

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**COMPLICACIONES DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y
HORIZONTAL EN CHURCAMPÁ Y VILCASHUAMAN, 2020**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MATERNO PERINATAL**

PRESENTADO POR:

OBSTETRA. Carmen Rossana Solar Misaico

OBSTETRA. Nery Julia Hernández Córdova

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

HIUANCABELICA – PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 9:45 horas del día ocho de julio del año dos mil veintidós, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N°0298-2022-D-FCS-R-UNH, de fecha 01 de julio del 2022, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES

<https://orcid.org/0000-0002-4583-6384>

DNI N°: 28271119

Secretario : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

<https://orcid.org/0000-0002-1903-1355>

DNI N°: 20108555

Vocal : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

<https://orcid.org/0000-0003-1544-8863>

DNI N°: 42145123

Con la finalidad de llevar a cabo el acto académico de sustentación de la tesis de segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, titulada: **COMPLICACIONES DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN CHURCAMP Y VILCASHUAMAN, 2020**, aprobada mediante Resolución N° 313-2022-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):

HERNANDEZ CORDOVA, NERY JULIA

DNI N°: 72781039

SOLAR MISAICO, CARMEN ROSSANA

DNI N°: 46773442

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD**.

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los ocho días del mes de julio del 2022.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Ms. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. Rossibel Juana Muñoz De La Torre
DOCENTE
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
SECRETARIO

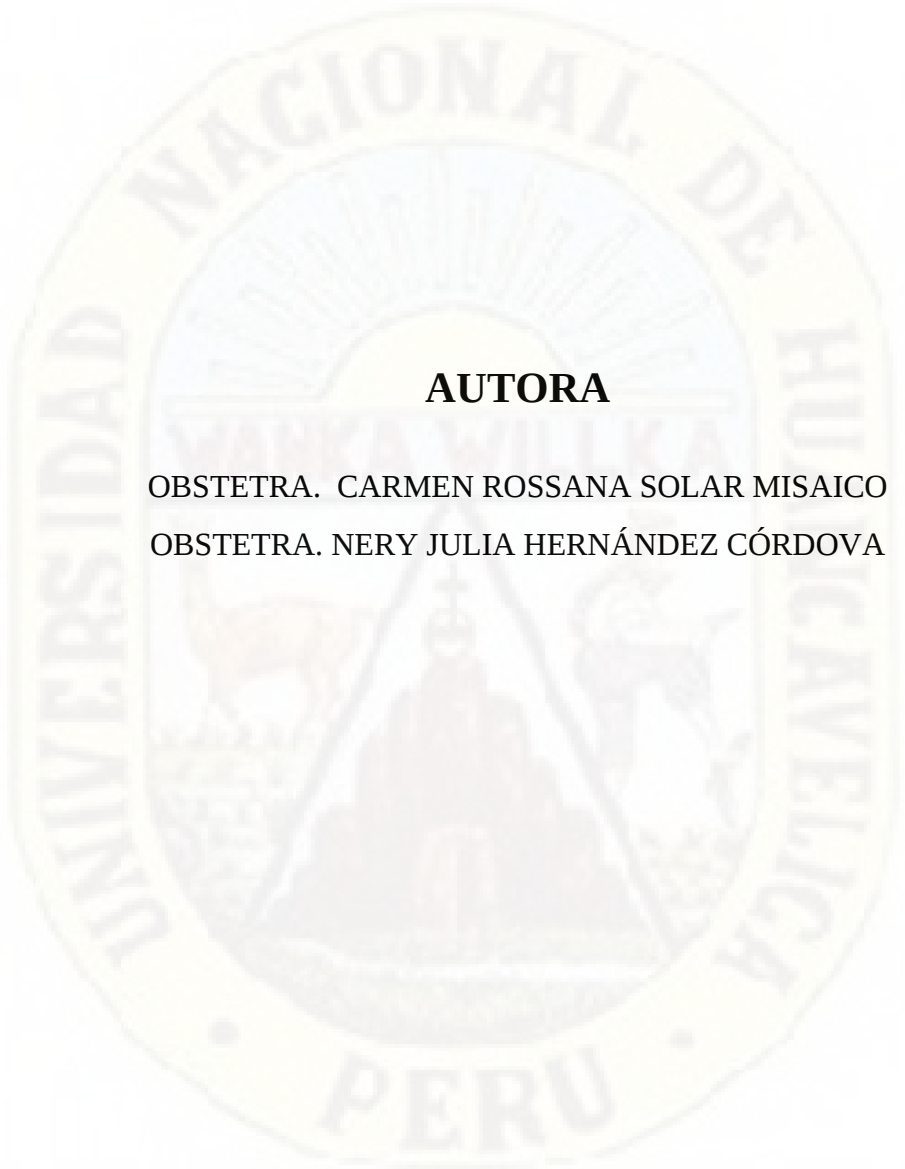
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
CARMENAS PINEDA
DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Ms. Zelmira Huamán Ramos
V.º B.º SECRETARIO DOCENTE



TÍTULO

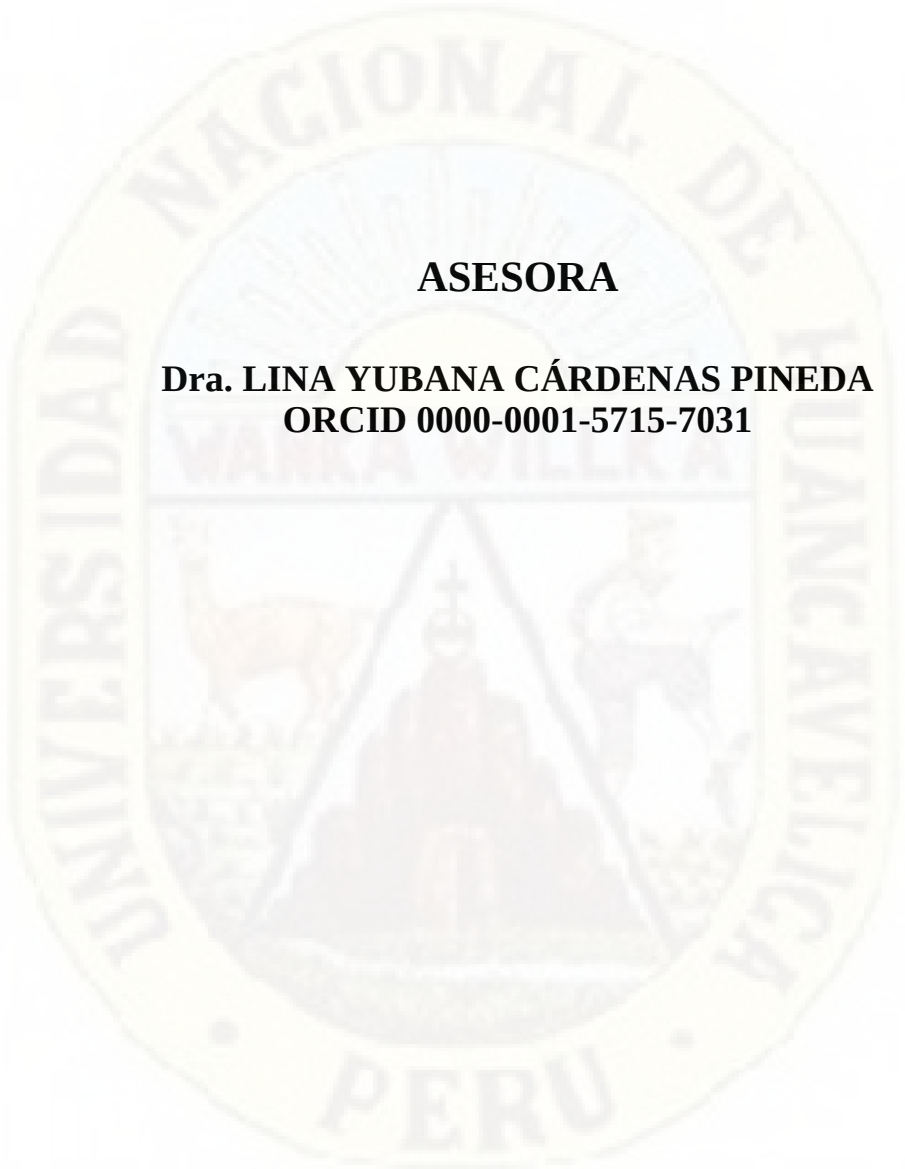
**COMPLICACIONES DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y
HORIZONTAL EN CHURCAMPÁ-HUANCABELICA Y VILCASHUAMAN-
AYACUCHO, 2020**



AUTORA

OBSTETRA. CARMEN ROSSANA SOLAR MISAICO

OBSTETRA. NERY JULIA HERNÁNDEZ CÓRDOVA



ASESORA

Dra. LINA YUBANA CÁRDENAS PINEDA
ORCID 0000-0001-5715-7031

DEDICATORIA

A mis padres que son el tesoro más valioso que tengo, mi motor que me impulsan a seguir siempre adelante.

Mamá, gracias por darme siempre el ejemplo de superación, humildad y sacrificio, por enseñarme a valorar todo lo que tengo, por haber creído en mí y porque nunca me soltaste de tu mano.

Nery

A mi madre Roxana Misaico y a mi hijo Renzo Reymond, quienes motivan día a día mi desarrollo profesional.

Carmen

AGRADECIMIENTO

En primera instancia a la Universidad Nacional de Huancavelica por haber complementado mis conocimientos, a todos los docentes que me acompañaron durante este proceso

A las jefaturas del Centro de Salud Paucarbamba – Churcampá y Centro de Salud Vilcashuaman – Cangallo por permitirnos hacer posible esta investigación

Nery y Carmen

ÍNDICE DE CONTENIDO

TÍTULO	iii
AUTORAS	iv
ASESORA.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
NDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLA.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL ROBLEMA	14
1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3. OBJETIVOS	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos.....	17
1.4. JUSTIFICACIÓN	17
1.5. LIMITACIONES	18
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES.....	19
2.2. BASES TEÓRICAS.....	22
2.2.1. TRABAJO DE PARTO.....	22
2.2.2. COMPLICACIONES DEL PARTO.....	25
2.2.3. POSICIONES DURANTE EL PARTO.....	30
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	33
2.3.1. PARTO.....	33
2.3.2. PARTO VERTICAL	34
2.3.3. PARTO HORIZONTAL	34

2.3.4. COMPLICACIONES OBSTETRICAS	34
2.3.5. COMPLICACIONES NEONATALES	34
2.4. HIPÓTESIS	34
2.5. VARIABLE.....	34
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35
CAPÍTULO III.....	37
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL	37
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	38
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACION.....	38
3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	38
3.6. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.	39
3.7. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	39
CAPÍTULO IV	40
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	40
DISCUSIÓN	466
CONCLUSIÓN.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	50
APÉNDICES.....	58

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 01	Características sociodemográficas de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020	41
Tabla 02	Complicaciones en el periodo expulsivo de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020	42
Tabla 03	Complicaciones de la frecuencia cardiaca fetal de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020	43
Tabla 04	Características del recién nacido de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020	44
Tabla 05		45

RESUMEN

Objetivo: Identificar las complicaciones del parto en las posiciones vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020.

