



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA



TESIS

**“VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL EN
COMPARACIÓN CON PARTO EN POSICIÓN DE LITOTOMIA”.**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA MÉDICO CIRUJANO:
MIRIAM ARACELI ORTEGA PIMENTEL

BAJO LA DIRECCION DE:
DRA. GERALDINE LÓPEZ ZALDIVAR
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

ASESOR DE TESIS
M.C. ESP. ALFONSO REYES GARNICA
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO
MTRA CLAUDIA TERESA SOLANO PEREZ
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD
2012-2016

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a Dios por permitirme culminar con éxito esta etapa de mi vida y de mi formación profesional, quien renovó mis fuerzas a cada instante y quien me llenó de muchas más bendiciones, de las que yo podía pedir.

Agradezco de manera especial a mis padres que me brindaron incondicionalmente su apoyo, a mi esposo David y a mis hijos David y Madeline que fueron mi motivo y el mayor incentivo para salir adelante.

Gracias a mis maestros por sus enseñanzas como médicos y como personas, por su paciencia, por enseñarme que con amor, respeto, dedicación y disciplina se puede dar lo mejor para nuestras pacientes.

Gracias a mis compañeros Elizabeth, Elías, Gerardo, con quienes compartí estos cuatro años.

Hago una mención especial y agradecimiento a los médicos que me motivaron para realizar esta tesis, mostrándome un nuevo panorama más humano de atención para una de las experiencias más importantes de una mujer, que es el nacimiento de sus hijos. Gracias Dr. Marco Antonio Ortega, Dr. Daniel Guadarrama, Dra. Geraldine López Zaldívar.

ÍNDICE:

I.-MARCO TEÓRICO.....	4
II.- ANTECEDENTES.....	26
III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
IV.-OBJETIVOS.....	31
V.-JUSTIFICACIÓN.....	32
VI.-HIPÓTESIS.....	34
VII.-MATERIAL Y MÉTODOS.....	35
VII.I.- LUGAR DONDE SE ELABORA LA INVESTIGACIÓN.....	35
VII.II.-UBICACIÓN-ESPACIO TEMPORAL.....	35
VII.III.-SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	36
VII.IV.-DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	39
VII.V.-DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	40
VII.VI.-DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	51
VIII.VII.-ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	53
VII.VIII.-INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	53
VIII.- ASPECTOS ÉTICOS.....	54
IX.-RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.....	58
X.-RESULTADOS.....	59
XI.-DISCUSIÓN.....	83
XII.-CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	85
XIII.-ANEXOS.....	87
XIV.-GLOSARIO.....	92
XV.-BIBLIOGRAFÍA.....	97

I.- MARCO TEÓRICO:

En estudios realizados por Cochrane en 2009 hallazgos mostraron que, en aquellas mujeres que no recibieron anestesia peridural, el parto en posición vertical se asoció con una reducción en la duración del período expulsivo, una pequeña reducción en los partos asistidos, una reducción en las episiotomías, un aumento en los desgarros perineales de segundo grado, un aumento de la pérdida de sangre estimada superior a 500 ml, una disminución de la manifestación de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto y menos patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal.^{1,2}

La revisión sugiere los posibles beneficios de la posición vertical para el parto, con la posibilidad de un mayor riesgo de pérdida de sangre superior a 500 ml. Se alienta a las mujeres a que adopten las posiciones para el parto que les resulten más cómodas.^{2,3}

Para establecer la atención del parto es importante establecer conceptos básicos como son:

-Embarazo de término es aquel que llega al final de 40 semanas (280 días), con un rango normal entre 38 y 40 semanas.^{4,5}

-Parto de bajo riesgo: Es aquel en que la madre y el feto tienen menor probabilidad de enfermar o morir durante el parto o posterior al parto.^{4,5}

- Parto:

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos.^{4,5}

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer periodo
- Primer periodo del trabajo de parto: comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y fase activa.^{4,5}

Fase Latente: es el periodo en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas⁴

Se inicia con expulsión de tapón mucoso cervical, acompañado de contracciones uterinas que producen borramiento cervical, en tanto que en el miometrio, ocurren modificaciones destinadas a procurar una adecuada orientación, polarización y coordinación de las contracciones, para conseguir una progresiva y continua dilatación cervical y vencer la resistencia del suelo pélvico. Clínicamente por disminución de la altura uterina y de poder coexistir con síntomas difusos como diarreas, vómitos, sudoración, edemas, dolor en bajo vientre y región lumbar. Define los límites de la dilatación cervical, entre la finalización de la fase latente y el inicio o comienzo de la fase activa de la dilatación del trabajo de parto.^{4,5}

Fase activa: contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.^{4,5}

Las subdivisiones de esta fase según Friedman son

1. Aceleración.- cuando culmina la fase latente e inicia verdaderamente el trabajo de parto alcanzando de 3 a 5 cm de dilatación, las contracciones uterinas son regulares en frecuencia, intensidad y duración
2. Pendiente máxima.- A partir de los 5 centímetros de dilatación, en la que se puede realizar amniorrexis artificial, si no existe evidencia clínica y ecográfica de líquido amniótico disminuido u oligohidramnios, es a partir de aquí, hasta alcanzar los 8 centímetros en las siguientes 3 horas consecutivas, ya que las nulíparas dilatan a una velocidad normal mínima de 1.2 centímetros por hora y las multíparas a 1.5 cm por hora.^{4,5,6,7}
3. Desaceleración.- va de los 8 cm, a la dilatación completa 10 en esta fase se inicia conjuntamente el descenso de la presentación y refleja esta tercera etapa ser un indicador en mayor medida de las relaciones pélvicas.^{4,5,6,7}

Segundo periodo de trabajo de parto(expulsión): comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo 2 horas con analgesia en nulíparas y de 30 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de una hora si tiene analgesia.^{4,5,6,7.}

Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento): periodo comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos.^{4, 5, 6,7.}

División funcional pélvica:

Esta división se caracteriza porque ocurre el descenso de la presentación, el cual comienza en el estadio más tardío de la dilatación activa, que se inicia con alrededor de los 8 cm en las nulíparas y se toma más rápido después de alcanzar dicha dilatación. Friedman subdividió los problemas de la fase activa en trastornos por prolongación y por detención. Además, definió la prolongación como una baja velocidad de la dilatación cervical menor a 1.2 cm/hora y para el descenso una velocidad normal a 1 cm/hora y en las pacientes multíparas como una velocidad de dilatación menor a 1.5 cm/hora y para el descenso menor 2 cm/hora. En cuanto al concepto de detención, llamo detención de la dilatación como un lapso de 2 horas sin cambios cervicales y a la dilatación como un lapso de 2 horas sin cambios cervicales y a la detención del descenso como un lapso de 1 hora sin descenso fetal.^{5, 6,7.}

En su estudio comprobó que el 30%de las pacientes con prolongación presentaban una DCP y en un 45% en aquellas que desarrollaban detención, entre los factores que contribuyen a la prolongación y detención dela dilatación y el descenso son la sedación, la analgesia de conducción y la mal posición de orientación fetal (ejemplo occipito posterior persistente).^{5,6,7}

FACTORES QUE DETERMINAN EL TRABAJO DE PARTO

Los factores que determinan el trabajo de parto son:

- ✓ El canal pélvico
- ✓ La dinámica uterina
- ✓ El feto
- ✓ La prensa abdominal

En la modalidad de vértice de la presentación cefálica el mecanismo del parto normal es el siguiente: acomodación, flexión, descenso y encajamiento; rotación interna; extensión y desprendimiento; rotación externa y desprendimiento de los hombros y expulsión.^{5,6,7.}

EL CANAL PÉLVICO

El canal pélvico está conformado por la pelvis ósea y los tejidos blandos. La pelvis ósea de las personas maduras está conformada por cuatro huesos: los coxales, el sacro y el cóccix. Los huesos coxales se desarrollan a partir de la fusión en la pubertad de otros tres huesos: el ilion, el isquion y el pubis. El sacro es conformado por la fusión de cuatro vertebrae coccígeas rudimentarias. La cintura pélvica es constituida por los huesos coxales y sacros y se inserta en los miembros inferiores.⁵

Hay cinco tipos de pelvis ósea: ginecoide, androide, antropoide, platipeloide y mixto;

Las características de la pelvis ósea se pueden analizar con una radiografía o con la exploración ginecológica.^{5,6,7.}

A la pelvis ósea se le consideran tres estrechos; superior, medio e inferior, cuyos límites y diámetros se describen a continuación.^{5,6,7}

Los diámetros del estrecho superior son:

1. Diámetro conjugado anatómico o promonto-suprapúbico: va desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica (longitud aproximada: 11 cm).^{5,6,7}

2. Diámetro conjugado verdadero obstétrico o promonto-retropúbico mínimo: desde el promontorio hasta el punto más próximo, más saliente de la cara posterior de la sínfisis (longitud aproximada: 10.5 cm). Se obtiene clínicamente restando 1.5 cm al diámetro conjugado diagonal obtenido por el examen pélvico.^{5,6,7.}

3. Diámetro transversal: es la mayor distancia entre las líneas innominadas (longitud aproximada: 13.5 cm). En las pelvis ginecoide, androide y platipeloide está más cerca del promontorio que de la sínfisis púbica.^{5,6,7.}

4. Diámetro transversal útil: es el diámetro transversal localizado equidistantemente entre las sínfisis púbica y el promontorio del sacro (longitud aproximada: 12.5 a 13 cm), es el que utiliza la presentación fetal para su descenso.^{5, 6,7.}

5. Diámetros oblicuos: van desde una eminencia ileopectínea de un lado hasta la articulación sacro iliaca del lado opuesto (longitud aproximada: 12 cm). Se denominan derecho e izquierdo según la línea ileopectínea donde terminen.^{5, 6,7.}

Estrecho medio de la pelvis

Límites: borde inferior de la sínfisis la púbica, espinas ciáticas y sacro a nivel de la tercera-cuarta vertebras.^{5, 6,7}

Los diámetros del estrecho medio son:

1. Diámetro transversal: va de la espina ciática de un lado a la espina contralateral (diámetro interespinoso): (longitud aproximada: 10 cm).^{5, 6,7.}

2. Diámetro anteroposterior: va desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta un punto localizado entre la tercera y cuarta vertebra sacras (longitud aproximada: 11.5 cm).^{5, 6,7.}

Estrecho inferior de la pelvis

Límites: arco subpúbico, tuberosidades isquiáticas, bordes inferiores de los ligamentos sacro ciáticos y punta del sacro (no del coxis).^{5, 6,7.}

Diámetros

1. Diámetro anteroposterior: va desde el borde inferior del pubis hasta la punta del sacro (longitud aproximada: 11 cm).^{5, 6,7.}

2. Diámetro transversal o bi-isquiático: une las caras internas de las tuberosidades isquiáticas (longitud aproximada: 10.5 cm).^{5, 6,7.}

3. Amplitud del ángulo o arco subpúbico: el ángulo subpúbico es casi recto (90°) en las mujeres: en los varones es mucho menor (60°) y tiende a ser obtuso en la pelvis platipeloide .^{5, 6,7.}

ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Atención de la paciente en Fase latente

Es recomendable, que las mujeres que cursan esta fase no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento. Cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuándo deberá regresar al servicio y las manifestaciones de alarma obstétrica, para ser revalorada, tales como:

Sangrado transvaginal, dolor, contracciones uterinas, cefalea, acúfenos y fosfenos, edema de cara y manos, secreción de líquido transvaginal, disminución de movimientos fetales.^{6, 7,8.}

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO

Se hospitalizarán las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presente:

- Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos .^{8.}
- Dolor abdominal en hipogastrio. ^{8.}
- Cambios cervicales (borramiento cervical de > 50% a 80% y dilatación \geq de 4 cm).^{8.}

El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando:

- Estado clínico de la paciente (inquieta o gran ansiedad) .^{8.}
- Accesibilidad de unidades de atención obstétrica (domicilio distante de la unidad de atención) .^{8.}

ATENCIÓN A LA MUJER EN FASE ACTIVA DE DEL TRABAJO DE PARTO (CALIDEZ, ACOMPAÑAMIENTO Y LÍQUIDOS ORALES Y PARENTERALES)

Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las

mujeres como en sus familias. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se ha revelado como prácticas apreciadas por la paciente en la vigilancia y manejo del trabajo de parto.⁹ Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto. Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento⁹:

- Salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos.⁹
- Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada.⁹
- Evite usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente.^{9, 10}
- Asegúrese de preguntarle sus expectativas acerca del desarrollo del nacimiento de su bebé.^{9, 10}
- Ofrezca información a la paciente y a sus acompañantes de manera comprensible y pertinente.^{9, 10}
- Informe a la paciente los procedimientos que está realizando.^{9, 10}
- Respete la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales.^{9, 10}
- Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer.^{9, 10}
- Brinde un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido.^{9, 10}
- Evite la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.^{9, 10}
- Disipe ideas erróneas y muestre, en todo momento, apoyo, comprensión, respeto y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto.^{9, 10}

- Obtenga el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen.^{9, 10.}

- Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible.^{9,10}

Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos, pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto. No se recomienda la administración rutinaria de soluciones intravenosas durante el trabajo de parto; se debe evitar además el uso de soluciones glucosadas ya que pueden poner en riesgo a la madre y el recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias.^{9, 10}

CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO INDICACIONES PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

Cuando el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía, oxitócicos. La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto. La oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 miliunidades por 1 ml; se recomienda iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 miliunidades). La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto.^{11, 12}

USO DE ENEMA

No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.

Debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente.

Ante la evidencia de ámpula rectal llena detectada en la exploración clínica, ya que es incómoda y con altas probabilidades de que durante el pujo interfiera en la atención del periodo expulsivo.^{11, 12}

TRICOTOMÍA

No existen pruebas suficientes en relación con la efectividad de la tricotomía en la atención del parto además de causar irritación múltiples rasguños y ardor vulvar. Se reporta menor colonización bacteriana por Gram negativos en las mujeres en las que la tricotomía no fue realizada.^{11, 12} La tricotomía durante el trabajo de parto solo se realizará en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente.^{11, 12}

VACIAMIENTO VESICAL

Favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria ya que no existen estudios relevantes para realizar este procedimiento durante la atención del trabajo de parto.^{11, 12}

Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.^{11,12}

UTILIDAD DEL PARTOGRAMA

A pesar de la falta de evidencias suficientes sobre la utilidad del partograma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas importantes para el monitoreo en la atención obstétrica moderna y aboga por su uso universal, para la buena gestión del trabajo de parto. A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma.^{11, 12}

DILATACIÓN DEL CÉRVIX Y AMPLIACIÓN MANUAL DEL PERINÉ

No existen evidencias que den sustento a las maniobras manuales para ampliar el periné y pueden ocasionar edema vulvar. No está sustentado de manera suficiente recomendar la utilidad de la dilatación manual del cérvix.^{11, 12,13}

MONITORIZACIÓN TRANSPARTO

Algunos estudios no han mostrado la utilidad de la monitorización transparto, cuando se realiza de manera generalizada en todas las embarazadas con trabajo de parto.¹¹

No se aconseja el uso generalizado de la cardiotocografía externa en embarazos de bajo riesgo ya que se incrementa el número de cesáreas y partos instrumentados. Deberá reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto.^{11, 12,13.}

Se sugiere monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) intraparto en las siguientes situaciones:

- Trabajo de parto prolongado
- Conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina)
- Dificultad de auscultación de foco fetal
- El monitoreo fetal siempre debe hacerse en decúbito lateral izquierdo, en posición sentada o en media posición vertical

La auscultación del foco fetal puede hacerse por estetoscopio de Pinard, o Doptone posterior a la contracción uterina cada 30 minutos en embarazos de bajo riesgo.¹¹

PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FETAL Y MATERNO EN TRABAJO DE PARTO.

En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo y se registrará en el partograma la frecuencia cardiaca fetal así como la evolución del trabajo de parto hasta el período expulsivo.^{11, 12,13}

En la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos), con guantes estériles para identificar el progreso del mismo. Debe proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad de la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos.

El profesional de la salud que atienda partos no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención.^{11, 12,13}

UTILIDAD DE LA MOVILIZACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

Deambular en la primera etapa (fase activa) del parto reduce la duración del trabajo de parto y no se asocia con efectos adversos en la madre y en el recién nacido.

Durante el período de dilatación del trabajo de parto se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica y se cuente con la infraestructura hospitalaria que garantice la seguridad de la paciente (camas y camillas con barandales, mesas de expulsión con áreas de sostén). Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la aplicación excesiva de fármacos.^{11, 12,13.}

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN TRABAJO DE PARTO

La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el mismo se pueda vivir de manera digna.^{12, 13}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala:

- Evitar el uso excesivo de medicamentos durante el trabajo de parto.
- Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, cambiar de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros.^{12, 13.}

En el control prenatal se debe informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor durante el trabajo de parto, así como de las diferentes estrategias para su manejo, explicando de forma clara sus ventajas y desventajas ya que se verán reflejadas en el momento del parto. Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea.^{12, 13} Se recomienda informar a las mujeres que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto, pudiendo incrementar el número de partos instrumentados o asistidos (fórceps).

Por lo anterior, el uso de la analgesia obstétrica debe ser acompañado del consentimiento informado y no se realizará de modo rutinario debiéndose recomendar previa evaluación de cada paciente y de preferencia cuando lo soliciten y se encuentren en condiciones obstétricas que no la contraindiquen.^{12, 13}

AMNIOTOMÍA EN EL TRABAJO DE PARTO

Se recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto. En el uso de oxitocina más amniotomía, se debe monitorizar estrechamente la presencia de sangrado. Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona con normalidad (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo con amniotomía y oxitocina.

El uso de prostaglandinas durante el trabajo de parto no puede controlar sus efectos adversos ya establecidos, debiéndose ser indicado por personal calificado y bajo vigilancia estrecha.^{12, 13}

POSICIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

Se considera inicio del segundo periodo del trabajo de parto cuando la paciente se encuentre con 10 centímetros de dilatación, o dilatación completa en este momento se ingresará a la sala de expulsión. Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre, cuando no exista contraindicación y que el personal que brinda vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo atención esté capacitado en la atención en esta posición al igual que la unidad de atención cuente con la infraestructura.^{12,13.}

La posición vertical podrá ser recomendada cuando la paciente lo solicite y que la unidad hospitalaria cuente con la infraestructura, que el profesional de la salud esté capacitado o familiarizado con la técnica siempre y cuando no este contraindicada.¹²

La Secretaría de Salud contempla la atención del parto en diferentes posiciones, para lo cual, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud se diseñaron mesas y bancos ergonómicos para ese fin.

Debido a que no todas las unidades cuentan con la infraestructura requerida, es importante promover su adecuación y ofrecer la atención del parto en posición vertical, de manera gradual.^{12, 13}

ESTRATEGIAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL PERÍODO EXPULSIVO

Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarres de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía.^{12, 13,14}

USO DE EPISIOTOMÍA

La episiotomía individualizada frente a la rutinaria favorece el número de pacientes con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso.

La episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la paciente.^{13, 14}

La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal.^{13, 14.}

Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada. La técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical.^{13, 14.}

MANIOBRA DE KRISTELLER

Consiste en empujar con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el empuje de la madre para hacer salir con mayor rapidez al producto. Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.^{13, 14}

MOMENTO PARA EL PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBICAL

Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer período de TP (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical. El pinzamiento tardío (1-3 minutos en casos de asfixia fetal al nacimiento) está contra indicado.^{13, 14}

ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL TERCER PERÍODO DE TRABAJO DE PARTO (ALUMBRAMIENTO)

Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto con fines de reducir la hemorragia posparto.^{13,14} Lo anterior consiste en:

- Administrar agentes uterotónicos (Oxitocina /y o Ergonovina, y/o misoprostol).
- Aplicar tracción controlada o suave en el cordón umbilical
- Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, según lo que sea adecuado^{13, 14}.

El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto.^{13, 14}

Las mujeres deben ser informadas (preferentemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.^{13, 14}

La tracción del cordón sostenida debe ser solo en unidades con personal calificado en la atención obstétrica con el útero contraído o al palpar una contracción no realizar tracción forzada para evitar eversión del útero.^{13,14}

En la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. La revisión del tono uterino posterior al nacimiento debe realizarse en toda paciente.^{13,14}

UTEROTÓNICOS

La Oxitocina es el uterotónico de primera elección para el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, la dosis es de 10 UI inmediatamente después del nacimiento del recién nacido vía IM o IV si hay venoclísis colocada. ^{13,14}

Otro uterotónico es la Ergonovina la dosis es de 0.2 mg intramuscular (IM), se debe monitorear en forma estrecha la presión arterial, manifestaciones de infartos al miocardio o accidentes vasculares cerebrales. Debe de indicarse con precaución pudiendo generar efectos graves en pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía o arritmias. Se encuentra contraindicada en caso de Hipertensión arterial sistémica, Preeclampsia y enfermedad cardiaca. ^{13, 14.}

La Carbetocina siempre es una opción farmacológica de segunda línea para la prevención de la hemorragia. La dosis intravenosa utilizada es de 100 µg en bolo, lentamente durante un minuto. Se indica en forma preventiva en pacientes con altas probabilidades de sangrado posparto o de forma terapéutica ante falta de respuesta a otros uterotónicos en hemorragia obstétrica. ^{13,14}

El misoprostol prostaglandina se utiliza como segunda o tercera opción por profesionistas de la salud capacitados o con experiencia en su uso. En caso de contar con misoprostol la vía oral en dosis de oral 400 mcg, 600 u 800 mcg está indicado cuando la hemorragia posparto no responde al uso de oxitócicos, o ergovínicos . ^{13, 14}

Se deben considerar el tratamiento quirúrgico, ya sea conservador o radical, de acuerdo a cada caso al criterio médico. ^{13, 14}

REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA POSTERIOR AL ALUMBRAMIENTO Y ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

Un estudio clínico, con fines de evaluar si existían diferencias en las complicaciones postparto en pacientes con o sin revisión de cavidad, no encontró diferencias significativas, considerando que no debe realizarse en forma rutinaria y ofrecer analgesia obstétrica o bloqueo de nervios pudendos .¹

Está reconocido que la revisión de cavidad puede realizarse cuando:

1. Existe sospecha de retención de fragmentos placentarios o membranas.¹⁴
2. Alumbramiento manual previo.¹⁴
3. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesáreas anterior.¹⁴
4. Presencia de hemorragia uterina postparto.¹⁴
5. Parto pre término. ¹⁴
6. Ruptura de membranas de seis horas o mayor.¹⁴
7. Parto fortuito.¹⁴
8. Óbito.¹⁴
9. Hemorragia uterina postnacimiento sospechando de atonía uterina¹⁴

En un estudio de cohortes que compara la revisión manual de la cavidad uterina vs revisión instrumentada cuidadosa (procedimiento que se realiza utilizando una pinza Forester con una gasa montada o con legras) demostró que existe una mayor incidencia de hemorragia postnacimiento en aquellos casos en los que se practica una revisión manual.¹⁴

BENEFICIOS DEL APEGO INMEDIATO Y LACTANCIA MATERNA INMEDIATA

Un estudio reporta que los niños amamantados exclusivamente al seno materno mostraron mayores beneficios ante problemas de salud como: sobrepeso, obesidad, infecciones respiratorias o gastrointestinales, comparados con aquellos sin lactancia materna. La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el período postparto inmediato apoyando el contacto piel a piel. ¹⁴

Se recomienda el contacto temprano piel-piel de madres y recién nacidos sanos post-nacimiento, pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en los recién nacidos (RN). Y que permanezca junto a su madre en todo momento tras el parto, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del RN lo permitan.

Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con el RN. Iniciar la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan. El papel del apoyo doula puede ofrecerse a través del personal capacitado (internos, residentes, enfermeras). ¹⁴

DESGARROS PERINEALES Y SU REPERACIÓN

- ✓ La mayoría de las mujeres pueden dar a luz sin un daño grave en el perineo, pero un 1% a un 8% de las mujeres sufre desgarros perineales graves durante el parto vaginal. ^{14, 15.}
- ✓ El desgarro perineal de primer grado: lesión sólo en la piel, desgarro perineal de segundo grado existe lesión en el periné con compromiso de los músculos perineales pero no del esfínter anal; el desgarro perineal de tercer grado: lesión en el periné con compromiso del complejo del esfínter anal: 3a: desgarro con compromiso inferior al 50% del esfínter anal externo; 3b: desgarro con compromiso superior al 50% del esfínter anal externo; 3c: desgarro del esfínter anal interno (IAS); desgarro perineal de cuarto grado: lesión del periné que compromete el complejo del esfínter anal (esfínter anal externo y esfínter anal interno) y el epitelio ano rectal. ^{14,15.}

- ✓ Existen dos métodos reconocidos para la reparación del esfínter anal externo dañado: una reparación terminoterminal (aproximación) y una reparación por superposición. En el método terminoterminal, los extremos desgarrados del esfínter anal externo se aproximan y se suturan sin superponer el músculo. En el método por superposición, los extremos desgarrados del esfínter anal externo se juntan y se suturan por medio de la superposición de un extremo del músculo sobre el otro, a través del método de sutura doble.^{14, 15}.

PARTO VERTICAL

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.^{16, 17, 18}

Fisiología comparada:

Parto horizontal

- ✓ El útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardiaco, hipotensión y bradicardia; asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga.^{16, 17, 18}
- ✓ Los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como peso muerto no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final.^{16, 17, 18}

- ✓ Los diámetros intrapélvicos maternos alcanzan sus mayores valores cuando los músculos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen, por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y anteroposteriores.^{16,17,18}
- ✓ La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se toma más difícil debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de gravedad.^{16,17,18}
- ✓ La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.^{16,17,18}
- ✓ La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.^{16,17,18}
- ✓ La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasiada el periné pudiendo favorecer los desgarros.^{16,17,18}

Parto vertical

- ✓ En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.^{17,18,19}
- ✓ Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el periodo de dilatación, como en el expulsivo, facilitando la transición feto-neonatal.^{17,18}
- ✓ Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción.^{16,18}
- ✓ Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. En sentido antero posterior y 1cm en transversos.^{17,18}
- ✓ La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto.^{17,18}
- ✓ La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorecen el encaje y el descenso del feto.^{17,18}

- ✓ Se estima que la madre gana entre 30-40mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.^{17,18,19,20}
- ✓ Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardiacos fetales.^{17,18,19,20.}
- ✓ El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente.^{17,18,19,20}
- ✓ El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos con menos dolor, sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.^{17,18,19,20}
- ✓ Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación.^{17,18,19,20}

Técnica de atención de parto vertical

La paciente realiza vaciamiento vesical mediante micción espontánea se coloca en posición vertical sentada sobre sillón obstétrico o banquillo obstétrico, se realiza aseo de la región abdomino genital, se procede a colocar campos estériles, se atiende polo cefálico con técnica de manos listas, se libera hombro anterior y posterior así como resto del cuerpo se pinza cordón umbilical al dejar de latir y se corta, se realiza limpieza secreción oronasal del recién nacido respirando y con llanto vigoroso, se promueve apego inmediato a la madre que con asistencia de pediatra se limpia y se seca al recién nacido posteriormente es entregado a pediatra para su atención. Se realiza alumbramiento dirigido con maniobra de Brand Andrews y Dublin, se procede a manejo activo de tercer periodo de trabajo de parto administrando 10 unidades de oxitocina intramuscular se procede a revisión de integridad placentaria, así como integridad de canal de parto se realiza aseo genital.²¹

Técnica de parto en posición de litotomía

Se coloca a la paciente en posición de litotomía se realiza aseo de la región abdomino genital se realiza vaciamiento vesical con sonda Nelaton no. 16 french , colocan campos estériles , se aplica 10 unidades de lidocaína al 1% sobre horquilla vulvar se procede a episiotomía lateral derecha se atiende polo cefálico con maniobra de Ritgen modificada , se libera hombro anterior y luego hombro posterior se extrae resto del cuerpo , se pinza y se corta cordón umbilical , se aspiran secreciones oronasales entre entrega recién nacido a pediatra para su atención inicia manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto con de oxitocina 10 unidades intramusculares , se procede a alumbramiento manualmente dirigido con maniobra de Brand , Andrews y Dublín , se realiza cambio de guantes y se procede a revisión manual de cavidad uterina hasta dejar virtualmente limpia .Se afronta episiorrafia en tres planos iniciando con mucosa con sutura catgut 2-0 con súrgete continuo anclado , músculo con catgut crómico 2-0 con puntos simples y piel con catgut crómico 2-0 con puntos simples invertidos , se verifica hemostasia e integridad de canal del parto y se realiza aseo de región genital .²²

II.- ANTECEDENTES:

Históricamente las diferentes variedades de posiciones verticales han sido utilizadas por las culturas de todo el mundo. Existen referencias históricas en Australia, Turquía, India, África, Europa, Mesoamérica y Sudamérica donde la posición para el parto se realiza de manera vertical como se representa en las figuras artesanales de las diosas antiguas de estas regiones.¹

Es una posición natural, en la que la mujer siente confort y que representa beneficios para el trabajo de parto y periodo expulsivo. Los partos en su mayoría a través de la historia han sido atendidos por mujeres que a su vez han podido experimentar los partos en carne propia, éstas aplican lo que han comprendido como mejor para ellas. La posición de cuclillas, utilizada en muchas regiones de Asia, África y en América en la atención del parto, coincide con la postura en la que las personas habitualmente trabajan y descansan en dichas regiones.^{1,2}

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural.^{1,2}

Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es llamado en Argentina y España por un “parto humanizado”; en Chile, por la “dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”. Argentina cuenta con una ley sobre los derechos de los padres y de la persona recién nacida, y Venezuela cuenta en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, un artículo destinado a la violencia obstétrica que incluye la imposición de la posición de litotomía.^{1, 2,3}. Hace casi una década se formó la “Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento”, con la participación de agrupaciones de más de 20 países.

Las evidencias científicas y la presión social en Europa y otras partes del mundo, inclinaron a la OMS a pronunciarse por permitir y estimular el parto humanizado con posiciones verticales. También por facilitar a la mujer tomar decisiones acerca de su cuidado, el acompañamiento de una persona si lo requiere, así como el que los servicios requieren ser sensibles a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias, respetando su privacidad y dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.³

En la actualidad se cuenta con múltiples estudios sobre el impacto de la posición horizontal convencional como el de diferentes variedades del parto vertical tanto en México como en el mundo.^{1,2,3}

En el año de 2003 y 2009 se han realizado revisiones por Cochrane realizando un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer en trabajo de parto que incluye 19 estudios con 5764 pacientes ,refiriéndose que muchas de las culturas tradicionales las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas , paradas entre otras variantes a diferencia de sociedades occidentales donde las mujeres tienen partos acostada sobre espalda con posición de litotomía (con las piernas levantadas sobre estribos) ,observando en este estudio que las mujeres que tienen un parto de esta manera resulta ser más doloroso para la madre , y causa problemas con la frecuencia cardiaca del feto , hubo más mujeres que requirieron ayuda de los médicos mediante fórceps y un mayor número de mujeres a las que fue necesario realizar incisiones en el canal de parto y con esto conlleva a una mayor prevalencia de desgarros perineales ^{1,2,3,4}

El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical para la madre y para el feto por lo que concluye que se debe estimular a las mujeres a que tengan partos en posiciones más cómodas para ellas que habitualmente son las verticales .^{4,5}

En dicha revisión de Cochrane concluyeron que existe evidencia clara e importante que en posición vertical reduce la duración del trabajo de parto, el riesgo de parto por cesárea, la necesidad de epidural y se asocia con menores efectos negativos en las madres y los recién nacidos. ^{4,5}

El parto en posición vertical es aquella en el cual el torso de la mujer y el canal pélvico oscilan dentro de un ángulo de 45 grados y 90 grados con respecto al plano horizontal.^{4,5}

Las diferentes posiciones verticales que involucran el efecto de gravedad pueden ser:

1. Sentada (puede utilizar la silla obstétrica).^{4, 5}
2. Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás a 45 grados sobre la vertical)
3. De rodillas.^{4, 5}
4. En cuclillas: una versión es pegando los talones a los glúteos con el peso hacia atrás (con la ayuda de un cojín de parto o una persona para sostener la espalda ;otra es con los talones levantados y los glúteos más arriba sostenida de una barra).^{4,5}
5. Parada (sostenida de otra persona o de un implemento barra, rama, hamaca o cuerda)
6. En otra revisión Cochrane sugieren varios beneficios para la postura erguida pero con la posibilidad de mayor riesgo de pérdida de sangre, (mayor de 500ml)^{4, .5}

En Bolivia se realizó un estudio de los beneficios de la posición vertical para la atención del parto, y la atención mostro beneficios, además respeta la cultura y costumbres de las pacientes.^{4, 5}

En el Hospital Manuel Ascencio Villareal De Punata en el periodo septiembre 2009 a Enero 2010, se incluyeron 25 pacientes atendidas en posición vertical y 73 en horizontal, la frecuencia de desgarro del primer grado fue de 20% en posición vertical y 26% en horizontal. En cuanto a los de segundo grado, un 4% se presentó en posición vertical y en 1.4% en horizontal. Se realizó episiotomía en un 26% de los partos atendidos en posición horizontal y en posición vertical, 4%.⁵

Algunos estudios demostraron que cuando se da libertad de movimientos se requiere menos analgesia (Chan 1963, Flynn 1978, Mc Manus y Calder 1978, Díaz 1980, Williams 1980, Hemminki 1983, Melzack 1991). Un estudio (Flynn 1978) halló una significativa reducción de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal en la posición de pie (OR 0.10 IC 95% 0.03-0.41), pero otros estudios no detectaron diferencias en los resultados neonatales. Gupta et al. En el año 2003 demostraron una reducción en la tasa de nacimientos por operación cesárea (OR 0.82 IC 95% 0.69-0.98), en episiotomías (OR 0.73 IC 95% 0.64-0.84) y en el dolor en el segundo estadio del parto (OR 0.59 IC 95% 0.41-0.83) en las embarazadas que permanecieron de pie versus las que permanecieron en posición supina.⁵

En México se han realizado proyectos piloto en el Hospital General de Oaxaca Dr. Aurelio Valdivieso para la atención del parto en posición vertical vs horizontal donde se comparó el resultado perinatal donde se concluye que se favorece el acortamiento del segundo periodo del trabajo de parto sin embargo se observó mayor incidencia de desgarros perineales a pesar de que en este estudio solo se incluyen pacientes multigestas. Observaron que no induce complicaciones obstétricas mayores como desgarros perineales graves, hemorragia obstétrica, ellos observaron que no influye en la intensidad del dolor ni impide a realizar maniobras para la obtención del feto como uso de forceps o cesárea.¹⁷

Sin embargo es una posición que resulta más cómoda para la paciente.¹⁷

La atención de parto en posición vertical se ha implementado con éxito en estados como Veracruz, Nayarit, Colima, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Quintana Roo, en el Estado de Hidalgo principalmente en el Municipio de Tula que fueron colaboradores de la "Norma Técnica de atención de parto intercultural en posición Vertical" sin embargo no se cuenta con artículos publicados de su efectividad.²²

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General de Pachuca se atiende en promedio 3413 partos en un año de los cuales a un 90% solo se oferta la atención de parto en posición de litotomía y únicamente al 10% se oferta la oportunidad de elegir entre la posición de litotomía y la atención de parto en posición vertical ya que es una técnica poco conocida dentro de esta unidad hospitalaria por lo que es necesario demostrar los beneficios y seguridad del parto en posición vertical .

Dentro de la población atendida en esta unidad hospitalaria, 5% originaria de etnias indígenas, por lo que es importante implementar la interculturalidad para la atención del parto .

Actualmente dentro de la legislación del Estado de Hidalgo, se aprobó la reforma al capítulo 45 fracción VI ,referente a la violencia obstétrica , promoviendo la atención del parto , donde la mujer pueda elegir la posición que le resulte más cómoda para parir, evitar el uso indiscriminado de medicamentos , la realización indiscriminada de episiotomía y de intervenciones innecesarias como la colocación de sonda vesical, realización de tricotomía y enemas, además de promover el apego inmediato de la madre con el recién nacido, se promueve el respeto a la integridad y libertad de la paciente, ofreciendo una atención humanizada .³⁰

Por lo tanto , es importante el conocimiento y aplicación de técnicas distintas a la atención del parto en posición de litotomía ,como es la atención del parto en posición vertical .Surgiendo la necesidad de evaluar la prácticas médicas en obstetricia, para mejorar la atención de las pacientes y con ello disminuir morbilidades como desgarros perineales graves , hemorragia obstétrica , asfixia perinatal así como elevar el nivel de la práctica clínica de esta unidad hospitalaria.

De aquí surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la atención de parto en posición vertical en comparación a la atención de parto en posición de litotomía?

IV.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVOS GENERALES

Determinar las ventajas y desventajas de la atención del parto en posición de litotomía y en posición vertical

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia cardiaca fetal durante el periodo expulsivo en los productos de pacientes atendidas en posición de litotomía así como en posición vertical
2. Determinar el tiempo de periodo expulsivo en posición vertical y en posición de litotomía
3. Determinar la prevalencia de desgarros perineales, así como el grado de desgarro en pacientes a las que se atiende parto en posición vertical en comparación con las que se atiende parto en posición de litotomía.
4. Cuantificar la cantidad de sangrado que se presenta durante la atención de parto vertical vs litotomía.
5. Comparar la cantidad de insumos de curación utilizada (guantes, sutura, gasas, jeringas) durante la atención de parto vertical vs litotomía.
6. Identificar la satisfacción de la paciente durante la atención de parto vertical vs parto en litotomía.

