



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**Complicaciones maternas y del recién nacido por parto**

**horizontal y vertical. Instituto Nacional Materno**

**Perinatal. Setiembre a noviembre del 2022**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

**AUTOR**

Renata RUIZ ROSAS

**ASESOR**

Jenny Elenisse ZA VALETA LUJAN

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Ruiz R. Complicaciones maternas y del recién nacido por parto horizontal y vertical. Instituto Nacional Materno Perinatal. Setiembre a noviembre del 2022 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2024.

---

## Modelo 1

### Metadatos complementarios: autor / asesor

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Renata Ruiz Rosas
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	74023519
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0007-7086-0363">https://orcid.org/0009-0007-7086-0363</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Jenny Elenisse Zavaleta Lujan
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09327337
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-2418-0408">https://orcid.org/0000-0003-2418-0408</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Martha Rosa Salazar Campos
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	25490000
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Gladys Marleni Suasnabar Ponce
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	20894354
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Elia Stephanie Ku Chung
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42011887
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	No aplica

Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Latitud: -12.0523057 Longitud: -77.0220920444874
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022 - 2024
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la salud <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</a>  Obstetricia <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a>



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

**1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 10/01 / 2024**

HORA INICIO : 10:00 hrs

HORA TÉRMINO : 11:00 hrs

**2. MIEMBROS DEL JURADO**

PRESIDENTE : Dra. Martha Rosa Salazar Campos

MIEMBRO : Mg. Elia Stephanie Ku Chung

MIEMBRO : Mg. Gladys Marleni Suasnabar Ponce

ASESORA : Lic. Jenny Elenisse Zavaleta Lujan

**3. DATOS DEL TESISISTA**

NOMBRES Y APELLIDOS : Renata Ruiz Rosas

CODIGO : 17010334

**TÍTULO DE LA TESIS: Complicaciones maternas y del recién nacido por parto horizontal y vertical.  
Instituto Nacional Materno Perinatal. Setiembre a noviembre del 2022**

**4. RECOMENDACIONES: Realizar la Publicación de la Investigación**

**5. NOTA OBTENIDA: ( 17 ) Diecisiete**



6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI
1	Rosa María Isabel Solís Corzo	61454025
2	Nelly Yovana Rosas Moyano	21574083
3	German Alonso Urrunaga Moreno	72897192
4	Oriele Juana Corzo Moyano	21560373
5	Glicerio Alberto Rosas Moyano	21523336

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

DRA. MARTHA ROSA SALAZAR CAMPOS D.N.I.25490000	MG. ELIA STEPHANIE KU CHUNG D.N.I.42011887
PRESIDENTE	MIEMBRO

MG. GLADYS MARLENI SUASNABAR PONCE D.N.I.20894354	LIC. JENNY ELENISSE ZAVALETA LUJAN D.N.I. 09327337
MIEMBRO	ASESOR (A)

 Firmado digitalmente por ARNAO DEGOLLAR Veronica Antoinette FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 11.01.2024 09:42:31 -05:00	 Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 11.01.2024 12:09:40 -05:00
Mg. Veronica Antoinette Arnao Degollar Directora ( e) de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti Vicedecana Académica-Facultad de Medicina
DIRECTORA (E) DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	VICEDECANA ACADÉMICA DE PREGRADO FACULTAD DE MEDICINA



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
Universidad del Perú. Decana de América  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA  
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

**CERTIFICADO DE SIMILITUD**

Yo Lic. Jenny Elenisse Zavaleta Lujan, en mi condición de Asesora acreditado con la Resolución Decanal N°000875-2023-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título "**Complicaciones maternas y del recién nacido por parto horizontal y vertical. Instituto Nacional Materno Perinatal. Setiembre a noviembre del 2022.**", **presentado por la bachiller** : Renata Ruiz Rosas, para optar el Título Profesional en Obstetricia. **CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 14% de similitud, nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondiente y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesor.....

DNI: 09327337

Nombre y apellidos del asesor:





## **Agradecimiento**

En primer lugar, a Dios, por guiarme y protegerme durante mi vida.

A la Mg. Jenny Zavaleta Luján por su apoyo, tiempo y conocimientos brindados durante el proceso de mi tesis, siendo parte primordial de ella.

A mi centro de estudios superiores, Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a cada docente que fue parte de mi formación profesional.

Al Instituto Nacional Materno Perinatal, por la disposición brindada para realizar mi estudio en sus instalaciones.

## **Dedicatoria**

A mi mamá, quien me apoyó incondicionalmente en cada paso de mi vida, siempre confió en mí y fue mi soporte emocional en mi etapa universitaria. Sin ella muchos de mis logros no hubieran sido posibles.

A mis seres queridos y amistades que me ayudaron en el proceso.

A mis tres ángeles en el cielo que siempre fueron mi motivación y sé que estarían muy orgullosos.

# Índice

Agradecimiento .....	2
Dedicatoria.....	3
Índice.....	4
Índice de Tablas .....	6
Resumen.....	7
Abstract .....	8
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
1.1. Introducción.....	9
1.2. Planteamiento del problema.....	10
1.3. Objetivos.....	11
1.4. Importancia y alcance de la investigación .....	11
1.5. Limitaciones de la investigación.....	12
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
2.1. Antecedentes.....	13
2.2. Bases teóricas.....	16
2.3. Definición de términos .....	27
<b>III. HIPÓTESIS Y VARIABLES .....</b>	<b>29</b>
3.1. Hipótesis .....	29
3.2. Variables .....	29
3.3. Operacionalización de variables .....	29
<b>IV. MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>32</b>
4.1. Área de estudio .....	32
4.2. Diseño de investigación .....	32
4.3. Población y muestra.....	32
4.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información .....	34
4.5. Análisis estadístico.....	35
4.6. Aspectos éticos .....	36
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
5.1. Presentación y análisis de los resultados .....	37
<b>VI. DISCUSIÓN.....</b>	<b>42</b>
<b>VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>49</b>
7.1. Conclusiones.....	49
7.2. Recomendaciones.....	50
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>

<b>ANEXOS</b> .....	<b>56</b>
<b>ANEXO A: Ficha de recolección de datos</b> .....	<b>57</b>
<b>ANEXO B: Resolución Decanal</b> .....	<b>59</b>
<b>ANEXO C: Carta de aprobación del INMP</b> .....	<b>61</b>
<b>ANEXO D: Aprobación de Comité Metodológico del INMP</b> .....	<b>62</b>
<b>ANEXO E: Aprobación de Comité de Ética del INMP</b> .....	<b>63</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las pacientes cuyos partos fueron atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre a noviembre del 2022.....	37
<b>Tabla 2.</b> Características obstétricas de las pacientes cuyos partos fueron atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre a noviembre del 2022.....	38
<b>Tabla 3.</b> Complicaciones maternas en el parto de pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre a noviembre del 2022.....	39
<b>Tabla 4.</b> Complicaciones del recién nacido en el parto de pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre a noviembre del 2022.....	40

## Resumen

**Objetivo:** Determinar las complicaciones maternas y del recién nacido en el parto vertical y horizontal en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de setiembre a noviembre del año 2022.

**Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. La muestra utilizada fueron 304 historias clínicas (174 de parto horizontal y 130 de vertical), escogidas por muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos fueron obtenidos mediante una ficha de recolección y el análisis descriptivo fue realizado en el Software SPSS versión 25.0.

**Resultados:** Respecto a las complicaciones maternas, se encontró principalmente en el grupo de parto horizontal que el 5.7% tuvo hemorragia postparto, el 36.2% presentó desgarro perineal de I grado y al 47.7% le realizaron episiotomía; mientras que en el parto vertical hubo hemorragia postparto en el 1.5%, desgarro de I grado en el 30% y episiotomía en el 43.1%. Asimismo, en las complicaciones del recién nacido se obtuvo que la puntuación de Apgar al 1° minuto en el parto horizontal fue normal en el 96.6% y con depresión moderada en el 3.4%; mientras que en el vertical el Apgar al 1° minuto fue normal en el 97.7% y con depresión moderada en el 2.3%; el Apgar al 5° minuto en el grupo de parto horizontal fue normal en el 99.4% y en el vertical el 100%; y el líquido amniótico fue claro en el 79.9% de parto horizontal y en el 81.5% de vertical.

**Conclusión:** Se determinó que los partos en posición vertical y horizontal atendidos de setiembre a noviembre del 2022 en el Instituto Nacional Materno Perinatal presentaron proporciones muy similares en cuanto a las complicaciones maternas y del recién nacido.

**Palabras claves:** Parto, complicaciones del trabajo de parto, Recién Nacido.

## Abstract

**Objective:** Determine maternal and newborn complications in vertical and horizontal birth at the Instituto Nacional Materno Perinatal in the period from September to November 2022.

**Methodology:** Quantitative, observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study. The sample used was 304 medical records (174 of horizontal birth and 130 of vertical birth), chosen by non-probabilistic sampling for convenience. The data were obtained using a collection form and the descriptive analysis was carried out in SPSS software version 25.0.

**Results:** Regarding maternal complications, it was found mainly in the horizontal birth group that 5.7% had postpartum hemorrhage, 36.2% presented a grade I perineal tear and 47.7% had an episiotomy; while in vertical birth there was postpartum hemorrhage in 1.5%, I degree tear in 30% and episiotomy in 43.1%. Likewise, in the complications of the newborn, it was found that the Apgar score at 1 minute in horizontal birth was normal in 96.6% and with moderate depression in 3.4%; while in the vertical the Apgar at 1 minute was normal in 97.7% and with moderate depression in 2.3%; The Apgar at 5th minute in the horizontal birth group was normal in 99.4% and in the vertical group it was 100%; and the amniotic fluid was clear in 79.9% of horizontal births and 81.5% of vertical births.

**Conclusion:** It was determined that births in vertical and horizontal positions attended from September to November 2022 at the National Maternal Perinatal Institute presented very similar proportions in terms of maternal and newborn complications.

**Keywords:** Parturition, Obstetric Labor Complications, Newborn.

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Introducción

A partir de 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la mujer gestante debe optar por aquella posición para dar a luz en la cual se sienta cómoda y segura, ya que la evidencia científica concluye que es la mejor postura durante el parto y genera beneficios(1). Además, difunde el respeto por las prácticas interculturales en la ejecución del parto y particularmente el parto vertical, ya que muestra ventajas como la reducción de los porcentajes de morbilidad de la madre, en contraste con la práctica del parto horizontal(2).

En nuestro país, se consideró la importancia del parto vertical con el fin de contribuir a la reducción de la mortalidad materna por medio de la implementación del parto en posición vertical en las gestantes a nivel nacional, por lo cual se planteó una norma técnica en el 2005, la cual fue modificada en el 2016 por la “Norma Técnica de Salud para la atención del Parto Vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural”, aún vigente(3).

Pese a que se tiene evidencia de lo que implican todas las posiciones en el parto, existen deficiencias en el conocimiento respecto a los recién nacidos y los problemas experimentados en ambos actualmente. Por este motivo, nuestro estudio busca exponer las características generales de las madres, las sociodemográficas y obstétricas, y las complicaciones maternas y perinatales presentadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2022.

El presente estudio se encuentra estructurado en siete capítulos. En el capítulo I se encuentra la introducción, el planteamiento del problema, los objetivos, la importancia, alcance y restricciones del estudio. El siguiente capítulo abarca los estudios previos, los conceptos teóricos y la lista de definición de términos empleados. En el tercer capítulo se incluyen las variables y su operacionalización. En la cuarta sección, se detalla la metodología de investigación. En quinto apartado se exhiben y estudian los resultados. El segmento VI muestra la discusión. El capítulo siguiente evidencia las conclusiones y sugerencias. Por último, se encuentran las referencias bibliográficas y anexos.



## **1.2. Planteamiento del problema**

### **Determinación del problema**

Contrariamente a la implementación de la Norma técnica a favor de la práctica del parto vertical con la intención de respetar los derechos de las usuarias, existe un bajo conocimiento por parte de la población, incluyendo al personal de salud, de las implicancias evidenciadas en el parto vertical y solo conocen la postura horizontal, que es la más comúnmente practicada, incluso con este tema presentado en las cartillas del plan de parto que se utilizan durante el control prenatal. Aunque, de igual manera, no se cuenta con información certera y amplia actualmente sobre ventajas o desventajas del parto vertical en los recién nacidos, ya que principalmente se ha identificado ello en relación a las madres(6). Dicha desinformación conlleva a que no se respete la decisión de gestantes que deseen ubicarse en posición vertical en su parto, complicaciones en la madre y el recién nacido a consecuencia de malas prácticas en la atención del parto vertical o pacientes insatisfechas con su atención de parto debido a no optar por una posición cómoda para ellas.

