

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: Conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de Obstetricia de la provincia de San Martín, periodo enero-julio 2017**

**Tesis Para Optar el Título Profesional de Obstetra**

**AUTORES:**

**Luz Evelin Cristine Trigozo Delgado**

**Betsy Manjet Huaman Guerrero**

**ASESOR:**

**Obsta. Dra. Nelly Reategui Lozano**

**Tarapoto - Perú**

**2018**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](#).

Vea una copia de esta licencia en

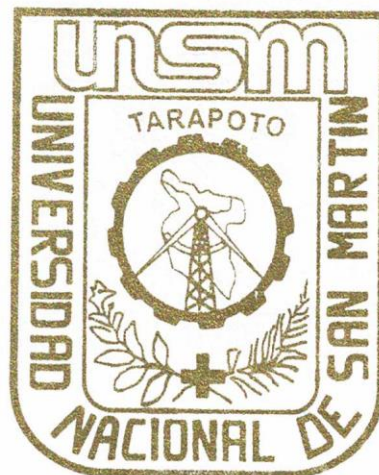
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: Conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de Obstetricia de la provincia de San Martín, periodo enero-julio 2017**

**Tesis Para Optar el Título Profesional de Obstetra**

**AUTORES:**

**Luz Evelin Cristine Trigozo Delgado**

**Betsy Manjet Huaman Guerrero**

**ASESOR:**

**Obsta. Dra. Nelly Reategui Lozano**

**Tarapoto - Perú**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: Conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de Obstetricia de la provincia de San Martín, periodo enero-julio 2017**

**Tesis Para Optar el Título Profesional de Obstetra**

**AUTORES:**

**Luz Evelin Cristine Trigozo Delgado**

**Betsy Manjet Huaman Guerrero**

**ASESOR:**

**Obsta. Dra. Nelly Reategui Lozano**

**Tarapoto - Perú**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de obstetricia de la provincia de San Martín, periodo enero-julio 2017**

**Tesis Para Optar el Título Profesional de Obstetra**

**AUTORES:**

**Luz Evelin Cristine Trigozo Delgado**

**Betsy Manjet Huaman Guerrero**

**Sustentada y aprobada el día 04 de diciembre 2018, ante los siguientes jurados:**

-----  
**Obst. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado**  
**Presidente**

-----  
**Obst. Mg. Maribel Becerril Iberico**  
**Secretaria**

-----  
**Obst. Mg. Manuela Aurora Vega Celis**  
**Vocal**

## **Constancia de asesoramiento**

En mi condición de asesor de la tesis presentada por las Bachilleres en Obstetricia LUZ EVELIN CRISTINE TRIGOZO DELGADO y BETSY MANJET HUAMAN GUERRERO para optar el título profesional de obstetra cuyo título ES **“PARTO VERTICAL EN EL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PROFESIONALES DE OBSTETRICIA DE LA PROVINCIA DE SAN MARTIN, PERÍODO ENERO - JULIO 2017”**. Considero que dicha tesis reúne los requisitos para ser sometida a la presentación pública y evaluación.

Tarapoto 04 de diciembre del 2018.

Atentamente



---

**Obsta. Dra. Nelly Reategui Lozano**  
Asesor

## Declaratoria de autenticidad

**Luz Evelin Cristine Trigozo Delgado**, identificada con DNI N° 71055411 y **Betsy Manjet Huamán Guerrero**, identificada con DNI N° 72655585, egresadas de la facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la tesis titulada **“Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: Conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de Obstetricia de la provincia de San Martín. Período enero - julio 2017”**.

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiada, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aporte a la realidad investigada.

De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información de otros trabajos como propios), entre otros, asimismo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín- Tarapoto.

Tarapoto 04 de diciembre del 2018.



Bach. Luz Evelin Cristine Trigozo Delgado  
DNI N° 71055411



Bach. Betsy Manjet Huamán Guerrero  
DNI N° 72655585

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres: Trigozo Delgado Luz Evelin Cristine	
Código de alumno : 124141	Teléfono: 948978273
Correo electrónico : luz11evelin@gmail.com	DNI: 71055411

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de: Obstetricia

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título: Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: Conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de obstetricia de la Provincia de San Martín, período enero-julio 2017
Año de publicación: 2018

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**”.



Firma del Autor

---

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

14 / 01 / 2019



Firma del Responsable de Repositorio  
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso  
Abierto de la UNSM – T.

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización **NO EXCLUSIVA** para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres:	Huamán Guerrero Betsy Manjet		
Código de alumno :	124126	Teléfono:	995795446
Correo electrónico :	betsytamanjet@hotmail.com	DNI:	72655585

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de:	Obstetricia

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título:	Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de obstetricia de la provincia de San Martín, periodo enero-julio 2017
Año de publicación:	2018

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **“Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA”**.



.....  
Firma del Autor

---

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

14 / 01 / 2019



.....  
Firma del Responsable de Repositorio  
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso  
Abierto de la UNSM – T.

**\* Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**\*\* Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

## Dedicatoria

A **Dios**, verdadera fuente de amor y sabiduría, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por darme la fe, la fortaleza para terminar la presente investigación y por permitirme culminar con éxito el esfuerzo de todos estos años de estudio. Por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. Para el mi agradecimiento infinito.

A mis padres, **Roldan Trigozo Ramírez** y **Ruth Delgado Torres** por contribuir a que todas mis metas sean cumplidas. Cada peldaño de mis estudios, me ayudaron a escalar y vencer las dificultades.

A mi hermana **Mariel Anai Trigozo Delgado**, porque tenerte en mi vida, es mi bendición y mi compañía, gracias por ser mi motivo para continuar.

A ti **Luis Inga Vera**, mi mejor amigo y compañero. Quiero agradecerte porque cada día me apoyas a lograr mis metas, gracias por el amor y cariño que me das.

*Luz      Evelin      Cristine*

## Dedicatoria

A **DIOS**, porque sin él no soy nada, por darme la vida, la fe, la fortaleza para no dejarme vencer en ninguna circunstancia, por permitirme culminar con éxito el esfuerzo de todos estos años de estudio, cumpliendo uno de mis mayores logros, con el todo es posible y seguiré caminando de su mano.

A mis padres, **Edilberto Huamán Valdivia y Agustina Guerrero Mendoza** quienes me brindaron la vida, educación y apoyo incondicional, por ser mi motivo para vencer las adversidades y seguir adelante; a mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme.

A mis tíos, **Olinda Guerrero Mendoza y Antonio Bautista Fernández**, agradecerles porque cada día me apoyaron a lograr mis metas trazadas, por su guía y buenos consejos, gracias por el amor y cariño que me brindaron durante toda mi vida universitaria.