Metodología: investigación descriptivo, retrospectivo, transversal, en 190 gestantes de parto vaginal en dos establecimientos de salud del primer nivel de atención, en los departamentos de Huancavelica y Ayacucho, durante el año 2020. **Resultados:** las edades de las participantes fue: adolescentes de 14 a 19 años 18%, de 20 a 34 años 66%, y en edad extrema el 15%, el 74% proceden de zona rural, 47% son amas de casa, 35% pastoras, entre las mujeres que optaron por parto vertical, el 93% son de zona rural, la mayoría son primíparas 72,6%, multíparas 24,7%, en su mayoría fueron embarazos a término 98,4%, el periodo intergenésico corto se encontró en el 12% y largo en el 18%, observando entre las mujeres las mujeres de parto vertical tuvieron periodo intergenésico corto, las complicaciones maternas identificadas fueron: desgarro perineal en mayor proporción en el parto vertical, de primer grado 38%, segundo grado 11% frente a 25% y 7% en el parto horizontal, la retención placentaria, el alumbramiento incompleto, taquicardia, bradicardia, Apgar de 4 a 6 a los cinco minutos se dio en un 3%, se presentó 2 casos de asfixia, caput succedaneum en un 10% y se reportó una muerte perinatal únicamente en los partos horizontales. **Conclusión:** aparentemente en el parto vertical se da más desgarros a nivel perineal, sin embargo, muestra beneficios para el feto y recién nacido.

Palabras clave: parto vertical, parto horizontal, complicaciones maternas, complicaciones fetales, características del recién nacido.

ABSTRACT

Objective: To identify the complications of childbirth in the vertical and horizontal positions in Churcampa-Huancavelica and Vilcashuaman-Ayacucho, 2020.

Methodology: descriptive, retrospective, cross-sectional research, in 190 pregnant women with vaginal delivery in two health facilities of the first level of attention, in the departments of Huancavelica and Ayacucho, during the year 2020. **Results:** the ages of the participants were: adolescents from 14 to 19 years old 18%, from 20 to 34 years old 66%, and in extreme age 15%, 74% come from rural areas, 47% are housewives, 35% shepherds, among the women who opted for vertical birth, 93% are from rural areas, most are primiparous 72.6%, multiparous 24.7%, in their the majority were full-term pregnancies 98.4%, the short intergenic period was found in 12% and long in 18%, observing among women vertical delivery women had short intergenic period, identified maternal complications were: perineal tear in ma higher proportion in vertical birth, first degree 38%, second degree 11% versus 25% and 7% in horizontal birth, placental retention, incomplete delivery, tachycardia, bradycardia, Apgar 4 to 6 at five minutes it occurred in 3%, there were 2 cases of asphyxia, caput succedaneum in 10% and a perinatal death was reported only in horizontal deliveries. **Conclusion:** apparently in vertical delivery there are more tears at the perineal level, however, it shows benefits for the fetus and newborn.

Keywords: vertical delivery, horizontal delivery, maternal complications, fetal complications, characteristics of the newborn.

INTRODUCCIÓN

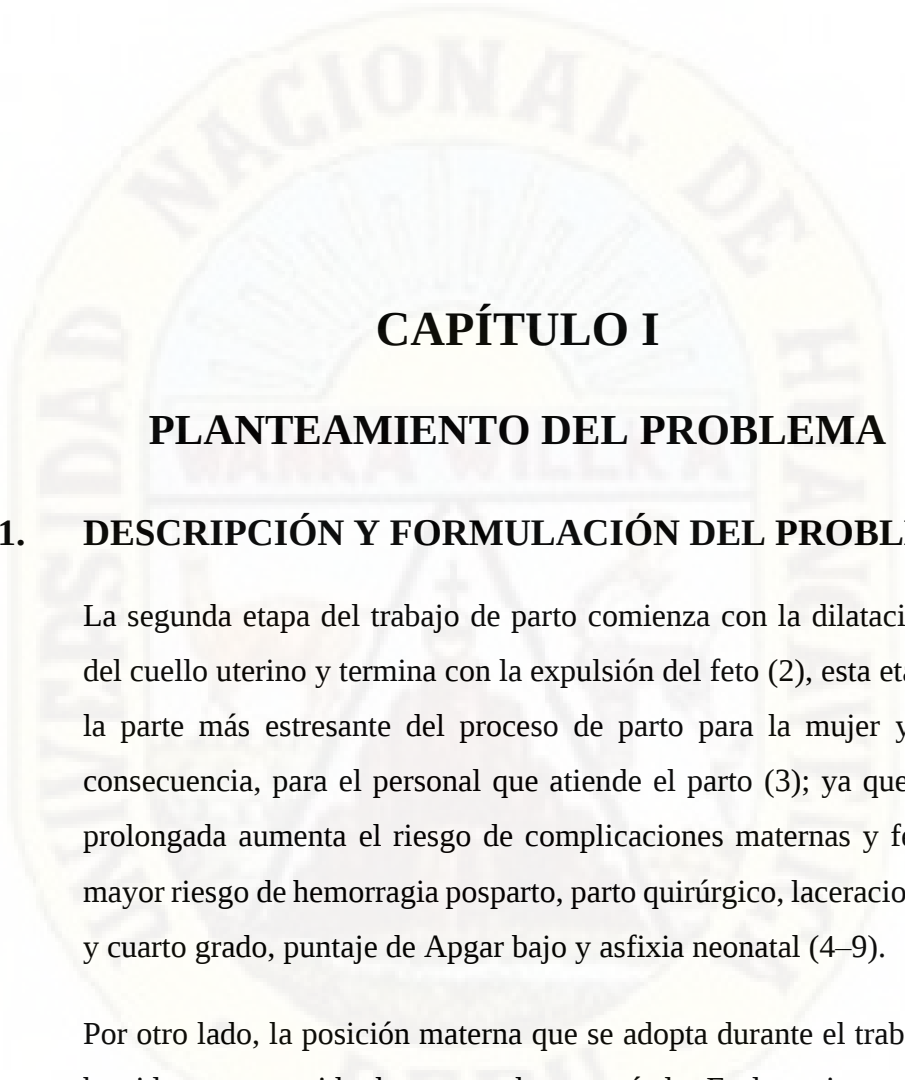
La historia nos muestra que el parto siempre fue vertical, hasta que, a consecuencia de una muerte materna en la realeza, se elige un nuevo partero Julien Clement, en el siglo XVII, a quien se le atribuye el inicio del parto horizontal (1), expandiéndose a nivel mundial, debido a que la academia de la obstetricia impartió la atención de parto en esta posición.

Aun no es claro en cuál de las posiciones se tiene más ventajas, tanto para la madre y el feto, frente a ello es necesario la revisión continua de la práctica. En tal sentido se desarrolla un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en dos establecimientos de salud del primer nivel con funciones obstétricas y neonatales básicas, que se encuentran en los Andes centrales, en el departamento de Ayacucho y Huancavelica.

El estudio se desarrolló en 190 partos, revisando las complicaciones obstétricas en periodo expulsivo y en el perinato. Los resultados llaman nuestra atención para seguir desarrollando investigaciones a profundidad en el tema abordado.

Los resultados se pone en consideración de los decisores y académicos a fin de seguir profundizándose en el conocimiento en el tema.

Las autoras



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La segunda etapa del trabajo de parto comienza con la dilatación completa del cuello uterino y termina con la expulsión del feto (2), esta etapa suele ser la parte más estresante del proceso de parto para la mujer y el feto, en consecuencia, para el personal que atiende el parto (3); ya que la duración prolongada aumenta el riesgo de complicaciones maternas y fetales; como mayor riesgo de hemorragia posparto, parto quirúrgico, laceraciones de tercer y cuarto grado, puntaje de Apgar bajo y asfixia neonatal (4-9).

Por otro lado, la posición materna que se adopta durante el trabajo de parto, ha sido controvertida durante un largo período. En los primeros tiempos, la posición más común durante el trabajo de parto y el parto ha sido alguna de las variantes de la posición vertical; y hasta mediados del siglo XVII, Francois Mauiceau introdujo la posición semi-recostada a las mujeres durante el trabajo de parto para facilitar el acceso a la aplicación de fórceps, para luego popularizarse en muchos países desarrollados de todo el mundo y evolucionar gradualmente hacia la posición reclinada o de litotomía, hoy conocido como posición horizontal (10,11).

La posición que adopta la madre durante el trabajo de parto, repercute sobre los resultados materno-fetales y neonatales, estos resultados aún sigue siendo sujeto de discusión, que generan fragmentación tanto de los usuarios a la prestación de servicio y así como entre los proveedores, en la elección de la posición más apropiada para la parturienta (12,13).

En este sentido, ciertas posiciones maternas durante la segunda etapa del trabajo de parto tienen beneficios potenciales para promover resultados maternos y neonatales óptimos. Varias pautas basadas en evidencia sugirieron que las posiciones maternas sirven como una intervención no médica para facilitar el progreso del parto, mejorar en gran medida su sentido de control y fomentar una experiencia de parto positiva, lo que facilita el manejo del trabajo de parto y reduce las implicaciones psicológicas negativas (3,14,15). Así mismo, algunos tipos de posiciones maternas pueden acortar la duración de la segunda etapa del trabajo de parto, lo que posiblemente minimice el riesgo de complicaciones, y algunas posiciones maternas pueden incluso aplicarse para tratar complicaciones obstétricas (16–19). Por el contrario, si se adopta una posición desfavorable, la mujer puede sufrir una serie de consecuencias negativas, como trauma perineal grave, incontinencia urinaria posparto y mayor pérdida de sangre; no obstante, el feto o recién nacido también se enfrenta a un mayor riesgo de complicaciones (16,20–23).

Las posiciones verticales pueden tener ventaja, por el efecto de la gravedad, como: menor riesgo de comprimir la aorta, lo que significa que hay un mejor suministro de oxígeno al bebé (13); hacer efectivas las contracciones uterinas y favorecer una mejor alineación del feto en el canal de parto y aumentar los diámetros de salida pélvica, reduciendo las complicaciones maternas y neonatales intraparto (24,25). Sin embargo, las evidencias contrapartes informaron un mayor riesgo hemorrágico asociado con las posiciones erguidas debido a más daño perineal; y atonía uterina, que a menudo requiere procedimientos médicos y quirúrgicos y potencialmente perjudica la planificación y las posibilidades de embarazo futuro (26,27) .

La posición recostada facilita la palpación del abdomen de la madre para monitorear las contracciones, realizar exámenes vaginales y maniobras invasivas, verificar la posición de la cabeza fetal y evaluar la frecuencia cardíaca fetal. Por el contrario, debido al mayor riesgo de compresión de los vasos sanguíneos abdominales maternos, genera menor efectividad de las contracciones uterinas, menor relajación de los músculos perineales, alta tasa de solicitud de analgesia, trabajo de parto prolongado, dolor intenso, frecuencia cardíaca fetal anormal y mayor tasa de episiotomía (16,28–32).

Como se sabe, durante mucho tiempo, las posiciones en el momento del parto podían cambiarse o modificarse libremente según los deseos de las parturientas; pero, en la actualidad, el ingreso hospitalario de mujeres en trabajo de parto lleva a la práctica obstétrica a restringir la actitud espontánea e instintiva y a centrarse estrictamente en el bienestar fetal intraparto y las comorbilidades maternas. De esta forma, la gestante tiene menos oportunidades de elegir la posición preferente para el expulsivo, asumiendo como estándar la decúbito supino por su mayor facilidad de seguimiento del bienestar fetal, administración de terapia intravenosa, anestesia locorregional, realización de procedimientos médicos, soporte perineal, y asistencia en el parto (16,28,33).