V. - JUSTIFICACIÓN

- ✓ La relevancia de realizar esta investigación es mostrar las ventajas y desventajas de la atención del parto en posición de litotomía y vertical para las pacientes que acuden para atención de parto.
- ✓ Dar a conocer una nueva técnica de atención del parto a los médicos del servicio de Ginecología y Obstetricia ya que la atención de parto en posición vertical es poco conocida y practicada dentro del Hospital general de Pachuca
- ✓ Dar a conocer las ventajas y desventajas de la atención en posición vertical y litotomía para que puedan informar y ofertar a las pacientes entre dos distintas técnicas de atención de parto ,permitiendo decidir y tomar a la paciente la posición que le resulte más cómoda y de mayor beneficio.
- ✓ Promover el respeto de las decisiones de la paciente , hacerle sentir participe durante la atención del parto, así como la promoción del apego inmediato con el recién nacido logrando mayor beneficio psicoafectivo para el binomio
- ✓ Promover que se haga del parto un proceso más fisiológico con la menor invasión posible de parte del médico como es la realización restrictiva de la episiotomía
- ✓ Procurar la satisfacción de las pacientes
- ✓ Disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud. Población formada por mujeres que pueden presentar riesgos y complicaciones, cuyo rechazo o alejamiento de los servicios puede significar su muerte.
- ✓ Se sustentará política de interculturalidad mejorando la calidad de los servicios de salud y erradicar barreras culturales ,aumentar la sensibilidad y la amigabilidad cultural para atender a cada usuaria de acuerdo a sus propias necesidades

- ✓ Este proceso se sustenta también en la política de la Secretaría de Salud dirigida a fortalecer y ampliar la oferta de los servicios de salud con la incorporación de diferentes modelos tanto clínicos terapéuticos, como de fortalecimiento de la salud, bajo planteamientos de seguridad y eficacia.
- ✓ En la Ley General de Salud en el Artículo 93 publicada el 6 de septiembre del 2006 refiere que los programas de prestación de la salud ,de atención primaria que se desarrolla en comunidades indígenas deberán adaptarse a su estructura social y administrativa así como su concepción de la salud y de relación.²⁵
- ✓ Asegurar que en la prestación de los servicios del sector sean respetados los derechos fundamentales de las mujeres; la Ley de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia en el artículo 45 título III capítulo III sección IX.²⁹
- ✓ Erradicar la violencia obstétrica como se marca en la reforma de ley aprobada El 5 de marzo del 2015 del capítulo 45 fracción VI e inciso e de la fracción XII referente a la violencia obstétrica ejercida por el sistema de salud , interviniendo como un proceso de enfermedad el embarazo el parto y el puerperio ,medicar sin causa , obstaculizar el apego precoz del recién nacido a la madre trato deshumanizado y daño a la integridad o libertad de la mujer .³⁰
- ✓ Disminuir los costos de insumos ya con la atención de parto vertical se requiere de menos insumos ya que existe hay menor incidencia de desgarros perineales , la episiotomía se restringe y por lo tanto menor uso de materiales propios para la reparación de desgarros y episiorrafía como es el uso de jeringas , lidocaína , suturas , guantes .

VI.- HIPÓTESIS

En la atención de parto en posición vertical en comparación con el parto en posición de litotomía existe menor prevalencia de alteración de la frecuencia cardiaca fetal durante la segunda fase del trabajo de parto, permite acortar el tiempo en el periodo expulsivo , no representa mayor prevalencia de asfixia perinatal reflejada en la calificación del Test de Apgar y Silverman , menor frecuencia de desgarros perineales , mayor satisfacción de la usuaria , menor requerimiento de insumos de curación durante la atención del parto , con la desventaja de mayor cantidad de sangrado durante el parto.

VII.-MATERIAL Y MÉTODOS

VII.I.-LUGAR DONDE SE ELABORÓ LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizará en el Hospital General de Pachuca, considerado como atención de segundo nivel, la información se tomará de la cedula aplicada a pacientes que serán atendidas en la unidad de tococirugía del servicio de Ginecología y Obstetricia.

DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio cuasi experimental, se revisarán cédulas aplicadas de pacientes que serán atendidas por el tesista.

VII.II.-UBICACIÓN-ESPACIO TEMPORAL

El estudio se realizará en el servicio de Ginecología y Obstétrica, con las cédulas aplicadas a pacientes que serán atendidas en la unidad de tococirugía. En el mes de Febrero-Marzo 2016.

VII.III.-SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes de cualquier edad hospitalizadas en tococirugía con embarazo de bajo riesgo normoevolutivo
2. Primigestas y Multigestas
3. Que acepten se le determine la posición de atención del parto ya sea vertical o en litotomía.
4. Embarazo con edad de mayor a 37 a 41 semanas de gestación determinada por fecha de última menstruación y por ecografía
5. Valoración pélvica clínica previa determinando pelvis útil para resolución de parto vía vaginal
6. Talla materna estimada igual o mayor a 150 cm
7. Índice de masa corporal estimado menor a 39.9
8. Trazo cardiotocográfico reactivo
9. Peso fetal estimado de 2500 gramos hasta 3850 gramos
10. Índice de líquido amniótico estimado mayor a 4cm de Phelan(4 bolsillos)
11. Que acepte, se le aplique únicamente anestesia local durante la reparación de episiotomía o desgarros perineales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Criterios de Exclusión maternos:

1.- Pacientes con contraindicación para resolución de trabajo de parto vía vaginal como:

- ❖ Pelvis no útil para resolución de parto vía vaginal determinando por valoración clínica previa
- ❖ Incisión uterina corporal previa
- ❖ Cesárea iterativa
- ❖ Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH)
- ❖ Condilomas vulvares grandes que obstruyan el canal del parto
- ❖ Herpes genital activo
- ❖ Talla estimada menor a 150 cm

2.- Pacientes con embarazo de alto riesgo

- ❖ Síndrome preeclampsia / eclampsia
- ❖ Diabetes Manifiesta
- ❖ Trombocitopenia
- ❖ Cardiopatías cianógenas y acianógenas
- ❖ Epilepsia
- ❖ Artritis reumatoide
- ❖ Luxación congénita de cadera
- ❖ Índice de masa corporal estimado mayor a 39.9

3.- Pacientes que no cuenten con ultrasonidos previos

4.- Pacientes sin trazo cardiotocográfico

5.- Pacientes quienes no acepten la posición de atención de parto que le corresponda aleatoriamente litotomía vs vertical aun después de haber aceptado y firmado el consentimiento informado de participación en la investigación

5.- Criterios de exclusión por condiciones placentarias y fetales:

- ❖ Edad menor a 36 semanas de edad gestacional y no mayor a 41 semanas de edad gestacional
- ❖ Sufrimiento fetal
- ❖ Distocia de presentación
- ❖ Índice de líquido amniótico (4 bolsillos o Phelan) menor de 4 determinado por ecografía
- ❖ Trazo cardiotocográfico no reactivo a pesar de maniobras de reanimación
- Distocias de posición persistente
- ❖ Baja reserva fetal
- ❖ Productos con anomalías congénitas
- ❖ Retraso en el crecimiento intrauterino
- ❖ Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- ❖ Placenta previa
- ❖ Placenta de inserción baja
- ❖ Peso fetal estimado mayor a 3850 gramos
- ❖ Prolapso del cordón umbilical

- ❖ Hidrocefalia
- ❖ Embarazo Gemelar
- ❖ Doble circular de cordón a cuello

6.- Pacientes de cualquier edad hospitalizadas en la unidad de tococirugía con indicación de resolución de embarazo por vía vaginal que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1.- Pacientes de cualquier edad con indicación de resolución de parto por vía vaginal que cumplan con criterios de inclusión en las que se requiera resolución de embarazo vía abdominal de urgencia como baja reserva fetal , taquicardia fetal persistente , bradicardia fetal persistente , prolapso de cordón umbilical, falta de progresión de trabajo de parto a pesar de conducción con oxitocina .

2.-Pacientes que soliciten analgesia obstétrica

VII.IV.-DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA Y EL MUESTREO

Se calculó el tamaño de muestra en base a una proporción:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

Donde

- ◇ $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95 %)
- ◇ $p =$ proporción esperada (en este caso 20%) .²
- ◇ $q = 1 - p$ (en este caso es de 1-20)
- ◇ $d =$ precisión (en este caso el porcentaje de desgarros de primer grado fue de 9).

1.- El tamaño de muestra mínimo necesario para el estudio es de 62 pacientes atendidas de parto vertical y 62 pacientes de parto horizontal ,el muestreo se realizará por cuotas .²

VII.V.-DEFINICIÓN OPERACIONALES DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Parto vertical, parto en posición de litotomía

VARIABLE DEPENDIENTE: Tiempo de periodo expulsivo, perdida sanguínea durante el parto, desgarros perineales , condiciones del recién nacido , cantidad de materiales de curación ,nivel de satisfacción de la paciente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Variables sociodemográficas				
Ocupación	Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución	Empleo u oficio que desempeña	Cualitativa nominal 1.- ama de casa 2.- estudiante 3.- Empleada 4.- Obrera 5.- Comerciante 6.- Otros	Expediente clínico
Escolaridad	Grado máximo de estudios de persona	Grado máximo de estudios de una persona empezando desde analfabeta primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, postgrados Completo o incompleto	Cualitativa ordinal 1.- Analfabeta 2.- Primaria completa 3.- primaria incompleta 4.- secundaria completa 5.- bachillerato	Expediente clínico

			completo 7.- bachillerato incompleto 8.- licenciatura 9.- postgrado	
Estado civil	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos deberes y derechos	Estado que guarda la persona con respecto a la ley civil que rige, siendo las categorías a considerar soltera, casada, unión libre, viuda, divorciada	1.- Unión libre 2.- Soltera 3.- casada 4.- Viuda 5.- Divorciada	
Edad	Tiempo transcurrido desde nacimiento de un individuo	Tiempo en años que una persona ha vivido desde que nació	Cuantitativa continua de razón	Expediente clínico

Antecedentes gineco-obstétricos				
Gestas	Cantidad de veces que se ha embarazado una mujer	Número de embarazos de una mujer	Cuantitativa discreta de razón	Expediente clínico
Partos	Finalización del embarazo obteniendo el producto por vía vaginal, en productos mayores de 22 semanas de gestación	Número de productos obtenidos por vía vaginal mayores de 22 semanas de gestación	Cuantitativa discreta de razón	Expediente clínico
Abortos	Es la expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación	Número de productos de la concepción por expulsión o extracción antes de la semana 20 de gestación	Cuantitativa de razón	Expediente clínico
Variable independiente				
Parto Vertical	Posición en cuclillas que se asocia a una reducción en la duración de la fase activa del parto, reducción de episiotomías,	La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal oscilan de un ángulo de 45 ⁰ y 90 ⁰ con	Cualitativa dicotómica	Base de datos

		disminución del dolor, reduce el trauma obstétrico y las alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal.	respecto al plano horizontal		
Parto en posición de litotomía	en	Parto en posición dorsal, permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro	Se coloca a la paciente con las piernas fijas en estribos, puede combinarse con una inclinación pélvica lateral y una posición semisupina	Cualitativa dicotómica	Base de datos
Variable dependiente					
Desgarros perineales		desgarro que se produce en las partes blandas del canal del parto	Los desgarros de primer grado incluyen mucosa vaginal y el tejido conectivo, los desgarros de segundo grado incluyen mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes,	Cualitativa categórica 1.Sin desgarros 2.- primer grado 3.- segundo grado 4.- tercer grado 5.- cuarto grado	Base de datos

		los desgarros de tercer grado incluyen una transección completa del esfínter anal y los desgarros de cuarto grado incluyen mucosa rectal		
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Número de latidos cardiacos fetales en un minuto ,rango es de 110 a 170 por minuto	Número de latidos cardiacos fetales por minuto monitorizado mediante doptone	Cuantitativa discreta de razón	Base de datos
Tiempo de segundo periodo de trabajo de parto	Tiempo que transcurre comenzando la dilatación completa y concluye con la expulsión del feto.	Tiempo que inicia al tener dilatación completa hasta la expulsión del feto. En primigestas ,una duración promedio de 90 a 120 min y multíparas de 60 minutos	Cuantitativa discreta de razón	Base de datos
Perdida	Cantidad de	Perdida	Cuantitativa	Expediente

sanguínea durante el parto	perdida hemática durante el parto vaginal menor o igual a 500 ml	sanguínea cuantificada durante el parto vaginal menor a 500 ml Mayor de 500 ml se considera hemorragia obstétrica	a discreta razón	clínico
Material de curación	Son todos aquellos insumos que se utilizan para proporcionar atención médica, quirúrgica, procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se requiere para la atención de los pacientes.	Cuantificación los insumos utilizados durante el parto en específico material de sutura, guantes, paquetes de de 10 gasas estériles , jeringas .	Cuantitativa a discreta razón	Base de datos
NIVEL DE SATISFACCION DE LA	Es un indicador de la calidad de la atención	Evaluación de la atención recibida, que	Cualitativo categórica 1.-excelente	Base de datos

PACIENTE	sanitaria, y a su vez una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios	proporciona la paciente mediante un cuestionario de 10 preguntas del Mackey Childbith Statification Rating Scale ³¹ evaluada con escala de Likert que con cuatro opciones de respuesta a las cuales se da un valor que va del 0 al 3 que al sumarse da un resultado de 0-30 puntos que equivalen a 1.-excelente 30-26 puntos 2.-adecuada 25-21 puntos 3.-regular 20-16 puntos 4.Inadecuada ≤15 puntos ³¹	30-26 puntos 2.-adecuada 25-21 puntos 3.-regular 20-16 4.Inadecuada 15 puntos o menos	
----------	---	--	--	--

Resultados perinatales				
Test de Apgar al primer minuto y a los 5 minutos	Examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en donde el pediatra, realiza una prueba en la que se valoran 5 parámetros para obtener una primera valoración macroscópica, y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. Al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible	El recién nacido es evaluado de acuerdo a 5 parámetros fisiológicos <ul style="list-style-type: none"> • Tono muscular. • Esfuerzo respiratorio. • Frecuencia cardíaca. • Reflejos. • Color de la piel. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test ,máximo de 10.	Cuantitativa discreta -7 a 10 puntos-sin depresión - 4 a 6 puntos depresión moderada - 3 puntos o menos ,depresión severa	Expediente clínico

	<p>sufrimiento A los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.</p>	<p>El test se realiza al minuto, a los cinco minutos normales</p>		
Capurro	<p>Es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.</p>	<p>Test que toma en cuenta 5 parámetros</p> <p>Forma de la oreja</p> <p>Tamaño de la glándula mamaria</p> <p>Formación de la piel</p> <p>Pliegues plantares de acuerdo a sus características se da una puntuación .</p> <p>A continuación se suman las puntuaciones obtenidas (a esta suma la</p>	<p>Cuantitativa discreta</p> <p>-42 sdg: posmaduro.</p> <p>-37-41: sdg a término.</p> <p>-36 a 35 sdg: prematuro leve</p>	<p>Expediente clínico</p>

		<p>llamaremos P) y se aplica la siguiente fórmula para obtener la edad gestacional estimada (que llamaremos E):</p> $E = \frac{204 + P}{7}$		
Test de Silverman	<p>Es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad .</p>	<p>La prueba evalúa de manera rápida la función respiratoria del neonato Tomando en cuenta 5 criterios- Movimientos toraco- abdominales -Tiraje intercostal Retracción xifoidea Aleteo nasal</p>	<p>Cuantitativa discreta</p> <p>- 0 puntos: sin asfixia.</p> <p>-1 a 3 puntos: asfixia leve.</p> <p>- 4 a 6 puntos: asfixia moderada.</p> <p>- 7 a 10 puntos: asfixia grave.</p>	Expediente clínico

		<p>-Quejido espiratorio</p> <p>Cada parámetro se evalua del 0 al 2 y se suma el total</p>		
--	--	---	--	--

VII.VI.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO :

Este estudio se realizó en el Hospital General de Pachuca, considerado como atención de segundo nivel, la información se tomó de la cedula aplicada a pacientes que fueron atendidas en la unidad de tococirugía del servicio de Ginecología y Obstetricia.

Se revisaron cédulas aplicadas de pacientes que serán atendidas por el tesista .

1.- A su ingreso de la paciente en trabajo de parto en fase activa indicación de resolución de embarazo por vía vaginal se le explicó sobre:

- El tipo de estudio que se va a realizar
- En que consiste el parto vertical y el parto en posición de litotomía.
- La colocación de venoclísis desde su ingreso y la toma de estudios de laboratorio como biometría hemática , grupo sanguíneo y Rh y tiempos de coagulación
- Se explicará los datos que se recabarán para el llenado del cédula de datos

3.- Al cumplir con criterios de inclusión , estando la paciente satisfecha y de acuerdo con la información recibida , se solicitará que firme el consentimiento informado para atención de parto vertical y parto en posición de litotomía

4.- Se solicitó autorización por escrito del consentimiento informado para participar en el estudio.

5.- Se dió la atención del parto según la posición que eligió.

A) Posición de litotomía

Se colocó a la paciente en posición de litotomía se realizó aseo de la región abdomino genital se realiza vaciamiento vesical con sonda Nelaton no. 16 french ,se colocaron campos estériles , se aplicó 10 unidades de lidocaína al 1% sobre horquilla vulvar se procede a episiotomía lateral derecha se atendió polo cefálico con maniobra de Ritgen modificada ,se liberó hombro anterior y luego hombro posterior se extrajo resto del cuerpo ,se pinzó y se cortó cordón umbilical , se aspiraron secreciones oronasaes entre entregó recién nacido a pediatra para su atención inició manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto con de oxitocina 10 unidades intramusculares,se procedió a alumbramiento manualmente dirigido con maniobra de Brand , Andrews y Dublín , se realizó cambio de guantes y se procedió a revisión manual de cavidad uterina hasta dejar virtualmente limpia .Se afrontó episiorrafia en tres planos iniciando con mucosa con sutura catgut 2-0 con súrgete continuo anclado , músculo con catgut crómico 2-0 con puntos simples y piel con catgut crómico 2-0 con puntos simples invertidos , se verifica hemostasia e integridad de canal del parto y se realiza aseo de región genital .²²

B) Posición vertical

La paciente realizó vaciamiento vesical mediante micción espontanea se coloca en posición vertical sentada sobre sillón obstétrico ,se realiza aseo de la región abdominogenital, se procede a colocar campos estériles ,se atiende polo cefálico con técnica de manos listas ,se libera hombro anterior y posterior así como resto del cuerpo se pinza cordón umbilical al dejar de latir y se corta , se realiza limpieza secreción oronasal del recién nacido respirando y con llanto vigoroso ,se promueve apego inmediato a la madre que con asistencia de pediatra se limpia y se seca al recién nacido posteriormente es entregado a pediatra para su atención . Se realiza alumbramiento dirigido con maniobra de Brand Andrews y Dublin, se procede a manejo activo de tercer periodo de trabajo de parto administrando 10 unidades de oxitocina intramuscular se procede a revisión de integridad placentaria ,así como integridad de canal de parto se realiza aseo genital .²¹

6.-Se recabaron los resultados en la cédula de datos

VII.VII.-ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizará base de datos en Excel de donde se realizarán tablas de frecuencia para variables sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos, y para la variable calidad de vida. Cálculo de prevalencia.