*Betsy Manjet*

## **Agradecimiento**

A la Universidad Nacional de San Martín por habernos dado la posibilidad de formarnos profesionalmente.

A nuestra asesora, la Obsta. Dra. NELLY REÁTEGUI LOZANO, por su tiempo, paciencia y todo el apoyo que nos ha brindado en la realización de esta investigación; porque su ayuda y conocimientos fueron fundamentales para obtener el producto final que ahora presentamos

A nuestros docentes y compañeros con los que compartimos toda nuestra vida universitaria, gracias por todos los conocimientos brindados y por todas las experiencias vividas. Recordaremos siempre nuestros años de estudio de la mejor manera gracias a ustedes.

A todo el personal del HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS Y HOSPITAL TOCACHE II con quienes compartimos actividades en el internado. Desde los obstetras, doctores, compañeros del internado, técnicos, enfermeras hasta el personal de mantenimiento y limpieza y personal administrativo. Gracias por hacer que en ese año crezcamos como personas y como profesionales. No hubo día en el que dejemos de aprender desde lo más mínimo hasta lo más grande, gracias por su paciencia, conocimientos, experiencias, cariño y amistad; hicieron que ahora y siempre recordemos nuestro internado como una de las mejores experiencias de nuestras vidas.

*Las autoras*

## Índice de contenido

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	viii
Índice de Contenido.....	ix
Índice de Tablas.....	x
Índice de Figuras.....	xi
Resumen .....	xii
Abstract .....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
1.1 Marco conceptual.....	01
1.2 Antecedentes.....	03
1.3 Bases Teóricas.....	08
1.4 Justificación .....	26
1.5 Formulación del Problema .....	28
II. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo General.....	29
2.2 Objetivos Específicos.....	29
2.3. Hipótesis de Investigación.....	29
2.4. Operacionalización de variables .....	30
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	34
IV. RESULTADOS.....	39
V. DISCUSIÓN.....	48
VI. CONCLUSIONES.....	54
VII. RECOMENDACIONES.....	55
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
IX. ANEXOS.....	64

## Índice de tablas

<b>Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Características socio-laborales de los profesionales de obstetricia según niveles de atención. Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.	39
2	Nivel de conocimientos sobre Parto Vertical de los Obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.	40
3	Actitud que asume el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical según I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.	42
4	Proporción de atención del Parto Vertical que realiza el obstetra en el I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.	44
5	Relación entre Nivel de conocimiento y las actitudes de los profesionales de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical. Periodo Enero – Julio 2017.	46
6	Relación entre Nivel de conocimiento y la práctica de los profesionales de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical. Periodo Enero – Julio 2017.	46
7	Relación entre la Actitud y Práctica que tienen los profesionales de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical. Periodo Enero – Julio 2017.	47



## Índice de Figuras

<b>Figura</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Indicadores utilizados para evaluar el Conocimiento sobre Parto Vertical que tienen las Obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.	41
2	Indicadores que permiten evaluar la Actitud que asume el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical según I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.	43
3	Indicadores que permiten evaluar la Práctica en Salud que realiza el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical según I y II nivel de atención en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.	45

## Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas del profesional de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical en el I y II nivel de Atención en salud en la Provincia de San Martín. Enero – Julio 2017. La investigación fue cuantitativa, descriptiva – prospectiva - correlacional, comparativo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 74 profesionales de obstetricia del I y II nivel de atención en salud de la Provincia de San Martín, se aplicó un cuestionario estructurado y validado acerca de conocimientos, para medir actitudes se utilizó la escala de Likert modificada y para las prácticas la lista de chequeo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa excell 2013 y el software estadístico, SPSS V.22 para el análisis a través del coeficiente de correlación de Spearman,. Resultados: Existe un predominio del Nivel de conocimiento Medio en las profesionales del II nivel de atención (79,2%) en relación a las que laboran en el I nivel (78,4%); el 33,3% de las profesionales del II nivel de atención tienen una Actitud Favorable en relación a las del I nivel (11,3%), mientras que existe mayor concentración de obstetras del I nivel de atención que mantienen una actitud Indiferente (60,4%) en relación a los del II nivel (47,6%). El 58,5% de los profesionales de obstetricia del I nivel de atención tienen una práctica adecuada frente a la atención del parto vertical, mientras que el 100,0% de las obstetras del II nivel de atención no han practicado este tipo de atención.

Conclusiones: Existe correlación positiva baja entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical ( $r=0,288$ ;  $p = 0,013$ ) ( $p<0,05$ ). Y correlación positiva muy baja entre el nivel de conocimiento y la práctica que realiza el profesional de obstetricia en la atención del parto en posición vertical ( $r = 0,103$ ;  $p = 0,385$ ) ( $p>0,05$ ).

Palabras clave: Parto Vertical, Conocimiento, Actitudes y Práctica.

## Abstract

The objective of the study was to determine the relationship that exists between the level of knowledge, attitudes and practices of the obstetrics professional versus the vertical delivery care in the I and II level of Health Care in the Province of San Martín. January - July 2017. The research was quantitative, descriptive - prospective - correlational, cross-sectional comparative. The sample consisted of 74 obstetrics professionals from the I and II health care level of the Province of San Martín, a structured and validated questionnaire about knowledge was applied, to measure attitudes the modified Likert scale was used and for the practices the checklist. For the statistical analysis we used the excell 2013 program and the statistical software, SPSS V.22 for the analysis through the Spearman correlation coefficient. Results: There is a predominance of the Level of knowledge in the professionals of the II level of attention (79.2%) in relation to those who work in the I level (78.4%); 33.3% of the professionals of the II level of attention have a Favorable Attitude in relation to those of the I level (11.3%), while there is a greater concentration of obstetricians of the I level of attention who maintain an Indifferent attitude (60 , 4%) in relation to those of the II level (47.6%). 58.5% of the obstetrics professionals of the first level of care have an adequate practice in front of the vertical delivery care, while 100.0% of the obstetricians of the II level of attention have not practiced this type of attention.

Conclusions: There is a low positive correlation between the level of knowledge and the attitude of the obstetrics professional compared to vertical delivery care ( $r = 0.288$ ,  $p = 0.013$ ) ( $p < 0.05$ ). And a very low positive correlation between the level of knowledge and the practice performed by the obstetrics professional in vertical delivery care ( $r = 0.103$ ,  $p = 0.385$ ) ( $p > 0.05$ ).

Keywords: Vertical Birth, Knowledge, Attitudes and Practice.



## **TITULO**

Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: Conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de Obstetricia de la provincia de San Martín. Período enero - julio 2017.