En el parto vertical las pacientes tienen la opción de colocarse en cuatro variaciones de postura con la ayuda y acompañamiento del personal capacitado, donde se recurre al mecanismo de gravedad. La tercera etapa del parto brinda como ventaja un contacto inmediato entre madre e hijo. Además, se considera que dicha posición aportaría un efecto beneficioso en el componente psicoafectivo de la madre con respecto a la reducción de la ansiedad y estrés inherentes al proceso natural del parto(4).

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) es la entidad donde se practican más partos en posición vertical en la ciudad, y muestra en su Boletín Estadístico 2021 mediante su Oficina de Estadística e Informática y su Equipo Funcional de Estadística que en dicho año se atendieron 7 361 partos vaginales, de los cuales 2 966 fueron partos verticales considerados partos humanizados(5). No obstante, no es la situación que se presenta en la mayoría de Centros de salud de Lima, donde no se tiene en consideración la atención de ambos tipos de parto, ya sea por profesionales no capacitados, falta de implementos e infraestructura adecuada para la atención de parto en cualquier posición, o pacientes con desconocimiento del tema.

Por dichos motivos, se considera en la investigación la problemática descrita anteriormente de la salud materna y neonatal, para permitir tener un panorama más claro sobre las complicaciones del parto vertical y horizontal en relación con la madre y el recién nacido y poder evitarlos; así el personal de salud y las usuarias finales (gestantes) puedan tener capacidad de elección adecuada en el trabajo de parto; por lo que este estudio se realiza con el fin de contribuir con la reducción de la morbilidad materna-perinatal y la mejora de la calidad de atención del parto humanizado, tomando en cuenta la pertinencia intercultural.

## **Formulación del problema**

¿Cuáles fueron las complicaciones del parto vertical y horizontal presentadas en las madres y sus recién nacidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de setiembre a noviembre del año 2022?

### **1.3. Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar las complicaciones del parto vertical y horizontal presentadas en las madres y sus recién nacidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de setiembre a noviembre del año 2022.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar las características generales de las púerperas de parto horizontal y vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal
- Identificar las complicaciones maternas de los partos en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal
- Identificar las complicaciones maternas de los partos en posición horizontal en el Instituto Nacional Materno Perinatal
- Describir las complicaciones en recién nacidos por parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal
- Describir las complicaciones en recién nacidos por parto horizontal en el Instituto Nacional Materno Perinatal

### **1.4. Importancia y alcance de la investigación**

Globalmente y en nuestro país se pueden encontrar trabajos de investigación con orientaciones similares que evidencian beneficios y/o problemas del parto en posición

vertical frente al horizontal, evidenciadas durante el periodo expulsivo principalmente; sin embargo, no existen estudios actuales en Lima que identifiquen las implicancias maternas y del recién nacido presentadas en ambos tipos de parto, sean positivas o negativas, y los posibles bienes en contraste con el parto litotómico, que es el que comúnmente se practica y evidencia mayores complicaciones maternas en comparación; por ello esta investigación plantea aportar con dicho conocimiento para posteriormente ponerlo a disposición de futuras pacientes y con una información más amplia de las características, ventajas y desventajas maternas y perinatales puedan tomar una decisión acertada de la posición deseada en el trabajo de parto para su beneficio. Asimismo, puede dar pie a nuevas investigaciones en las que se identifiquen la relación entre las variables encontradas, y con dicho conocimiento va a favorecer a que los profesionales calificados para la atención de partos sean capacitados de manera óptima, por lo que puedan optimizar el desempeño de la atención del parto en posición horizontal y vertical, el cual es propio mayormente en mujeres amazónicas y andinas, pero debido a la adecuación intercultural se está implementando en diversos establecimientos de salud, como sucedió hace años en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde se practica la mayor cantidad de partos verticales en Lima, motivo por el cual me permitió realizar el estudio en dicha institución, contribuyendo a reforzar el parto humanizado y a la disminución de la incidencia de las complicaciones maternas y del recién nacido.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Se podría hallar sesgo de información, ya que se utilizará una fuente secundaria como las historias clínicas de las pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal, lo cual no permitirá comprobar la veracidad y precisión de la información. Sesgo de selección, debido a que puede haber un error en la elección de los grupos o individuos que participarán en la investigación, lo cual puede conducir a resultados o conclusiones erróneas.

La validez externa se puede ver afectada por el muestreo no probabilístico, ya que esta necesita las condiciones mínimas para realizar con seguridad una generalización de las conclusiones.

Además, es posible que algunas historias clínicas se encuentren incompletas y no se puedan incluir en el estudio.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Solar C. et al. en Perú en el 2022 en su trabajo de investigación “Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampa y Vilcashuaman, 2020”, tuvieron como objetivo identificar las complicaciones que pueden ocurrir en el parto vertical y horizontal. Tiene un diseño descriptivo, retrospectivo y transversal, el cual necesitó 190 mujeres embarazadas de los dos centros de salud nivel I de los departamentos de Ayacucho y Huancavelica. Obtuvieron como resultados que el 18% fueron adolescentes de 14-19 años, 66% de 20-34 años y en edad extrema 15%; donde el 74% fueron de procedencia rural y el 47% representó a trabajadoras del hogar; dentro de las gestantes que optaron por parto vertical 93% provienen de zona rural, 72,6% son primíparas, el 24% resultaron multíparas, el periodo intergenésico corto y largo, respectivamente, fueron 12% y 18%. También se observó que en las gestantes en dicha posición el periodo intergenésico de pocos años fue el 12% y 18% de largo; y entre las complicaciones encontradas se obtuvo que el parto vertical tuvo más casos de desgarro perineal, 38% de I grado, 11% de II, en comparación con 35% y 7% en el horizontal, la retención de placenta, taquicardia o bradicardia, el Apgar de 4 a 6 a los cinco 5 minutos fue en el 3% y 2 casos de asfixia, un 10% de Caput succedaneum, entre otras. Se llegó a la conclusión de que las pacientes de parto vertical presentan más desgarros en la zona perineal; no obstante, se identificaron beneficios para el recién nacido(7).

Arimuya R. et al. en su estudio “Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal” en el 2021 en Perú buscaron contrastar las complicaciones en la madre y neonato (de parto vertical u horizontal), mediante un estudio descriptivo y comparativo, retrospectivo de cohortes y transversal, donde se analizaron las historias clínicas de 300 gestantes. Se encontró como resultados que las mujeres tenían  $28 \pm 5$  años y dentro de las complicaciones se encontró que el tiempo del expulsivo duró más en la posición horizontal, además el sangrado también superó en cantidad al horizontal. Se obtuvo que el parto vertical disminuyó el riesgo de desgarro en un 36%, y la episiotomía disminuyó en 37% en el parto vertical, versus el horizontal; y en el recién nacido se encontró que el Apgar en el primer minuto fue mayor en el parto vertical. Con esta información concluyeron que el nacimiento vía

horizontal tiene mayores complicaciones que el vertical, por lo que tiene más beneficios(8).

Salazar T. et al., en el 2019 en Ecuador, realizaron la tesis “Importancia y beneficios que ofrece el parto vertical humanizado en gestantes adolescentes”, la cual tuvo como propósito identificar las ventajas que brinda el parto en posición vertical en dicha población. Este trabajo de investigación tiene un diseño observacional, prospectivo, transversal y fue aplicado en 105 gestantes cuyo parto fue en posición vertical. Se obtuvo como resultados que el 59% de la población estudiada duró 15 minutos su segundo periodo de parto, y en cuanto a los neonatos se obtuvo un puntaje óptimo en cuanto al test de Apgar. Concluyeron que el parto vertical humanizado redujo significativamente el tiempo de periodo expulsivo y todo el proceso de a diferencia del horizontal, que tuvo más prevalencia optar por un parto sentada por reducir traumatismos y facilitar el descenso fetal y la posición menos aceptada fue la de cuclillas(9).

Rodríguez D. en Perú en el año 2018 realizó el estudio “Complicaciones Materno-Perinatales relacionadas a la posición materna durante el parto. Centro de salud San Marcos. Cajamarca. 2018.”, donde su objetivo fue identificar las complicaciones materno-perinatales asociadas con la postura adoptada en el trabajo de parto, donde se evaluaron a 60 pacientes y se utilizó una encuesta como instrumento recolector de información. Su metodología fue no experimental, transversal y descriptivo correlacional. Como resultados se obtuvo que el 80% de gestantes tenían entre 18 y 35 años; 36,7% culminaron primaria; 83% pertenecían a la religión católica; 91,7% eran casadas; 75% pertenecían a la zona rural; 85% eran amas de casa; 30% eran multigestas; el 68% de gestantes dio a luz en posición horizontal y el 1,67% presentaron hemorragia posparto (atonía uterina), y el 31% en vertical. Además, el 15% y 30% de las usuarias que dieron a luz en posición vertical y horizontal, respectivamente, sufrieron desgarros en el periné; en un 11,67% y 3,33% de primigestas que dieron a luz en las posiciones de parto horizontal y vertical tuvieron un período expulsivo superior a 50 minutos y el 1,67% de recién nacidos presentó líquido amniótico meconial en la atención del parto en posición horizontal. Por lo cual se concluye que las complicaciones maternas fueron más frecuentes en la atención de parto horizontal y en relación con las complicaciones perinatales solo se evidenció en la posición horizontal la presencia del líquido amniótico meconial(10).

Coyago J. et al. en 2018, Ecuador, llevaron a cabo la investigación “Comparación de las complicaciones maternas y neonatales entre el parto en posición vertical y en posición litotómica en el Centro de Salud Carlos Elizalde en el período 2014-2016”, la cual identificó y comparó las complicaciones maternas y neonatales presentadas asociadas al parto en posición vertical y litotómico. Fue un estudio analítico, transversal, donde se revisaron historias clínicas y se obtuvo como resultados en las complicaciones de neonatos con APGAR bajo en el minuto 1 (0,6% vs 0,6%) decrecieron en el quinto minuto con la posición vertical (0% vs 0,4%); el hallazgo de líquido amniótico con meconio (17,9% vs 17,3%) tuvo una variación mínima, la presencia de cefalohematoma fue mayor en la postura vertical (2,3% vs 0,8%), y caput succedaneum en litotomía (15,6% vs 11,6%). Lo que concluyó principalmente que la hemorragia postparto tuvo mayor frecuencia en el parto litotómico; el parto vertical fue un factor de protección para la episiotomía, los desgarros no se asociaron con la posición optada durante el parto, el líquido amniótico meconial se presentó con mayor frecuencia en la postura vertical y establecieron que la variante de parto no influyó en el resultado del neonato(11).

Sánchez Y. en el 2017 en Perú publicó “Resultados del parto en posición vertical y horizontal en madres y neonatos del Centro de Salud de Yauli - Huancavelica 2015”, donde buscó realizar una comparación entre los resultados del parto vertical y horizontal en madres y neonatos en el centro de salud de Yauli en Huancavelica. Un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo-comparativo, transversal y retrospectivo, que tuvo una muestra de 72 madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y sus recién nacidos (36 que optaron por el parto vertical y 36 por el horizontal). Se obtuvo que en el parto vertical el 100% presentó un sangrado vaginal menor de 500 cc, mientras que en el parto litotómico fue el 89%; el 75% de mujeres en el parto vertical tuvo una duración inferior a 10 minutos en el periodo expulsivo en comparación con el parto horizontal con un 33%; En el parto vertical el 83% presentó desgarramiento perineal menor que en el parto horizontal que fue el 64%; no hubo diferencia significativa en relación al alumbramiento; no halló discrepancia importante respecto al APGAR al minuto entre los recién nacidos y tampoco en la evaluación de APGAR a los 5 minutos, se concluye que en la atención de parto vertical se presenta poco volumen de sangre vía vaginal, disminución en el lapso de la salida del bebé, poca

incidencia de desgarro perineal y una mejor puntuación de APGAR normal al minuto en los recién nacidos de madres que dieron a luz en posición vertical(12).

## **2.2. Bases teóricas**

El parto es un acontecimiento que se da con naturalidad con el fin de un parto vaginal sin complicaciones ni intervenciones(13). Este es conceptualizado como contracciones en el útero de alta intensidad, continuas y con persistencia suficiente para provocar cambios cervicales; tiene las siguientes etapas: a) Primera fase de dilatación: es cuando inicia el proceso y culmina con la dilatación completa. b) Período expulsivo: Comienza cuando el cuello uterino se expande completamente y termina en la salida del bebé. c) Alumbramiento: ocurre desde la expulsión del feto hasta la salida de la placenta completa(13).