Dado que no existe evidencia contundente que respalde la posición materna ideal, en el periodo expulsivo; es importante identificar las complicaciones obstétricas en estas posiciones durante la segunda etapa del trabajo de parto, para que las parturientas y obstetras obtengan una imagen completa de como ocurre las complicaciones en cada posición, para así respaldar un trabajo de parto óptimo y mejorar la práctica del parto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Identificar las complicaciones del parto en las posiciones vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Describir las características sociodemográficas de las gestantes de partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020
- b) Describir las características obstétricas de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020
- c) Describir las complicaciones maternas en el periodo expulsivo de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020
- d) Describir las complicaciones de la frecuencia cardiaca fetal de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020
- e) Describir las características del recién nacido de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La segunda etapa del trabajo de parto es la parte más estresante y la posición materna adecuada durante este período es fundamental para el parto vaginal seguro de la mujer; donde, las obstetras desempeñan un papel fundamental en la gestión de dichas posiciones maternas durante la segunda etapa del trabajo

de parto. Sin embargo, existe evidencia limitada para apoyar una posición materna ideal durante esta etapa.

Con la presente investigación se identificó la relación de las posiciones maternas (horizontal y vertical) con respecto a las complicaciones durante la segunda etapa del trabajo de parto, información que nos permite proporcionar a las obstetras pautas prácticas basadas en la evidencia que pueden ayudar a reducir las complicaciones por ende los gastos económicos en medicinas, materiales y personal de salud. Los resultados pueden ser usados como antecedente para futuras investigaciones.

1.5. LIMITACIONES

La fuente de información primaria fueron las historias clínicas de las gestantes que dieron a luz en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho. Por lo tanto, algunas historias se encontraban incompletas, los cuales no se tomaron como fuente para la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Moraloglu, et al (34). En su artículo “The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women”, 2017. Tuvieron como objetivo evaluar los efectos sobre los resultados neonatales y maternos de diferentes posiciones de pujo durante la segunda etapa del trabajo de parto en mujeres nulíparas; un estudio prospectivo, donde su muestra estuvo conformada por 102 gestantes nulíparas que fueron asignadas aleatoriamente a cualquiera de dos posiciones: en cuclillas usando barras ($n = 51$), o una posición supina modificada a 45 grados de semi-fowler ($n = 51$). Encontraron que las mujeres que adoptaron la posición de cuclillas usando barras experimentaron una reducción significativa en la duración de la segunda etapa del trabajo de parto; tenían menos probabilidades de ser inducidos, y su puntaje de percepción en la Escala Visual Analógica fue más bajo que aquellos a los que se les asignó la posición supina modificada a 45 grados de semi-fowler durante la segunda etapa del trabajo de parto ($p < 0.05$). Así mismo, encontraron que no hubo diferencias significativas con respecto a la pérdida de sangre posparto, peso al nacer neonatal, puntaje de Apgar al minuto y cinco minutos, o ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Serati, et al (22). En su artículo “Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence”, 2015. Tuvieron como objetivo evaluar el papel de la posición materna en el momento del parto en la aparición de síntomas de incontinencia urinaria (IU) en el posparto; estudio prospectivo, su población estuvo conformada por 716 primíparas. Encontraron que el 45,1% eligieron una posición vertical durante el parto y el 54,9% eligieron una posición supina; así mismo, encontraron que las mujeres que dieron en posición vertical tuvieron una tasa de episiotomía significativamente más baja, pero una tasa más alta de desgarros perineales de más de segundo grado.

Calvo, et al (35). En su artículo “Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina”, México, 2012. Tuvieron como objetivo comparar los resultados perinatales y obstétricos entre la postura supina y la vertical en el parto, un estudio de cohorte con intervención, descriptivo y analítico; donde, su muestra estuvo conformada por 164 pacientes, divididas en dos grupos: 82 pacientes en posición supina (grupo I) y 82 en posición vertical (grupo II). Encontraron que el 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; la media de edad fue de 23.2 años, con máxima de 42 años y mínima de 15; el periodo intergenésico la media en el grupo I fue 19.95 y en el grupo II fue 18.46 meses, la edad gestacional por amenorrea fue de 38.94 semanas; con una media de 39.04 semanas para el grupo I y de 38.86 para el grupo II; la media de la duración del momento en que el polo cefálico se encontró en cuarto plano hasta la expulsión fetal fue de 8.23 minutos para el grupo I y de 9.00 minutos para el grupo II, sin embargo, hubo parto prolongado en tres casos en el grupo I y dos en el grupo II; el 3.2% presentó hemorragia obstétrica, de las cuales dos fueron en el grupo I y tres en el grupo II; en lo que se refiere a los desgarros, se obtuvieron una incidencia de 51.6%, de los que 29% ocurrieron en el grupo I y 22.6% en el grupo II, siendo el principal sitio de desgarro el periné con 61.4% del total de desgarros, seguido de la vagina con 16.1%; así mismo, encontraron mayor

número de desgarros perineales en el grupo II con 25 casos vs 18 casos en el grupo I, mientras que en el caso de los desgarros vaginales, el grupo I tuvo más casos, con 27 vs 10 del grupo II; en el grupo I, hubo siete casos de grado I, 10 casos de grado II y un caso de grado IV; en el grupo II hubo 13 casos de grado I, 10 casos de grado II y dos casos de grado IIIa. En los resultados de los recién nacidos, encontraron que la valoración de Apgar al minuto en el grupo I estaba la mayor cantidad de recién nacidos con calificación de 7 o menor, con 11 casos, mientras que en el grupo II fueron siete; el Apgar más bajo registrado fue de 3 puntos en el grupo II y de 4 puntos en el grupo I; a los cinco minutos, el Apgar más bajo se registró en un recién nacido del grupo II, que tuvo calificación de 5.

Arimuya, et al (36), en su tesis titulada “Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal”, Perú, 2021. Tuvieron como objetivo comparar, según tipo de parto vertical u horizontal, las complicaciones obstétricas y neonatales asociadas en el binomio madre-hijo; donde, su muestra estuvo conformada por 300 mujeres. Encontraron que la edad de las gestantes fue 28 ± 5 años de edad; dentro de las complicaciones obstétricas encontraron que el tiempo de expulsión fue mayor en el grupo de posición horizontal frente al vertical (15.4 vs 9.9 min, $p < 0.01$); el sangrado fue mayor en el grupo de parto horizontal (304.2 vs 259.9 ml, $p < 0.01$); el parto vertical disminuyó la probabilidad de desgarro en 36% ($PRa = 0.64$; IC95% 0.43 – 0.96; $p: 0.034$) comparado con el parto horizontal; la probabilidad de uso de episiotomía disminuyó en 37% ($PRa = 0.63$; IC95% 0.41 – 0.94; $p: 0.026$) en el parto vertical frente al horizontal. Respecto a posibles complicaciones neonatales encontraron que el Apgar de 1 minuto tuvo puntaje mayor en el parto vertical a comparación del horizontal (8.9 vs 8.8, $p < 0.01$).

Castillo, et al (37). En su artículo “Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero a julio del 2012”; tuvieron como objetivo determinar las complicaciones más frecuentes durante

la atención del parto vertical, un estudio descriptivo. Encontraron que no hubo complicaciones en 9%: mientras que, en el 40% se realizó episiotomía, el 19 % presento desgarro vaginal, el 10% presento liquido meconial, en el 6% hubo alumbramiento incompleto, el 5% presento hemorragia, el 2% presento atonía uterina; así mismo, encontraron que el 3% presento desgarro cervical, trabajo de parto prolongado y trabajo de parto precipitado.

Calderón, et al (38). En su artículo “Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral”, Perú, 2008. Tuvieron como objetivo determinar las ventajas del parto vertical frente al parto horizontal, estudio observacional, transversal; su población estuvo conformada por 160 parturientas, de las cuales 80 tuvieron parto vertical y 80 parto horizontal. Encontraron que el tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min); el volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos (300 mL y 296,74 mL); la maniobra de Kristeller casi fue innecesaria para el parto vertical (1,3%), mientras fue realizada en 16 pacientes con parto horizontal (20%); se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% vs. 56,3%); hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical, pero de poca profundidad (83% vs. 60%). Llegaron a la conclusión que el parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto es un proceso natural, pero puede verse interrumpido por factores que lo complican, lo que a veces requiere una intervención clínica, se considera que el parto ha comenzado cuando se instaura una actividad uterina regular y con dilatación del cérvix (39).

El trabajo de parto exitoso involucra tres factores: esfuerzos maternos y contracciones uterinas, características fetales y anatomía pélvica; esta tríada se conoce clásicamente como pasajero, potencia y pasaje; así mismo, el trabajo de parto consta de tres periodos: dilatación, expulsivo y alumbramiento (39).

PERIODO DE DILATACION

Inicia con la fase de latencia y termina con el inicio del periodo expulsivo.

- **Fase latente:** El inicio de esta fase es difícil de determinar, las contracciones en esta fase son poco intensas, irregulares y escasas que provocan pocas modificaciones en la dilatación del cérvix (39).
- **Fase activa:** Comienza cuando la dilatación cervical ha alcanzado 4 cm con unas condiciones favorables para su inicio. Dentro de este periodo se describen tres fases: fase de aceleración, fase de máxima velocidad y fase de desaceleración (39).

La conducta ante una evolución normal en el periodo de fase activa se basa en dos pilares fundamentales: Uno en el control del estado materno-fetal y la dinámica uterina, y otro en la valoración de la progresión del parto teniendo en cuenta el estudio clínico de la pelvis materna, dilatación cervical, posición de la cabeza fetal y altura de la presentación. Dentro de las alteraciones de este periodo están: periodo activo prolongado, detención secundaria de la dilatación y fase de desaceleración prolongada (39).

- Periodo activo prolongado: se establece cuando en nulíparas la dilatación será inferior o igual a 1,2 cm/h, y en multípara inferior o igual a 1,5 cm/h, se relaciona a mal posición fetal, dinámica inadecuada, y analgesia de conducción (39).

- Detención secundaria de la dilatación: es cuando no hay progreso de la dilatación cervical durante un periodo superior de dos horas; siendo la causa más frecuente la desproporción materno fetal (39).
- Fase de desaceleración prolongada: la duración normal de esta fase dura unos 54 minutos en nulíparas y 14 minutos en multíparas. Se habla de fase de desaceleración prolongada cuando dura más de tres horas en nulíparas y una hora en multíparas entre dos exploraciones pélvicas (39).

PERIODO EXPULSIVO

Comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior; es la fase donde el descenso de la cabeza fetal es más acelerado. La duración clínica aproximada de ese periodo es de 60 minutos en nulíparas y de 30 minutos en multípara; sin embargo, este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto, se consideran normales los tiempos de 2 horas de expulsivo en primigestas y de 1 hora en multíparas. Las alteraciones del periodo expulsivo comprenden: ausencia de descenso, descenso prolongado y detención del descenso (39).

- Ausencia de descenso: es cuando se comprueba que la cabeza fetal no ha descendido, diagnosticándose mediante dos exploraciones separadas en una hora (39).
- Descenso prolongado: es cuando la velocidad en el avance del punto guía a lo largo del canal del parto es inferior o igual a 1 cm/h en nulíparas o 2 cm/h en multíparas. Se diagnostica tras la exploración vaginal a lo largo de dos horas (39).

- **Detención del descenso:** es cuando existe una falta de progresión del punto guía a través del canal del parto durante una hora en dos exploraciones (39).

PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO

Es el tiempo que transcurre desde la expulsión del feto hasta la expulsión de los anejos ovulares: placenta, cordón umbilical y membranas amnióticas, corion y parte de la decidua esponjosa o media. El mecanismo de alumbramiento comprende 4 procesos: desprendimiento placentario, separación del corion y del amnios, hemostasia uterina y expulsión de los anexos (39).

