CORRECCION ABRIL 2016 lic espinel.docx (D19209524)
Tesis Moncayo.pdf (D37452946)
TESIS - VERONICA MONCAYO.pdf (D37383029)
PARTO HUMANIZADO.docx (D41555772)
Andres Contreras-- Grupo 1.docx (D27888987)
<http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/1321/ITEM%254011458-1003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://docplayer.es/41832682-Universidad-nacional-toribio-rodriguez-de-mendoza-de-amazonas.html>
<http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/biblioteca/download.php?transparencia=59>
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5512/T-PUCE-5740.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<http://historialdepartos.blogspot.com/2015/09/el-parto-el-parto-natural-o-vaginal-es.html>
<http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/1075/253T20110054.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430480&fecha=18/03/2016
<https://core.ac.uk/download/pdf/147380663.pdf>
https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/137617/1/TFG_PerezLopez_Part0.pdf
<http://vitalmom.com.mx/>
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1150/TP-UNH.OBST.00084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Instances where selected sources appear: 35

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de enero de 2019.

Lo certifico

(Firma).....

Lic. Mercedes del Carmen Flores Grijalva Mph

C.C.: 1001859394

DIRECTORA