El periodo de dilatación comienza con la fase latente, la cual no es fácil determinar porque las contracciones presentadas en ella son escasas, irregulares y no intensas, por lo que no favorece a la maduración y dilatación del cuello uterino como proceso del trabajo de parto. Luego continúa en la fase activa, que se considera desde que el cuello uterino se encuentra en 4 cm de dilatación y en óptimas condiciones, hasta que se encuentre una dilatación completa de 10 cm en la cual se pueda producir el expulsivo; y dentro de esta se consideran las fases de aceleración, máxima velocidad y de desaceleración. El manejo de la evolución del parto considerado normal en la fase activa consiste en la vigilancia de la madre y del feto y la dinámica del útero, además de la progresión de este por el estudio pélvico de la gestante, la dilatación del cuello uterino, la orientación de la cabeza fetal y altura de presentación. En este periodo se pueden presentar complicaciones como que el periodo activo de la dilatación se prolongue, la detención secundaria del periodo de dilatación o la prolongación de la fase de desaceleración(14). El periodo activo largo se refiere a que en pacientes sin parto previo la dilatación es menor o igual a 1.2 cm/h y en multíparas menos o igual a 1.5cm/h; esto se relaciona con una mala dinámica del útero, inadecuada posición fetal o analgesia en el trabajo de parto. El segundo se refiere a la dilatación estancada por un periodo mayor a dos horas, en la cual se observa como causa más frecuente la desproporción de la madre y el feto. Y por último la desaceleración prolongada se evidencia cuando en pacientes nulíparas esta fase dura más de 3 horas y en multíparas más de 1 hora entre 2 evaluaciones de la pelvis, ya

que la duración considerada normal es de 54 y 14 minutos en nulíparas y multíparas, respectivamente(14).

El expulsivo se considera a partir de la dilatación de 10 cm hasta la expulsión del feto a la vida extrauterina. se considera que en pacientes nulíparas este periodo debe durar 60 minutos y en multíparas 30 minutos aproximadamente; sin embargo, dicho concepto cambió por la utilización de la analgesia en el trabajo de parto, por lo que se puede considerar normal que el periodo expulsivo en primigestas sea de 2 horas y en las otras pacientes 1 hora. Las complicaciones en este periodo pueden ser la ausencia del descenso fetal, la prolongación del descenso y la detención del mismo(14).

El periodo de alumbramiento comprende desde la expulsión total del feto hasta el retiro de los anexos ovulares, es decir la placenta, las membranas amnióticas, coriales y parte de la decidua esponjosa, y el cordón umbilical. Y este proceso comprende el desprendimiento placentario, el apartamiento del amnios y corion, la hemostasia del útero y el retiro total de los anexos(14).

Las complicaciones en cualquier periodo del parto pueden ocurrirle a la gestante o el feto, y en cuanto a las de la madre se tiene la hemorragia posparto (HPP), la cual es considerada como emergencia obstétrica y es la principal causa de muerte materna a nivel mundial. Esta es definida como la pérdida sanguínea después de un parto vaginal de igual o más de 500ml en las primeras veinticuatro horas del puerperio, pero se considera un estadio grave cuando la pérdida de 1000 ml o más y masivo cuando se pierde de 2500 ml de sangre a más(15).

La causa más común de HPP es la atonía uterina, pero otras menos ocurrentes son laceraciones en cérvix o vagina, conocidas como traumas genitales, ruptura del útero, retención placentaria y problemas de trastornos de coagulación. La predicción es difícil, no obstante, se tienen en cuenta factores de riesgo que aumentan el riesgo de atonía uterina como las gestaciones múltiples, HPP anterior, hipertensión gestacional, episiotomía, feto macrosómico, corioamnionitis, antecedentes de cesárea(15).

Los traumas perineales son cualquier tipo de lesiones en los genitales durante el trabajo de parto, que se puede generar ocasionalmente o por la realización de una episiotomía. Pueden ocurrir desgarros, los cuales pueden ser de primer a cuarto grado, dependiendo de los tejidos que lesione, esfínteres y su nivel de complejidad.



El tejido como causa se refiere a la retención de membranas como la placenta y es una complicación que puede ser mortal, por lo que se debe vigilar luego del alumbramiento la expulsión completa de tejidos(15).

Las posturas elegidas durante el expulsivo dan respuesta a diversos elementos(16).

Engelman propuso aproximadamente 30 posiciones para dar a luz, donde las más frecuentemente conocidas son: (13)

Horizontal, con sus variantes:

- Decúbito dorsal: piernas extendidas
- Decúbito dorsal: miembros inferiores flexionados
- Decúbito lateral izquierdo/ derecho
- Posición litotómica

Vertical, con sus variedades:

- De cuclillas
- De rodillas
- Sentada
- De pie (3).

El parto horizontal en posición decúbito dorsal es definido como aquel donde el dorso materno se apoya y las piernas se pueden encontrar extendidas o flexionadas, donde esta última variedad causa una contranutación y retroversión de la pelvis, lo cual facilita el aumento del diámetro pélvico superior; por consecuente, beneficia en encajamiento del feto en el periodo expulsivo; también reduce la posibilidad de que ocurran hemorragias postparto porque disminuye la pérdida sanguínea. Sin embargo, todas las posiciones horizontales presentan como posibles complicaciones la disminución de la saturación de oxígeno fetal a diferencia de otras posturas, existen evidencias de que incrementa la frecuencia de partos instrumentados y las episiotomías(13).

La posición de litotomía o ginecológica es la más practicada usualmente en el mundo del occidente, y es donde la madre se encuentra en decúbito supino con sus piernas y muslos flexionados por encima de su cuerpo. Es considerada una variación incómoda para las gestantes, pero a la vez necesaria para la realización de maniobras en obstetricia; no obstante, se puede modificar a favor de un parto normal(13).

La posición decúbito lateral brinda apertura de movimientos de retroversión, anteversión, nutación y contranutación, por el hecho de cambiar el nivel de curvatura de la pelvis opuesta al lado apoyado. Puede variar y ser decúbito lateral derecho o izquierdo, más se considera un lado beneficioso el izquierdo, ya que al mantener la pierna derecha flexionada la pelvis se relaja y permite incrementar el tamaño de los estrechos, facilitando la expulsión del bebé por la vía de nacimiento. La dinámica uterina se ve beneficiada, debido a que las contracciones son más intensas y menos frecuentes que en decúbito dorsal. Este acontecimiento ocurre de inmediato y mientras la gestante se encuentre en dicha posición. Además, esta variación de posición se encuentra asociada a una menor tasa de desgarros de periné y realización de episiotomías(13).

Asimismo, las posiciones del parto horizontal son consideradas más cómodas para el personal que atiende el parto, a diferencia de variaciones verticales(13).

El parto vertical es definido como la posición vertical que adopta la gestante, donde el profesional capacitado que recibe el parto se encuentra en una ubicación conveniente y con ayuda de las contracciones y pujos facilitan el nacimiento, ya que el bebé se encamina en el canal del parto y favorece a que no incrementen los traumatismos en el recién nacido.(3)

Históricamente se conoce que se practicaba el parto vertical desde los comienzos de la humanidad, así como se muestra en esculturas y grabados de diversas culturas. En la Edad Antigua, media y el Renacimiento mostraron asientos utilizados para el parto vertical, en su variación sentada. El obstetra Mauriceau, en el siglo XVII, aproximó a las gestantes y utilizó la herramienta de esos tiempos, el fórceps. En la década del 70 se utilizó la anestesia epidural, por lo que siguió favoreciendo al parto en posición horizontal; sin embargo, negarse a reconocer que durante siglos las gestantes eligieron el parto vertical, prefiriendo sentarse o ponerse en cuclillas no es una reflexión madura sobre el apoyo por la elección de esta postura fisiológica; no obstante, el influjo de la cultura popular en la atención de salud de acuerdo a la postura horizontal, como muestra de tecnología avanzada, fue persistente durante mucho tiempo ignorando las prioridades de las mujeres en el momento del parto(3).

La fisiología del parto vertical tiene como uno de sus aspectos más importante el recorrido del producto en la vía del parto y un componente relevante en este proceso

es la posición que adopta la madre en dicho momento, que está mayormente determinada por costumbres o factores de comportamiento culturales, más que por razones fisiológicas reales(17).

El parto vertical presenta ventajas como:

- El incremento de los diámetros anteroposterior y transversos, 2 y 1 cm respectivamente.
- El trabajo de parto se ve facilitado debido a que la gestante utiliza como soporte sus miembros inferiores.
- El ángulo de encaje es más amplio para favorecer al feto.
- Existe un incremento en la actividad uterina más efectivo y reduce el tiempo del expulsivo, lo cual conlleva a reducir los procedimientos obstétricos y disminuir la incidencia de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal.
- Proporciona beneficios psicoafectivos luego del parto por una mayor satisfacción y sensación de libre elección, además de promover un pujo más efectivo y mejorar su participación en el nacimiento de su bebé (3).

Otras ventajas consideradas por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) son:

- Dimensiones pélvicas, los diámetros anteroposteriores de los estrechos inferior y superior tienen variaciones por la relajación fisiológica en las articulaciones de la pelvis, la posición de parto materna y el descenso de la cabeza del feto, por lo que se dice que el diámetro promonto-púbico incrementa 1 cm en condiciones habituales de un parto horizontal, mientras que en un parto en posición de cuclillas aumenta 2cm; y en la posición sentada el diámetro biespinoso se expande 7.6 mm aproximadamente.
- En cuanto a la fisiología del mecanismo de parto vertical es más beneficiosa que la horizontal debido a que disminuye el ángulo feto-pélvico de ingreso e incrementa el ángulo de conducción, además de que la dirección de las fuerzas de gravedad y de la gestante son sincrónicas.
- La actividad uterina mejora debido a que la contractibilidad uterina es mayor, existe un mejor tono de dilatación cervical e igual frecuencia de contracciones a diferencia de la posición horizontal.(18).

- El esfuerzo de los pujos se ve beneficiado por ser una posición más fisiológica, sobre todo la variedad sentada (18).
- Los latidos cardiacos fetales no corren el riesgo de que en la gestante se produzca el "efecto Posseiro" cuando se coloca en postura recostada, donde podrían evidenciarse patrones anómalos en los latidos que se revierten al optar por una posición vertical o lateral (18).
- La culminación del parto es más natural y espontánea porque reduce los procedimientos obstétricos en el expulsivo, asimismo el uso de analgesia en la madre, lo cual repercute en beneficio del contacto precoz madre-hijo(a) (18).
- Los aspectos psicológicos se ven mejorados por la tranquilidad de la paciente, que es la elegida por ella. En posición de costado la paciente se percibe con mayor libertad que en la horizontal, al igual que en la actitud vertical, y permite la colaboración de la gestante al reducir el uso de anestesia y beneficiar el pujo (18).
- En el periodo expulsivo de un parto vertical el personal de salud que atiende el parto debe adecuarse a la posición de preferencia de la gestante y respetarla por su comodidad y se enfocará en la atención del recién nacido y en realizar todos los procedimientos correspondientes para evitar algún tipo de complicación que pueda presentarse en ese momento (18).

Además, podemos encontrar variantes de posición en la Norma Técnica para la Atención de parto vertical, por ejemplo: (3)

- Posición de cuclillas: Favorece el apartamiento de las articulaciones en la pelvis materna, lo cual permite incrementar los diámetros pélvicos convenientemente para el descenso del feto en el momento del parto. El profesional opta por una ubicación cómoda para la atención del periodo expulsivo y evaluará que la embarazada tenga los miembros inferiores hiperflexionados; luego se modifica su postura para atender la tercera etapa. Esta posición tiene como algunas ventajas. El aumento de la presión del suelo, de la pelvis, promueve las ganas de pujar, ayuda a que disminuya el dolor de cadera y espalda baja, menor riesgo de desgarros perineales y al finalizar el parto la púérpera se puede acostar fácilmente (3).
- Posición de rodillas: El personal de salud puede colocarse delante o detrás de la usuaria para proteger el periné, mientras que el acompañante puede

sentarse y abrazar a la gestante para que le proporcione soporte. Posteriormente la gestante optará por una postura más ladeada conforme el parto progrese para proporcionar las intervenciones obstétricas y por bienestar propio. Se evidencia como ventajas varios puntos de soporte seguros, menor riesgo de caída del recién nacido en un expulsivo precipitado debido a la corta distancia con el suelo(3,19).