Así como el software SPSS para Windows, el tipo de análisis será:

- 1.- Univariado: Se realizarán medidas de tendencia central, medidas de dispersión, medidas de localización y distribuciones de frecuencia para las variables cuantitativas, y para las variables cualitativas y distribuciones de frecuencias y proporciones.
- 2.- Bivariado: Se realizará análisis estadístico para contrastar la hipótesis nula y realizar las medidas de asociación.

VII.VIII.-INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizará el instrumento elaborado para el estudio.

VIII.-ASPECTOS ÉTICOS

Con base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación, capítulo 1, artículo 17, fracción primera. Se califica el procedimiento a realizar en esta investigación sin riesgo. Respetando los artículos 13, 14, 15 y 16 así como sus fracciones.^{23,27}

En el capítulo 1, artículo 17, fracción primera, se identifica y se declara el presente estudio como investigación con riesgo mayor al mínimo : Ya que la Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.^{23,27}

La relevancia de este tipo de investigaciones con llevan un sin número de beneficios para las personas enfermas, contribuye a la comprensión de la etiología y patogenia de una enfermedad, así como al desarrollo de nuevas investigaciones en este campo, para mejorar la atención de las pacientes.

Existe entre el personal de Salud de los Servicios Médicos una gran desinformación sobre las bases legales y científicas de las diferentes posiciones de atención del parto. En las unidades médicas generalmente se utiliza la posición de litotomía (decúbito dorsal) entendiendo que posee bases científicas y legales al ser la más común en la atención de los partos durante la formación médica. Como no se abordan otras posibilidades, se identifica lo que no se informa, como inexistente, acientífico o ilegal.

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reformada por decreto publicado en el Diario Oficial del 14 de agosto de 2001, en su Art. 2o reconoce a

México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional. Con ello la constitución mexicana reconoce a la medicina tradicional como un derecho cultural de los pueblos indígenas.^{24, 26}

En nuestro país, la posición vertical del parto es parte de los conocimientos y elementos que integran la cultura indígena y la medicina tradicional. El texto señala la necesidad de aprovechar debidamente a esta última, lo que implica su ejercicio sobre bases adecuadas de seguridad, calidad, sustentados sobre fundamentos científicos.

- La Ley General de Salud, desde su reforma publicada el día 19 de septiembre de 2006, en el Diario Oficial de la Federación, en torno a la atención a la salud de la población indígena y al reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena señala: Artículo 93. “De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos”. Ya que la atención del parto forma parte de la atención primaria, la Ley General de Salud brinda el marco para otorgar los servicios adaptándose a la concepción de la salud del paciente y respetando sus derechos humanos. Incluye la posición del parto, elemento que es parte de la cultura indígena, y que hay que promover sobre todo si lo demandan las usuarias.^{25,27}

- El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud vigente²⁶, señala las siguientes atribuciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Artículo 25): VII. Proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica; XVII. Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del Sistema Nacional de Salud²⁶

XIX. Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud. Esto significa que la Secretaría de Salud cuenta con las atribuciones para proponer y desarrollar nuevos modelos que tomen en cuenta la cultura de la población, las acciones de sensibilización intercultural y la medicina tradicional. ²⁶

- La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”. ²⁸ Señala: 5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica. Esto significa que la norma no limita el aprovechamiento de esta posición, e incluso señala como elemento fundamental el respeto a las decisiones de la embarazada. ²⁸

- La Secretaría de Salud ha impulsado la acreditación de unidades que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). La Cédula de Acreditación de Unidades de Primer Nivel. Centros de Salud en Zonas Indígenas¹ cuenta con diversos indicadores de carácter intercultural que pretenden contribuir a la mejora del trato a población indígena y disminuir barreras culturales en la atención médica. Uno de dichos indicadores (No. B 290) es el de “Respeto a la decisión del parto vertical y acompañamiento de la partera y familiar”. Esto implica que las Unidades de Salud adscritas al Seguro Popular en Zonas Indígenas, deberán incorporar dichos elementos para mejorar el trato intercultural y favorecer las condiciones de acceso a los servicios y con ello la satisfacción de las usuarias.²⁵

- El estado de Veracruz, ha incorporado en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el concepto de “Violencia Obstétrica”, como un tipo de violencia contra las mujeres .²⁹

En el artículo 7, fracción VI, define como “violencia obstétrica”, la “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se

expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de y uso de fármacos y tratando como patológicos los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.²⁹

En el estado de Hidalgo el 5 de marzo del 2015 se aprobó la reforma al capítulo 45 fracción VI e inciso e de la fracción XII referente a la violencia obstétrica ejercida por el sistema de salud, tratando el embarazo, parto y el puerperio como un proceso de enfermedad y no un proceso fisiológico, realizando abordajes mediante aplicación de medicamentos o intervenciones médicas innecesarias, el obstaculizar el apego precoz del recién nacido a la madre, dar un trato deshumanizado y daño a la integridad o libertad de la mujer.³⁰

IX.-RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

El Hospital General de Pachuca, el servicio de ginecología y obstetricia con pacientes de tococirugía de donde se aplicará directamente a la paciente el instrumento para la recolección de los datos.

Recursos humanos:

Investigador Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Recursos materiales:

Hojas (500)

Folders (50)

Borrador (1)

Sacapuntas (2)

Engrapadoras (1)

Lápices (5)

Lapiceros (5)

Una Computadora portátil marca Toshiba propiedad del investigador principal.

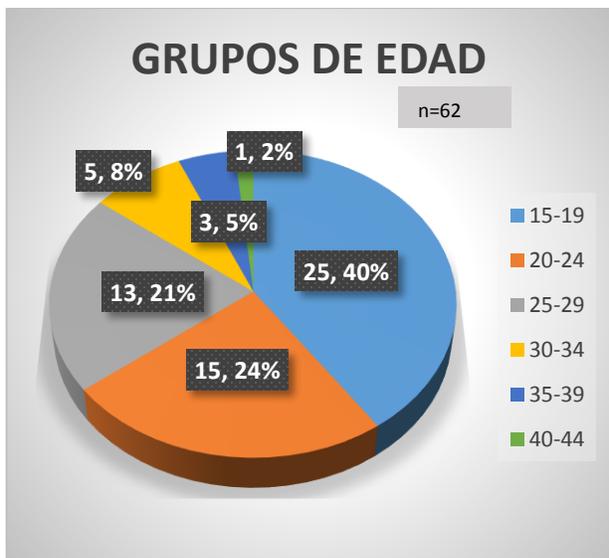
Recursos financieros:

A cargo de investigador

CONCEPTO	COSTO ASIGNADO
Recuperación bibliográfica, compra de libros e impresiones	\$2,000.00
Útiles de oficina y tecnología (internet, otros)	\$2000.00
TOTAL	\$4,000.00

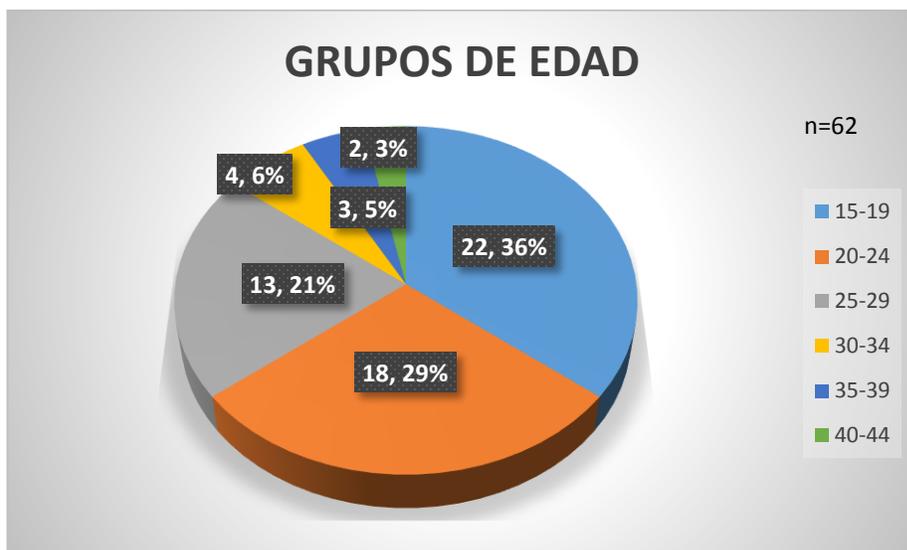
X.-RESULTADOS:

Gráfica No. 1 Grupos de Edad, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



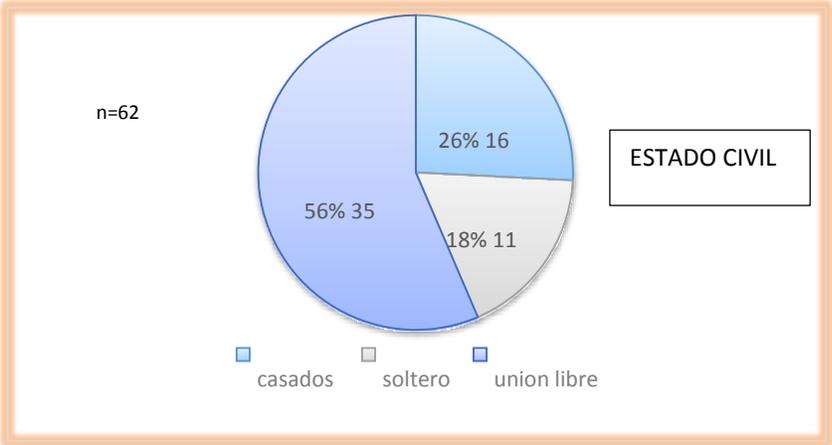
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 2 Grupos de Edad, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía.



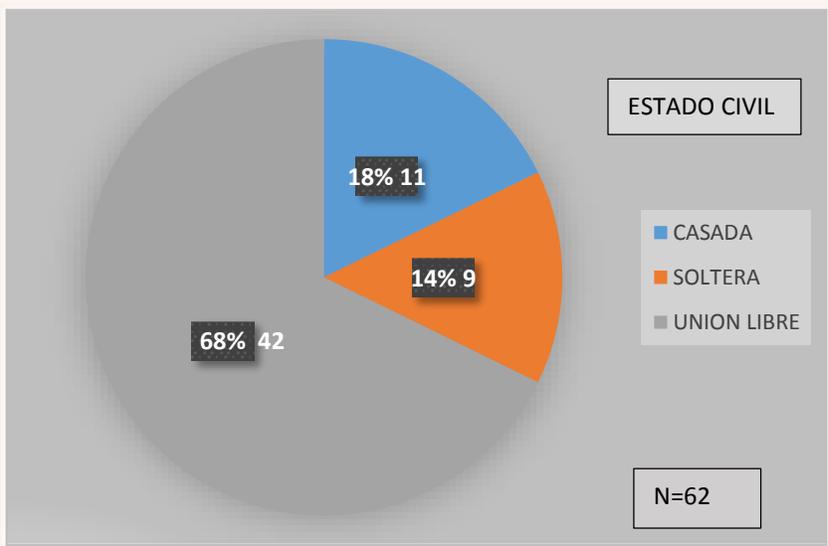
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 3 Estado civil, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



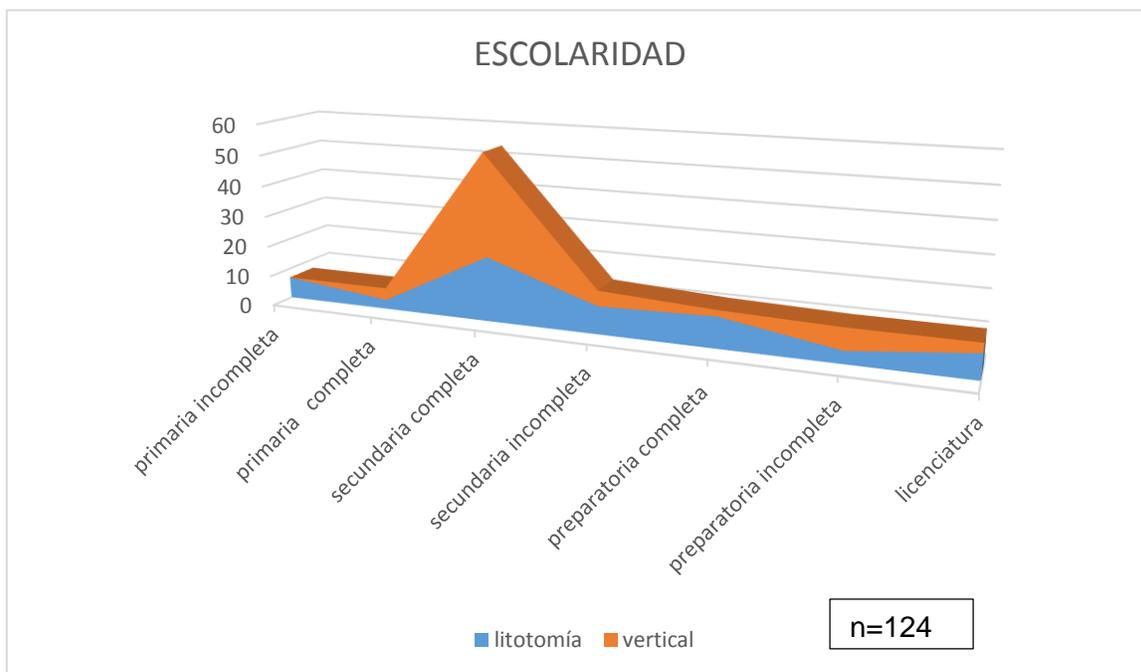
F/uenta: Base de datos

Gráfica No. 4 Estado civil, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



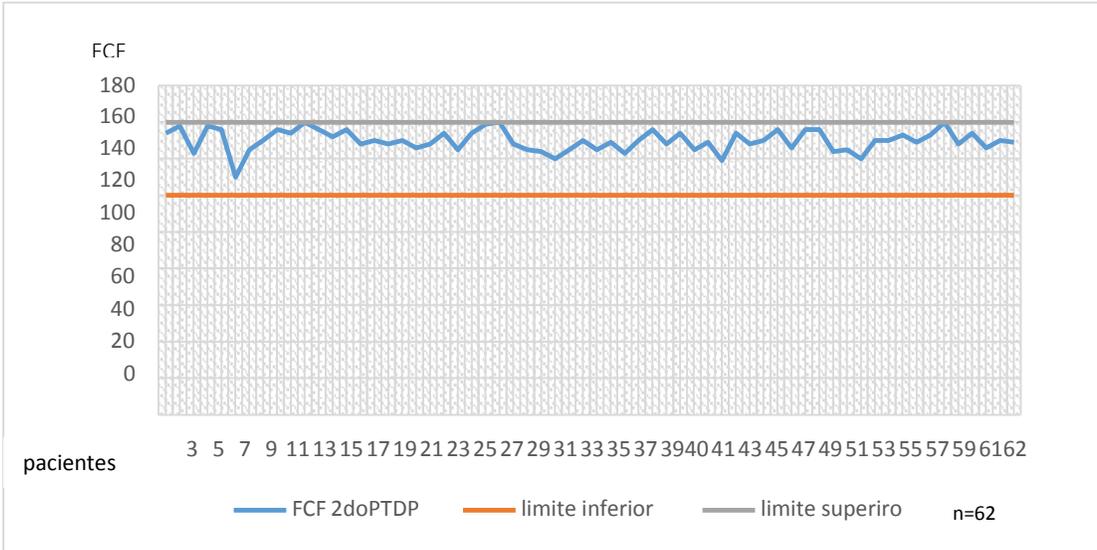
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 5 Escolaridad . Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



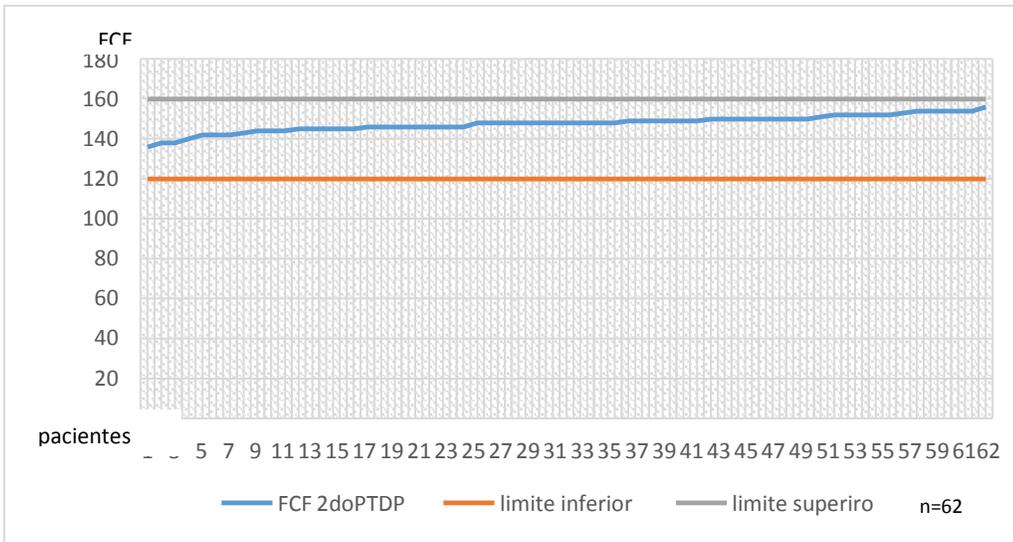
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No. 6 Frecuencia cardiaca fetal, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



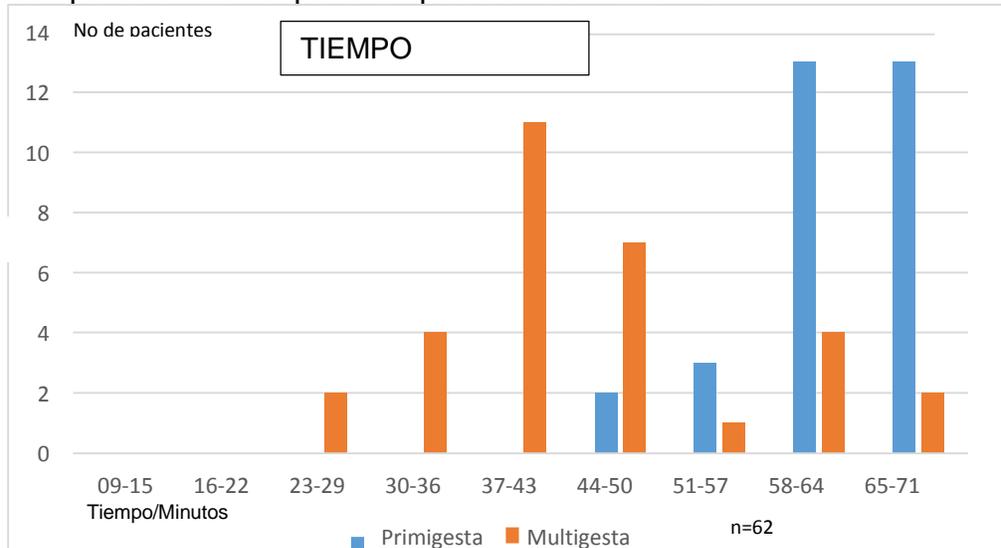
Fuente: Base de datos del estudio.