### **I. INTRODUCCION**

#### **1.1. Marco conceptual**

El parto es un acto fisiológico, donde el feto sortea el canal pélvico para salir al exterior y es atendido en un establecimiento de salud por un profesional calificado. El respeto de la elección de la posición que adoptará la gestante durante el proceso del parto es importante para evitar riesgos para la madre y el recién nacido (1,2).

La posición vertical es la de elección, en la que la gestante está parada, sentada, de rodillas o de cuclillas durante el proceso del parto, mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para su atención. Esta posición permite que el/la recién nacido/a actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientándose al canal del parto, facilitando el nacimiento y disminuyendo los traumatismos en el/la recién nacido/a. Este tipo de posición durante el parto no comprime grandes vasos como la aorta ni la vena cava, el útero de la gestante no ocasiona alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta (3,4).

Uno de los objetivos de la atención del parto vertical es la disminución de la morbimortalidad materna-perinatal; sin embargo sigue en crecimiento. Según estudios realizados por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se calcula que se producirían 410 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; es decir en el Perú, una mujer fallecería cada cuatro horas a consecuencia del embarazo, durante el parto o después de él, debido a que las estrategias para facilitar el acceso a los servicios de atención materna y lograr un alumbramiento con menores riesgos para la salud de la madre y del recién nacido, aún no son efectivas, debido a que los servicios no adecuan la atención a las necesidades y costumbres típica de las usuarias, donde se respeta su interculturalidad pese a que existen normas para su implementación; por ello es que aún se considera un problema de trascendencia. Es necesario establecer el cumplimiento de normas que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el

desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto involucrando tanto a la gestante como a la familia (2,5).

Por eso mismo se espera que en nuestro país se implementen estrategias que generen fuerte impacto en la disminución de la muerte materna, disminuyendo los riesgos durante el trabajo de parto permitiendo que las mujeres tengan las facilidades y condiciones apropiadas tanto en un establecimiento de mayor complejidad como en un Puesto de salud para alumbrar en forma vertical. (6,7).

La mayoría de los Centros de salud y puestos de salud no cumplen con lo reglamentado por la ley: "Aún se observa que se aplica medicación intempestivamente y se impide que los familiares participen en este acto. Los obstetras deberían buscar "lo que más le conviene al paciente". Las estadísticas advierten que se practican episiotomías y que se inducen los partos de manera rutinaria, así como también cesáreas en porcentajes muy elevados (8,9).

"El obstetra tiene una formación y a veces viene con una ideología mecanicista, más preocupado por la dinámica del parto que por la paciente. La medicina lleva a estandarizar las cosas, pero las pacientes son singulares y el profesional tiene que tener la "flexibilidad para adaptarse" (9).

Lamentablemente, la atención del parto vertical representa una realidad distinta. A pesar de la importancia que tiene, se percibe una escasa aplicación en el campo de trabajo, producto del poco conocimiento que se tiene sobre ello y la manera de manejarlo. Esto explicaría las razones del porque las gestantes en lugar de elegir dar a luz por parto vertical, seleccionen el parto horizontal, tomando en cuenta también la opinión de la familia y el profesional obstetra que tienen mucha influencia.

Ante esta situación, la familia de las gestantes, expresan su preocupación, no obstante, también tienden a reducir su participación a la manifestación continua de quejas, sin involucrarse en la solución al referido problema, cuando en realidad, su participación en el momento del parto, sería de grandes beneficios no solo para la madre sino también para el niño/a por nacer. Como una muestra de afectividad se debe permitir que la

parturienta esté acompañada de sus familiares más allegados practicándose así “El parto humanizado” (3).

El parto vertical o “natural” no es volver al pasado sino recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos. En el parto en posición vertical no es renunciar a la tecnología sino adjudicarle el lugar que le corresponde: las complicaciones y los casos de riesgo, a la vez hacer que la parturienta recobre el rol protagónico que siempre tuvo, como es el de participar activamente en su parto (10, 11).

La tendencia actual en el ámbito de la atención de salud, es dar mayor énfasis a la práctica del parto vertical por considerarla como parte fundamental de la dimensión humana, no como una ciencia, ni una disciplina y mucho menos una nueva moda; sino una tendencia de forma de vida, frente a la atención.

Por lo antes expuesto, en este contexto, es que es necesario analizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las profesionales obstetras frente al parto vertical, del I y II nivel de atención en salud en la provincia de San Martín con el propósito de generar propuestas de trabajo que permita la articulación conjunta entre obstetras, gestantes, familia y comunidad. Mejorando los conocimientos sobre esta práctica, se pueden desarrollar actitudes que permita su implementación en concordancia con los nuevos enfoques, tendencias y objetivos sobre el parto vertical, la cual tiene el reto de disminuir la morbi-mortalidad materna perinatal.

## 1.2. Antecedentes

### **Internacionales.**

Maldonado G, García C, Soto E, Ortega M. (2014), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo sobre “Parto vertical, conocimientos y actitudes en los profesionales de enfermería” - Hospital General Tula – Tepeji - México”. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo. Se entrevistó al total de los profesionales de enfermería de los servicios de Toco-Cirugía, Urgencias y Gineco-obstetricia en el Hospital General Tula-Tepeji, n= 39. Los participantes firmaron consentimiento informado, para el procesamiento de datos se utilizó el SPSS versión 21 Los resultados fueron: conocimientos sobre parto vertical fueron buenos en el 97.4% de los profesionales de enfermería, 97.4 % con buena actitud ante la

adopción de la interculturalidad en la atención del parto vertical. **Conclusiones:** Los conocimientos y actitudes sobre el parto vertical de los profesionales de enfermería son buenos. (12)

León M, (2014) realizó un estudio cuantitativo sobre “Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural” en la maternidad en los Centros de Atención Permanente y CAIMI de los Distritos de salud de Tamahú, Tactic, Santa Cruz y San Cristóbal Alta Verapaz – Guatemala”, cuyos resultados fueron: Respecto a cómo el personal encuestado ha adquirido sus conocimientos acerca de la atención del parto con pertinencia cultural el 40% evidencia deficiencia en conocimiento ya que la fuente de adquisición a sido de forma empírica o por lectura de protocolos, existe un 17% que no poseen este tipo de conocimientos por lo tanto el personal médico, y de enfermería poseen los conocimientos teóricos sobre la atención del parto con pertinencia cultural, principalmente posiciones en vertical, indicaciones y contraindicaciones, elementos importantes de conocer y practicar para el cumplimiento de la adecuación cultural en salud (13).