Así mismo, existen dos formas de separación placentaria:

- **Mecanismo de Baudelocque-Schulze:** es el que ocurre en el 80% de los casos, sobre todo en placentas de implantación fúndica. La placenta comienza a desprenderse por su parte central, de manera que al formarse el hematoma la empuja hacia abajo y su descenso arrastra a las membranas que se desprenden de la periferia. Así el saco formado por las membranas se invierte como un paraguas (39).
- **Mecanismo de Duncan:** menos frecuente, se da sobre todo en placentas insertadas en las paredes uterinas. El despegamiento se inicia por una zona periférica, casi siempre inferior, que va avanzando progresivamente hasta completar toda la superficie (39).

2.2.2. COMPLICACIONES DEL PARTO

COMPLICACIONES EN LA MADRE

- **Hemorragias:** La hemorragia posparto (HPP) sigue siendo una emergencia obstétrica común y es la principal causa de mortalidad

materna en todo el mundo. La HPP se define comúnmente como la pérdida de sangre de 500 ml o más dentro de las 24 horas (h) posteriores al nacimiento, mientras que la HPP grave se define como la pérdida de sangre de 1000 ml o más y la HPP masiva que amenaza la vida como la pérdida continua de sangre de más de 2500 ml o más (40).

La HPP se clasifica como primaria o secundaria: la HPP primaria ocurre en las primeras 24 horas después del parto (PPH temprana) y la HPP secundaria ocurre de 24 horas a 12 semanas después del parto (PPH tardía o tardía) (40).

La atonía uterina es la causa más común de HPP y los casos han aumentado en los últimos años. Pero otras causas incluyen trauma del tracto genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), ruptura uterina, tejido placentario retenido y trastornos de la coagulación materna (40).

- La predicción de la HPP es intrínsecamente difícil y no existe un único factor de riesgo (excepto la placentación anómala, que se analiza a continuación). Sin embargo, varios factores de riesgo aumentan el riesgo de HPP: embarazos múltiples, antecedentes de HPP, hipertensión inducida por el embarazo, corioamnionitis, episiotomía, cesárea previa al trabajo de parto, macrosomía (40).

Tono: La atonía uterina se refiere a la contracción inadecuada de las células miométriales del cuerpo uterino en respuesta a la oxitocina endógena que se libera durante el parto. Conduce a una hemorragia posparto, ya que el alumbramiento de la placenta deja las arterias espirales rotas, que carecen de musculatura y dependen de las contracciones para apretarlas mecánicamente hasta un estado hemostático (41).

Trauma: El trauma perineal es cualquier daño a los genitales durante el parto que ocurre espontánea o intencionalmente por incisión quirúrgica (episiotomía). El traumatismo perineal anterior es una lesión de los labios, la parte anterior de la vagina, la uretra o el clítoris y suele asociarse con poca morbilidad. El trauma perineal posterior es cualquier lesión en la pared vaginal posterior, los músculos perineales o el esfínter anal. Los desgarros espontáneos se definen como de primer grado cuando involucran únicamente la piel perineal; los desgarros de segundo grado involucran los músculos perineales y la piel; los desgarros de tercer grado involucran el complejo del esfínter anal (clasificados como 3a donde se desgarran <50% del esfínter anal externo; 3b donde se desgarran >50% del esfínter anal externo; 3c donde se desgarran el esfínter anal interno y externo); los desgarros de cuarto grado afectan el complejo del esfínter anal y el epitelio anal (42).

Tejido: La placenta retenida se define como la falla en la expulsión de la placenta 30 minutos después del parto. La placenta retenida es potencialmente mortal, especialmente en mujeres de clase social baja que constituyen una proporción significativa de nuestra población debido a la desnutrición preexistente, la anemia, los partos en el hogar y la falta de instalaciones (43).

- Parto prolongado: El trabajo de parto prolongado se asocia con un mayor riesgo de partos e intervenciones complicadas, como parto quirúrgico, hemorragia posparto, lesión del esfínter anal, corioamnionitis y traslado a una unidad de cuidados intensivos neonatales (44).

La distocia suele ser el resultado de una contracción uterina inadecuada o una dilatación cervical lenta o ambas. Algunas

condiciones que causan estas deficiencias son el tamaño grande del bebé, el embarazo múltiple, el hidramnios, la presentación defectuosa (particularmente el occipucio-posterior), los tumores oclusivos, la plenitud de la vejiga, el impedimento del cordón umbilical, la hemorragia uterina oculta, el pinzamiento de un labio cervical anterior grueso. por la cabeza del lactante, adhesión de las membranas al cuello uterino o retraso en la ruptura de las membranas (45).

Múltiples estudios observacionales, han observado un aumento de las complicaciones maternas asociadas con una segunda etapa prolongada del trabajo de parto, como parto vaginal operatorio, laceraciones perineales de tercer/cuarto grado, parto por cesárea, retención urinaria, hemorragia posparto y corioamnionitis, así como un aumento de las complicaciones neonatales como convulsiones, encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis y aumento de la mortalidad. Sin embargo, los criterios que utilizaron estos estudios para definir la segunda etapa del trabajo de parto son heterogéneos (46).

En el pasado, una segunda etapa prolongada del trabajo de parto se definía como un período de tiempo que duraba más de 2 h con analgesia epidural o 1 h sin analgesia epidural para mujeres multíparas. Para las mujeres nulíparas, una segunda etapa prolongada se define como un período de tiempo que duró más de 3 h con analgesia epidural o 2 h sin analgesia epidural. Sin embargo, recientemente, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) han permitido duraciones más largas en casos específicos (46).

COMPLICACIONES EN EL FETO

- Alteración de la frecuencia cardíaca fetal: La asfixia fetal se asocia con morbilidad y mortalidad perinatales graves; la acidemia fetal grave durante el trabajo de parto puede provocar déficits neurológicos de por vida, pero la detección oportuna de esta afección a menudo no es posible. Esto se debe a que el valor predictivo positivo (VPP) de la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), el pilar de la vigilancia de la salud fetal durante el trabajo de parto, para detectar una acidemia fetal preocupante es de alrededor del 50 % (47).

Las pautas establecen que la auscultación de la FCF debe realizarse cada 15 a 30 minutos durante la primera etapa del trabajo de parto y cada 5 a 15 minutos durante la segunda etapa del trabajo de parto; siendo el rango normal de 110 a 160 lpm durante el trabajo de parto (48).

- Circular de cordón: El cordón nual (NC), es decir, la torsión del cordón umbilical alrededor del cuello fetal, es un fenómeno común en la sala de partos. En obstetricia, también existen casos en los que el cordón umbilical se enrolla alrededor de otra parte del cuerpo, como el torso o las extremidades fetales. La mayoría de las veces, el NC no tiene un impacto clínico en la condición del recién nacido después del parto. Los casos únicos de cordón nual tenso (debido a la falta de otros factores de riesgo) teóricamente pueden estar asociados con consecuencias clínicas, como muerte, asfixia al nacer, parto por cesárea de emergencia o complicaciones neurológicas. Sin embargo, a menudo es imposible probar que NC es la causa de los resultados mencionados anteriormente (49).

2.2.3.POSICIONES DURANTE EL PARTO

La posición materna se puede clasificar como posición vertical u horizontal. Las posiciones horizontales pueden describirse simplemente como aquellas en las que los pies de la mujer están en el suelo, mientras que en posiciones horizontales, la mujer se acuesta principalmente en la cama con su peso soportado por la espalda (50). No obstante, tal clasificación puede no ser lo suficientemente rigurosa.

La referencia clave que define la posición materna de la mujer puede remontarse a 1976, Atwood clasificó la posición materna en dos categorías: posiciones erguidas y posiciones neutrales, donde: en posición vertical, la línea que conecta los centros de las vértebras lumbares tercera y quinta de la mujer es más vertical que horizontal, mientras que, en posición neutra, la línea es más horizontal que vertical (51).

Generalmente, las posiciones erguidas incluyen sentarse, ponerse en cuclillas, arrodillarse y pararse; y las posiciones supina, de litotomía y lateral se consideran posiciones horizontales (51).

POSICIONES HORIZONTALES

En las posiciones horizontales, el útero de la gestante podría comprimir la aorta y la vena cava, generando disminución del gasto cardiaco, hipotensión y bradicardia, así mismo, puede alterar la irrigación de la placenta, y a la vez originar que el transporte de oxígeno sea menos de la placenta al feto, lo cual se refleja en los cambios significativos de los latidos cardiacos fetales, pudiendo llegar en el peor de los casos al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Así mismo, las contracciones uterinas tienden ser más débil en esta posición que en la vertical, la cabeza fetal ejerce una presión sostenida sobre el periné, lo cual dificulta la distensión eficaz y pausada del mismo (52).

Por otro lado, al estar los miembros inferiores inmovilizados y actuar como “peso muerto”, no permite los esfuerzos para el pujo, ni movimientos pélvicos de acomodamiento del polo cefálico a la pelvis materna, lo cual no favorece la expulsión fetal; además, la compresión nerviosa ejercida sobre las piernas aumenta la carga adrenérgica, además de que en la posición de litotomía con las piernas colgando, se estira demasiado el periné, pudiendo favorecer los desgarros (52).

- ✓ Posición de litotomía: la mujer descansa boca arriba, sus piernas se colocan en flexión y abiertas en abducción, apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla. A pesar del hecho de que la posición de litotomía ofrece comodidad para que los obstetras controlen la progresión del trabajo de parto e implementen maniobras prácticas cuando sea necesario, persisten las preocupaciones con respecto a los riesgos de dichas posiciones como la lesión obstétrica del esfínter anal y frecuencia cardíaca fetal anormal (50,53).
- ✓ Posición supina: la mujer se acuesta boca arriba o con el tronco ligeramente elevado ($<45^\circ$ con respecto a la horizontal), las piernas pueden estar estiradas, flexionadas con los pies apoyados en la cama, en los reposapiernas o levantados. Las posiciones supinas son la posición más común asumida por las mujeres durante el parto en todo el mundo (54), sin embargo, dentro de sus complicaciones esta la incontinencia urinaria, frecuencia cardíaca fetal anormal y lesión obstétrica del esfínter anal (16,55).
- ✓ Posiciones laterales: que también se denominan posiciones acostadas de lado, incluidas las posiciones acostadas de lado pura y Sims exagerada (semiprono). En la posición acostada de lado pura, la mujer se acuesta de lado con las caderas y las rodillas flexionadas y una almohada entre las piernas, o con la parte superior de las piernas levantada y apoyada. En la posición de Sims exagerada, la mujer se acuesta de lado con el antebrazo detrás (o

delante) del tronco, la parte inferior de la pierna extendida y la parte superior de la cadera y la rodilla flexionadas 90° o más, se gira parcialmente hacia el frente. Las posiciones laterales son fáciles, reproducibles y cómodas; siendo preferido por las parteras francesas estas posiciones durante la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres con y sin analgesia epidural (56,57).

POSICIONES VERTICALES

El parto vertical consiste en que la gestante se coloca en posición vertical, ya sea de pie, sentada, de rodillas o de cuclillas; mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. En esta posición el feto actúa como vector, orientándose principalmente al canal del parto y de esta manera facilitar su nacimiento, y a la vez evitar traumatismos (52).

En esta posición, el útero grávido no comprime la aorta, ni la vena cava; por ende, no hay alteraciones en la circulación materna y a la vez no afectaría la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Así mismo, existe un mejor equilibrio ácido base fetal y hay mayor eficiencia de las contracciones uterina, lo cual facilita la transición feto-neonatal (52).