Gráfica No. 7 Frecuencia cardiaca fetal, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía.



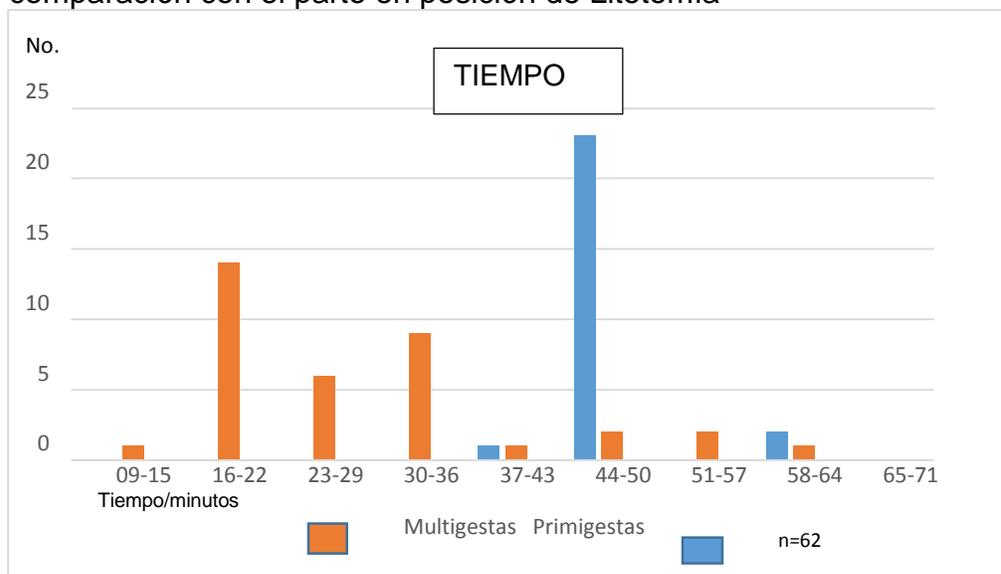
Fuente: base de datos del estudio.

Gráfica No. 8 Duración del segundo periodo del trabajo de parto, primigestas, mutligestas, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



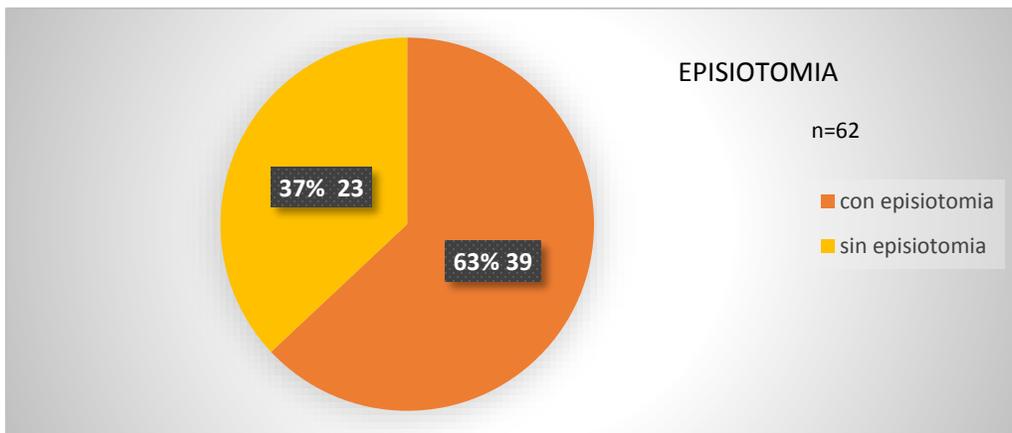
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 9 Duración del segundo periodo del trabajo de parto, primigestas y multigestas, Vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



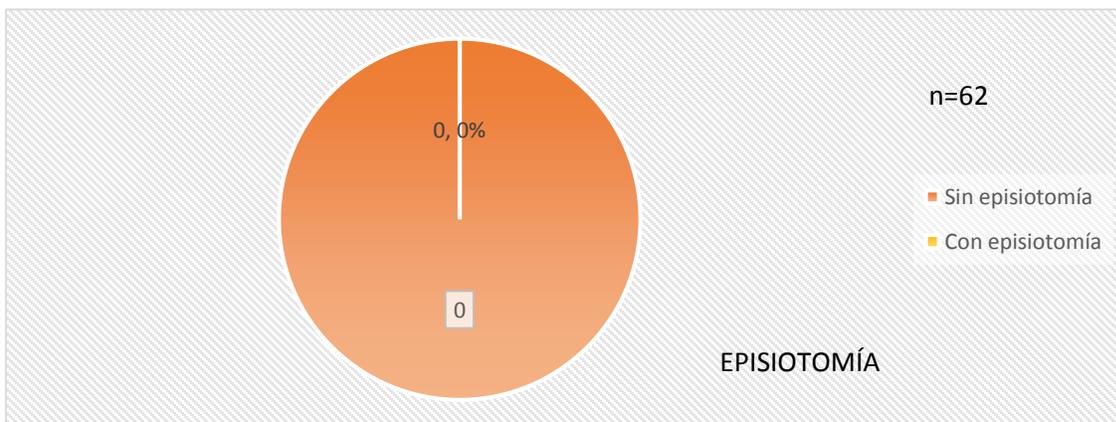
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 10 Episiotomía, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



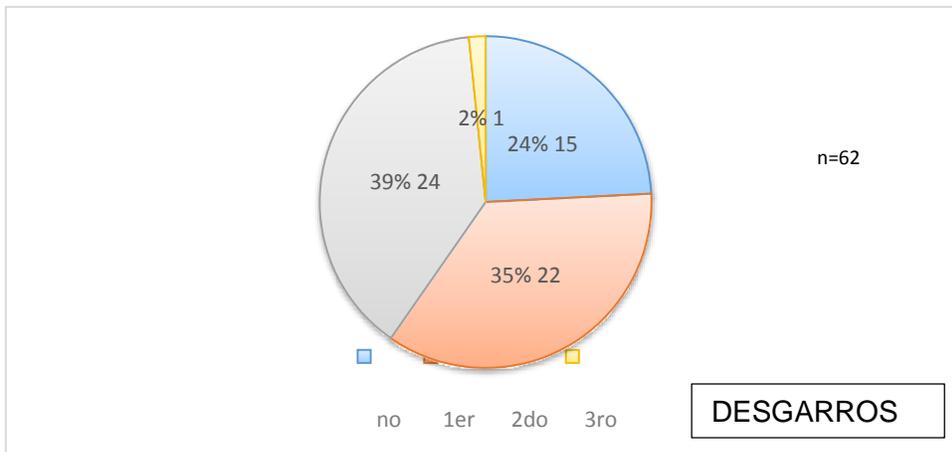
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 11 Episiotomía, Vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



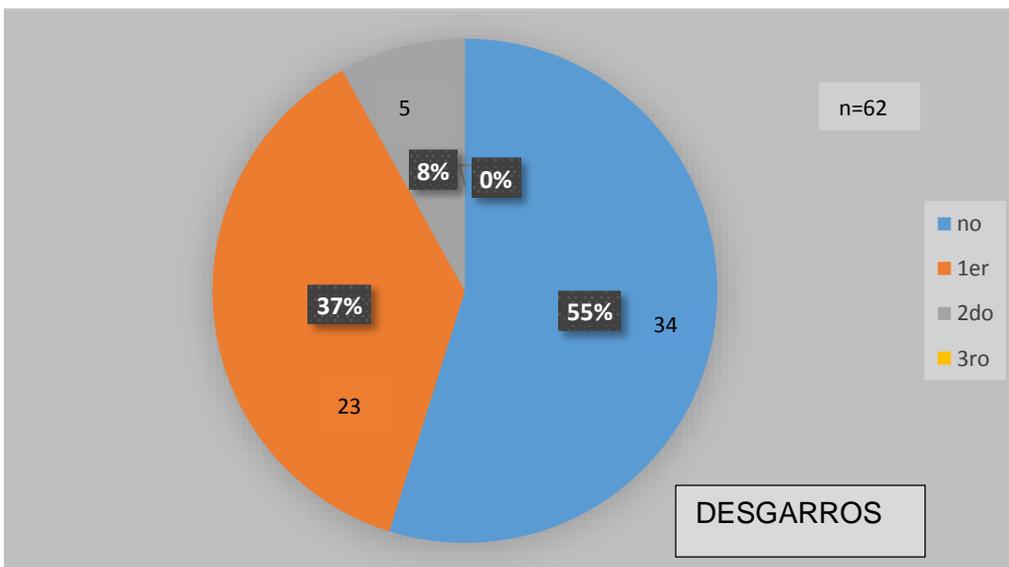
Fuente: Base de datos

Gráfica No. 12 Desgarros, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



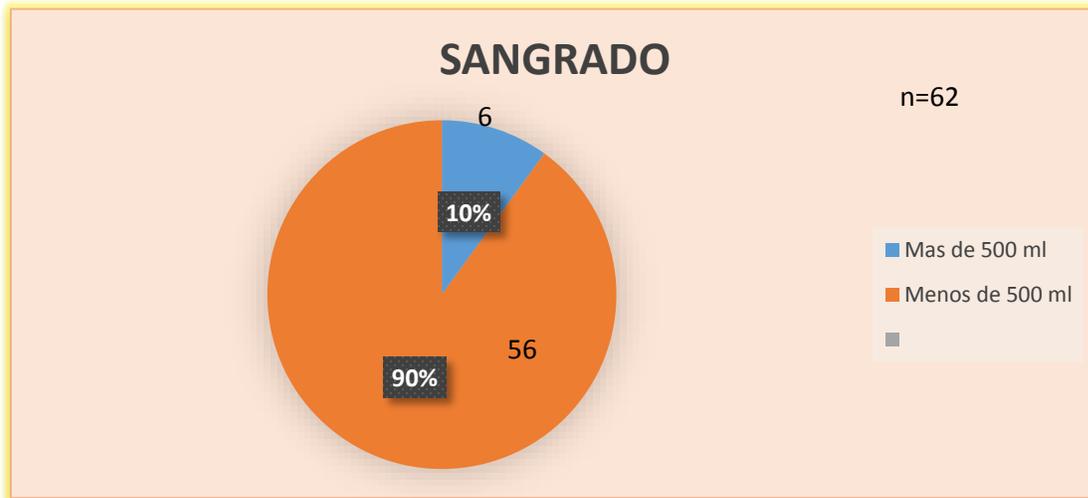
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 13 Desgarros, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



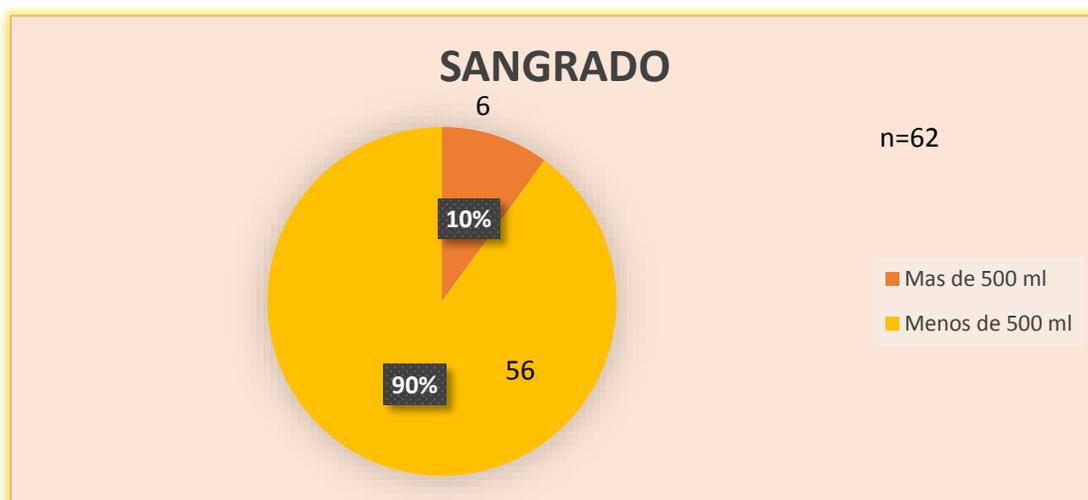
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 14 Sangrado, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



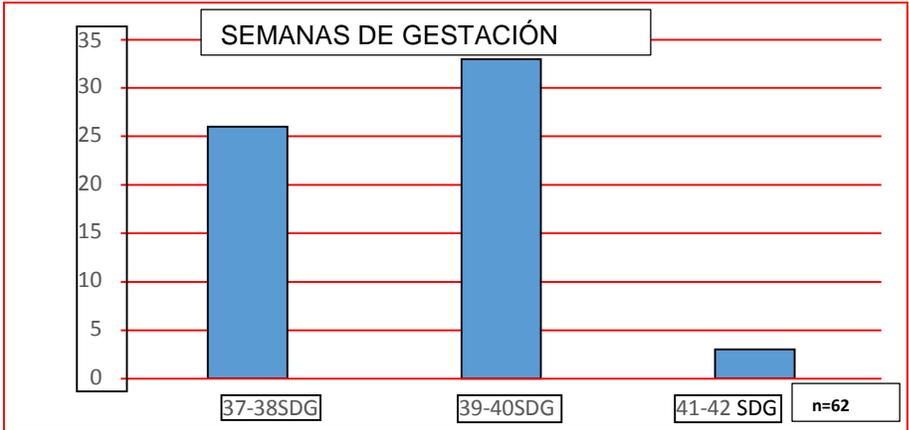
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 15 Sangrado, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



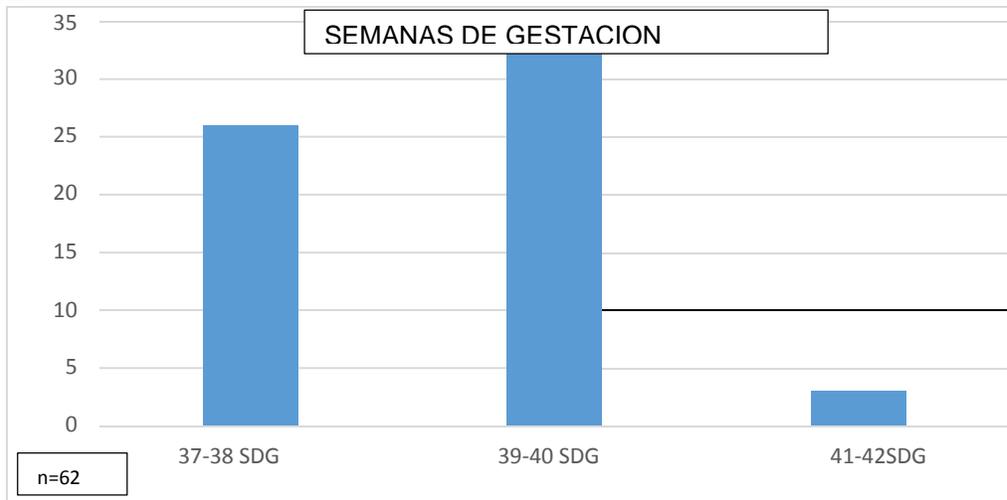
Fuente: Base de datos del estudio.

Gráfica No. 16 Semanas de gestación, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



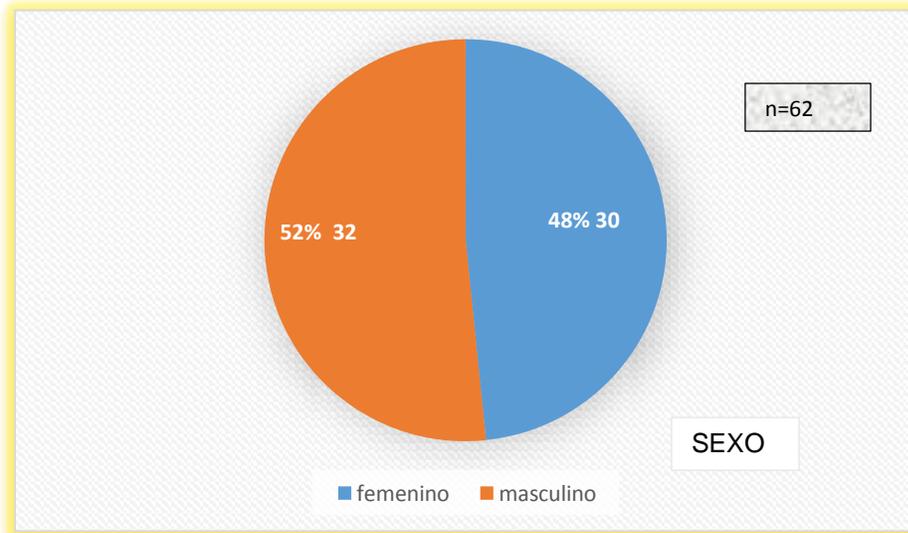
Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 17 Semanas de gestación, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



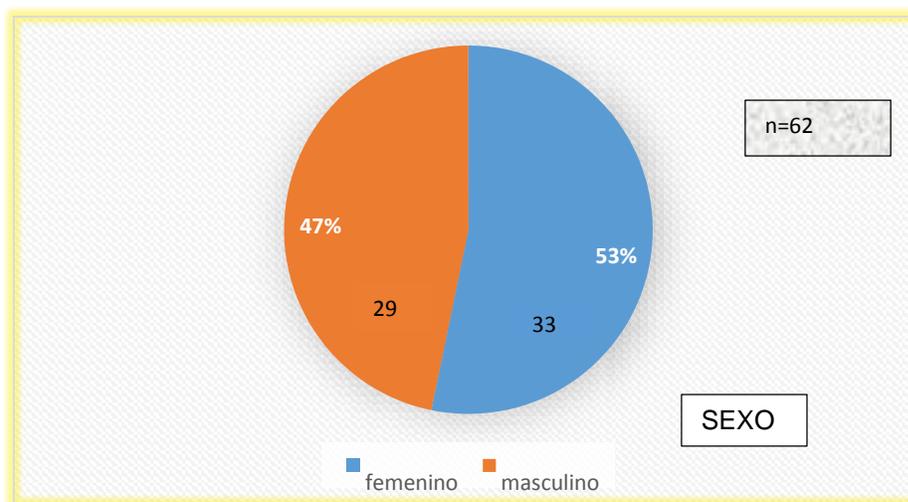
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No. 18 Sexo recién nacido, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