Rendón P, Jilly L. (2013), en un estudio descriptivo y retrospectivo realizado sobre “Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el hospital Dr. Vicente Pino Morán del Cantón Daule- Guayaquil-Ecuador”, los resultados encontrados fueron que el 73% de las pacientes atendidas no tuvieron ningún tipo de información sobre el parto vertical, y el 27% restante informaron mediante charlas hospitalarias, consultas prenatales y páginas de internet. El 62% de las pacientes atendidas en el hospital tuvieron parto horizontal y el 38% correspondieron a parto vertical. El 87% de las pacientes tuvieron un expulsivo dentro de los primeros cinco minutos, el 10% dentro de los diez minutos, el 3% dentro de los quince minutos. El 88% de las pacientes no presentaron desgarros durante la atención del parto vertical, el 12% restante presentaron desgarros a nivel cervical, labial y perineal. El 49% de las pacientes no presentaron traumas obstétricos, el 40% restante presentaron circular de cordón, distocia de hombros y fractura de clavícula (14).

Arnau J, Martínez R, Nicolás V. (2012) realizaron un estudio cualitativo sobre “Los conceptos del parto normal, natural y humanizado”. El caso del Área 1 de Salud de la Región de Murcia Abril – mayo. España con el objetivo de analizar las representaciones

simbólicas que los/as profesionales relacionados con el proceso poseen sobre las categorías analíticas del parto normal, natural y humanizado, así como la influencia de estas concepciones sobre su práctica profesional y los resultados fueron que los/as profesionales poseen una confusión evidente sobre los dos conceptos de parto normal y parto natural, este hecho desencadena que el léxico utilizado por el colectivo para referirse a uno u otro sea arbitrario. Algunos de los entrevistados poseen desconocimiento sobre el concepto de parto humanizado (15).

García K, Orellana D, Solorzano D .(2012) realizaron un estudio cualitativo sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del parto vertical” agosto-setiembre en comadronas y mujeres del municipio de Santa Apolonia, Departamento de Chimaltenango \_ Guatemala y los resultados fueron: El 92.86% de las mujeres que fueron atendidas con parto en posición vertical conoce como única persona que puede atender esta clase de partos a la comadrona; esto se debe a que en la comunidad de Santa Apolonia si no existe ninguna complicación durante el trabajo de parto o el parto, la costumbre es que la comadrona atienda a la mujer embarazada en casa. La mayoría de las mujeres que fueron entrevistadas prefieren la variedad de posición sentada en el temazcal y no consumen ninguna bebida durante la atención del parto; la mayoría de mujeres indicó que pueden comer de todo luego del parto, pero una tercera parte de ellas indicó que deben evitar consumir alimentos considerados como “fríos” porque el embarazo es un estado “caliente” y estos alimentos le hacen daño al bebé (16).

Cárdenas C, Cachiguangos. (2012), en un estudio realizado sobre “Impacto y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo de profesionales de salud del Hospital San Luis de Otavalo- Ecuador”, obtuvieron que las mujeres indígenas que optaron por el parto culturalmente adecuado corresponde al 86% durante el año 2011 y en el año 2012 representa el 92%, este comportamiento se puede entender debido a que el hospital adoptó y adecuó las instalaciones para que las mujeres indígenas tengan el espacio que por lucha el Estado Ecuatoriano reconoció la medicina ancestral como parte complementaria de la medicina occidental (17).

Buitrón A, Vera M, Zúñiga J. (2012), realizaron un estudio descriptivo sobre “ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador”, los



resultados fueron: dolor leve 38,08% en PV y 29,18% en PH. Período expulsivo  $\leq$  5 minutos 33,81% en PV y 23,13% en PH. Sangrado de 250 cc o más en el 6,76% en PV y en PH el 30,60%. Complicaciones: 1,07% en PV (hematoma vulvar) y 3,20% en PH (sangrado postparto). Etnia: 27,76% de PV por indígenas y el 21,35% por mestizas. Edad: menores a 25 años (32,38%) eligieron PH, y el 26,33% PV. Paridad: 39,50% multíparas optó por PV y el 35,59% PH. El 100% no presentó antecedentes patológicos personales. Se presentaron desgarros en el 34,16% de RN con peso de 2500 gramos o más y 26,33% PC de 34 cm o más; 22,78% multíparas; 22,42% menores de 25 años; 16,01% indígenas y 19,22% mestizas; 18,15% en PV y 17,08% en PH. No existió significancia estadística al comparar las variables con los tipos de desgarros (18).

Silva R, Soares M, Muniz M, Andrade F, Torres A y Gómez V. (2011) realizaron un estudio descriptivo y explicativo con abordaje cualitativo sobre “La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia” Octubre. Brasil; con el objetivo de conocer la concepción de los profesionales de salud de un centro obstétrico del sur del Brasil sobre el parto humanizado de adolescente encontraron que, a pesar de que los profesionales de salud conocían la propuesta de atención humanizada al parto preconizada por el Ministerio de Salud, todavía mantienen una asistencia hegemónica, pautada en acciones intervencionistas, muchas veces desconsiderando los derechos de las parturientas, haciéndolas meras espectadoras de sus propios partos (19).

### **Nacional**

Sevillano R (2016) en un estudio comparativo sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-Marzo”, reportó como resultados que el 92.5% de los profesionales que participaron en el estudio fueron mujeres, el 85% eran Obstetras. Al evaluar los conocimientos relacionados a la atención de parto humanizado, de un total de 40 participantes el 50% presentó un nivel alto, 35% un nivel medio y un 15% un nivel bajo de conocimientos. Las actitudes del profesional de salud frente a la atención de parto humanizado fueron en su mayoría positivas. Las prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado fueron inadecuadas en un 70.8% y adecuadas en un 29.2% (20)

Cortez Z, Marlín G. (2013), realizó un estudio comparativo “Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP (Instituto Nacional Materno Perinatal)” Lima, cuyos resultados concluyeron que el nivel de conocimiento que tienen los profesionales encuestados, fue que en un mayor porcentaje presentaron un nivel de conocimiento medio que representa el 93.4%, el 3.9% de los encuestados tienen un nivel de conocimiento bajo y el 2.7% tienen un nivel de conocimientos alto frente a la atención del parto vertical. Las actitudes que tomaron los encuestados frente a la atención de parto vertical fue una actitud de indiferencia en la mayoría de los profesionales, Conclusiones: existe una relación entre el nivel de conocimiento medio (93.4%) ( $p= 0.000<0.05$ ) y la actitud de indiferencia (70%) por parte de los encuestados frente a la atención del parto en posición vertical. (21)

Rodríguez A, Chancafe I, Abregu M, Trujillo C, Llanos L, Chillón G (2013), en un estudio comparativo sobre “Actitud de los profesionales de obstetricia frente a la atención del parto vertical, Cajamarca” con el objetivo de determinar la actitud de los profesionales de obstetricia frente a la atención del parto vertical y su relación con algunas características personales y laborales de los profesionales antes mencionados en la Ciudad de Cajamarca y los resultados indicaron que la mayoría de los obstetras mostraron una actitud muy favorable (65,2 %), favorable (26,1%) frente a la posición del parto vertical (91,3 %) y solo el 8,7 % presento una actitud desfavorable (22).