- Posición sentada: En esta posición el personal de salud se colocará en una posición cómoda para la atención del periodo expulsivo y posteriormente del alumbramiento dirigido, mientras que el acompañante de la gestante se puede apoyar en una silla o camilla mientras abraza a la gestante por la región torácica. En una variedad semi sentada la gestante que se encuentra en trabajo de parto se puede apoyar en su acompañante y ello le proporcionará relajación y le permite incrementar los diámetros pélvicos. Como ventajas se evidencian que favorece a la reducción del estrés y descanso en la gestante, se puede aprovechar la fuerza de gravedad, disminuye dolores de cadera y espalda, el acompañante puede realizar masajes lumbosacros, la madre tiene una vista amplia y se puede movilizar con facilidad, es una posición en la cual se puede recibir con facilidad al bebé y la placenta y promueve el contacto precoz madre e hijo(3).
- Posición parada: es una posición en la cual el profesional de la salud se debe colocar frente a la gestante mientras el acompañante se encuentra detrás sosteniéndola, y posteriormente al periodo expulsivo se adecuarán para la atención de la tercera etapa. La parturienta deberá sujetar una cuerda que se encuentra amarrada a una viga del techo; y a pesar de que podría dificultar las maniobras que se realizan en los casos de presentar circular de cordón umbilical, la fuerza de gravedad ayuda al feto a que pueda desplazarse por el canal del parto de manera calmada y suave. El beneficio de optar por esta posición es que la parturienta tiene libertad de movimiento, disminuye el dolor de las contracciones uterinas y son más efectivas, favorece al encajamiento del feto, por lo que puede acelerar el trabajo de parto, incrementa la pretensión de pujar en el período expulsivo y beneficia considerablemente la aeración del feto(3).
- Posición en cuatro puntos (pies, rodillas y mano): el profesional calificado que atenderá todo el proceso del parto se debe colocar detrás de la madre y

realizará maniobras para proteger el periné y evitar desgarros, luego del periodo expulsivo se deben adecuar para la atención del alumbramiento dirigido. Es una posición que suelen optar las gestantes con problemas de dolor en la espalda baja y se colocan arrodilladas sobre una colchoneta, en la cual se pueden apoyar en su acompañante o en la cama adoptar diferentes ángulos en el cual se sienta cómoda y pueda tener el control del parto(3).

Sin embargo, también se evidencian menoscabos de la posición vertical, como lo son:

- Incrementa el peligro de pérdida sanguínea.
- La variedad en cuclillas, conocida como la más natural, puede no adaptarse bien a las mujeres occidentales porque se necesita de tenacidad muscular para quedarse en dicha posición por varios minutos y no es una práctica común en dichas mujeres, ya que no se acucillan para defecar. No obstante, podrían optar por las otras variedades del parto vertical y los elementos que se utilizan en ellas.

Respecto al conocimiento sobre lo que implica el parto vertical en las gestantes en el Perú, se obtuvo que más del 50 % de gestantes participantes de la encuesta en el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé y hasta el 60% de las embarazadas en dos centros de salud de Loreto no habían sido informadas sobre las posiciones que podían adoptar para dar a luz, en el marco de la atención del parto humanizado. (20)

Además, algunos estudios como el de Casas J. et al. en el año 2019 propuso la “Revisión narrativa de las evidencias a favor del parto vertical y otras prácticas relacionadas con el parto humanizado” buscó reconocer la importancia de reponer el parto vertical como prevención de problemas perinatales para la madre y el neonato, además de respetar la interculturalidad. Un estudio que realizó la revisión de publicaciones de sitios web y bases, obteniendo como resultados que el parto en posición vertical está relacionado con la rebaja del tiempo en la segunda etapa del parto y menor dolor en esta; menores casos de frecuencia cardíaca anormal en el feto, de la prevalencia de episiotomías medio laterales y una pérdida de sangre superior a 500 cc; concluye que sí existen beneficios para el parto en posición vertical como el aumento de los diámetros del canal del parto, la disminución de la segunda etapa del trabajo de parto, contracciones uterinas más eficientes en la segunda y tercera etapa del trabajo de parto, menor percepción de dolor severo, menor incidencia de

frecuencia cardiaca fetal anormal, menor número de entregas asistidas y mejor puntuación de Apgar en recién nacidos; sin embargo, se la pérdida de sangre aumenta en más de 500 cc y la repercusión de desgarros perineales(21)

El estudio de Vargas V. et al. En el 2016 “Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura”, tuvo como finalidad integrar los resultados de la literatura acerca de las ventajas y desventajas del parto en posición vertical en comparación con el parto horizontal; para ello se realizó una revisión integrativa de la literatura que fue publicada entre los años 2005 y 2015, de donde se seleccionaron 15 investigaciones y se obtuvo como resultados que el parto vertical tiene como ventajas la disminución en el tiempo de la segunda etapa del trabajo de parto, menor presencia de desgarros mayores grados, menor edema en la zona de la vulva, menor incidencia de episiotomías, menor necesidad de parto con instrumentación, menor cantidad de casos de presión del fondo uterino y de placenta retenida, una mejor percepción de la madre y menos dolor, además de óptimos resultados perinatales; como desventajas se evidenciaron dificultad para mantenerse en esa posición en el momento del parto y mayor sangrado; concluyéndose que el parto vertical considera más ventajas en comparación con el parto horizontal, lo que beneficia fisio psicológicamente a la madre y el neonato(22).

El bienestar se refiere a una persona que a nivel psíquico y somático está en buen estado de funcionamiento, como al conjunto de cosas que le permitan vivir bien y satisfecha (23).

Un recién nacido se le considera a todo niño menor de 28 días. Esta etapa de vida presenta un mayor riesgo de muerte, por lo que se brinda una atención especializada y mejorada en cuanto a la alimentación y cuidados con el fin de disminuir las probabilidades de una muerte precoz e iniciar una vida con buena salud. (24)

Durante el periodo neonatal se culminan diversos procesos fisiológicos pendientes que le permitirá al niño sobrellevar la vida extrauterina, por lo cual se encuentra vulnerable y esto se ve reflejado en las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad neonatal(25).

La transición de la vida dentro del útero a la extrauterina va acompañada de distintas modificaciones fisiológicas y bioquímicas y en algunos casos debido a una adaptación

inadecuada por factores externos, ambientales o malas condiciones en el momento del parto pueden dar origen a problemas rigurosos en los recién nacidos.(25).

La primera exploración y evaluación la deben realizar inmediatamente después de atendido el parto, en la cual se evalúan las funciones vitales como la temperatura, el pulso, cantidad y tipo de respiraciones, latidos cardiacos, como también el color, tono, actividad, nivel de conciencia; las cuales deben ser monitorizados constantemente hasta que dichos valores se estabilicen. la evaluación en el recién nacido se puede dar mediante:

- Evaluación de APGAR: test que utiliza un método práctico que de manera sistemática evalúa a los neonatos luego del parto. se realiza mediante una puntuación del 1 al 10, y una muy baja puede ser indicativo de sufrimiento fetal, como también de factores como efectos de que medicamentos administrados a la gestante durante el parto o por prematuridad. La puntuación se realiza conforme a los parámetros:

- Frecuencia cardiaca: ausente, menor de 100, mayor de 100
- Esfuerzo respiratorio: ausente, lento e irregular, bueno y llanto
- Tono muscular: flácido, cierto grado de flexión de extremidades, movimiento activo
- Respuesta a estímulos: ausente, gesticula y hace muecas, tos o estornudo
- Color: azul pálido, cuerpo rosado y extremidades azules, completamente rosado

Para obtener la puntuación del test de APGAR se debe puntuar en el primer minuto después del parto y a los 5 minutos de este, cada parámetro se puntúa del 0 al 2 y finalmente se suman los resultados, con la puntuación máxima de 10 puntos, donde a partir de 7 se considera a un recién nacido en adecuadas condiciones; no obstante, la puntuación de cero a 3 necesitaría de una reanimación inmediata por parte del personal de salud. (25)

- Peso de nacimiento: el peso de un recién nacido es un importante indicador de salud y este debe ser de aproximadamente 3200 gr en bebés que nacieron entre las semanas 37 y 41, por lo que son considerados a término, ya que un recién nacido con bajo o mayor peso al nacer puede incrementar su riesgo de desarrollar alguna enfermedad. Un recién nacido debido a su peso se puede considerar:(26)



- Macrosómico: Recién nacido cuyo peso es igual o mayor a 4000gr.
- Peso adecuado: Recién nacido cuyo peso está entre 2500gr a 3900gr.
- Bajo peso al nacer (BPN), recién nacido que se encuentra en la curva entre 500 y 2.499 gr, independiente a su edad gestacional. Quiere decir, menos de 2.500 gr.
- Muy bajo peso al nacer (MBPN), recién nacido que se encuentra en la curva entre 1.000 y 1.500 gr, sin importar su edad gestacional, o sea < 1.499 gr.
- Extremado bajo peso al nacer (EBPN), encontrado en la curva entre 500 y 999 gr, independiente de su edad gestacional, es decir < 1.000 gr.

- Peso del recién nacido para la edad gestacional: la probabilidad de riesgos de problemas en los recién nacidos se puede indicar mediante su clasificación de peso para su edad gestacional, ya que la morbilidad y la mortalidad en el recién nacido es inversamente proporcional al peso y la edad gestacional de este, lo que significa que a menor peso puedan gestacional, existe mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad(26). Dicha relación entre el peso y la edad gestacional puede ser adecuada (AEG) cuando se encuentra entre el percentil 10 y 90, se trata de un recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) Cuando el percentil está por debajo de 10 y se dice que es grande para la edad gestacional (GEG) cuando se ubica sobre el percentil 90.

- Edad gestacional del neonato mediante examen físico: esta medición en el momento del nacimiento es considerado un parámetro para evaluar el riesgo de morbimortalidad en el neonato. Por lo cual se puede calcular mediante la fecha de última menstruación de la madre, además de poder determinarla por medio de las características del cuerpo del neonato (signos neurológicos y también físicos) que están en relación con el nivel de madurez y la edad gestacional.

Las complicaciones del recién nacido son las que se pueden evidenciar en el momento inmediato después del parto, entre ellas se pueden encontrar:

- Líquido meconial: El término “meconio” quiere decir opio o jugo adormidera; lo cual puede teñir el líquido amniótico y significar el sufrimiento del recién nacido; ya que esto es resultado de la defecación fetal, la cual está compuesta por

residuos del deglutido, restos de descamación y secreciones gastrointestinales del feto, como también por biliverdina, que es el componente que le da el color verde característico. La explicación fisiológica a esta patología es que el feto evacua ese meconio como respuesta a la hipoxia, por lo que puede indicar sufrimiento fetal intrauterino. El líquido amniótico se puede clasificar en claro o verdoso y se debe identificar la intensidad del color verde como leve, moderado o intenso, utilizando +++ (27).

- Cefalohematoma: generalmente es una lesión por trauma durante el trabajo de parto del periostio del cráneo, que puede generar hemorragias en los huesos parietales, donde la sangre recae en los límites del periostio, por lo cual lo logra diferenciar de un Caput succedaneum. La incidencia del cefalohematoma es de 2,5%, además por ser un trauma que cursa con hemorragia puede causar anemia en el lactante por persistir semanas o meses.
- Caput succedaneum: se trata de un trauma en el cual existe un edema por encima del periostio, en el cuero cabelludo, que puede tener su máxima extensión en el nacimiento; sin embargo, con frecuencia desaparece en unas o días.
- Fractura de clavícula: es el tipo de fractura que ocurre con más frecuencia el parto y esta sucede luego de que los hombros del bebé se queden retenidos en segundo periodo del parto. Generalmente sucede en neonatos con un peso superior para su edad gestacional y en presentaciones podálicas con los brazos extendidos(28).

### 2.3. Definición de términos

**Complicaciones obstétricas:** Son aquellas diferencias o trastornos fisiológicos y en la anatomía de la mujer que sufre la gestante en el periodo del trabajo de parto(14).

**Parto horizontal:** La gestante se recuesta paralela a la camilla, con la cabecera levantada en un ángulo de entre 0 y 45° y las piernas flexionadas; se diferencian en decúbito lateral izquierdo, derecho o decúbito dorsal(29).

**Parto Vertical:** Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (parada, sentada, de rodillas o de cuclillas), mientras que

el profesional de la salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto(3).

**Recién nacido:** Niño que tiene menos de 28 días, los cuales son los más riesgosos de muerte por las complicaciones que se pueden presentar (24).

**Test de Apgar:** Método práctico para evaluar a los recién nacidos después del parto que se aplica al minuto y a los 5 minutos de nacido, con una puntuación máxima de 10; una puntuación mayor o igual a 7 es una adecuada condición; un recién nacido con puntuación de 0-3 necesita reanimación inmediata.(25).