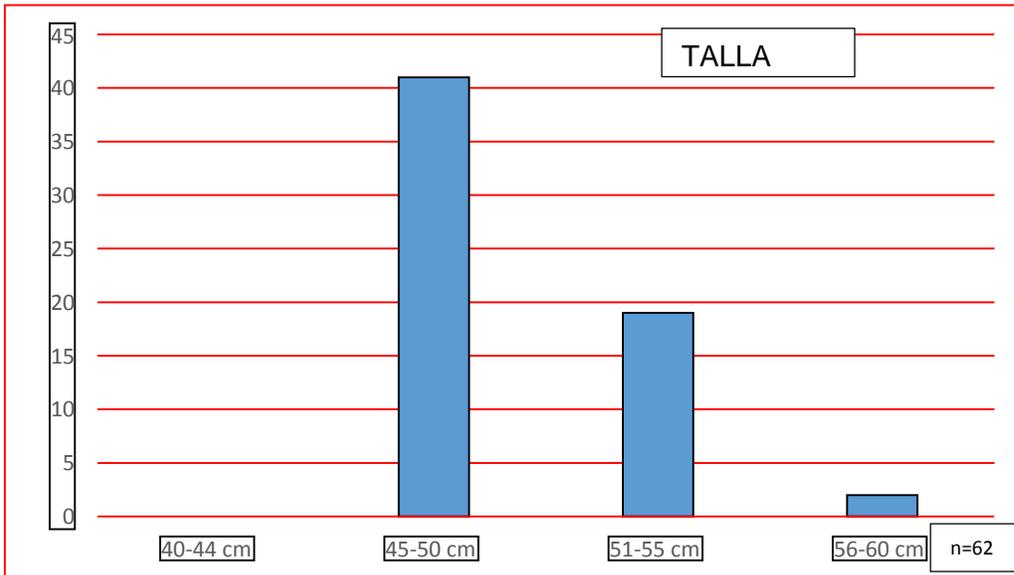
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No. 19 Sexo recién nacido, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



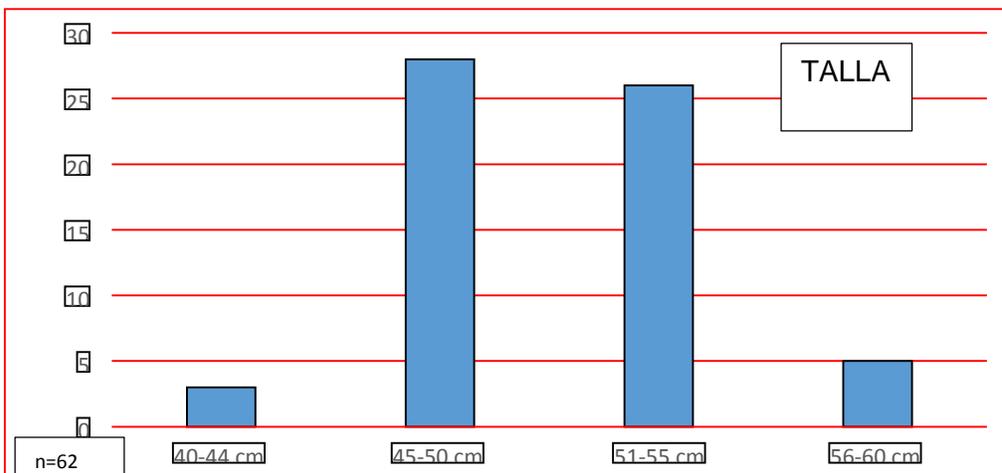
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No. 21 Talla recién nacido, litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



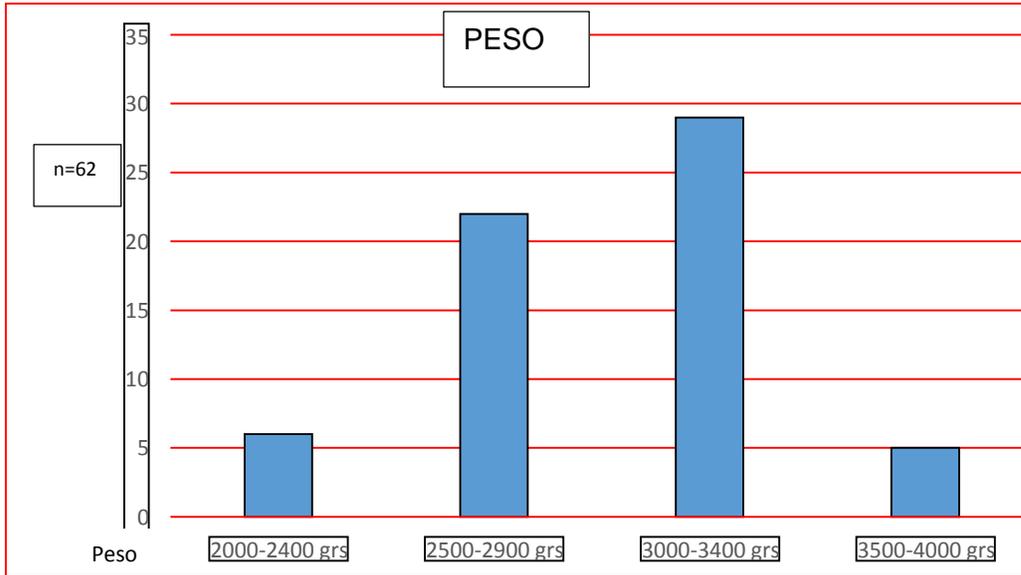
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.22 Talla recién nacido, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



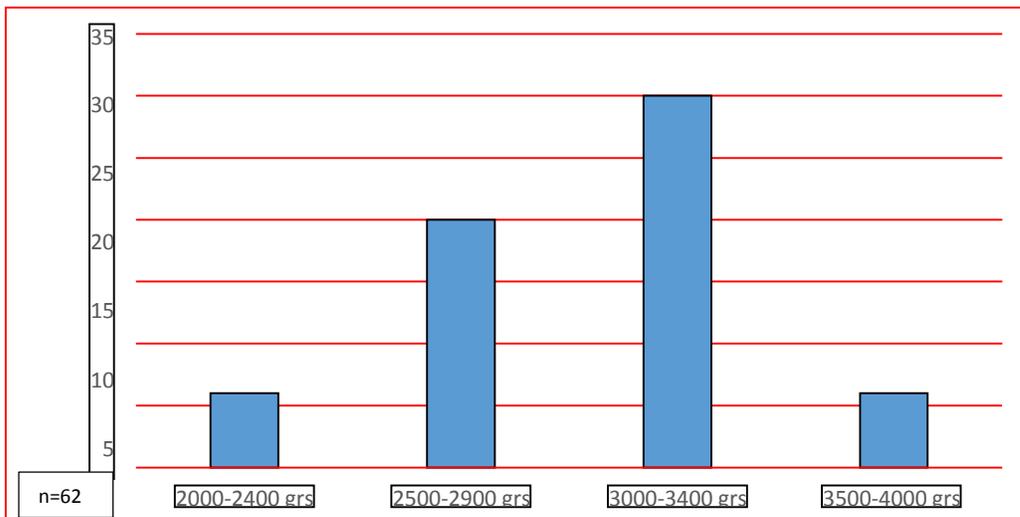
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.22 Peso, recién nacido, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



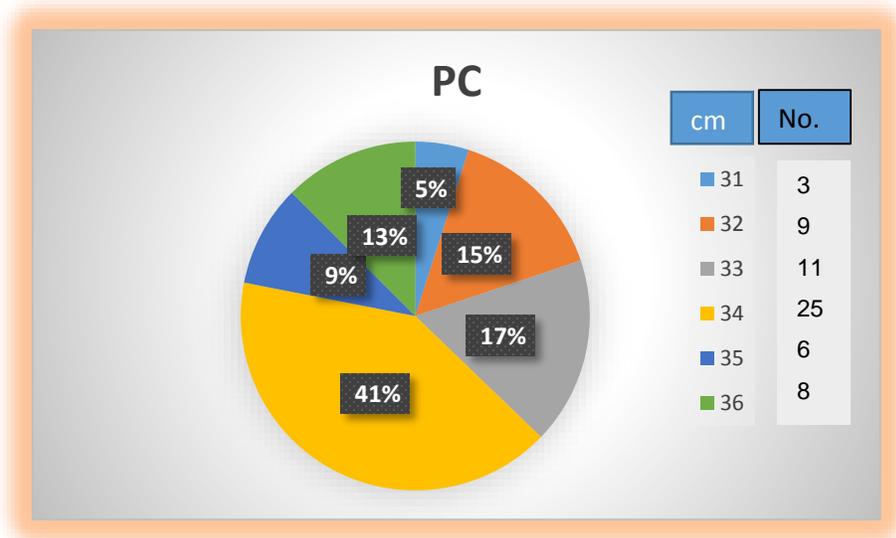
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.23 Peso, recién nacido, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



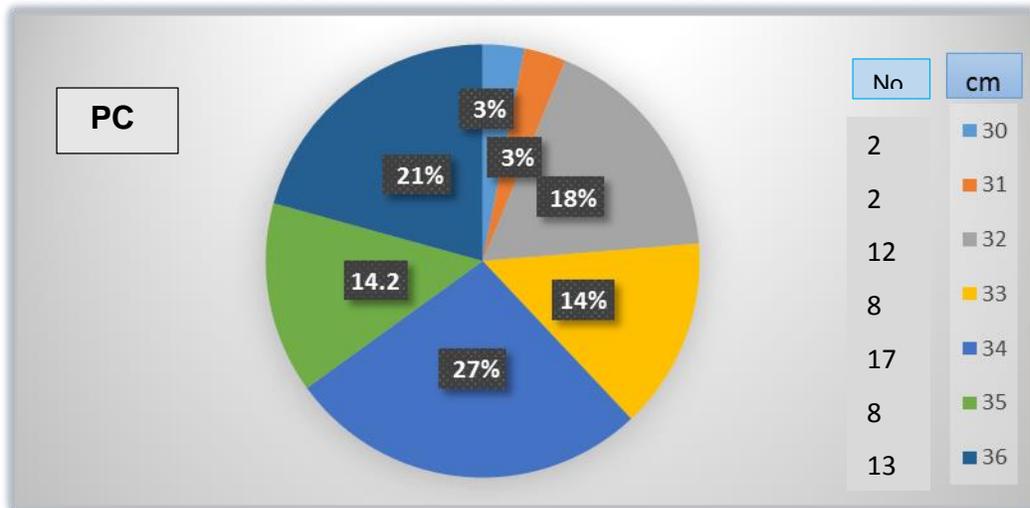
Fuente: base de datos del estudio.

Gráfica No.24 Perímetro cefálico recién nacido, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



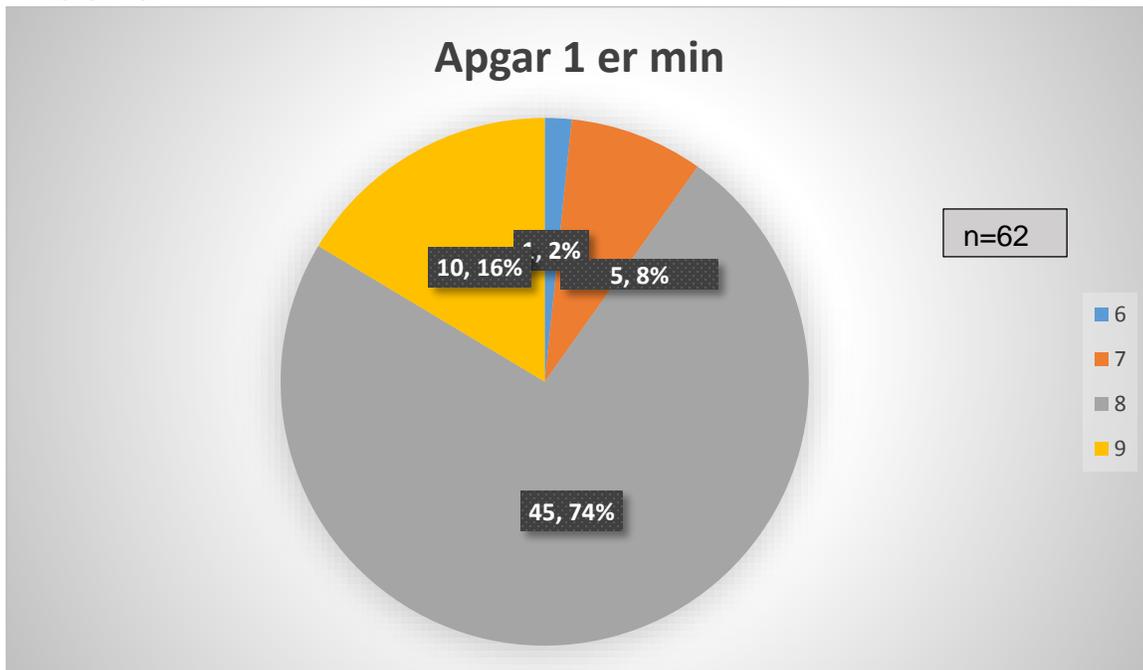
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.25 Perímetro cefálico, recién nacido, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía.



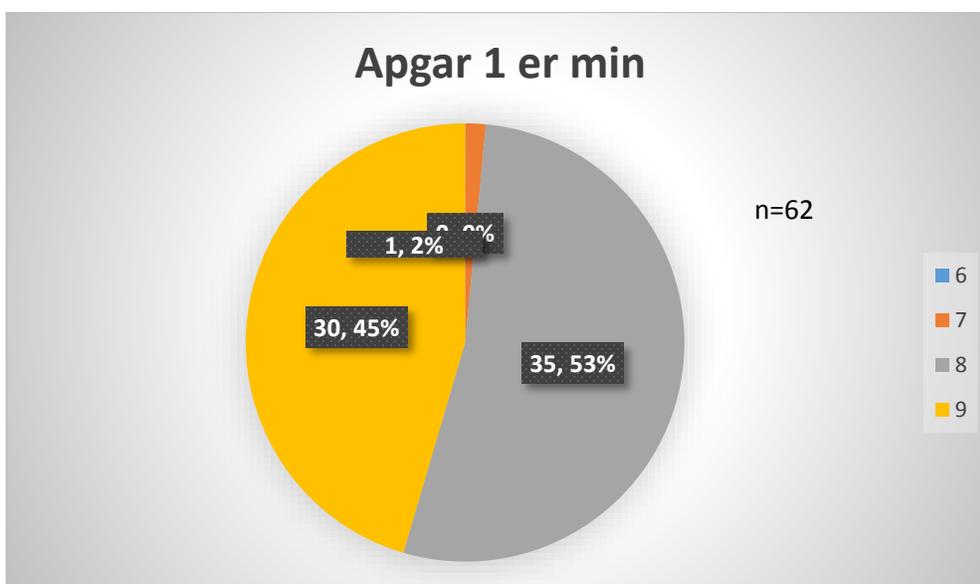
Fuente: base de datos del estudio.

Gráfica No.26 Apgar primer minuto, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



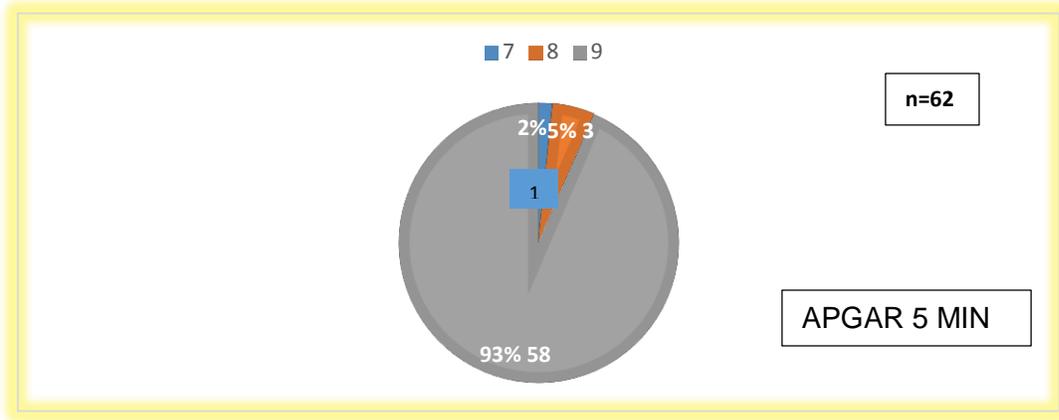
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.27 Apgar primer minuto, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



Fuente: base de datos del estudio.