Flores M, Olivares M. (2011) en el trabajo titulado “Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el instituto nacional materno perinatal: Lima – Perú” observaron que el acompañamiento del trabajo de parto realizado por personas capacitadas tiene un inicio espontáneo del trabajo de parto, un menor uso de oxitócicos, menor uso de analgésicos, una menor duración del trabajo de parto, menor uso de episiotomía y una menor ocurrencia de desgarros en comparación a aquellas sin acompañante y acompañante informado (23).

### **Regional**

Velásquez C, Ríos M, (2014) realizaron un estudio descriptivo cualitativo sobre “Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical en la Comunidad Nativa de Aucaloma – Provincia de Lamas, Junio – Diciembre 2014” con el

objetivo de analizar las vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical y los resultados fueron las mujeres de la comunidad nativa identificaron al parto vertical como parto fácil y sin complicaciones, expresaron ventajas del parto vertical tanto para la madre como el bebé, no manifestaron haber experimentado sufrimiento o dolor en su trabajo de parto; en el nacimiento y el alumbramiento las mujeres refirieron sentimientos de emoción, alegrías y sentirse bien, porque vencieron algunos temores, la mayoría de las mujeres entrevistadas identificaron la presencia de la madre, el esposo, hermana, la suegra, la partera como los principales personajes que acompañaron en el trabajo del parto (24).

### **1.3. Bases Teóricas**

#### **1.3.1. Parto Vertical**

##### **1.3.1.1. Aspectos Históricos del Parto**

Desde los albores de la humanidad el parto se ha realizado en distintas variantes de posición vertical como lo muestran grabados o esculturas de prácticamente todas las culturas. Existen ilustraciones que muestran el diseño de las sillas usadas para el parto en posición sentada o a lo largo de la Edad antigua, media y el renacimiento. Fue en el siglo XVII que el famoso obstetra Mauriceau acostó a las mujeres para parir, en un principio, al parecer, para poder aplicar el instrumento de moda por esos tiempos, el fórceps. En la década del 70 con el uso de la anestesia peridural, como un intento de solucionar el dolor del parto se favoreció aún más el uso de la posición horizontal, ya que prácticamente no se le podía pedir otra postura diferente a la horizontal (2).

La historia del proceso del parto, que comienza desde el inicio mismo de la humanidad, ilustra su recorrido con las mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas para pujar; por lo que negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de una madura reflexión y sobre todo, de la toma de decisiones al respecto, es decir del apoyo sobre esta postura fisiológica (2).

El enfoque biomédico de la atención de salud y la influencia de la cultura urbana consolidan la convicción de la mujer en cuanto a la convivencia de la posición horizontal al momento del parto reconociéndole como la tecnología más avanzada. Pero la influencia de la ciencia de la cultura occidental y urbana también ignora cuáles son las prioridades y las necesidades de las mujeres en general y en particular de las mujeres rurales al momento

del parto, en tanto que ellas lo conciben como un evento natural que no requiere de intervenciones que varíen las formas tradicionales de atención del parto (2).

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, finalmente comienza a difundirse en países del occidente: EE.UU (Howard, 1958); así en la región de América Latina: Uruguay (Caldeyro Barcia, 1974); Brasil, (Paciornik, 1979) etc. Y más reciente a partir de la consideración de sus ventajas, por la OMS (WHO, 1996) (2).

En el Perú, la práctica de la atención vertical del parto ha venido siendo implementada por los establecimientos de salud de las regiones que atienden poblaciones rurales como una estrategia para facilitar el acceso a los servicios de atención materna (2).

### **1.3.1.2. Fisiología del parto**

#### **Parto natural vertical**

El parto es un acto fisiológico en el que uno de sus más importantes aspectos es el paso del feto a través del canal del parto. En este proceso un factor importante es la posición materna durante el parto. Esta determinada más por patrones culturales de comportamientos o por costumbres que por hechos fisiológicos reales (1).

El Ministerio de Salud la define como, parto atendido en el establecimiento de salud a cargo de un profesional de salud calificado, respetando la elección de la posición que adoptará la gestante durante el proceso del parto. Evitando los riesgos para la madre y el recién nacido que afronta en una atención domiciliaria (2).

El 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 salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. Esta posición permite que el/la recién nacido/a actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientándose principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el/la recién nacido/a (4).

### **1.3.1.3. Ventajas del Parto Vertical.**

De acuerdo a como refiere la Norma Técnica del Perú (2).

- Los miembros inferiores de la paciente al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción.
- Hay aumentos de los diámetros del canal del parto: 2 cm, en sentido anteroposterior y 1 cm en transverso.
- La posición vertical, en el parto vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la posición del feto.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y periodo de expulsivo, que suceden con menor frecuencia, pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina (en la conducción del trabajo del parto) y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente. El parto en posición vertical proporciona beneficios psicoafectivos como sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- Permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándole a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación (2).

### **Otras ventajas**

Según el desarrollado por el centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) (25).

- **Dimensiones de la pelvis:** Durante el embarazo se produce una relajación fisiológica de las articulaciones pélvicas. Las dimensiones de los diámetros anteroposteriores de los estrechos superior e inferior, están influidos por el descenso de la cabeza fetal y los cambios de la posición materna. El diámetro promonto pubiano mínimo aumenta 1 cm, y en la posición de cuclillas el diámetro anteroposterior del estrecho inferior aumenta 2 cm. Cuando la embarazada pasa de la posición supina a la sentada, el diámetro biespinoso aumenta 7.6 mm de promedio (25).
- **Mecanismo de parto fisiológico:** La posición decúbito supino puede ser perjudicial para el descenso y encajamiento de la presentación fetal, siendo la vertical más fisiológica ya que aumenta el ángulo de conducción y disminuye el ángulo fetopélvico de ingreso. Además, las direcciones de las fuerza de gravedad y la fuerza muscular materna es la misma y por lo tanto son sinérgicas (25).