### III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1. Hipótesis

El presente estudio no requiere de hipótesis.

#### 3.2. Variables

**Variable 1:** Complicaciones en el parto

Se define como las alteraciones o trastornos ocurridos en el proceso del trabajo de parto que dificulten el mismo. Estas pueden suceder en la madre o en el recién nacido (14).

**Variable 2:** Tipo de parto: Parto vertical y parto horizontal

El parto horizontal es considerado aquel parto vía vaginal donde la gestante adopta una posición con el dorso apoyado en la camilla, la cabecera levantada en un ángulo de entre 0 y 45°; se diferencian en decúbito lateral izquierdo, derecho o decúbito dorsal(29).

El parto vertical es cuando una gestante en la atención del parto se coloca en posición parada, sentada, de rodillas o de cuclillas, mientras que el profesional de la salud, se coloca delante o detrás de la ella para atención del mismo(3).

#### 3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Características generales	Cualidades de las pacientes cuyos embarazos culminaron en posición vertical y horizontal en el Instituto Nacional Materno Perinatal.	Sociodemográficas	Edad	Cuantitativa	Razón	Edad en años
			Lugar de procedencia	Cualitativa	Nominal	Rural Urbano
			Grado de Instrucción	Cualitativa	Ordinal	Primaria completa Secundaria completa Superior técnica Superior universitaria Analfabeta
			Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda
		Obstétricas	Paridad	Cualitativa	Ordinal	Primípara Multípara Gran multípara
			Edad gestacional	Cualitativa	Ordinal	Parto pretérmino Parto a término Parto Postérmino
Complicaciones en el parto	Alteraciones que pueden ocurrir durante el proceso del parto y pueden perjudicar a la madre y/o al recién nacido.	Complicaciones maternas	Tiempo de expulsivo	Cuantitativa	Razón	Tiempo que duró el periodo expulsivo en minutos
			Hemorragia Posparto	Cualitativa	Nominal	SÍ NO
			Desgarro perineal	Cualitativa	Ordinal	NO I grado II grado III grado IV grado
			Episiotomía	Cualitativa	Nominal	SÍ NO

Complicaciones en el parto			Retención de placenta	Cualitativa	Nominal	SÍ NO
		Complicaciones del recién nacido	Puntuación de la prueba Apgar al 1° minuto.	Cualitativa	Ordinal	Depresión Severa (0 a 3) Depresión Moderada (4 a 6) Normal (7 a 10)
			Puntuación de la prueba Apgar al 5° minuto.	Cualitativa	Ordinal	Asfisia (0 a 3) Depresión Moderada (4 a 6) Normal (7 a 10)
			Características del líquido amniótico.	Cualitativa	Nominal	Claro Mal olor Meconial Meconial fluido
Tipo de Parto	Postura que adopta la mujer para parir.	Posición Vertical	Posición adoptada por la gestante en el parto.	Cualitativa	Nominal	SÍ NO
		Posición horizontal	Posición adoptada por la gestante en el parto.	Cualitativa	Nominal	SÍ NO

## IV. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1. Área de estudio

Es el Instituto Nacional Materno Perinatal, antiguamente llamado Maternidad de Lima, ubicado en el distrito de Cercado de Lima del departamento de Lima. Se especializa en la atención materna y perinatal, y es una entidad pública clasificada como Instituto especializado de categoría III-2.

Asimismo, este estudio se circunscribe en el área de salud materna-perinatal.

### 4.2. Diseño de investigación

#### 4.2.1. Tipo de estudio

Estudio de enfoque cuantitativo, observacional.

#### 4.2.1. Diseño

Descriptivo, transversal, retrospectivo.

### 4.3. Población y muestra

#### Población

Conformada por 1450 historias clínicas de puérperas cuyos partos vaginales culminaron en posición vertical y horizontal en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de setiembre a noviembre del 2022 que cumplieron con los criterios de selección.

**Unidad de análisis:** Cada historia clínica de puérpera y su recién nacido atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2022.

#### Muestra

**Tamaño de la muestra:** Se determinó a través de la siguiente fórmula estadística aplicada en la cantidad total de partos verticales y horizontales (1450) atendidos de setiembre a noviembre del 2022, debido a que fue la información estadística más reciente brindada por el Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal, y se decidió el tiempo porque mensualmente hubo 480 partos vaginales atendidos aproximadamente, por lo que la cantidad permitió inferir a toda la población.

Posteriormente, se seleccionaron las historias clínicas de manera proporcional, de acuerdo con el tipo de parto, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

**Tipo de muestreo:** Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

$$n = \frac{Z^2 (p \cdot q)}{\frac{E^2 + (Z^2 (p \cdot q))}{N}}$$

**Donde:**

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población (1450)

Z = Nivel de confianza deseado (95%=1.96)

p = Proporción de la población con la característica deseada (éxito) (0.5)

q = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso) (0.5)

E = Error muestral (5%=0.05)

Procedimiento:

$$n = \frac{((1.96)^2)(0.5 \times 0.5)}{\frac{((0.05)^2 + ((1.96)^2)(0.5 \times 0.5))}{1450}}$$

$$n = 304$$

Por lo que se trabajó con 174 historias clínicas de parto horizontal y 130 de parto vertical, según las proporciones que existen en el Servicio de Obstetricia.



### **Criterios de inclusión de Parto vertical**

- Puérperas de 16 a 45 años.
- Puérperas con diagnóstico de parto en posición vertical.
- Historias clínicas con datos de recién nacidos.

### **Criterios de exclusión de Parto vertical**

- Historias clínicas incompletas.
- Talla materna <1.45
- Recién nacidos con diagnóstico de muerte fetal

### **Criterios de inclusión de Parto horizontal**

- Puérperas de 16 a 45 años
- Puérperas con diagnóstico de parto vaginal en posición horizontal
- Historias clínicas con datos de recién nacidos

### **Criterios de exclusión de Parto horizontal**

- Historias clínicas incompletas
- Talla materna <1.45
- Diagnóstico de parto horizontal por cesárea
- Recién nacidos con diagnóstico de muerte fetal

## **4.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información**

### **Procedimientos**

El presente estudio se presentó al comité de investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia para su aprobación y/o emisión de observaciones y su debida corrección. Una vez aprobado el documento se pasó a solicitar la Resolución Decanal. Luego se presentó al Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) para su respectiva revisión y aprobación, y se solicitó el permiso para su ejecución. Una vez obtenido el permiso se accedió a las historias clínicas de las pacientes atendidas de setiembre a noviembre del año 2022 para realizar la recolección de datos con la ficha elaborada,

donde se evidenció si cumplían los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos de Excel y registrados en una base elaborada del programa SPSS versión 25.0.

### **Técnicas**

La técnica que se utilizó fue la observación documental por medio de la recolección de datos de historias clínicas.

### **Instrumentos de recolección de información**

Se empleó la ficha de recolección de datos, elaborada por la escritora del estudio de acuerdo con la bibliografía. Dicha herramienta no requiere de una evaluación de validez y confiabilidad, ya que obtiene la información de fuentes secundarias (historias clínicas). Esta consta de cuatro partes; la primera de datos sociodemográficos maternos, la segunda que evidencia características obstétricas, donde se verifica que cumplen con los criterios de inclusión o exclusión; la tercera parte explora las complicaciones maternas en el parto, ya sea horizontal o vertical; y por último la sección que describe las complicaciones en el recién nacido, la cual está dividida en la puntuación obtenida en el primer y quinto minuto en el Test de APGAR, peso y las características que presenta el líquido amniótico, datos necesarios para el logro de los objetivos del estudio.

### **4.5. Análisis estadístico**

Luego de recolectar los datos de las historias clínicas en las fichas de recolección, estos fueron revisados antes de ser almacenados en una base de datos de Microsoft Excel, con el propósito de garantizar la calidad de estos, donde se descartaron los datos de historias clínicas con información incompleta o inconsistente. El análisis descriptivo de datos se realizó en el software SPSS versión 25.0. En la tabulación de las variables cualitativas se utilizaron proporciones y frecuencias para su reporte, mientras que para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central.

#### **4.6. Aspectos éticos**

Se requirió la revisión y aprobación del Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia y posteriormente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), cumpliendo y respetando los principios bioéticos de la declaración de Helsinki de justicia, beneficencia, autonomía y no maleficencia, ya que su ejecución no implicó daños físicos, psicológicos o mentales debido a que no hubo participantes, sino que se realizó la revisión de historias clínicas para el llenado de datos en fichas de recolección, por lo que no se necesitó la utilización de un consentimiento informado y cuya información fue de uso exclusivo para fines estadísticos.

Además, se respetaron las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), ya que cumple con la pauta de tener valor social y científico porque generó conocimientos que permitieron proteger y promover la salud en futuras gestantes; la pauta de modificaciones y dispensas del consentimiento informado porque su exención se debió a que tiene un valor social importante y a que implicó riesgos mínimos en los participantes, además la pauta de recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud porque no afectó el bienestar ni los derechos de las pacientes de quienes se recolectaron los datos porque el instrumento que se utilizó no consignó información personal para proteger la identidad y privacidad de las pacientes, la pauta que incluye a mujeres gestantes o lactantes en una investigación porque el fin fue obtener conocimientos sobre las necesidades particulares de salud de dicha población; y por último se indica que no hubo ningún tipo de conflicto de intereses de parte de la investigadora.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Presentación y análisis de los resultados

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las pacientes cuyos partos fueron atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre a noviembre del 2022.

Características sociodemográficas	Parto horizontal		Parto vertical		Total	
	n=174	%	n=130	%	n=304	%
<b>Edad</b>						
(media; D.S)	(27.05; 6.34)		(27.04; 6.27)			
<b>Lugar de procedencia</b>						
Rural	25	14.4	12	9.2	37	12.2
Urbano	149	85.6	118	90.8	267	87.8
<b>Grado de Instrucción</b>						
Analfabeta	2	1.1	1	0.8	3	1.0
Primaria completa	30	17.2	23	17.7	53	17.4
Secundaria completa	127	73.0	88	67.7	215	70.7
Superior técnica	12	6.9	14	10.8	26	8.6
Superior universitaria	3	1.7	4	3.0	7	2.3
<b>Estado Civil</b>						
Soltera	24	13.8	19	14.6	43	14.1
Casada	11	6.3	10	7.7	21	6.9
Conviviente	137	78.7	101	77.7	238	78.3
Divorciada	2	1.1	0	0.0	2	0.7
Viuda	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia  
D.S.: Desviación Estándar

En el trabajo se evaluaron 304 datos de pacientes, incluidas 174 de parto horizontal y 130 de parto vertical, de las cuales en un principio se evaluaron sus características generales, que incluyen las sociodemográficas, lo cual se muestra en la **Tabla 1**. Se halló que la edad promedio en ambos grupos fue similar, siendo  $27.05 \pm 6.34$  años y  $27.04 \pm 6.27$  años en el parto horizontal y vertical, respectivamente. Así mismo, el

90.8% de las mujeres que optaron por la posición vertical fueron de procedencia urbana, y dentro del otro grupo el 85.6% procedían de zona urbana, haciendo un total del 87.8% de toda la población. Respecto al grado de instrucción de las pacientes cuyos partos fueron horizontales, el 73% culminaron la secundaria completa y el 17.2% la primaria, mientras que en el grupo de parto vertical el 67.7% terminó secundaria y el 17.7% la primaria. Finalmente, se encontró que el 78.7% de las pacientes de parto horizontal eran convivientes y el 13.8% fueron solteras, mientras que el 77.7% de vertical fueron convivientes y el 14.6% solteras.

**Tabla 2.** Características obstétricas de las pacientes cuyos partos fueron atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre a noviembre del 2022.

<b>Características Obstétricas</b>	Parto horizontal		Parto vertical		Total	
	n=174	%	n=130	%	n=304	%
<b>Paridad</b>						
Primípara	87	50.0	52	40.0	139	45.7
Múltipara	79	45.4	65	50.0	144	47.4
Gran múltipara	8	4.6	13	10.0	21	6.9
<b>Edad Gestacional</b>						
Pretérmino	10	5.7	5	3.8	15	4.9
A término	163	93.7	124	95.4	287	94.4
Postérmino	1	0.6	1	0.8	2	0.7

Fuente: Elaboración propia

A continuación, en la **Tabla 2.** se muestran las características generales obstétricas de las pacientes estudiadas. El 50% de las mujeres que optaron por parto horizontal fueron primíparas y el 45.4% múltiparas, mientras que en el grupo de parto vertical el 50% fueron múltiparas y el 40% primíparas. En cuanto a la edad gestacional, el 93.7% de parto horizontal y el 95.4% de parto vertical fueron gestaciones a término, sumando un 94.4% de la población total.