Gráfica No.28 Apgar a los 5 minutos, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



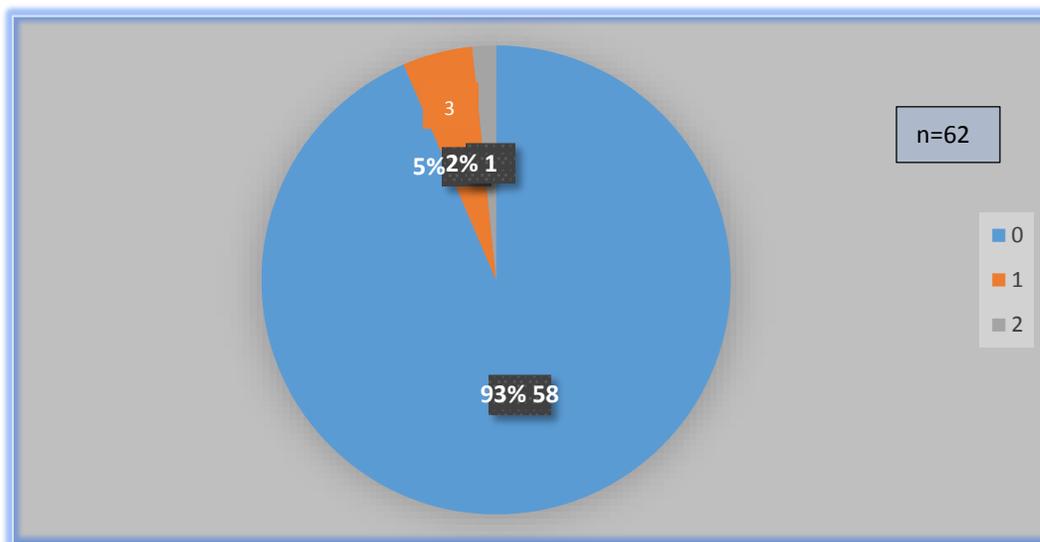
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.29 Apgar a los 5 minutos, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



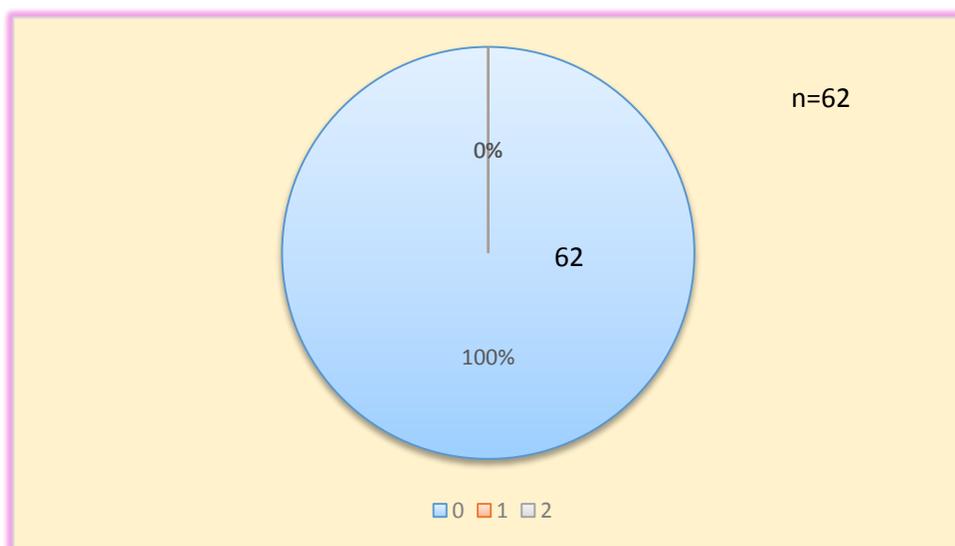
Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.30 Silverman, recién nacido, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.31 Silverman recién nacido, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía

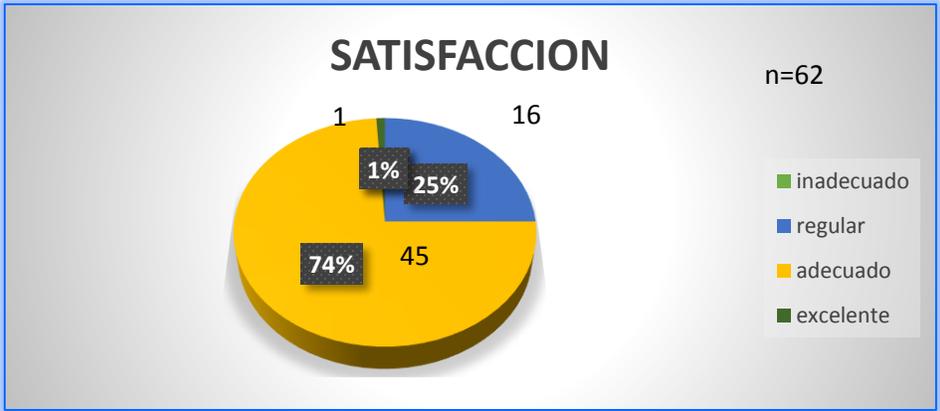


Fuente: base de datos del estudio

Tabla No.1 Material utilizado. Vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía

Material utilizado					TOTAL
	0	1	2	3	
Jeringas					
Litotomía	9	19	33	0	85
Vertical	31	31	0	0	31
Guantes					
Litotomía	1	0	58	3	125
Vertical	4	0	54	3	117
Suturas					
Litotomía	11	8	6	37	131
Vertical	34	23	5	0	33
Gasas					
Litotomía	0	15	44	3	112
vertical	1	59	3		65

Gráfica No.32 Nivel de satisfacción, Litotomía. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



Fuente: base de datos del estudio

Gráfica No.33 Nivel de satisfacción, vertical. Ventajas y desventajas de la Atención del parto vertical en comparación con el parto en posición de Litotomía



Fuente: base de datos del estudio

RESULTADOS

En el periodo enero a marzo del 2016 124 pacientes incluyeron dos grupos de pacientes, cada grupo con un tamaño de muestra de 62 mujeres, se realizó un estudio cuasi experimental el muestreo se realizó por tandas las cuales eligieron entre la posición de litotomía o vertical para la atención del parto se analizaron las ventajas y desventajas de la atención del parto en posición de litotomía y atención del parto en posición vertical, analizando la información mediante programa Excel de Windows se obtuvieron los siguientes resultados

En relación a la edad: En el grupo de litotomía el mayor porcentaje se encontró entre los 15 y 19 años de edad, 25 pacientes (40%) contra el grupo de parto vertical 22 pacientes (35%), en el grupo de litotomía entre 20 y 24 años encontramos 15 pacientes (24%), y en el grupo vertical 16 pacientes (25%), entre 25 y 29 años de edad en el grupo de litotomía 12 pacientes (19%) y en grupo vertical 12 pacientes (19%), observamos mucha semejanza entre ambos grupos. La media de edad de las pacientes del estudio fue de 23.2 años, con máxima de 42 años y mínima de 15. Las adolescentes representaron 8.3% del total y las mayores representaron 3.2%. Para el grupo de posición vertical se encontró una media de edad de 23.7 años, mientras que para el de posición de litotomía la media de edad fue de 22.7 años, con una desviación estándar de 4.9.(Grafica 1,2)

Respecto a los antecedentes sociodemográficos el comportamiento fue el siguiente:

Analizando el rubro de escolaridad el grupo de litotomía el mayor porcentaje se encontró en primaria incompleta 7 pacientes (11%) vs grupo vertical 0 pacientes (0%) continuaron en orden de frecuencia en el grupo de litotomía primaria completa 3(4%) del grupo de litotomía y en el grupo vertical 4 pacientes (5%), secundaria incompleta 9 del grupo de litotomía y 7(11%) del grupo de parto vertical ,secundaria completa del grupo de litotomía 21(33%) del grupo de litotomía y 33(53%) en grupo de parto vertical .

Preparatoria completa 10(16%) pacientes 2 (3%) ,preparatoria incompleta 4(4%) vs 7 del grupo de litotomía, licenciatura 8 pacientes (12%) en el grupo de litotomía vs en el grupo vertical 2pacientes (2%). (Gráfica 3)

Estado civil: su comportamiento fue muy similar unión libre en el grupo de litotomía fue de 35 pacientes (56%) vs el grupo vertical de 42 pacientes (68%), continuo casadas en el grupo de litotomía de 16 pacientes (26%) vs grupo vertical con 11 pacientes (18%) y solteras en el grupo de litotomía 16 pacientes (26%) en el grupo vertical 11 pacientes (18%). (Gráfica 4,5)

En los antecedentes obstétricos se observó que de las 124 pacientes del estudio, 38.7% estaban en su primer embarazo, 34.2% en el segundo, 15.5% en el tercero y 11.5% llevaban más de tres embarazos

Los resultados obtenidos en la vigilancia del segundo periodo de trabajo de parto fueron:

1.- Frecuencia cardiaca fetal: Durante la atención del parto se realizaron 5 registros de la frecuencia cardiaca fetal el promedio se graficó en ambos grupos ninguno de los dos reportaron alteraciones se mantuvieron dentro de los limites sin embargo se observó mayor variación en la frecuencia cardiaca fetal el grupo de Litotomía. (Gráfica 6,7).^{2,6,7,10,12,13,17,18,20,21.}

2.- Duración del segundo periodo del trabajo de parto: en el grupo de Litotomía el valor mínimo fue de 23 minutos y el valor máximo de 70 minutos en promedio 47 minutos de duración vs el grupo vertical donde observamos un valor mínimo de 15 minutos y valor máximo de 60 minutos con un promedio de 37 minutos de duración, en el grupo de litotomía solo 5 pacientes tuvieron una duración del segundo periodo de trabajo de parto entre 30 y 36 minutos mientras que en el grupo vertical 31 pacientes presentaron entre 15 y 36 minutos de duración del trabajo de parto es decir fue en menor tiempo en el grupo vertical.(gráfica 8,9) lo que se observó fue que en posición vertical disminuye el tiempo del periodo expulsivo en las primigestas de 20 a 25 minutos y en las multigestas 10 minutos

La duración del segundo periodo de trabajo de parto en minutos arrojó una media para el estudio de 30.69 minutos.^{1,2,4,5,6,7,10,12,13,17,18,19,20,21.}

3.- Episiotomía: En el grupo de litotomía se realizaron episiotomía a 39 pacientes (63%) las cuales ameritaban el procedimiento mientras que en el grupo vertical no se realizó ninguna episiotomía (gráfica 10,11).^{2,5,8,9,10,11,14,17,18,19,21}

4.- Desgarros Perineales: En el grupo de litotomía la prevalencia de desgarros fue 76% (47 pacientes) en el grupo vertical fue de 45% (28 pacientes) , de los cuales en el grupo de litotomía el más frecuente fue el de segundo grado 24 pacientes (39%) mientras que el grupo de vertical 5 pacientes (8%), de primer grado en el grupo de litotomía fue de 22 pacientes (35%) en el grupo de vertical 23 pacientes (37%) de tercer grado en el grupo de litotomía 1 paciente (2%) en el grupo de vertical no se observaron.(gráfica 12,13) observando que no aumenta la prevalencia de desgarros perineales en la atención del parto en posición vertical sin embargo dentro de los que se presentan en el parto en posición vertical son en mayor proporción los de primer grado a diferencia de lo observado en estudios realizados por Cochrane y en estudios realizados en México donde aumenta la prevalencia de desgarros perineales en el parto en posición vertical predominando los de segundo grado .^{2,4,5,6,8,11,13,14,17,20,21.}

5.- Sangrado: en relación al sangrado en el grupo de litotomía se observó que 56 pacientes (90%) tuvo una pérdida menor 500ml de igual forma el grupo de vertical 56 pacientes (90%) y 6 pacientes (13 %) presentaron un sangrado mayor de 500 ml en un aproximado de 600 ml al igual que el grupo de litotomía.(gráfica 14,15).En estudios previos se observó una mayor prevalencia de hemorragia posparto en las pacientes a las que se atendió el parto en posición vertical a diferencia de las que se atendieron en posición de litotomía ya que durante la atención del parto el médico tiene una visión directa sobre el canal del parto con mayor facilidad para controlar el sangrado.^{4,5,7,10,13,14,17,18,22.}

Analizando los resultados perinatales se observó:

1.- Edad gestacional: para el grupo de litotomía el grupo de mayor frecuencia fue entre la semana 37 y 38, 28 pacientes (45%) en relación al grupo de vertical 26 pacientes (42%), en el grupo de litotomía entre la semana 39 y 40, 32 pacientes (52%) vs el grupo vertical 33 pacientes (53%) y finalmente para el grupo de litotomía entre la semana 41 pacientes (3%), vs grupo vertical 3 pacientes (5%) La edad gestacional fue de 38.94 semanas; con una media de 39.04 semanas para el grupo de litotomía y de 38.86 para el grupo de parto vertical. Al aplicar la prueba de *t* para contraste de medias no se encontró diferencia significativa (gráfica 16,17).

1,3,4,5,16,17,22

2.- Sexo: En el grupo de litotomía nacieron 30 sexo femenino (48%) y 32 masculinos (52%) vs 33 femeninos (53%) y 29 masculinos (47%) del grupo de parto vertical. (Gráfica 18,19)^{1,3,4,5,16,17,22}

3.- Talla: en el grupo de litotomía entre 40 y 44 cm no se registraron recién nacidos en el grupo de parto vertical se presentaron solo 3 recién nacidos (5%), entre 45 y 50 cm en grupo de litotomía fueron 41 recién nacidos (66%) vs 28 recién nacidos (45%) del grupo de parto vertical, entre 51 y 55 cm en el grupo de litotomía 19 recién nacidos (31%) vs 26 (42%) del grupo de parto vertical, y de 56 y 60 cm en el grupo de litotomía 2 pacientes (3%) vs 5 (8%) del grupo de parto vertical. (gráfica 20,21)^{1,3,4,5,7,9,16,17,21,22.}

4.- Peso: En el grupo de litotomía nacieron entre 2000-2400 grs 6 recién nacidos (10%) vs 6 recién nacidos (10%) del grupo de parto vertical, en el grupo de litotomía entre 2500 y 2900 22 recién nacidos (35%) vs 20 (32%) del grupo de parto vertical, del grupo de litotomía entre 3000 y 3400 gr 29 recién nacidos (47%) vs 30 (48%) del grupo de parto vertical y en el grupo de litotomía entre 3500 y 3800, 5 recién nacidos (8%) vs 6 (10%) del grupo de parto vertical. (Gráfica 22,23)

Observando que en la atención de parto vertical se logra el nacimiento de recién nacidos sin complicaciones para éste ni para la madre con un peso mayor a 3500 gr. ^{2,4,5,6,7,9,10,13,17,18,19,20,21,25.}

5.- Perímetro cefálico: para el grupo de litotomía se encontró que los recién nacidos que midieron entre 30-32 cm fueron pacientes 12 (20%) vs 14 (24%) del grupo de parto vertical, entre 33-34 cm en el grupo de litotomía fueron 37 (59%) vs 22 (36%) del grupo de parto vertical y 35-36 cm 13 (22%) vs 26 (40%) en el grupo de parto vertical. (gráfica 23,24) correspondiendo con lo observado en estudios previos debido a que los diámetros tienden a ampliarse hasta 1.5 cm en posición vertical logrando un mayor porcentaje de nacimientos de recién nacidos con perímetro cefálico mayor de 36 cm sin complicaciones^{2,5,6,7,9,10,12,13,17,18,19,20,21}.

6.- Apgar: La calificación más baja al minuto fue al grupo de litotomía 2 pacientes presentaron calificación de 6 (10%) vs 0 pacientes del grupo de parto vertical, 7 puntos presentaron 4 pacientes (6%) del grupo de litotomía vs 3 (5%) del grupo de parto vertical, 8 puntos 45 pacientes (73%) del grupo de litotomía vs 39 (63%) del grupo de parto vertical, y 9 puntos en 11 pacientes (18%) del grupo de litotomía vs 20 (32%) del grupo de parto vertical, a los cinco minutos solo un paciente (2%) presentó calificación de 7 en el grupo de litotomía. La media obtenida para el estudio al minuto fue de 8 para el grupo de litotomía y para el grupo vertical fue de 8.1. El Apgar a los cinco minutos tuvo una media de 8.92 para el grupo de litotomía, que fue de 8.96 para el grupo de parto vertical. La comparación de medias para los valores de Apgar no mostró diferencias significativa (Gráfica 26, 27, 28, 29).^{2,4,5,6,10,12,13,17,18,19,22}.

7.- Silverman: Se presentaron 3 pacientes con calificación de 1 y 1 paciente con calificación de 2 en el grupo de litotomía vs 0 pacientes en el grupo de parto vertical. (Gráfica 30,31)^{2,4,5,6,10,12,13,17,18,19,22}.

En relación al uso de insumos para la atención del parto se observó:

En el grupo de litotomía se utilizaron más jeringas 85 vs 31 del grupo de parto vertical, guantes 125 en el grupo de litotomía vs 117 de grupo de parto vertical, suturas 131 del grupo de litotomía vs 33 del grupo de parto vertical, y finalmente gasas 112 del grupo de litotomía vs 65 del grupo de parto vertical. (tabla 1).

Se observa que se utiliza casi el doble de material durante la atención del parto en posición de litotomía vs parto en posición vertical lo cual conlleva mayor gasto en la atención del parto en posición de litotomía.^{3,6,21}

Al analizar el nivel de satisfacción mediante la aplicación de un cuestionario de 10 preguntas basadas en la escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating Escala Reporto los siguientes datos: para el grupo de litotomía reportaron excelente 3 pacientes en comparación con 37 pacientes del grupo de parto vertical, adecuado 45 pacientes del grupo de litotomía vs 25 del grupo de parto vertical y regular 14 del grupo de litotomía vs 0 del grupo de parto vertical (gráfica 32,33) Observando mayor satisfacción para la paciente cuando es atendida en posición vertical ya que es más tolerable el dolor, posee mayor control sobre sus actos como es el moverse y la ingesta de agua incluso alimentos así como la participación en la toma de decisiones en la segunda fase del trabajo de parto .^{1,2,6,9,12,18,19,20,21,31.}

XI.- DISCUSIÓN

En este estudio los resultados mostraron mayores ventajas con la atención del parto en posición vertical en comparación a la atención del parto en posición de litotomía

Durante el segundo periodo del trabajo de parto en la posición de litotomía la variación de la frecuencia cardiaca no salió de los límites normales, al realizar 5 tomas con doptone; sin embargo en posición vertical existió menor variación en la frecuencia cardiaca fetal, resultados similares se obtuvieron, en el estudio realizado en el Hospital Dr. Aurelio Valdivieso en Oaxaca . 2, 17, 12,18,

En relación al tiempo del periodo expulsivo , la diferencia fue significativa a favor del parto vertical, menor en pacientes, disminuyendo el tiempo del periodo expulsivo en las primigestas, de 20 a 25 minutos y en las multigestas 10 minutos en comparación con la posición de litotomía .La vigilancia estrecha, un entrenamiento adecuado y experiencia en la práctica de la técnica de parto vertical es determinante para obtener buenos resultados . 2, 10, 12, 13,17.

La episiotomía se realizó a un 69% de las pacientes atendidas en posición de litotomía lo cual coincide con la tasa de episiotomías realizadas en Latinoamérica en la atención del parto en posición vertical generalmente no requiere la aplicación de episiotomía . 4, 5, 11,14

Durante el segundo periodo del trabajo de parto se observó que las mujeres del grupo de parto vertical experimentaron menor intensidad de dolor al ser una posición más fisiológica respecto a la posición de litotomía; resultado también referido por meta análisis de Cochrane . 12, 13,18.

La presencia de desgarros en el grupo en posición vertical es menor en comparación con el grupo de atención del parto en posición de litotomía (45% vs 76%). De los cuales el más frecuente en el grupo de atención en posición de litotomía fue del segundo grado (39%) y en el grupo de atención del parto en posición vertical el más frecuente fue del primer grado (37%), se presentaron del tercer grado solo en el grupo de atención en posición de litotomía, sin embargo la experiencia y el entrenamiento del médico en la técnica de parto vertical influye para estos resultados; es decir menor prevalencia de desgarros.

Sin embargo en todos los estudios realizados en México, Latinoamérica y el mundo se hace referencia a una mayor prevalencia de desgarros perineales de segundo grado en la atención del parto vertical.^{5, 6, 7, 10, 13, 14, 17, 18,19.}

La cantidad de sangrado en el grupo de parto vertical fue igual en relación al grupo de atención de parto en posición de litotomía lo cual no coincide con los estudios realizados por Cochrane por lo cual es una técnica segura para la atención del parto.^{5,10,13,17,18} Sin embargo el control de sangrado es mayor durante el parto en posición de litotomía ya que se tiene una visión directa del canal del parto que es la ventaja principal de la atención del parto en posición de litotomía.^{5,10,11,18.}

La posición durante el parto no influye sobre los resultados perinatales obtenidos .En los recién nacidos en posición vertical y en posición de litotomía fueron similares coincidiendo con los resultados observados en el estudio realizado en el Hospital Dr. Valdivieso en Oaxaca.¹⁷

El peso, la talla y el perímetro cefálico de los recién nacidos de ambos grupos fueron similares .En el grupo de parto en posición vertical se obtuvo mayor porcentaje de recién nacidos sin complicaciones fetales ni maternas con perímetro cefálico entre 35-37 cm ya que existe un aumento de hasta dos cm en el diámetro anteroposterior y 1 cm en el diámetro transversal lo cual se observó de igual forma en meta-análisis realizados por Cochrane .^{12, 13,18}

La satisfacción en las pacientes las cuales fueron atendidas con parto vertical es mayor a las del grupo en posición de litotomía .Los parámetros por los que el parto en posición vertical causa mayor satisfacción para la paciente son es mayor capacidad de sobre llevar el dolor causado por las contracciones , mayor control sobre sus actos como es el moverse y la ingesta de agua incluso alimentos así como la participación en la toma de decisiones en la segunda fase del trabajo de parto resultados que coinciden con el estudio de factores determinantes de nivel de satisfacción en el Parto .³¹

Y finalmente en la utilización de materiales de curación, se requieren la mitad de insumos para atender un parto vertical de los que se ocupan en un parto en posición de litotomía .