- **Tiempo de rotura espontánea de membranas intraparto:** La posición vertical no altera el momento fisiológico de rotura de membranas ovulares durante el parto, ya que el 78% de las embarazadas normales que se dejan evolucionar espontáneamente, llegan al final de la dilatación con membranas intactas. La profilaxis de la compresión aorta cava, consiste en evitar la posición dorsal de la embarazada, colocándose en decúbito lateral, preferible el izquierdo, o mejor aún, en vertical (25).
- **Contractibilidad uterina:** En la posición vertical, las contracciones uterinas son de mayor intensidad, igual frecuencia, mejor tono para dilatar el cérvix, respecto a la posición horizontal (26).
- **Pujos:** La posición más fisiológica para conseguir el mayor beneficio con los esfuerzos de pujos durante el expulsivo es la vertical, sobre todo la sentada (25).
- **Frecuencia cardíaca fetal:** La posición materna no parece tener ningún efecto sobre la frecuencia cardíaca fetal, aunque cuando se produce el “efecto poseiro” en posición dorsal, pueden aparecer patrones patológicos de la frecuencia cardíaca fetal que desaparece cuando la madre pasa a posición lateral o vertical (25).
- **Evolución del parto:** Es más fisiológica en la posición vertical que en la horizontal (25).
- **Terminación del parto:** Es más natural y espontánea en la posición vertical materna, ya que disminuye las intervenciones obstétricas durante el periodo expulsivo, así como la necesidad de analgesia o anestesia materna. Esta última circunstancia repercute favorablemente en la interrelación precoz madre-hijo(a) (25).
- **Morbilidad perinatal:** La puntuación del Ápgar al minuto, a los 5 minutos y a los 10 minutos no parece ser diferente en relación con la postura materna durante el parto, aunque hay autores que si encuentran diferencias significativas a favor de la posición vertical. En la posición vertical, el Ápgar no está influido por la duración del periodo expulsivo en partos con pujos espontáneos (25).
- **Aspectos psicológicos:** El punto más importante para la tranquilidad psicológica de la paciente parece ser la posición materna durante el periodo expulsivo. En la posición lateral la mujer se encuentra menos cohibida y pudorosa que en la de litotomía y lo mismo ocurre con la posición vertical. La posición vertical facilita la participación activa de la madre en el parto, al disminuir la necesidad de analgesia y/o anestesia materna y favorecer los esfuerzos de pujo durante el periodo expulsivo y además

favorece la relación precoz madre- hijo (a) ha hecho de trascendental importancia en el desarrollo posterior del niño /a (25).

- **Posiciones en el periodo expulsivo:** En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está enfocada a la atención del recién nacido o recién nacida, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pueda surgir en estos momentos.

Debe permitirse que la posición de la mujer cambie, buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida (25).

Las posiciones que puede adoptar la mujer en trabajo de parto, son las siguientes, entre otras (2, 25).

- Posición de cuclillas: variedad anterior.
- Posición de cuclillas: variedad posterior.
- Posición de rodillas.
- Posición sentada.
- Posición semi sentada.
- Posición sostenida de sabana o lazos.
- Posición rodillas y manos (cuatro puntos de apoyo).

#### **1.3.1.4. Desventajas del parto en posición vertical (26)**

Más que desventajas para la parturienta, encontramos en su gran mayoría desventajas para el profesional que atiende el parto; como:

- Incomodidad si no cuenta con el instrumental para un parto vertical.
- Resulta difícil ver al feto en el momento del trabajo de parto.
- Difícil de controlar el pulso cardiaco de la madre como del feto.

En lo que respecta a las desventajas para la paciente y el producto son mínimas como:

- Dificultad para mantener una postura durante un largo tiempo.
- No se puede practicar en una mujer anestesiada.
- Posibilidad de contaminación con heces fecales

### 1.3.1.5. Indicaciones y contraindicaciones del parto vertical (25).

Los proveedores de servicios deberán observar las indicaciones clínicas y contraindicaciones para proceder a la atención de un parto natural/vertical.

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuaria sin complicación obstétrica.</li> <li>• Presentación cefálica del feto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesárea anterior.</li> <li>• Desproporción céfalo-pélvica.</li> <li>• Sufrimiento fetal.</li> <li>• Feto en podálico.</li> <li>• Embarazo gemelar.</li> <li>• Distocia de presentación.</li> <li>• Distocia de cordón.</li> <li>• Macrostomia fetal.</li> <li>• Prematurez.</li> <li>• Hemorragia del III trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta)</li> <li>• Ruptura prematura de membranas sin encajamiento.</li> <li>• Embarazo post término.</li> <li>• Pre-eclampsia, eclampsia.</li> <li>• Antecedentes de parto complicado.</li> </ul>

### 1.3.1.6. Aspectos a tener en cuenta antes del parto:

#### Percepción de la gestante (2)

El personal de salud debe brindar a la gestante una cálida bienvenida, explicarle los procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias, costumbres y evaluando la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. A continuación, se procederá a:

- Verificar la información respecto a su gestación en la historia clínica y tarjeta de atención Pre natal (antecedentes de la gestación).
- Identificar signos de alarma.



- Controlar las funciones vitales: presión arterial, pulso, temperatura.
- Realizar la evaluación obstétrica y el examen pélvico.
- Determinar el inicio de trabajo de parto.

### **Acompañamiento**

- Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta.
- El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante su permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto (2).

### **Alimentación**

- El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros, durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que lo proporcione energía: sopas, mates, gelatinas, etc. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto (2).

### **Se recomienda:**

- Té o leche con canela y clavo de olor.
- Una taza de chocolate caliente.
- Un mate de albahaca.
- Tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua.
- Una cucharadita de toronjil.

El personal debe conocer la acción de algunas hierbas y prevenir el uso de aquellas que acentúen las contracciones uterinas.

### **1.3.1.7. Atención del Parto**

#### **1.3.1.7.1. Periodo de dilatación (2)**

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

#### **Procedimientos:**

- **Control de signos vitales**, cada hora según indica la norma.