Además, hay aumento en los diámetros: 2 cm en sentido antero posterior y 1cm en transversal, lo que hace que el ángulo de encaje sea menos agudo, favoreciendo el encaje. Además, la fuerza positiva de gravedad también favorece al encaje y descenso, haciendo que el trabajo de parto se acorte (52).

- ✓ Posición sentada: Las posiciones de sentado incluyen semisentado y sentado erguido; en semisentada, la mujer se sienta con el tronco en un ángulo superior a 45° con respecto a la cama; en posición sentada erguida, la mujer se sienta erguida sobre una cama, una silla o una herramienta. Sobre la base de varios estudios publicados, parece que las posiciones sentadas son

comparativamente más populares en algunos países desarrollados occidentales que en los países asiáticos (58). Esta posición se relaciona con menos dolor del parto, menor tiempo de parto, menos episiotomías, aumento de pérdida hemática y lesión obstétrica del esfínter anal (20,23,59,60).

- ✓ Posición de rodillas: Las posiciones para arrodillarse pueden variar desde arrodillarse erguido hasta la posición de cuatro patas. En esta posición, la mujer se arrodilla, se inclina hacia delante y se apoya en las palmas de las manos o en los puños. En algunos países desarrollados, como Francia, la posición de rodillas es una de las más utilizadas y las matronas están bien capacitadas para apoyar a las mujeres en esta posición durante el parto (16,55). Se relaciona con menos episiotomías, menos desgarros y menor duración del parto (55,61).
- ✓ Posición de cuclillas: el peso de una mujer descansa principalmente sobre sus pies, pero sus rodillas están marcadamente dobladas y, de nuevo, puede apoyarse o tirar de algún soporte. La posición en cuclillas a menudo se considera la posición más natural; sin embargo, una desventaja importante esta posición es la dificultad para las mujeres embarazadas de mantenerse en cuclillas durante mucho tiempo (62). Esta posición se relaciona con menos desgarros perineales, menos duración del parto y menos dolor de parto (17,34,55).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. PARTO

Es la expulsión de un feto vivo o muerto y sus anexos ya sea por vía vaginal o abdominal; mayor a las 22 semanas de gestación y un peso mayor de 500 gr.

2.3.2. PARTO VERTICAL

Es cuando la gestante se coloca en posición vertical, ya sea de pie, sentada, o de rodillas para dar a luz; mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto.

2.3.3. PARTO HORIZONTAL

Es cuando la gestante descansa sobre la camilla o cama boca arriba, con las piernas flexionadas y abiertas en abducción, apoyadas sobre las pierneras de la cama de atención de parto.

2.3.4. COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Son las alteraciones o trastornos fisiológicos y anatómicos que sufre la gestante en el periodo expulsivo.

2.3.5. COMPLICACIONES NEONATALES

Son las alteraciones o trastornos fisiológicos y anatómicos que sufre el recién nacido durante el parto.

2.4. HIPÓTESIS

La presente investigación no requiere de hipótesis.

2.5. VARIABLE

Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Ítem	Tipo de variable
Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal	Son las alteraciones o trastornos fisiológicos y anatómicos que sufre la gestante en el periodo expulsivo.	Son las alteraciones en el periodo expulsivo de acuerdo a las posiciones que la madre adopta como: en la duración, integridad del periné, en el alumbramiento, en la frecuencia cardíaca, y el estado del recién nacido.	Características sociodemográficas	Edad	Edad en años	Numérico
				Lugar de procedencia	Rural Urbano	Categóricos nominal
				Ocupación	Ama de casa Ganadería y pastoreo Negocio independiente Empleado público Estudiante	Categóricos nominal
			Características obstétricas	Número de partos	Número de partos incluido el actual	numérica
				Término del embarazo	Edad gestacional al momento del parto	Categóricos ordinal
				Periodo intergenésico	Periodo intergenésico, tiempo transcurrido del último parto u aborto hasta el inicio del embarazo	Categórica nominal
			Posición materna en el periodo expulsivo	Posición adoptada por la madre para el periodo expulsivo	Cual fue la posición en la que se llevó a cabo el expulsivo	Categóricos nominal
			Complicaciones del periodo expulsivo	Alteración en el tiempo	Tiempo que duró el periodo expulsivo	numérica
				Desgarros del canal del parto	No tuvo Primer grado Segundo grado Tercer grado	Categóricos nominal

					Cuarto grado	
				Complicaciones en el alumbramiento	No presentó Retención placentaria Alumbramiento incompleto Hemorragia posparto	Categórica nominal
		Salud fetal	Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal	No presentó Taquicardia Bradicardia Hipoxia fetal		Categórica nominal
		Características del recién nacido	Estado al nacer	Apgar al minuto... Apgar a los 5 minutos...		Numérico
			Diagnóstico del recién nacido	Sano Asfixia Caput succedaneum Cefalohematoma Muerte perinatal		Categórica nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

Churcampa está localizado en el departamento de Huancavelica, a 3 282 metros de altitud y cuenta con 44 582 habitantes en la provincia; de los cuales, en la provincia que lleva el mismo nombre, la población es de 5 915.

Vilcashuaman, está ubicada en el distrito del mismo nombre, provincia de Cangallo a 80 kilómetros al sur este de la ciudad de Ayacucho, departamento de Ayacucho, al sur del Perú, sobre la margen izquierda del río Pampas a 3150 metros sobre el nivel del mar. la Provincia de Vilcas Huamán cuenta con un total de 117 centros poblados.

La población de la provincia de Vilcas Huamán, según el Censo Nacional 2017; es de 16 861 habitantes, de los cuales 8 791 son mujeres y 8070 son varones. La población rural compuesta por 14 284 habitantes y la zona urbana tiene 2 577 habitantes.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal (63,64).

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación es descriptivo comparativo, ya que se describirá las complicaciones que se presentaron en el segundo periodo del trabajo de parto (63,64).

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño corresponde al descriptivo

M → O₁

Dónde:

- M₁= Pacientes que dieron parto.
- O₁= Complicaciones del parto en las posiciones vertical y horizontal

3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población: estuvo constituido por 190 partos 87 en posición vertical, en el Centro de Salud de Churcampá - Huancavelica y 103 partos en posición horizontal ocurridos en el centro de salud de Vilcashuaman - Ayacucho, 2020.

Muestra y muestreo: muestra fue censal, no fue necesario usar algún tipo de muestreo; Estuvo conformado por todos los partos ocurridos en ambos establecimientos, en el periodo de estudio.

➤ Criterios de inclusión:

- Gestantes que terminaron su parto por vía vaginal.

➤ Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas con problemas legales.

3.6. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento:

El instrumento fue la ficha de análisis documentario, que nos permitió sistematizar la información requerida.

Técnica:

La técnica empleada fue el análisis documentario, técnica que permitió realizar la revisión de los registros de la atención del parto como las historias clínicas, cuaderno de partos, entre otros.

3.7. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Se elaboró una base de datos, usando la hoja de cálculo, Microsoft Office Excel 2010, en la que se realizó el control de calidad

Se realizó el análisis de los datos usando la estadística descriptiva

Se presenta los resultados en tablas de doble entrada en frecuencia absoluta y porcentual.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01: Características sociodemográficas de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Parto Horizontal		Parto vertical		Total	
	N=103	%	N=87	%	n=190	%
Edad						
De 14 a 19	20	19	15	17	35	18
De 20 a 34	65	63	61	70	126	66
De 35 a 44	18	17	11	13	29	15
Lugar de procedencia						
Rural	64	62	81	93	145	76
Urbano	39	38	6	7	45	24
Ocupación						
Ama de casa	31	30	59	68	90	47
Ganadería y pastoreo	60	58	7	8	67	35
Empleado público	5	5	14	16	19	10
Estudiante	6	6	6	7	12	6
Negocio independiente	1	1	1	1	2	1

Fuente: Ficha de análisis documental de la tesis “Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

En la tabla 01, se aprecia que la edad en ambos grupos fue similar, teniendo 18% en adolescentes, 66% en edad adecuada y 15% en edad extrema; el 93% de las mujeres que optaron por la posición vertical, fueron de procedencia rural, y dentro de los que optaron el parto en posición horizontal, el 62% procedían de zonas rurales, haciendo un total de 76% de la población estudiada que fueron de zona rural, frente al 24% de procedencia urbana; las mujeres que su parto terminó en posición horizontal el 58% se dedican a la ganadería, 30% son amas de casa, mientras las mujeres que optaron la posición vertical se dedican el 68% a su casa y 8% a la ganadería.

Tabla 02: Características obstétricas de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Parto horizontal		Parto vertical		Total	
	n=103	%	n=87	%	n=190	%
Número de partos						
Primípara (1)	29	28	34	39	138	72,6
Múltipara (2 - 3)	31	30	44	51	47	24,7
Gran múltipara (de 4 a más)	43	42	9	10	5	2,6
Edad gestacional						
De 34 a 36 semanas	3	3	0	0	3	1,6
De 38 a 41 semanas	100	97	87	100	187	98,4
Periodo intergenésico						
No aplica (primípara)	29	28	34	39	61	32
Menos e igual a 2 años	3	3	19	22	22	12
De 3 a 5 años	46	45	29	33	78	41
Más e igual a 6 años	25	24	5	6	29	15

Fuente: Ficha de análisis documentaria de la tesis “Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

En la Tabla 02, dentro de las características obstétricas se observa que las mujeres que dieron parto en posición horizontal fueron 28% primíparas, 30% múltiparas y 42% gran múltiparas; el 3% fue parto pretérmino, el 3% tuvo periodo intergenésico corto, el 45% mostró un PI adecuado y del 24% fue prolongado, mientras en el grupo de las mujeres que optaron por parto vertical, se encontró 39% de primíparas, 51% de múltiparas y 10% de gran múltiparas; el 100% fue parto a término; el periodo intergenésico fue corto en el 22% , en el 33% fue adecuado.

Tabla 03: Complicaciones en el periodo expulsivo de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

COMPLICACIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO	Parto Horizontal		Parto Vertical		Total	
	n	%	n	%	n	%
Desgarros en el expulsivo						
No tuvo	70	68	44	51	114	60
Primer grado	26	25	33	38	59	31
Segundo grado	7	7	10	11	17	9
Total	103	100	87	100	190	100
Complicaciones en el alumbramiento						
No tuvo	96	93	87	100	183	96
Retención placentaria	2	2	0	0	2	1
Alumbramiento incompleto	5	5	0	0	5	3
Total	103	100	87	100	190	100

Fuente: Ficha de análisis documentaria de la tesis “Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

En la tabla 03, observamos las complicaciones que se presentaron en el periodo expulsivo en ambas posiciones horizontal y vertical, se encontró desgarros de primer grado 25% : 38%, de segundo grado 7% : 11%; retención placentaria 2% : 0%; alumbramiento incompleto 5% : 0%.

Tabla 04: Complicaciones de la frecuencia cardiaca fetal de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

ALTERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Parto Horizontal		Parto Vertical		Total	
	N	%	N	%	N	%
No tuvo	100	97	87	100	187	98
Taquicardia	2	2	0	0	2	1
Bradicardia	1	1	0	0	1	1
Total	103	100	87	100	190	100

Fuente: Ficha de análisis documentaria de la tesis “Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

En la tabla 04, se presenta las complicaciones de la frecuencia cardiaca fetal, durante el periodo expulsivo, en el parto en posición horizontal se encontró 2% de taquicardia y 1% de bradicardia, en el grupo de las mujeres que dieron parto en posición vertical no se encontró alteraciones de la frecuencia cardiaca.