XII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Ventajas de la atención del parto en posición de litotomía.

1.-Permite una mejor visualización del origen de sangrado durante a tención del parto.^{4,5,17, 18}

2.-Es una posición que le permite mayor comodidad al médico .^{5, 7, 17,18}

Desventajas del parto en posición de litotomía:

1.-Mayor variación en la frecuencia cardiaca fetal durante el segundo periodo del trabajo de parto.^{2, 4, 6, 13, 17,21.}

2.-Mayor duración de segundo periodo del trabajo de parto. ^{2, 4, 6, 13, 17,21.}

3.-La prevalencia de desgarros de segundo y tercer grado es mayor.^{4, 5, 10,13}

4.-La posición en litotomía resulta poco cómoda para las pacientes .^{2, 6, 9, 12, 13,18.}

6.-Requiere mayor gasto de insumos.^{19, 20,21.}

Ventajas del parto vertical :

1.-Menor variación de la frecuencia cardiaca fetal en el segundo periodo de trabajo de parto.^{2, 5, 6, 7, 10,12,}

2.-Menor prevalencia de desgarros perineales principalmente de segundo y tercer grado. ^{4, 5, 10, 13,14}

3.-Mayor nivel de satisfacción de las pacientes al poder tener mayor movilidad durante el trabajo de parto , oportunidad de ingerir líquidos , mayor capacidad de tolerar el dolor y participar en la toma de decisiones durante el trabajo de parto además de ser una posición más cómoda para la paciente.^{2,5,7,12,17,18,31}

4.-Menor gasto de insumos .^{2, 4, 6, 13, 17,21}

Desventajas del parto vertical

1.-Para obtener buenos resultados se requiere de entrenamiento adecuado y experiencia para realizar la técnica.^{10, 13, 17,19}

2.-Dificultad para observar las posibles zonas de sangrado durante la atención del parto.

3.- Resulta una posición menos cómoda para el médico ^{5, 12,17.}

Recomendaciones:

- Se recomienda que se oferte a la paciente una opción a parte de la atención del parto en posición de litotomía para que ella pueda conocer las ventajas y desventajas de cada técnica y pueda decidir que opción le parece mejor para ella y su hijo. ^{2,6,8,17,18,21}
- Se recomienda el dar a conocer la técnica de atención del parto en posición vertical porque es una técnica que ha demostrado ser segura. ^{2,4,5,6,10,12,13,17,18,19,22}
- Se recomienda promover entre las pacientes el parto en posición vertical porque tiene mayor beneficio para la madre al disminuir el tiempo del segundo periodo de trabajo de parto, disminución de prevalencia de desgarros perineales de segundo y tercer grado y mejor tolerancia del dolor.
- Se recomienda el parto vertical por que el gasto de insumos es menor para la unidad hospitalaria. ^{3,6,21}
- Se recomienda al hospital proporcionar un espacio específico en el área de labor para la atención de parto vertical que pueda ofrecer a la paciente privacidad suficiente .
- Se recomienda la promoción y entrenamiento del parto vertical en el Hospital General de Pachuca ya que en actualización de la " Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2- 2016 Para la atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio". Dispone que todo el personal médico debe contar con la capacitación para brindar la atención mediante este tipo de técnica.³²

XIII.-ANEXOS

ANEXO I

“Ventajas y desventajas del parto en posición vertical en comparación con parto en posición de litotomía en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital general de Pachuca”

Cedula de recolección de datos

Datos generales No de Expediente : _____.

1.-Nombre _____

2.-Edad: _____ años

3.-Estado civil : soltera unión libre casada divorciada viuda.

4.-Escolaridad:

analfabeta

Preparatoria completo

Primaria completa

Preparatoria incompleto

Primaria incompleta

Licenciatura

Secundaria completa

Posgrado

Secundaria incompleta

5.-Antecedentes Ginecológicos Obstétricos:

Gestas : _____

Legrados : _____

Partos: _____

Abortos: _____

Cesáreas: _____

6.-Frecuencia cardiaca fetal en segundo periodo de trabajo de parto cada 15 min:

FCF POR MIN

7.-Tiempo de segunda fase de trabajo de parto : _____ minutos

8.- Posición de resolución del parto :

Vertical

Litotomía

9.-Se realizó episiotomía

Si

No

10.- Desgarros Perineales

Sin desgarros

tercer grado

Primer grado

cuarto grado

segundo grado

11.- Cantidad de sangrado durante el parto : menor de 500 ml
 mayor de 500 ml

12.-Consumo de material de curación :

Jeringas : Ninguna 1 2

Guantes estériles : 1 par 2 pares

Material de sutura : Ninguno 1 2 3 4

Paquete de 10 gasas estériles : 1 2 3 4

13.-Resisultados Perinatales:

Talla: _____cm Peso: _____gr Perímetro Cefálico :_____cm

Apgar : 1er min _____/_____ 5to min

14.- Nivel de satisfacción de la paciente :

1) Fue respetuoso del ginecólogo durante el parto :

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

2) El interés y el trato personal que presto el ginecólogo fue.:

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

3) Fueron suficientes conocimientos y la capacidad durante el parto :

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

4) Los cuidados físicos que recibió del ginecólogo durante el parto (movilidad ,
monitorización , tactos vaginales) fueron :

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

5) La ayuda y el apoyo que recibió del ginecólogo con las respiraciones y relajación
durante el parto fue:

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

6) El control que tuvo de sus actos durante la dilatación para moverse , beber agua
y relajarse fue:

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

7) la capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación fue:

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

8) Control que tuvo sobre sus actos (capacidad de moverse y beber agua durante el periodo expulsivo fue :

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

9) La capacidad de sobrellevar el dolor durante el periodo expulsivo fue :

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

10) El grado de participación en toma de decisiones durante el periodo expulsivo fue :

a) nada en absoluto b) un poco c) bastante d) completamente

Puntos : a=0 b= 1 c=2 d=3

Excelente: 30-26 puntos

Adecuado: 25-21 puntos

Regular: 20-16 puntos

Inadecuado: ≥ 15 puntos

ANEXOII

HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
“ VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL PARTO VERTICAL EN
COMPARACIÓN AL PARTO EN POSICIÓN DE LITOTOMIA”

Pachuca, Hidalgo a _____

Yo _____ Por medio del presente,

acepto participar en el estudio de investigación titulado “VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL PARTO EN POSICION VERTICAL EN COMPARACION CON EL PARTO EN POSICIÓN DE LITOTOMIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DELHOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”.

Se me ha explicado que mi participación consistirá ,en decidir si la resolución de mi embarazo sea por parto vertical o en posición de litotomía (horizontal) , y en permitir que se me aplique cédula de recolección de datos.

Se me ha informado de la posibilidad de que se realice una episiotomía (ampliación del canal de parto, a través de un corte en el periné y parte de la vagina) la cual se reparará posterior al parto.

Doy consentimiento de que se me aplique únicamente anestesia local (medicamento para disminuir el dolor) estando en conocimiento de la posible complicación de reacción alérgica .

En caso de presentarse complicaciones o situaciones, en las que se comprometa el bienestar del binomio ,en el periodo expulsivo de trabajo de parto como son : periodo expulsivo prolongado ,baja reserva fetal , prolapso de cordón umbilical o alguna otra urgencia obstétrica se resolverá el embarazo mediante cesárea

Declaro, que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos ,que entraña el procedimiento durante el parto y posterior al parto ,siendo estos :reacción alérgica a medicamentos y/o anestésicos ,lesión del esfínter anal,recto ,vejiga ,útero , hematomas, edema vulvar, formación de fístulas (comunicación entre intestino vejiga, vagina, piel)desgarros perineales , falta de contracción uterina con subsecuente sangrado abundante ,que requiera transfusión sanguínea , el uso de medicamentos uterotónicos como , oxitocina , carbetocina , ergonovina

,misoprostol, realizar procedimientos invasivos como pinzamiento de arterias uterinas con técnica Zea o procedimientos quirúrgicos como B Lynch , desarterialización escalonada o ligadura de arterias hipogástricas ,autorizando se me realicen los procesos necesarios.

También se me ha explicado los beneficios del trabajo de parto en posición vertical como la disminución de dolor , menor riesgo de desgarros perineales , mayor participación durante el parto así como menor tiempo en el periodo expulsivo de trabajo de parto y en caso de posición de litotomía (horizontal , el médico tendrá mayor control del procedimiento y disminuye el riesgo de sangrado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficioso cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente.

El Investigador principal me ha dado seguridades que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Investigador Dra. Miriam Ortega Pimentel
Carretera Pachuca-Tulancingo#101

Nombre y firma de testigo1

Nombre y firma de testigo 2

DR Raúl Camacho Gómez
Presidente de los comités de Investigación

Carretera Pachuca-Tulancingo#101 TEL 3-73-5

XIV.- GLOSARIO:

Apgar.-examen clínico, al momento de nacimiento, donde el médico pediatra obtiene una primera valoración macroscópica, y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos y anatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado de la prueba. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos. La puntuación al minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.

Abortos.- Es la expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación.

Capurro.- Es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.

Conducción del trabajo de parto.- intervención médica para regularizar la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas mediante el uso de oxitocina, con el propósito de completar el trabajo de parto.

Desgarre perineal.- daño a los tejidos del periné.

-Grado I: solo daño en piel.

-Grado II: daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal

-Grado III: daño a músculos perineales involucrando al esfínter anal:

3 a- Lesión con afectación < de 50% del esfínter anal

3 b- Lesión con afectación > de 50% del esfínter anal

3 c- Desgarre con afectación del esfínter anal interno

-Grado IV: Daño al perineo involucrando el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal.

Doptone (fono detector de frecuencia cardiaca fetal)- dispositivo portable utilizado para amplificar y contar la frecuencia cardiaca fetal.

Edad gestacional.- duración del embarazo, calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable, sin uso de metodología anticonceptiva tres meses previos a la concepción y expresada en semanas y días.

Embarazo de término.- embarazo con 37 a 41 semanas de gestación, calculados a partir de la fecha última de menstruación confiable.

Embarazo normal.- estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término

Episiorrafia.- sutura por planos de la episiotomía.

Episiotomía.- incisión del perineo en el momento del parto, utilizada

para prevenir los desgarros perineales severos.

Frecuencia cardiaca fetal.- Número de latidos cardiacos fetales en un minuto ,rango es de 110 a 160 por minuto.

Gestas.-Cantidad de veces que se ha embarazado una mujer

Hemorragia postparto.- una de las principales causas de mortalidad materna, y se define como la pérdida sanguínea de 500 ml o más después de terminado el tercer período del trabajo de parto.

Interculturalidad.- al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

Manejo activo del parto.- la combinación de la amniotomía con la administración de oxitocina con la finalidad de acelerar el trabajo de parto.

Maniobra de Ritgen modificada.- Durante la expulsión de la cabeza fetal se colocan sobre el periné los dedos extendidos de una mano de manera que el espacio entre el pulgar abierto y el índice contacten con el ángulo perineal, mientras la segunda mano aplica una presión suave sobre la cabeza fetal para controlar su expulsión.

Material de curación.- Son todos aquellos insumos que se utilizan para proporcionar atención médica, quirúrgica, procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se requiere para la atención de los pacientes.

Monitoreo fetal.- evaluación del bienestar fetal durante el trabajo de

parto, a través de auscultación intermitente con estetoscopio de Pinard, doptone, cardiotocografía continua o por ultrasonido. Las alteraciones en los patrones de la frecuencia cardíaca fetal pueden indicar la necesidad de una intervención.

Múltipara.- mujer que ha tenido más de un parto de uno o más fetos viables.

Nivel de satisfacción de la paciente .-Es un indicador de la calidad de la atención sanitaria, y a su vez una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios

Parto.-Finalización del embarazo obteniendo el producto por vía vaginal, en productos mayores de 22 semanas de gestación

Parto de bajo riesgo.- Es aquel en que la madre y el feto tienen menor probabilidad de enfermar o morir enfermar durante el parto o posterior al parto.

Parto en posición de litotomía.- Parto en posición dorsal, permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro

Parto Vertical.- atención de la mujer en el periodo expulsivo del trabajo de parto, en el cual su torso y canal pelviano se encuentran en un ángulo de 45° a 90° con respecto al plano horizontal, correspondiendo a las posiciones de sentada, sentada acucillada, en cuclillas, hincada y de pie

Primer periodo del trabajo de parto.- comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide

en fase latente y fase activa.

Primigesta.- mujer que cursa con un primer embarazo.

Recién nacido.-es un bebé en el momento posterior del nacimiento, ya sea por cesárea o parto vaginal y que muestra signos de vida.

Segundo periodo de trabajo de parto.- comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo 2 horas con analgesia en nulíparas y de 30 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de una hora si tiene analgesia.

Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento).- periodo comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos.

Test de Silverman.- Es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad .

Violencia Obstetrica.- cualquier acción que patologice los procesos reproductivos naturales y biológicos. Estos se expresan mediante un trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud, relacionadas con todo el procedimiento que conlleva un embarazo. Abarca desde el período de gestación hasta el posparto, por lo que afecta de manera directa o indirecta, el cuerpo y los procesos reproductivos.

XV.-BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lugones M, Ramírez M, El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia la historia y la cultura, revista cubana de Ginecología y Obstetricia 2012.
- 2.- Franco N, Ayllon S, Vallejo M, Hansen K, Beneficios de la Posición Vertical para la Atención del Parto, Rev (Cochabamba, Bolivia) V. 21 Num. 1 Cochabamba sep 2010.
- 3.- Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la familia, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud Argentina, 4ta. Edición Noviembre 2010.
- 4.- Guzmán R, Trabajo de parto: Fisiología y alteraciones disfuncionales, La Habana Diciembre 2013 disponible en www.uvsfajardo.sld.cu/trabajo-de-parto-fisiologia-y-alteraciones-disfuncionales
- 5.- Guías de atención basadas en evidencia, Nomenclatura Obstétrica, Trabajo de Parto y Parto Eutócico, disponible www.bdigital.unal.edu.co/1563/29/cap-6
- 6.-OMS, posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto, disponible apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/
- 7.- Verheijen Evelyn C, Joana H, Hofmeyr G Justus, Fundal pressure during the second stage of labour, Cochrane Database of Systematic Reviews, In: The Cochrane Library, Issue 6 art. No. CD006067. DOI. 10.1002/14651858. Cd006067.
- 8.- Basevi Vittorio, Lavender Tina, Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 11, Art No. CD001236. Doi: 10.1002/14651858.CD001236.PUB1.
- 9.- Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural (N.T.Nº 033-MINSA/DGSP-V.01)/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Lima: Ministerio de Salud.
- 10.- Castillo M, Cahuata A, Calle A, Muñoz R, Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal del Lima, Perú. Horiz Med 2014; 14(1):31-37

- 11.- Downe Soo, Gyte Gillian ML, DAHLEN Hannah G, Singata Mandisa. Routine vaginal examination for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 11, Art. No. CD010088. doi:10.1002/14651858.CD010088. pub7
- 12.- Janesh G, Hofmeyr G, Manjeet S, Position in the second Stage of Labour For Women Without Epidural Anaesthesia, Cochrane Database of Systematic, 2014
- 13.- Annemarie L, Lewis L, Hofmeyr G, Cathy S, Maternal Positions and Morbidity During First and second Stage Labour, Cochrane Database of Systematic, 2014.
- 14.- Caroli G, Mignini L, Episiotomy for vaginal birth. Cochrane database of Systematic Review 2009. Issue 1. Art. No: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.cd000081.PUB2.
- 15.- Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Profilaxis antibiótica para el desgarro perineal de tercer y cuarto grado durante el parto vaginal (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of systematic Reviews 2010 Issue 11. Art. No: CD005125. DOI: 10.1002/14651858.CD005125.
- 16.- Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno perinatal, Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y perinatología 2010.
- 17.- Calvo O, Flores A, Morales V, Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina, Ginecol Obstet Mex 2013; 2013; 81:1-10
- 18.- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 19.- Gareberg B, Magnusson B, Sultan B, et al Birth in standing position: A high frequency of third degree tears, Acta ObstetGynecolScand1994;10(4):20-26
- 20.- UNICEF. PARTO VERTICAL: El derecho de las mujeres a dar a luz de pie.(internet). URL: http://www.Unicef.org/peru/spanish/parto_vertical.pdf
- 21.-La Atención Intercultural del Trabajo de Parto en Posición vertical en los

servicios de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud 2012.

22.- Guía de práctica clínica, Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, México. Secretaria de Salud ,11 de diciembre 2014.

23.-Ley General del Salud en Materia de Investigación. Disponible en www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/.../pdf/.../10._NAL._Reglamento

24.-Constitución de los Estados Unidos Mexicanos 2001 .Disponible en www.upf.edu/integracionenamerica/.../mexico/Constitucixn-Mxxico.doc

25.-Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos 2015. Disponible en http://www.dgeti.sep.gob.mx/.../Ley_General_de_Salud.4nov2015.pdf

26.- Marco legal de la medicina tradicional y medicinas complementarias.Disponible.<http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/.../MarcoLegal.pdf>.

27.-Legislación vigente.Disponible en <http://www.cgajdh.salud.gob.mx/contenidos/legislacion.html>. Rev 15 de febrero 2015.

28.-Norma Oficial Mexicana 007 de 1993. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

29.-Ley 235 de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Estado de Veracruz.<http://www.cndh.org.mx/.../mujer/.../Veracruz/.../Ley%20de%20Acceso%20de...>

30.-Reforma del capítulo 45 fracción VI de la Ley del Estado de Hidalgo .Violencia contra las mujeres

www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Hidalgo/wo40752.doc

31.-P Goodman MC Mackey .Factors related the childbirth satisfaction.Journal of advanced Nurse .Vol 46 2004.Pag 212-219.Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1505633

32.-Norma oficial Mexicana 007 actualización 2016 .Disponible en [hhttp://www.salud.gob,mx/unidades cdi/nom 007ssa23,html](http://www.salud.gob,mx/unidades cdi/nom 007ssa23,html)