- **Evaluar la frecuencia cardiaca fetal** cada 30 minutos.
- Llevar el **registro estricto del partograma**, el cual será supervisado, monitoreado por el médico de turno, y le permitirá tomar decisiones necesarias en el caso de identificarse complicaciones.
- **Examen vaginal:** Solo debe ser realizado por personal de salud calificado, previo lavado de manos y uso de guantes estériles. El tacto vaginal se debe realizar de acuerdo al partograma. Al realizar los tactos vaginales se debe explicar a la usuaria el porqué del mismo, y tratarla con respeto y gentileza (27).
- **Manejo del dolor:** El personal de salud debe brindar apoyo emocional, con la participación de la pareja, madre suegra, comadrona u otro acompañante elegido por la embarazada. Respetar el derecho de libertad de expresión y de ambulación a la mujer de acuerdo a su cultura (11).
- **Monitoreo del progreso del trabajo de parto según el partograma:** No olvide llevar el partograma según lo indica la “Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto; del programa de Salud Reproductiva”. El progreso del trabajo de parto debe evaluarse de acuerdo a: descenso fetal, dilatación (la dilatación debe ser en fase activa de 1cm por hora), frecuencia cardiaca fetal, estado de las membranas y características del líquido amniótico. En caso de alteración de algunos de estos parámetros debe referirse a un servicio de mayor resolución (28).
- **Postura durante la fase de dilatación:** La mujer en trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo desee. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición de pie, estimula las contracciones y el descenso del feto, así como la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por su acompañante. Si la usuaria quiere acostarse deberá hacerlo sobre su lado izquierdo (27).

La única excepción que apoya la posición supina durante el periodo de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta.

#### 1.3.1.7.2. Atención del periodo expulsivo (2)

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

##### **Asepsia e higiene:**

- Asegurar la disponibilidad de un ambiente exclusivo para la atención de la mujer en trabajo del parto y del acompañante en los servicios de salud.
- Para el proveedor calificado, se utiliza bata para proteger la vestimenta del proveedor, además de gorro, mascarilla, botas y guantes quirúrgicos.
- Verificar las condiciones de higiene y limpieza del ambiente.
- Verificar que el instrumental para la atención del parto esté debidamente esterilizado.
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles.
- Realizar un lavado perineal con agua tibia.

Luego de la atención del parto se debe realizar una limpieza terminal de la sala o ambiente, para prevención de infecciones.

#### 1.3.1.7.3. Complicaciones durante la atención del parto natural / vertical institucional (2).

- Persistencia del aumento de sangrado a pesar de la administración de oxitocina para el alumbramiento.
- Laceraciones o rasgaduras en periné, vagina y cuello uterino.
- Expulsión precipitada del feto.
- Prolapso o procedencia del cordón.
- Distocia de hombros.

#### 1.3.1.7.4. Variedad de posiciones

- **Posición de cuclillas: variedad anterior:** Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) Se debe verificar que la mujer en trabajo de parto mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. Posteriormente adecuarlo para

realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento (25).

- **Posición de cuclillas: variedad posterior:** El acompañante debe estar parado y abrazará a la mujer en trabajo de parto por debajo de la región axilar, permitiendo que la mujer en trabajo de parto se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante. El personal de salud se colocará por detrás de la paciente y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 2 a 3 minutos después del nacimiento (25).
- **Posición de rodilla:** El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazara a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante. En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comunidad (2).
- **Posición sentada y semi sentada:** El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la mujer con trabajo de parto por la región del tórax, permitiendo que se apoye en los muslos, en esta posición la mujer en trabajo de parto, se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde del banco, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de ella. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. Recuerde pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar o 1 a 3 minutos después del nacimiento. En la posición semi sentada la mujer en trabajo de parto se apoyará sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra. (2, 25)
- **Posición cogida de la sogá:** Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento. La gestante se sujeta de una sogá que está suspendida de una viga

del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad avanza por el canal del parto suave y calmadamente (2).

- **Posiciones, en cuatro puntos, (Posición rodillas y manos):** Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. El personal de salud se colocará detrás de la mujer en trabajo de parto cuidando el periné para evitar rasgaduras. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Algunas prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer. El personal de salud o comadrona que atiende el parto natural/vertical, deberá instruir a la mujer en trabajo de parto, para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen. Esta posición brinda una buena exposición y acceso a Asegúrese de sacar primero el hombro anterior (por debajo de la sínfisis del pubis, más cerca del suelo) El pasar al recién nacido (a) para que la madre lo tome en sus brazos al inicio puede ser complicado, pero con la práctica se aprende fácilmente (25).

#### **Ventajas de la Posición rodillas y manos (25)**

Puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación.

Es menos probable que ocurra trauma perineal que en las posiciones supinas. Puede realizarse sobre la cama de parto o en el suelo.

La persona que atiende el parto tiene una fácil visualización.

Esta posición ayuda en la distocia de hombro - fácil acceso al brazo posterior.

#### **Desventajas de la Posición rodillas y manos**

El proveedor de servicios puede no estar familiarizado con recibir a un bebé estando la mujer en esta posición (2, 25).

#### **1.3.1.7.5. Atención inmediata de la o el recién nacido (2)**

El personal de salud deberá verificar que el material esté preparado con anticipación, así como el lugar de atención del recién nacido que será utilizado de manera exclusiva.

### **1.3.1.7.6. Atención del periodo de alumbramiento (2)**

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición dorsal (horizontal) en razón a que el parto en posición vertical produce un sangrado a regular cantidad.

El personal procederá a:

- Realizar el alumbramiento dirigido, facilitando el acortamiento del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución de la cantidad del sangrado. Aplicar una ampolla de oxitocina intra muscular (10 UI), inmediatamente después de la salida del bebe.
- Usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural.
  - Provocarse náuseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo.
  - Soplar una botella.
  - Pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo.
- Evaluar el volumen del sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de conciencia de la madre y las funciones vital (pulso, presión arterial, temperatura).
- Realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, asistir su salida y examinarla cuidadosamente, verificando que las membranas estén íntegras.
- Evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.
- Evaluar la cantidad de sangrado vaginal post alumbramiento.
- En caso de presentarse alguna complicación en el periodo de alumbramiento se debe canalizar inmediatamente una vía con cánula N° 18 administrando cloruro de sodio al 9/00 y referir a un establecimiento de mayor complejidad. (solo en caso de no contar con cloruro de sodio, utilizar otra solución).

### **Disposición final de la placenta (2)**

- El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en situaciones que el personal de salud identifique a la placenta como un factor de riesgo de contaminación (VIH/ SIDA, infecciones de transmisión sexual u otras)

- El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante en la vida de la familia, porque existe la creencia de que el hijo no vivo sino acompañado de una placenta y por lo tanto, se considera también un órgano con propia vida.
- Se debe proceder, en todos los casos, a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo criterios de bioseguridad.

#### **1.3.1.7.7. Atención puerperal y Postnatal.**

Tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se ven favorecidos en el alojamiento conjunto de la madre niño/a e iniciar la lactancia materna exclusiva inmediatamente después del parto.