Tabla 05: Características del recién nacido de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO	Parto Horizontal		Parto Vertical		Total	
	n=103	%	n=87	%	n=190	%
Apgar al minuto						
De 7 a 10	97	94	86	99	183	96
De 4 a 6	6	6	1	1	7	4
Apgar a los 5 minutos						
De 7 a 10	100	97	87	100	190	100
De 4 a 6	3	3	0	0	0	0
Diagnóstico del recién nacido						
Sano	90	87	87	100	177	93
Asfixia	2	2	0	0	2	1
Caput succedaneum	10	10	0	0	10	5
Muerte perinatal	1	1	0	0	1	1
Total	103	100	87	100	190	100

Fuente: Ficha de análisis documentaria de la tesis “Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020

En la tabla 05, se muestra las características de los recién nacidos en ambas posiciones horizontal y vertical, Apgar al minuto de 7 a 10 se muestra en el 97%: 99%; Apgar de 4 a 6 se presentó: 6%: 1%, a los cinco minutos el 100% de los recién nacidos en ambos grupos muestran un Apgar de 7 a 10 puntos, recién nacido sano se encontró 87% : 100%, en el grupo de recién nacidos de parto horizontal se encontró 2% de asfixia, 10 casos de caput succedaneum, no encontrándose complicaciones en el parto vertical.

DISCUSIÓN

Dentro de las características sociodemográficas de las mujeres se aprecia que el 93% de las mujeres que tuvieron el parto en posición vertical, fueron de procedencia rural, frente al 62% en las mujeres que dieron a luz en posición horizontal, se notó que en las mujeres que su parto terminó en posición horizontal el 58% se dedican a la ganadería, 30% son amas de casa, mientras las mujeres que optaron la posición vertical se dedican el 68% a su casa y 8% a la ganadería, esta diferencia puede ser por que el estudio se realizó en dos lugares diferentes de los andes del Perú, Churcampa y Vilcashuamán.

Las características obstétricas fueron similares en cuanto a paridad en las dos posiciones, mientras el periodo intergenésico corto se mostró más en las mujeres con parto en posición vertical; situación que nos muestra que las mujeres de parto vertical tienen más factores de riesgo obstétrico.

Dentro de las complicaciones en el periodo expulsivo, se encontró desgarros de primer y segundo grado, presentándose en mayor proporción en el parto vertical 38% y 11%; mientras en el parto horizontal se presentó 25% y 7%, similar a los hallazgos de Serati, et al (22), Castillo, et al (37) y Calderón, et al (38). Por otro lado, Calvo, et al (35) encuentra más desgarros en los partos en posición horizontal; las complicaciones del alumbramiento solo se presentaron en el parto horizontal retención placentaria 2% y alumbramiento incompleto 5%.

En cuanto a la frecuencia cardiaca fetal se tuvo dos casos de taquicardia, un caso de bradicardia, dos casos de asfixia, una muerte perinatal y 10% de caput succedaneum en los partos en posición horizontal; aparentemente el parto vertical favorece la salud fetal, podría deberse a que en esta posición los vasos: arteria abdominal y vena cava inferior se encuentran sin ninguna compresión en comparación con la posición horizontal; sin embargo Moraloglu, et al (34), encuentran que no hay diferencia en los

resultados perinatales. En la posición vertical se ha registrado más desgarros perineales en la madre de primero y segundo grado, sin embargo, hay que tener en cuenta que en esta posición muy raramente se realiza la episiotomía; en todo caso, sería interesante realizar un estudio sobre la integridad del periné en las diferentes posiciones.

En el parto vertical se encuentra más desgarros vaginales y perineales, esto puede deberse a que en la posición vertical hay una práctica escasa de episiotomía, los desgarros que predominaron fueron de primer grado, que al realizar la episiotomía se hace un corte en el que se secciona músculos, tan igual que el un desgarr de segundo grado, en cuanto a las complicaciones perinatales, no se ha encontrado estudios, sin embargo en nuestro estudio parece que el parto vertical favorece la salud perinatal, sin embargo requiere de investigaciones exhaustivas, el efecto que la posición del parto pueda tener en el feto y el neonato.

CONCLUSIÓN

Las gestantes estudiadas se caracterizaron por ser en su mayoría de zona rural, dedicarse a su casa, ganadería y pastoreo, entre las que dieron parto vertical el 93% fueron de zona rural, 68% son amas de casa.

Características obstétricas, la mayoría fueron primíparas, seguida de las multíparas y gran multíparas, teniendo mayor proporción de gran multíparas en que dieron a luz en posición horizontal, se observa periodo intergenésico corto en las mujeres que adoptaron la posición vertical.

Las complicaciones maternas identificadas fueron desgarros de primer y segundo grado en mayor proporción en los partos en posición vertical, y complicaciones en el alumbramiento como retención placentaria y alumbramiento incompleto en la posición horizontal.

Se presentó taquicardia y bradicardia en poca proporción en los partos horizontales, no se observó complicación de la frecuencia cardiaca en los partos en posición vertical.

Los recién nacidos de parto en posición vertical no presentaron complicaciones, de los partos en posición horizontal se tuvo 2 casos de asfixia, 10% de caput succedaneum y una muerte perinatal.

Parece que el parto vertical conduce a mejores resultados perinatales, el cual puede deberse a que en esta posición la entrega del gasto útero placentario es mejor al no haber compresión de los vasos abdominales y uterinos.

RECOMENDACIONES

Al centro de salud de Churcampa

Al ser un centro referencial en la atención de parto vertical, profundizar investigaciones en el tema.

Al centro de salud de Vilcashuaman - Ayacucho

Al conocer que la preferencia del parto en posición vertical se observa en los Andes del Perú, se debe de ofertar el servicio de atención del parto vertical de acuerdo a la norma técnica.

A la Universidad Nacional de Huancavelica

Al tener una ubicación altoandina, se le recomienda realizar estudios en temas culturales para identificar si los procedimientos empleados repercuten en la salud de la mujer.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Lugones M, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* marzo de 2012;38(1):134-45.
2. Cunningham FG, Williams JW. *Obstetricia.* 24.^a ed. México: McGraw-Hill; 2015.
3. Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *J Midwifery Womens Health.* junio de 2014;59(3):264-76.
4. Looft E, Simic M, Ahlberg M, Snowden JM, Cheng YW, Stephansson O. Duration of Second Stage of Labour at Term and Pushing Time: Risk Factors for Postpartum Haemorrhage. *Paediatr Perinat Epidemiol.* marzo de 2017;31(2):126-33.
5. Altman M, Sandström A, Petersson G, Frisell T, Cnattingius S, Stephansson O. Prolonged second stage of labor is associated with low Apgar score. *Eur J Epidemiol.* noviembre de 2015;30(11):1209-15.
6. Quiñones JN, Gómez D, Hoffman MK, Ananth CV, Smulian JC, Skupski DW, et al. Length of the second stage of labor and preterm delivery risk in the subsequent pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2018;219(5):467.e1-467.e8.
7. Cheng YW, Caughey AB. Defining and Managing Normal and Abnormal Second Stage of Labor. *Obstet Gynecol Clin North Am.* diciembre de 2017;44(4):547-66.
8. Grantz KL, Sundaram R, Ma L, Hinkle S, Berghella V, Hoffman MK, et al. Reassessing the Duration of the Second Stage of Labor in Relation to Maternal and Neonatal Morbidity. *Obstet Gynecol.* febrero de 2018;131(2):345-53.
9. Sandström A, Altman M, Cnattingius S, Johansson S, Ahlberg M, Stephansson O. Durations of second stage of labor and pushing, and adverse neonatal

outcomes: a population-based cohort study. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc.* marzo de 2017;37(3):236-42.

10. Liu YC. Position during labor and delivery: history and perspective. *J Nurse Midwifery.* junio de 1979;24(3):23-6.
11. Dunn PM. Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. *Arch Dis Child.* enero de 1991;66(1 Spec No):78-9.
12. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 de enero de 2013;(1):CD008070.
13. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 9 de octubre de 2013;(10):CD003934.
14. Nieuwenhuijze MJ, de Jonge A, Korstjens I, Budé L, Lagro-Janssen TLM. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery.* noviembre de 2013;29(11):e107-114.
15. Carquillat P, Boulvain M, Guittier MJ. How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery.* diciembre de 2016;43:21-8.
16. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 de mayo de 2012;(5):CD002006.
17. Valiani M, Rezaie M, Shahshahan Z. Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor. *Iran J Nurs Midwifery Res.* agosto de 2016;21(4):372-8.

18. Kallianidis AF, Smit M, Van Roosmalen J. Shoulder dystocia in primary midwifery care in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand.* febrero de 2016;95(2):203-9.
19. Bueno-Lopez V, Fuentelsaz-Gallego C, Casellas-Caro M, Falgueras-Serrano AM, Crespo-Berros S, Silvano-Cocinero AM, et al. Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth Berkeley Calif.* diciembre de 2018;45(4):385-92.
20. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth.* 9 de octubre de 2015;15:252.
21. Frigerio M, Manodoro S, Bernasconi DP, Verri D, Milani R, Vergani P. Incidence and risk factors of third- and fourth-degree perineal tears in a single Italian scenario. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* febrero de 2018;221:139-43.
22. Serati M, Di Dedda MC, Bogani G, Sorice P, Cromi A, Uccella S, et al. Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence. *Int Urogynecology J.* febrero de 2016;27(2):281-6.
23. Warmink-Perdijk WDB, Koelewijn JM, de Jonge A, van Diem MT, Lagro-Janssen ALM. Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery.* marzo de 2016;34:1-6.
24. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. *Reprod Health.* 30 de noviembre de 2006;3:10.
25. Walker C, Rodríguez T, Herranz A, Espinosa JA, Sánchez E, España-Pons M. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *Int Urogynecology J.* septiembre de 2012;23(9):1249-56.

26. De Jonge A, Lagro-Janssen ALM. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* marzo de 2004;25(1):47-55.
27. Gizzo S, Saccardi C, Patrelli TS, Di Gangi S, Breda E, Fagherazzi S, et al. Fertility rate and subsequent pregnancy outcomes after conservative surgical techniques in postpartum hemorrhage: 15 years of literature. *Fertil Steril.* junio de 2013;99(7):2097-107.
28. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* diciembre de 2013;26(4):e99-104.
29. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHB de M. [The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth]. *Rev Esc Enferm U P.* junio de 2011;45(3):557-65.
30. De Jonge A, Teunissen T a. M, Lagro-Janssen ALM. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* marzo de 2004;25(1):35-45.
31. Shermer RH, Raines DA. Positioning during the second stage of labor: moving back to basics. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* diciembre de 1997;26(6):727-34.
32. Gupta JK, Nikodem C. Maternal posture in labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* octubre de 2000;92(2):273-7.
33. de Jonge A, Rijnders MEB, van Diem MT, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery.* agosto de 2009;25(4):439-48.
34. Moraloglu O, Kansu-Celik H, Tasci Y, Karakaya BK, Yilmaz Y, Cakir E, et al. The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the

second stage of labor in nulliparous women. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. enero de 2017;30(2):245-9.