**Tabla 3.** Complicaciones maternas en el parto de pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre a noviembre del 2022.

<b>Complicaciones Maternas en el Parto</b>	Parto horizontal		Parto vertical		Total	
	n=174	%	n=130	%	n=304	%
<b>Tiempo de expulsivo en minutos</b> (media; D.S)	(11.52; 7.75)		(10.39; 6.21)			
<b>Hemorragia Postparto</b>						
SÍ	10	5.7	2	1.5	12	3.9
NO	164	94.3	128	98.5	292	96.1
<b>Desgarro Perineal</b>						
NO	99	56.9	83	63.8	182	59.9
I Grado	63	36.2	39	30.0	102	33.6
II Grado	11	6.3	8	6.2	19	6.3
III Grado	1	0.6	0	0.0	1	0.3
IV Grado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Episiotomía</b>						
SÍ	83	47.7	56	43.1	139	45.7
NO	91	52.3	74	56.9	165	54.3
<b>Retención de Placenta</b>						
SÍ	14	8.0	5	3.8	19	6.3
NO	160	92.0	125	96.2	285	93.8

Fuente: Elaboración propia  
D.S.: Desviación Estándar

En la **Tabla 3.** se reportaron las complicaciones en el parto, iniciando por las complicaciones maternas, donde se obtuvo que el tiempo promedio del periodo expulsivo en los partos horizontales fue de  $11.52 \pm 7.75$  minutos y en los verticales  $10.39 \pm 6.21$  minutos. La hemorragia postparto ocurrió en el 5.7% de las mujeres que dieron a luz en posición horizontal y en el 1.5% de las que dieron en vertical; por lo que en total ocurrió en el 3.9% de las pacientes. En cuanto a desgarros perineales, en el parto horizontal un 56.9% no tuvo dicha complicación, pero el 36.2% tuvo un desgarro de I grado; por otro lado, en el vertical el 63.8% no tuvo desgarros y el 30%

tuvo desgarro de I grado. Además, la realización de episiotomía fue registrada en el 47.7% de las pacientes del primer grupo, mientras que en el segundo en el 43.1%. Asimismo, la retención de placenta se encontró en el 8% de la población de parto horizontal y en el 3.8% de parto vertical, así que en el total de la población solo ocurrió en el 6.3%.

**Tabla 4.** Complicaciones del recién nacido en el parto de pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre a noviembre del 2022.

<b>Complicaciones del recién nacido en el Parto</b>	Parto horizontal		Parto vertical		Total	
	n=174	%	n=130	%	n=304	%
<b>Peso</b>						
Macrosómico	9	5.2	10	7.7	19	6.3
Normal	158	90.8	116	89.2	274	90.1
Bajo peso	7	4.0	4	3.1	11	3.6
Muy bajo peso	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Apgar al 1° minuto</b>						
Depresión severa (0 a 3)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Depresión moderada (4 a 6)	6	3.4	3	2.3	9	3.0
Normal (7 a 10)	168	96.6	127	97.7	295	97.0
<b>Apgar al 5° minuto</b>						
Asfixia (0 a 3)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Depresión moderada (4 a 6)	1	0.6	0	0.0	1	0.3
Normal (7 a 10)	173	99.4	130	100.0	303	99.7
<b>Características del líquido amniótico</b>						
Claro	139	79.9	106	81.5	245	80.6
Mal olor	1	0.6	1	0.8	2	0.7
Meconial	11	6.3	9	6.9	20	6.6
Meconial fluido	23	13.2	14	10.8	37	12.2

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en la **Tabla 4.** se evidenciaron las complicaciones en el recién nacido, donde se registró el peso y el 90.8% y 89.2% de los grupos de parto horizontal y

vertical, respectivamente, tuvieron un peso normal; mientras que en los bebés en los partos horizontales fueron macrosómicos un 5.2% y en el otro grupo el 7.7%. Respecto a la puntuación obtenida en el Test de Apgar, se obtuvo que en el 1° minuto el 96.6% de los bebés nacidos por parto horizontal y el 97.7% de parto vertical tuvieron una clasificación normal, solo el 3.4% de parto horizontal y 2.3% de vertical tuvieron depresión moderada y no se encontró ningún bebé con depresión severa. La puntuación al 5° minuto en el parto horizontal fue en un 99.4% normal, con 1 caso de depresión moderada (0.6%) y en el parto vertical el 100% fue normal, por lo que nuevamente no hubo ningún caso de depresión severa. Y para finalizar, se evidenció que de los partos en posición horizontal el líquido amniótico en el 79.9% fue claro y en el 13.2% meconial fluido, y en cuanto a la posición vertical el 81.5% fue claro y el 10.8% meconial fluido, predominando en ambos grupos dichas características.



## VI. DISCUSIÓN

Los problemas que pueden ocurrir en un parto, en la madre o el recién nacido, se buscan evitar mediante la atención por profesionales calificados que se adapten a las necesidades de la madre y reducir la morbilidad materna y perinatal, ya que el parto es un momento único para la gestante y su producto y, como es costumbre en muchas provincias del Perú, la elección de la posición para concebir no siempre es la tradicional (horizontal), por lo cual fue una motivación para realizar esta investigación en Lima, donde aún hay desconocimiento sobre el tema por parte de las usuarias.

Para conocer las complicaciones que frecuentemente ocurren en el parto horizontal frente al parto vertical, este estudio recopiló información de dichos partos, donde la población estuvo conformada por 304 puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de setiembre a noviembre del 2022, 174 que optaron por la posición horizontal en el momento de su parto y 130 por la vertical, luego de realizar un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se determinó que las edades promedio fueron similares en ambos grupos, en el parto horizontal fue de  $27.05 \pm 6.34$  años y en el vertical  $27.04 \pm 6.27$  años, cuyos resultados coinciden con los del estudio de Arimuya R. et al.(8), cuya población total tuvo una edad promedio de  $28 \pm 5$  años y se ubican dentro del rango de edad materna adecuada que predominó en los trabajos de Solar C. et al.(7) que fue el 66% , Rodríguez D. (10) en un 80% y Coyago J. et al. (11) en un 67.8%, datos distintos a los de Salazar T. et al.(9), debido a que su investigación fue en gestantes adolescentes en su totalidad.

Respecto al lugar de procedencia, se encontró que predominó la urbana en toda la población, en el grupo de parto horizontal fue el 85.6%, mientras en el otro 90.8%; con hallazgos similares con el estudio de Salazar T. et al.(9); sin embargo, hay mucha diferencia con los estudios de Solar C. et al.(7), Rodríguez D. (10) y Coyago J. et al. (11), donde predomina la población de procedencia rural, lo cual puede deberse a que estos trabajos de investigación se realizaron en otras provincias del Perú y no en Lima.

Además, se halló que el grado de instrucción de nuestra población de parto horizontal fue de 73% con secundaria completa y 17.2% primaria completa, y de parto vertical 67.7% con secundaria completa y 17.7% primaria completa, mostrando proporciones similares entre sí y con Coyago J. et al. (11), pero con cifras distintas a Rodríguez D.

(10) (36.6% con primaria completa y 16.6.% primaria incompleta) y con Salazar T. et al.(9) (el 56% de su población tuvo primaria), diferencia que se pudo dar por las distintas culturas y oportunidades entre las poblaciones por su ubicación geográfica.

En cuanto al estado civil, predominó en ambos grupos el estado de conviviente, ya que fueron el 78.7% de las pacientes de parto horizontal y el 77.7% de vertical; distinto al resultado de Coyago J. et al. (11), que su grupo de parto horizontal obtuvo el 40.4% unión estable y el 31.8% fueron casadas, y en las pacientes de parto vertical el 41.6% tuvo unión estable y 39.3% casadas; mientras que Rodríguez D. (10) estudió el estado civil en su población total, cuyo porcentaje de casadas fue de 91.7%.

Por otro lado, se estudiaron las características obstétricas, ya que algunas se podrían relacionar con las complicaciones presentadas por representar un riesgo agregado, como la paridad de las pacientes, que mientras mayor sea el número de partos proporciona un riesgo obstétrico para la gestante; mas no hubo una gran diferencia en porcentajes entre ambos grupos, ya que el de parto horizontal obtuvo 50% de primíparas (1 parto) y 45.4% de multíparas (2 a 3 partos), y el de parto vertical 50% multíparas y 40% primíparas; similar a los resultados de Arimuya R. et al.(8), más no a los de Solar C. et al.(7), donde se ve que en el grupo de parto horizontal predominaron las gran multíparas con 42% y multíparas con 30% y en el de parto vertical las gran multíparas con 51% y primíparas con 39%, Coyago J. et al. (11) encontró que predominaron las pacientes multíparas en ambos grupos, horizontal con el 63.7% y vertical 68.8% (solo lo dividió en las categorías primípara y multípara) y finalmente Rodríguez D. (10), en base a su población total, tuvo 31.7% de primigestas y 30% de multigestas. Esta variable fue estudiada con categorías distintas en su mayoría, por lo que hubo dificultades para comparar dicha característica en nuestra población.

Otra característica que abarcó la investigación fue la edad gestacional con la que culminó el embarazo, clasificándola como gestación a término, pretérmino y post término, entendiéndose que solo el segundo no es considerado un factor de riesgo, donde se determina que en su gran mayoría fueron gestaciones a término, en los partos horizontales el 93.7% y en los verticales 95.4%, resultados acordes con los trabajos de Solar C. et al.(7), Rodríguez D. (10), Arimuya R. et al.(8) y Coyago J. et al. (11). No obstante, hubo un pequeño porcentaje de parto pretérmino (el 5.7% en el

parto horizontal y el 3.8% en el parto vertical), lo cual puede estar asociado a factores de riesgo como patologías en la gestación, mas no se ve contemplado en el estudio y da pie a futuras investigaciones.

Por otra parte, la presente investigación tuvo el objetivo de reconocer los problemas presentados en las variedades del tipo de parto, por lo que inicialmente se evidenciaron dentro de las complicaciones el tiempo que duró el periodo expulsivo, donde el promedio en el grupo que optó por la posición de litotomía fue  $11.52 \pm 7.75$  minutos y en la posición vertical  $10.39 \pm 6.21$  minutos, sin mucha variación y ninguno representa que predomina un riesgo. Este resultado se puede deber a que predominaron los partos eutócicos en nuestro estudio, y como se ha obtenido un valor promedio no se pudieron hallar los casos aislados en los cuales son partos precipitados o prolongados, por lo que se podría tomar en cuenta tal clasificación para una investigación posterior. Arimuya R. et al.(8) encontró que el tiempo fue mayor en el grupo de parto horizontal ( $15.4 \pm 7.1$  minutos) frente al de vertical ( $9.9 \pm 5.2$ ), así como Sánchez Y.(12), que su grupo de vertical tuvo un periodo expulsivo menor a 10 minutos en el 75% de sus pacientes y en el de horizontal un 58% duró de 10 a 20 minutos, Rodríguez D. (10) tuvo una mayor cantidad de gestantes multigestas cuyos expulsivos duraron menos de 20 minutos en posición horizontal y 16.6% en vertical (del total de la población); además, Salazar T. et al.(9) halló que el 59% de sus pacientes tuvo un tiempo de 15 minutos de expulsivo, considerando que solo estudia pacientes que dieron a luz en posición vertical, por lo que se observa que el parto vertical favorece a que el periodo expulsivo sea unos minutos más rápido.

Asimismo, en esta investigación se tuvo en cuenta la presencia de hemorragia post parto y se encontró que en el 5.7% (10 casos) de partos horizontales hubo ese problema y en el 1.5% (2 casos) de los verticales, similar con el trabajo de investigación de Coyago J. et al. (11); Rodríguez D. (10) solo encontró 1 caso en la modalidad horizontal y al ser correlacional no encontró una relación significativa entre las variables; además, Arimuya R. et al.(8) no evidenció una cantidad promedio de pérdida sanguínea compatible con hemorragia postparto en ningún grupo ( $304.2 \pm 52.3$ cc y  $259.9 \pm 50.9$ cc). De la misma manera, Sánchez Y.(12) determinó la cantidad de sangrado vaginal, mas no hemorragia postparto, encontrando una mayor prevalencia de sangrado en las pacientes de parto horizontal (media 306 ml frente a 230 ml).