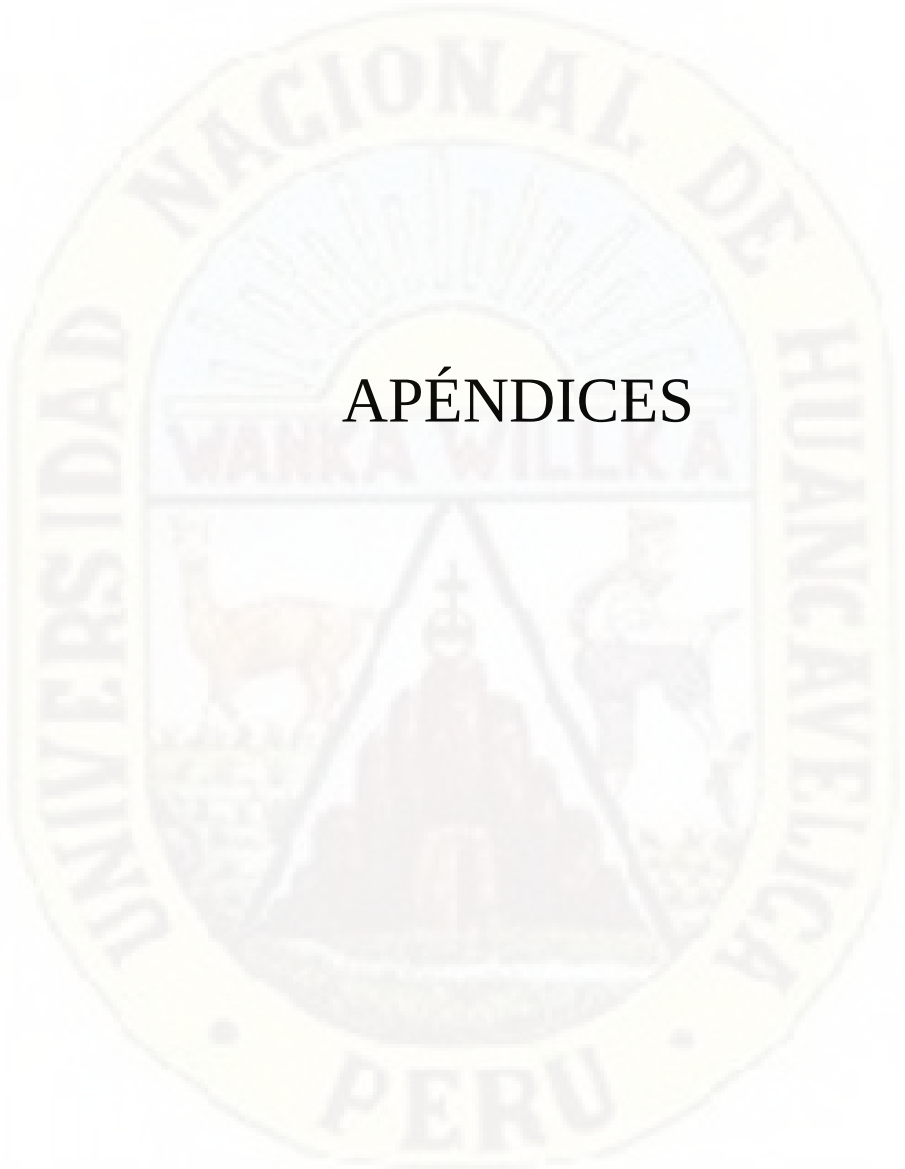
35. Calvo Aguilar O, Flores Romero AL, Morales García VE. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obstet México. 2013;81(01):1-10.
36. Arimuya Pacheco RF, Fuentes Peña JD. Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal. 14 de mayo de 2021 [citado 13 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4456>
37. Castillo Ayarza, Marco, Cahuata Mosqueira, Alejandra, Calle Brush, Alejandro, Muñoz Silva, Ricardo, Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero a julio del 2012. Horizonte Médico [Internet]. 2014;14(1):31-37. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637133006>.
38. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Rev Peru Ginecol Obstet. 2008;54(1):49-57.
39. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Merce, editores. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2007.
40. Muñoz M, Stensballe J, Ducloy-Bouthors AS, Bonnet MP, De Robertis E, Fornet I, et al. Patient blood management in obstetrics: prevention and treatment of postpartum haemorrhage. A NATA consensus statement. Blood Transfus. marzo de 2019;17(2):112-36.
41. Gill P, Patel A, Van Hook JW. Uterine Atony. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493238/>

42. Kettle C, Frohlich J. Perineal care. *BMJ Clin Evid.* 11 de abril de 2011;2011:1401.
43. Obajimi GO, Roberts AO, Aimakhu CO, Bello FA, Olayemi O. AN APPRAISAL OF RETAINED PLACENTAE IN IBADAN: A FIVE YEAR REVIEW. *Ann Ib Postgrad Med.* junio de 2009;7(1):21-5.
44. Gaudernack LC, Michelsen TM, Egeland T, Voldner N, Lukasse M. Does prolonged labor affect the birth experience and subsequent wish for cesarean section among first-time mothers? A quantitative and qualitative analysis of a survey from Norway. *BMC Pregnancy Childbirth.* 8 de octubre de 2020;20(1):605.
45. Arnot PH. PROLONGED LABOR. *Calif Med.* enero de 1952;76(1):20-2.
46. Infante-Torres N, Molina-Alarcón M, Arias-Arias A, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. Relationship Between Prolonged Second Stage of Labor and Short-Term Neonatal Morbidity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* noviembre de 2020;17(21):7762.
47. Wang X, Durosier LD, Ross MG, Richardson BS, Frasch MG. Online detection of fetal acidemia during labour by testing synchronization of EEG and heart rate: a prospective study in fetal sheep. *PloS One.* 2014;9(9):e108119.
48. Urdal J, Engan K, Eftestøl T, Haaland SH, Kamala B, Mdoe P, et al. Fetal heart rate development during labour. *Biomed Eng OnLine.* 16 de marzo de 2021;20:26.
49. Młodawska M, Młodawski J, Świercz G, Zieliński R. The Relationship between Nuchal Cord and Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes: Retrospective Cohort Study. *Pediatr Rep.* 24 de enero de 2022;14(1):40-7.
50. Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* enero de 2017;208:46-54.

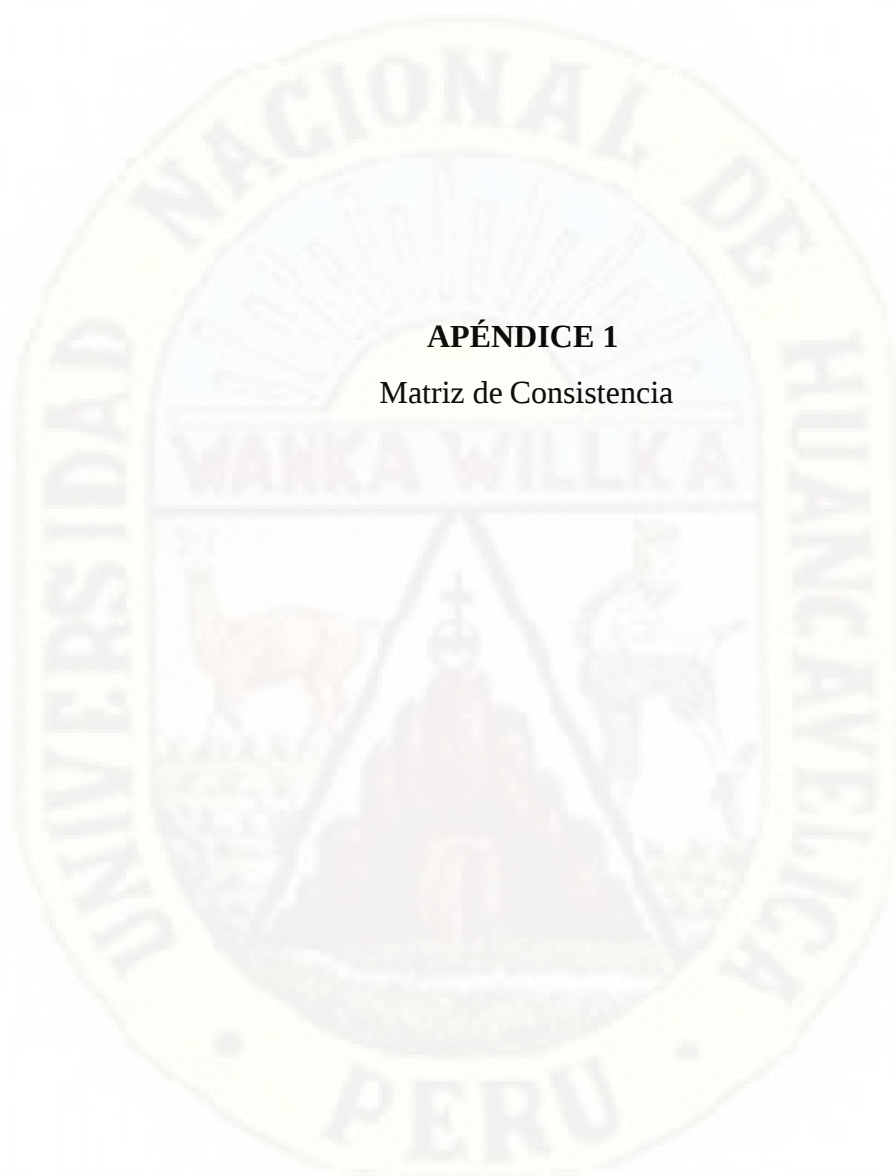
51. Atwood RJ. Parturitional posture and related birth behavior. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 1976;57:1-25.
52. Ministerio De Salud. Norma tecnica para la atencion del parto vertical con adecuacion intercultural [Internet]. 2005. Disponible en: <https://crolimacallao.org.pe/documentos/normas/ATENCION%20DEL%20PARTO%20VERTICAL-MINSA.pdf>
53. Santos RCSD, Riesco MLG. Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth. *Rev Gaucha Enferm.* 6 de abril de 2017;37(spe):e68304.
54. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh KK, Zileni CW, Muller A. Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* febrero de 2017;30(1):e1-8.
55. Tunestveit JW, Baghestan E, Natvig GK, Eide GE, Nilsen ABV. Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery.* julio de 2018;62:264-72.
56. Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Sellam N, Dreyfus M, et al. Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA. *Am J Obstet Gynecol.* octubre de 2016;215(4):511.e1-7.
57. Barasinski C, Debost-Legrand A, Lémery D, Vendittelli F. Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery.* enero de 2018;56:79-85.
58. Withers M, Kharazmi N, Lim E. Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery.* enero de 2018;56:158-70.
59. None S, None A, None K. Effectiveness of semi sitting position during 2nd stage of labour on maternal and neonatal outcomes among primigravida. *Nurs J India*

[Internet]. diciembre de 2012 [citado 13 de marzo de 2022];103(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23923599/>

60. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 24 de marzo de 2011;11:22.
61. Zhang H, Huang S, Guo X, Zhao N, Lu Y, Chen M, et al. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery*. julio de 2017;50:117-24.
62. Lin YC, Gau ML, Kao GH, Lee HC. Efficacy of an Ergonomic Ankle Support Aid for Squatting Position in Improving Pushing Skills and Birth Outcomes During the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Res JNR*. diciembre de 2018;26(6):376-84.
63. Hernández R, Fernández P. Metodología de La Investigación - Sampieri y Fernández. 5a Edición. México: McGraw-Hill; 2010.
64. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica [Internet]. 2014 [citado 15 de junio de 2018]. Disponible en: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3226495>