En cuanto a otra complicación del parto, se estudió la presencia de desgarro perineal, ya que puede indicar un proceso dificultoso en dicho proceso, y se tiene que hubo menor cantidad de desgarros de diferentes grados en las pacientes de parto vertical, ya que no se presentó dicho problema en el 63.8%, mientras que en el grupo de horizontal no hubo en 56.9%, también se conoce que los porcentajes de desgarros de primer grado en el grupo que escogió la posición horizontal fue el 36.2% y en el otro grupo 30%. Del mismo modo, se encontraron trabajos descriptivo-comparativos con resultados similares, por lo que tenemos a Arimuya R. et al.(8), quien indicó que el parto vertical frente al horizontal tiene una diferencia estadísticamente significativa y favorable (en el grupo de vertical no tuvieron desgarro 74.7% y en el otro 60.7%); y Sánchez Y.(12), quien indicó que el parto horizontal tuvo una mayor prevalencia de desgarro perineal (no tuvieron ningún grado de desgarros en el grupo de vertical el 83% y en el horizontal 64%). Sin embargo, hay investigaciones que encontraron una mayor cantidad de desgarros perineales en las pacientes que escogieron el parto vertical, como Solar C. et al.(7), Rodríguez D. (10) y Coyago J. et al. (11), mas no registraron una relación del tipo de parto con dicha complicación, ya que no hubo una diferencia significativa.

De igual manera, se evidenció la necesidad de realizar una episiotomía en las usuarias, donde se reconoce que sí se realizó en el 47.7% de las pacientes en posición horizontal y en 43.1% en posición vertical, por lo que hay una ligera diferencia. Existen estudios al respecto, en el trabajo de Arimuya R. et al.(8), que es descriptivo-comparativo, se muestra al parto vertical favorecedor a que se realicen menos episiotomías en comparación con el horizontal por una diferencia estadísticamente significativa (se realizaron en el 39.3% de los horizontales y en el 24.7% de los verticales); y en el de Coyago J. et al. (11), una investigación analítica, se indica a la postura vertical como un factor protector para la presencia de episiotomía, ya que se presentó en el 5.1% de los partos horizontales versus el 0.6% de verticales (OR: 0,109, IC: 0,0148 – 0,8007, p: 0,008).

También se contó la retención de placenta como una complicación del proceso del parto, ya que dicho suceso si no es resuelto en la brevedad posible puede indicar un riesgo, incluso mortal, para la madre donde se necesite una intervención quirúrgica, y se obtuvo que ocurrió en el 8% de las puérperas que optaron por la postura horizontal y solo en el 3.8% de las que escogieron vertical; además, existe similitud con el estudio

de Solar C. et al.(7), donde muestra que el 7% de su población de parto horizontal presentó dicho problema; sin embargo, no tuvo ningún caso en su grupo de pacientes de parto vertical, mas no encontró alguna relación por ser también un trabajo descriptivo.

Luego de reconocer las complicaciones maternas que pueden ocurrir en un parto, otro objetivo de la presente investigación es describir las complicaciones que se pueden presentar en el recién nacido en base a la postura elegida por la madre; por lo que inicialmente se aprovechó la información del peso del bebé e identificamos que en el grupo de horizontal 5.2% fueron macrosómicos y 4% de bajo peso, y en el de vertical 7.7% macrosómicos y 3.1% de bajo peso, por lo que la mayor cantidad tuvo un peso normal en ambos casos. Al respecto, Arimuya R. et al.(8) encontró el promedio del peso obtenido en los dos grupos, obteniendo  $3477.0 \pm 368.4$  gr. versus  $3413.3 \pm 388.5$  gr., por lo que se encuentran dentro del límite normal en su mayoría.

Del mismo modo, se tomó en cuenta el Test de Apgar para conocer complicaciones en el recién nacido, ya que es una prueba que mide la adaptabilidad y necesidad de procedimientos médicos inmediatos en caso haya habido sufrimiento fetal o intraparto; por lo que se recopiló la puntuación obtenida en el primer y quinto minuto de vida y se clasificó según correspondía, y tenemos que de los bebés nacidos por parto horizontal el 3.4% tuvo depresión moderada (4 a 6 puntos) y el 96.6% normal (7 a 10 puntos), mientras que por parto vertical el 2.3% tuvo depresión moderada y 97.7% fue normal, no encontrando ningún caso de depresión severa, por lo que se encontraron cifras similares con un pequeño aumento de casos en los partos horizontales. Concuerta con los resultados de Solar C. et al.(7), Coyago J. et al. (11) y Sánchez Y.(12), donde este último, a pesar de tener una mayor diferencia (25% de bebés con depresión moderada por parto horizontal y 8% por vertical), no encontró una diferencia significativa entre las variables del tipo de parto y Apgar al primer minuto. Adicionalmente, el trabajo de Salazar T. et al.(9), el cual toda su población finalizó su parto en posición vertical, solo presentó 1% de depresión moderada y el 99% fue normal; mientras Arimuya R. et al.(8) calculó la media de las puntuaciones (8.9 vs 8.8,  $p < 0.01$ ), encontrando un puntaje mayor en la posición vertical, pero por una mínima diferencia.

Dicho esto, de la puntuación Apgar obtenida al quinto minuto solo hubo 1 caso (0.6%) de depresión moderada en el parto horizontal, mientras que en el otro grupo no se encontró ninguno. De igual manera, solo en el grupo de parto horizontal, Solar C. et al.(7) encontró 3 casos de depresión moderada (3%) y Coyago J. et al. (11) con 2 casos de depresión moderada (0.3%) y 1 de depresión severa (0.1%), sin ningún caso en el grupo de vertical. También se tienen estudios con puntuación normal al quinto minuto en todos los casos, como son los de Salazar T. et al.(9), Arimuya R. et al.(8) y Sánchez Y.(12).

Finalmente, se consideraron las características del líquido amniótico como una complicación, ya que el líquido amniótico meconial o con mal olor pueden evidenciar sufrimiento en el bebé u otro problema, así que se encontraron porcentajes por poco mayores en el parto vertical de líquido amniótico meconial (6.9% vs 6.3%) y de líquido con mal olor (0.8% vs 0.6%), asimismo se tiene que el 13.2% del grupo de horizontal y 10.8% del grupo de vertical presentaron líquido meconial fluido, término usualmente utilizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal por los profesionales que no indica riesgo al no ser meconio espeso, por lo que hay menos riesgo de aspiración en el bebé. En otros estudios se recolectó la información en base a la presencia o no de líquido amniótico meconial, donde Sánchez Y.(12) encontró una cantidad un poco mayor en el parto vertical (17.9% vs 17.3%); pero, por otro lado, Rodríguez D. (10) encontró líquido meconial solo en el grupo que optó por parto horizontal (1.67%) dentro de toda su población, mas no encontró una relación significativa entre las variables. Cabe mencionar que no pudo realizarse una comparación exacta debido a que se tomaron en cuenta otras características del líquido amniótico en la presente investigación; no obstante, fue de importancia incluir otras características que se pueden presentar.

Por otro lado, algunas limitaciones o sesgos presentados en esta investigación fueron detallados en un capítulo anterior, a lo que se puede agregar que hubo dificultad en la comparación con estudios previos por la clasificación distinta de algunas variables, lo cual incluye términos y rangos que varían dependiendo del autor o país donde se tomen en cuenta; por otro lado, las variantes del parto vertical (sentada, de cuclillas, en cuatro puntos o parada) no se dan frecuentemente en la ciudad de Lima, y al ser un estudio retrospectivo solo se pudo evidenciar en las historias clínicas si fue parto vertical u horizontal, mas no la variedad específica, por lo que otros estudios pueden

tener la ventaja de verificar dicha información observando los partos en un estudio posterior.

No obstante, este estudio posee fortalezas como tener una cantidad considerable como muestra (304 historias clínicas), ya que se tuvo la facilidad de que en el Instituto Nacional Materno Perinatal se atienden muchos partos diariamente, lo cual puede dar un panorama de lo reflejan ambos tipos de parto en la ciudad de Lima, a diferencia de provincia, donde se estudiaron la mayoría de estudios previos; también considerar que significa un aporte a la ciencia, ya que el parto vertical aún no tiene el alcance necesario en la comunidad, lo que favorecería a los profesionales capacitados como a las usuarias que tendrán un parto. Finalmente, una ventaja mostrada de abarcar características sociodemográficas, obstétricas y complicaciones maternas y del recién nacido es que puede dar pie a futuras investigaciones que busquen una relación de dichas variables con el tipo de parto.

## VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 7.1. Conclusiones

- Las pacientes en ambos tipos de parto fueron, en su mayoría, de procedencia urbana, con grado de instrucción secundaria completa y de estado civil convivientes.
- En una mayor proporción se observa que en los partos verticales fueron pacientes multíparas, mientras que en los horizontales fueron más primíparas; y en ambos grupos predominaron las gestaciones a término.
- En los partos en posición vertical podemos reconocer que las complicaciones maternas más frecuentes fueron los desgarros de grado I en un 30%, la realización de episiotomía en el 43.1%; además hubo casos de hemorragia postparto en 1.5% y retención de placenta en 3.8%.
- En los partos en postura horizontal identificamos que las complicaciones maternas más frecuentes fueron el desgarro de I grado en el 36.2%, la episiotomía en el 47.7%, retención de placenta en el 8% y hemorragia postparto en el 5.7%.
- En las complicaciones en el recién nacido en el grupo de parto vertical podemos describir que el 7.7% fueron macrosómicos, 2.3% tuvo depresión moderada en la puntuación de Apgar al 1° minuto y 6.9% presentó líquido amniótico meconial.
- Dentro de las complicaciones del recién nacido por parto horizontal se logró conocer que el 5.2% fueron macrosómicos, 3.4% se clasificaron con depresión moderada en el Apgar al 1° minuto, el 0.6% tuvo depresión moderada en el Apgar al 5° minuto y el 6.3% líquido amniótico meconial.



## 7.2. Recomendaciones:

- Se recomienda al Instituto Nacional Materno Perinatal promover la investigación sobre el parto vertical, aprovechando que es el establecimiento en Lima donde se atienden la mayor cantidad de estos, permitiendo que futuros trabajos similares utilicen diferentes diseños de estudio, lo cual haría posible conocer si hay asociación entre las variables y si existen factores de riesgo que influyen en las complicaciones, independientemente de la posición en el parto.
- Capacitaciones al personal de salud y adecuación de salas de parto en establecimientos que aún no son aptos para la atención del parto vertical, y así se garantice una atención de calidad.
- Actividades promocionales en los Centros de salud dirigidas a gestantes de las posiciones que se pueden optar en el parto, en concordancia con el contexto social y cultural de la población, lo cual les permitiría conocer sus derechos y opciones como pacientes, y conllevaría a romper mitos y desconocimiento al respecto, con el fin de promover la salud materna y perinatal.
- Se sugiere estudiar las variantes de posiciones de parto vertical mediante una investigación prospectiva, ya que dicha información no va contemplada en la historia clínica y no existen trabajos actuales que evidencien las implicancias de cada una.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. [Internet]. Ginebra. 2018 [Citado el 11 de agosto del 2022] (WHO/NMH/NHD/18.12). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12spa.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Adaptación cultural de los servicios de maternidad en el Ayacucho rural, Perú. [Internet]. Ginebra, 2009 [citado 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/08-057794-ab/es/>
3. Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. [Internet]. Perú, 2005. [citado 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://crolimacallao.org.pe/documentos/normas/ATENCION%20DEL%20PARTO%20VERTICAL-MINSA.pdf>
4. NDP. EsSalud impulsa parto vertical para reducir riesgos de mortalidad materno infantil. Andina: Agencia Peruana de Noticias. Agosto, 2019 [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-essalud-impulsa-parto-vertical-para-reducir-riesgos-mortalidad-materno-infantil-765242.aspx>
5. Zevallos K, Torres J, Vitancio V, Sánchez J. Análisis de la situación de salud hospitalaria instituto nacional materno perinatal [Internet].2021; 215. [citado 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/ASISHO\\_2022.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/ASISHO_2022.pdf)
6. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet] 2008;54(1):49-57. [citado 20 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>
7. Solar C, Hernández N. Complicaciones del parto en posición vertical y horizontal en Churcampá y Vilcashuaman, 2020. [Tesis de grado] [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2022 [citado 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4677>