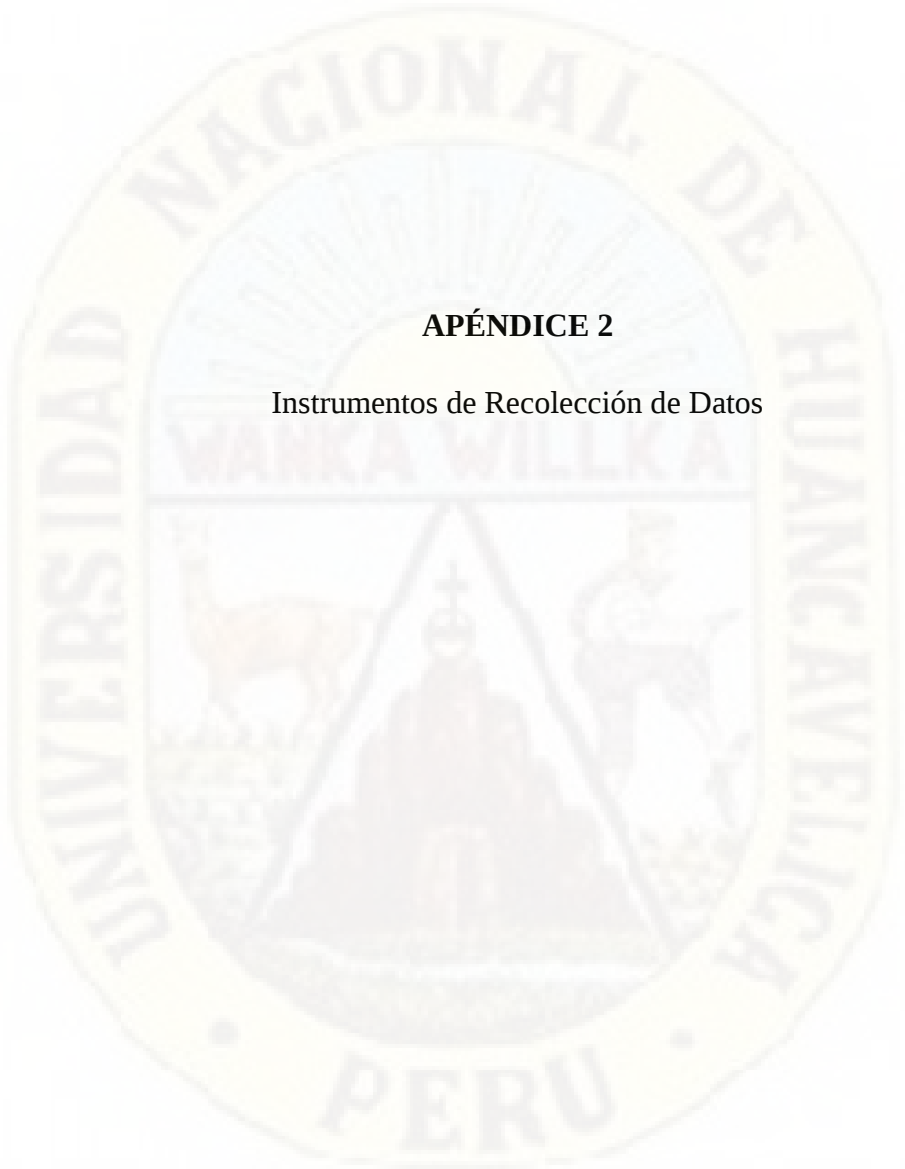
APÉNDICES



APÉNDICE 1

Matriz de Consistencia

Problema	Objetivo	Variables	Indicadores	Metodología
¿Cuáles son las complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020?	General: Identificar las complicaciones del parto en las posiciones vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020 Específicos a) Describir las características sociodemográficas de las gestantes de partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020 b) Describir las características obstétricas de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020 c) Describir las complicaciones maternas en el periodo expulsivo de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020 d) Describir las complicaciones de la frecuencia cardiaca fetal de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020 e) Describir las características del recién nacido de los partos atendidos en posición vertical y horizontal en Churcampa-Huancavelica y Vilcashuaman-Ayacucho, 2020.	Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal	Edad Lugar de procedencia Ocupación Número de partos Término del embarazo Periodo intergenésico Posición en el que se dio el periodo expulsivo Complicaciones maternas en el periodo expulsivo Complicaciones fetales en el periodo expulsivo Características del recién nacido.	Tipo de investigación. Observacional, retrospectivo, transversal Nivel de investigación: descriptivo Población. la población estuvo constituida por 190 gestantes que acudieron a los centros de salud de Churcampa y Vilcashuaman para la atención de parto. Muestra. Muestra censal Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Técnica: análisis documental Instrumento: ficha de análisis documental Análisis de datos. Estadística descriptiva.



APÉNDICE 2

Instrumentos de Recolección de Datos

FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO

INVESTIGACIÓN: COMPLICACIONES DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN CHURCAMPÁ-HUANCAVELICA Y VILCASHUAMAN-AYACUCHO, 2020

INSTRUCCIÓN: haciendo uso del instrumento, revise el cuaderno de parto, la historia clínica de los partos atendidos, poniendo énfasis en el reporte del parto, partograma, y la historia clínica perinatal base, para obtener los datos requeridos, de los partos atendidos durante el 2020.

Código de ficha _____

H. CL _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad de la madre al momento del trabajo de parto: _____
2. Lugar de procedencia
 - a) Rural (1)
 - b) Urbano (2)
3. Ocupación
 - a. Ama de casa (1)
 - b. Ganadería y pastoreo (2)
 - c. Negocio Independiente (3)
 - d. Empleado Público (4)
 - e. Estudiante (5)

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

4. Número de partos incluido el actual: _____
5. Edad Gestacional en semanas en la que terminó el embarazo:
_____ semanas
6. Periodo intergenésico, tiempo transcurrido del último parto u aborto hasta el inicio del embarazo.
 - a) No aplica ()
 - b) ≤ 2 años ()
 - c) 3 - 4 años ()
 - d) ≥ 5 años ()

III. POSICIÓN MATERNA EN EL PERIODO EXPULSIVO

7. Cual fue la posición en la que se llevó a cabo el expulsivo

a) Posición horizontal ()

b) Posición vertical ()

IV. COMPLICACIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO:

8. Duración del expulsivo: _____ minutos

9. Alteraciones en el tiempo de duración:

a. Ninguno

b. Primípara > 90 minutos

c. Multipara >60 minutos

d. Distocia de hombro

10. Desgarros en el expulsivo del canal del parto

a. No tuvo

b. Primer grado

c. Segundo grado

d. Tercer grado

e. Cuarto grado

11. Complicaciones en el alumbramiento

a. No presentó

b. Retención placentaria

c. Alumbramiento incompleto

d. Hemorragia posparto

12. Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal

a. No presentó

b. Taquicardia

c. Bradicardia

d. Hipoxia fetal

V. CARACTERÍSTICAS DEL RECIEN NACIDO

13. Estado al nacer: Apgar al minuto: _____ y a los 5 minutos: _____

14. Diagnóstico del recién nacido

a) Sano

b) Asfixia

c) Caput succedaneum

d) Cefalohematoma

e) Muerte perinatal

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO
DE INVESTIGACIÓN**

**OBSTA. ELSA DORITA LEIVA CASTRO
JEFATURA DE MICRORED PAUCARBAMBA**

YO, NERY JULIA HERNÁNDEZ CÓRDOVA,
identificada con DNI N° 72781039,
domiciliada en Tres Esquinas – Subtanjalla –
Ica, ante usted respetuosamente me presento
y expongo lo siguiente:

Que habiendo culminado la Segunda Especialidad en: Emergencias Y Alto
Riesgo Obstétrico, en la Universidad Nacional de Huancavelica, solicito a
usted permiso para realizar trabajo de investigación sobre:
**COMPLICACIONES DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL Y
HORIZONTAL EN PAUCARBAMBA – CHURCAMP –
HUANCAVELICA, 2020**", para optar el título de obstetra especialista.



POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

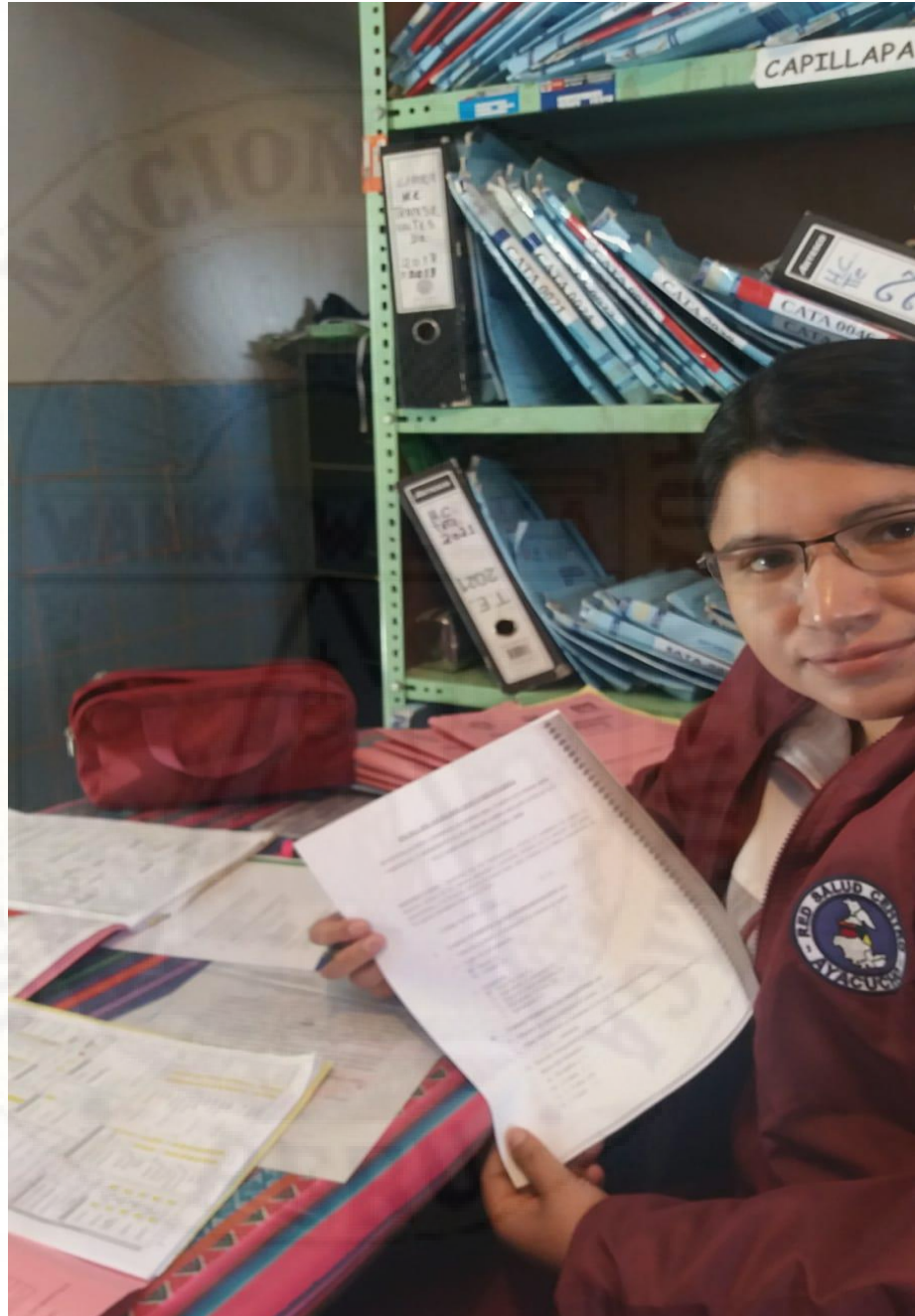
Patallaccta, 20 de Diciembre del 2021


Nery J. Hernández Córdova
OBSTETRA
~ 10.0317

PANEL FOTOGRÁFICO



**SALA DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL, PARTO
VERTICAL – CHURCAMPÁ - HUANCÁVELICA**



**RECOJO DE INFORMACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE
VILCASHUAMAN**