8. Arimuya R, Fuentes J. Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal. [Tesis de grado] [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2021 [citado 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4456>
9. Salazar T, Maximi M. Importancia y beneficios que ofrece el parto vertical humanizado en gestantes adolescente [Tesis de grado] [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2019 [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduug/45633>
10. Rodríguez D. Complicaciones materno perinatales relacionadas a la posición materna durante el parto Centro de Salud San Marcos Cajamarca 2018. [Tesis de grado] Universidad Nacional de Cajamarca; 2018.
11. Coyago J, Heras J. Comparación de las complicaciones maternas y neonatales entre el parto en posición vertical y en posición Litotómica en el Centro de Salud Carlos Elizalde en el período 2014-2016 [Tesis de grado] [Internet]. Universidad de Cuenca; 2018 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30299>
12. Sánchez Y. Resultados del parto en posición vertical y horizontal en madres y neonatos del Centro de Salud de Yauli - Huancavelica 2015. [Tesis de grado] Universidad San Martín de Porres. 2017. Huancavelica, Perú. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2780>
13. González EB, Ortiz MR. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Biociencias. 2005; 14(3). Disponible en: <https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/644>
14. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Merce, editores. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). [Internet] Madrid: Gráficas Marte, A.L.; 2007. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/231177548/Fundamentos-de-Obstetricia>
15. 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 hemorrhage. A NATA consensus statement. Blood Transfus Sangu. marzo de 2019;17(2):112-36. DOI: <https://doi.org/10.2450/2019.0245-18>

16. Shanahan J. Williams Obstetricia. [Internet] 25e. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana, 2019. [citado 30 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739&sectionid=228704755>
17. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.paho.org/es/centro-latinoamericano-perinatologia-salud-mujer-reproductiva-clap>
18. Ovalle L. Manual de Adecuación Cultural del Parto Vertical. Guatemala; 2011. [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/2018/ManualAdecuacionCulturalPartoVertical.pdf>
19. Martín L. Posturas o posiciones para el parto [Internet]. Rehabilitación Premium Madrid. 2016 [citado 8 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/laura-martin/posturas-o-posiciones-para-el-parto/>
20. Instituto Nacional de Salud. Estudio realizado por el INS revela bajo conocimiento del parto vertical entre las gestantes de los hospitales de Lima Metropolitana y de la región de Loreto. 2011. [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/estudio-realizado-por-el-ins-revela-bajo-conocimiento-del-parto-vertical-entre-las>
21. Vásquez LMM, Murcia RHG, Moreno MMM, Ramírez JHM. Revisión narrativa de las evidencias a favor del parto vertical y otras prácticas relacionadas con el parto humanizado. Rev. Synergia Latina. [Internet]. [citado 23 de octubre de 2022] 2019;76(2): 65-76. Disponible en: [https://cliic.org/Revista-Synergia-Latina/Synergia-Vol-2\\_c.pdf](https://cliic.org/Revista-Synergia-Latina/Synergia-Vol-2_c.pdf)

22. Vargas VF, Rodríguez JP, Corredor MT, Vallejo NM. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* [Internet]. 2018 [citado 14 de noviembre de 2020];20(1): Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/15532>
23. Real Academia Española (RAE): Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.6 en línea]. [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/bienestar>
24. Organización Mundial de la Salud. Lactante, recién nacido [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/infant\\_newborn/es/](http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/)
25. Kliegman RM, Geme JS, Blum N, Shah SS, Tasker RC. Nelson. Tratado de pediatría. Elsevier Health Sciences; 2020. 5382 p.
26. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. [Internet] Perú, 2015. [citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
27. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C. El neonato de madre con preeclampsia-eclampsia. *Rev Mex Pediatr.* [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2022] 2006; 73(2):82-88. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8653&id2=>
28. Herrera JN. Neonatología. Editorial Universitaria; 2003. 527 p.
29. Real Academia Española (RAE): Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.6 en línea]. [citado 28 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/parto>
30. Vasco MS, Poveda CB. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas Prof.* [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2022] 2015;16(3):90-95. Disponible en: <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/GHJI53uqZIRp312dVUb7klqHWu9djwHtgphHJWfL.pdf>

31. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [Internet] Perú, 2007. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
32. Muñoz de la Torre Rossibel Juana, Mendoza Vilcahuaman Jenny, Jauregui Sueldo Jacqueline Charo, Toral Santillán Edwin Jony, Villanueva Navarro Katherin Yurfa, Quispe Aroni Ruth. Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. Medisur [Internet]. 2022 Jun [citado 2023 Dic 28] ; 20( 3 ): 402-408. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2022000300402&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2022000300402&lng=es). Epub 30-Jun-2022

## **ANEXOS**

**ANEXO A: Ficha de recolección de datos**

**ANEXO B: Resolución Decanal**

**ANEXO C: Carta de aprobación del INMP**

**ANEXO D: Aprobación de Comité Metodológico del INMP**

**ANEXO E: Aprobación de Comité de Ética del INMP**

## ANEXO A: Ficha de recolección de datos



### UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de ficha: \_\_\_\_\_

N° DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

#### I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Talla materna >145cm:
  - a) Sí
  - b) NO
3. Lugar de Procedencia:
  - a) Rural
  - b) Urbano
4. Grado de instrucción:
  - a) Primaria completa
  - b) Secundaria completa
  - c) Superior técnica
  - d) Superior universitaria
  - e) Analfabeta
5. Estado civil:
  - a) Soltera
  - b) Casada
  - c) Conviviente
  - d) Divorciada
  - e) Viuda

#### II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

1. Postura en el parto:
  - a) Parto Vertical: (Sí) (NO)
  - b) Parto horizontal: (Sí) (NO)
2. Cantidad de partos: \_\_\_\_\_
3. Edad gestacional: \_\_\_\_\_ semanas



### **III. COMPLICACIONES MATERNAS**

- 1. Tiempo de expulsivo:** \_\_\_\_\_ minutos
- 2. Hemorragia postparto:**
  - a) SÍ
  - b) NO
- 3. Desgarro perineal:**
  - a) NO
  - b) I grado
  - c) II grado
  - d) III grado
  - e) IV grado
- 4. Episiotomía:**
  - a) SÍ
  - b) NO
- 5. Retención de placenta:**
  - a) SÍ
  - b) NO

### **IV. COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO**

- 1. Peso:** \_\_\_\_\_ gr
- 2. Puntuación de APGAR al primer minuto**
  - a) Depresión Severa: 0 a 3
  - b) Depresión Moderada: 4 a 6
  - c) Normal: 7 a 10
- 3. Puntuación de APGAR al quinto minuto**
  - a) Depresión Severa: 0 a 3
  - b) Depresión Moderada: 4 a 6
  - c) Normal: 7 a 10
- 4. Características del líquido amniótico**
  - a) Claro
  - b) Mal olor
  - c) Meconial
  - d) Meconial fluido

## ANEXO B: Resolución Decanal



Firmado digitalmente por PODESTA  
GAVILANO Luis Enrique FAU  
20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 22.03.2023 14:16:30 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú. Decana de América  
FACULTAD DE MEDICINA  
DECANATO

Lima, 22 de Marzo del 2023

### RESOLUCIÓN DECANAL N° 000875-2023-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital N° F01B2-20230000043, de fecha 20 de marzo de 2023 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de Tesis.

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: *“La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño”* así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis:** Art. 28 establece que: *“La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución”;*

Que, mediante Oficio N°000045-2023-EPO-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, informa que los Proyectos de Tesis que figuran en la propuesta cuenta con opinión favorable del Comité de Investigación de la citada Escuela para su ejecución; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

#### SE RESUELVE:

##### 1° Aprobar los Proyectos de Tesis, según detalle:

N°	AUTORES	CODIGO	ASESOR	TITULO
1.	Marycuz Gianella SÁNCHEZ ROJAS	18010089	Mg. Elia Stephanie KU CHUNG con. código 0A7462	Conocimientos sobre derechos reproductivos y percepción sobre violencia obstétrica en púerperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023
2	Renata Ruiz Rosas	17010334	Lic. Jenny Elenisse ZAVALETA LUJAN con. Código 089788	Complicaciones maternas y del recién nacido por parto horizontal y vertical. Instituto Nacional Materno Perinatal. Setiembre a noviembre del 2022.
3	Patricia ROBLES MAMANI	16010357	Dra. Zaida ZAGACETA GUEVARA con. Código 076252	Conductas sexuales de riesgo y conocimientos sobre VIH/SIDA en mujeres peruanas asociado a características sociodemográficas según Encuesta Demográfica y Salud Familiar-ENDES 2021



Firmado digitalmente por  
FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE  
PELLA Alicia Jesus FAU  
20148092282 soft  
Motivo: Doy V° B°  
Fecha: 22.03.2023 09:20:12 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: UQEEPLH





**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
Universidad del Perú. Decana de América  
FACULTAD DE MEDICINA  
DECANATO

2° Encargar a la Escuela Profesional de Obstetricia el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

**DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA**  
VICEDECANA ACADÉMICA

**DR. LUIS ENRIQUE PODESTÁ GAVILANO**  
DECANO

*LPG/mmb*



## ANEXO C: Carta de aprobación del INMP



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Ministerio  
de Promoción y  
Asesoramiento en Salud

Instituto Nacional  
Materno Perinatal

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

HETG 23-8944-1

Lima, 08 de junio de 2023

**CARTA N°097-2023-DG-N°044-OEAIDE-INMP**

Señora Alumna  
**RENATA RUIZ ROSAS**  
Investigadora Principal  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Presente. -

**Asunto: Aprobación del Proyecto de Investigación  
Transversal Descriptivo**

*De nuestra consideración:*

*Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: "COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIÉN NACIDO POR PARTO HORIZONTAL Y VERTICAL. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2022", cuyo estudio es de tipo transversal descriptivo; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en la Investigación, así como también por el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 05 de JUNIO de 2024.*

*En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad de la investigadora principal.*

*Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.*



Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Mg. Julia Rosmary Hinojosa Pérez  
C.M.P. N° 17326 - R.N.E. N° 7420 R.N.S.E. N° 500316  
DIRECTORA DE INSTITUTO (e)

FDAP/bfc.  
c.c.:

• DEOG  
• DEN

• DEEMSC  
• OEAIDE

• UFI  
• Archivo

[www.iemp.gob.pe](http://www.iemp.gob.pe)

Jr. Santa Rosa N°941  
Cercado de Lima. Lima 1, Perú  
(511) 328 0998  
[direccionggeneral@iemp.gob.pe](mailto:direccionggeneral@iemp.gob.pe)

# ANEXO D: Aprobación de Comité Metodológico del INMP

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada  
Instituto Nacional Materno Perinatal



**F-07**

## COMITÉ DE EVALUACIÓN METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

### INFORME N°042-2023-CEMI/INMP

N° DE EXPEDIENTE  FECHA

1. Título del Protocolo

2. Autor (es)

Resumen de Evaluación. Poner visto bueno en los espacios dando su conformidad

ITEM	Adecuado	Observación
Título de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	
Descripción del Problema.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Formulación del Problema.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Justificación.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Antecedentes de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bases teóricas.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Definiciones conceptuales.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Objetivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hipótesis.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tipo de Estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Diseño Muestral	<input checked="" type="checkbox"/>	
Definición y Operacionalización de variables.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Plan de Recolección de datos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Plan de procesamiento y Análisis de datos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Presupuesto.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cronograma de Actividades.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Referencias bibliográficas	<input checked="" type="checkbox"/>	
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>	

APROBACION: SI (  ) NO (  )

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL  
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

**PRESIDENTE**  
Comité de Evaluación Metodológica y Estadística de La Investigación

Juan Torres Osorio

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL  
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

**SECRETARIO**  
Comité de Evaluación Metodológica y Estadística de La Investigación

Oscar Limay Ríos

## ANEXO E: Aprobación de Comité de Ética del INMP



Instituto Nacional Materno Perinatal

F-08

### Comité de Ética

*Institutional Review Board (IRB)/ Independent Ethics Committee (IEC) N° IRB 5267  
Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for international Institutions N° FWA 9725.*

### INFORME N°054-2023-CIEI/INMP

Exp. N° 23-8944-1

Título del Proyecto	"Complicaciones maternas y del recién nacido por parto horizontal y vertical. Instituto Nacional Materno Perinatal. setiembre a noviembre del 2022"
Investigador Principal	<b>RENATA RUIZ ROSAS</b> Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Financiamiento	Propio.
Tipo de Estudio	Transversal Descriptivo.
Apreciación	Determinar las complicaciones maternas y del recién nacido en el parto vertical y horizontal en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de setiembre a noviembre del 2022
Calificación	<b>APROBADO.</b> Tendrá vigencia hasta el 05 de junio de 2024. Los trámites para una nueva renovación de aprobación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Lima, 06 de junio de 2023



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

**PRESENTE**  
Comité de Ética en Investigación

M.C. Alvaro Moreno Gonzales