Independientemente del lugar donde se aloje la mujer, de acuerdo a la infraestructura, equipamiento de cada establecimiento de salud y afluencia de pacientes, realizar en forma estricta:

- Signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria y temperatura).
- Control o prevención de la Hemorragia vaginal.
- Observar la optimización del Tono uterino (formación de globo de seguridad de Pinard).
- Previo a ser trasladada a servicio de hospitalización, realizar exámenes vaginales para extracción de coágulos y asegúrese de que el útero se encuentre involucionado.
- Estimule la salida de loquios con la aplicación de masajes, esto favorece la contracción del útero, los masajes deben de ser realizados por el proveedor de salud o el acompañante de la paciente.
- Promueva el servicio de alojamiento, apego y lactancia materna temprana y exclusiva.
- Permitir el uso de faja si la usuaria lo solicita.
- Brinde consejería de planificación familiar.
- Brinde consejería de signos y síntomas de peligro durante el periodo postnatal.
- Brindar comodidad a la paciente ubicándola en una habitación bien acondicionada, donde haya calor y poca luz.
- Se podrá acomodar a la puérpera en una cama tipo tarima de madera, baja de más o menos una altura de 60 cm, para que pueda reposar en compañía de su pareja y familiares (2).

- Se usará de preferencias sábanas y frazadas de colores vistosos y oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tienen el temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas (2).
- Permitir que la usuaria pueda tomar algunos medicamentos después del parto respetando las propiedades de los alimentos fríos o calientes preparados por la comadrona o por el familiar o acompañante (11).

### **Señales de peligro durante el puerperio**

- Hemorragia vaginal, de grado moderado a severo y persistente.
- Fiebre.
- Fetidez de secreción vaginal
- Mastitis (11).

#### **1.3.1.8. Criterios de alta**

Las medidas generales, terapéuticas, efectos adversos secundarios del tratamiento, signos de alarma a ser considerados, así como los criterios de alta y el pronóstico, son los mismos que se toman en cuenta para la atención del parto eutócico horizontal.(2)

#### **1.3.1.9. Referencia y contrarreferencia**

Si existiera la necesidad de realizar la referencia de la parturienta o púérpera, por presentar alguna complicación, se tomará en cuenta los procedimientos y protocolos ya existentes en las Normas del Ministerio de Salud, según la capacidad resolutoria del nivel del establecimiento.

La contrarreferencia debe incluir las recomendaciones para el retorno de la madre a su domicilio.(2)

#### **1.3.1.10. Niveles de atención en salud**

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención (29).



El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (29).

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población (29).

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen (29).

#### **Categorías de Establecimientos de Salud (30)**

<b>Categorías</b>		<b>Establecimiento</b>
<b>Primer Nivel de Atención</b>	I – 1	Puesto de Salud
	I – 2	Puesto de Salud Médico
	I – 3	Centro de Salud sin internamiento
	I – 4	Centro de Salud con internamiento
<b>Segundo Nivel de Atención</b>	II – 1	Hospital I
	II – 2	Hospital II
<b>Tercer Nivel de Atención</b>	III – 1	Hospital III
	III - 2	Instituto Especializado

### 1.3.2. Conocimiento

Es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno como resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de forma única para cada persona (31).

La palabra conocimiento es ampliamente empleada en nuestros tiempos, se puede escuchar frecuentemente expresiones como "el hombre moderno posee amplios conocimientos", "en comparación con fines del siglo pasado, nuestros conocimientos han aumentado decenas de veces", "cometió el error por no tener conocimiento de esa norma". Como se puede observar el significado del vocablo cambia según el contexto y circunstancias en que se usa. Todos los conocimientos que disponemos corresponden de algún modo a determinados fenómenos, procesos, acciones y tipos de actividad de las personas (32).

#### Niveles del conocimiento:

**El conocimiento descriptivo:** Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano (33).

**Conocimiento conceptual:** También llamado empírico, con el riesgo de muchas confusiones. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (33).

**Conocimiento teórico:** Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal (33).

**Conocimiento sobre el parto vertical:** Se debe tener presente que la orientación, comunicación e información sobre el parto vertical es un proceso eficaz para adquirir el conocimiento de múltiples procesos, así como para que el profesional obstetra modifique

su modo de ser, actué de acuerdo a lo establecido y tenga mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce: actuar teniendo en cuenta las medidas preventivas.

En este contexto podremos visualizar que la carencia de conocimiento y de información sobre el parto vertical puede determinar el comportamiento equivocado y valorizaciones erróneas con respecto a la salud. Así mismo se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de los profesionales obstetras.

### **1.3.3. Actitudes**

La actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien. Una actitud es una mezcla de creencia y emociones que predisponen a una persona a responder ante otras (34,35).

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas (36).

Se define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. Sería un descuido si no se menciona que las actitudes pueden estar influenciadas por factores genéticos (37,38).

### **Actitudes frente al parto vertical:**

Las actitudes que tienen los profesionales obstetras frente al parto vertical y todo lo que corresponde, predispone a que los obstetras desarrollen una cierta conducta que cuenta con una base afectiva y componente conductual el que puede ser de alta o baja intensidad; lo cual determinará el comportamiento de los obstetras frente a estos, es de mucha importancia que los obstetras tenga conocimiento sobre la variedad de posiciones del parto vertical que se pueden presentar durante periodo de dilatación.

### **1.3.4. Prácticas:**

La práctica es el conjunto de comportamientos expresados por el ser humano, influenciados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética (39).

Desde los inicios de su historia se ha tratado de estudiar y comprender, esto para tratar de aprovechar sus características en el desarrollo de actividades o mejorarlo para permitirle vivir de una mejor manera, ya sea observando sus fortalezas, mejorando esos aspectos y tratar de disminuir las debilidades aumentando la atención en los puntos en los que generalmente el ser humano suele fallar (39).

Pavlov, sostiene que el aprendizaje del comportamiento, se produce cuando una persona responde a un estímulo y es recompensada por dar una respuesta correcta o castigada por dar una respuesta incorrecta; sin embargo, Watson pensaba que los humanos ya traían, desde su nacimiento, algunos reflejos y reacciones emocionales de amor y furia, y que todos los demás comportamientos se adquirirían mediante la asociación estímulo-respuesta, explicado en los términos de "adaptación del organismo al ambiente", "contracciones musculares", "conjunto integrado de movimientos" y "acciones". Se puede decir, que la unidad de observación psicológica del comportamiento o la conducta se manifiesta por el organismo en su integridad (39).

A su vez, Thorndike en su teoría, conexionismo, establece que aprender es el establecimiento de conexiones entre estímulos y respuestas. Al igual que Watson y Thorndike, Skinner creía en los patrones estímulo-respuesta de la conducta condicionada. Su historia tiene que ver con cambios observables de conducta ignorando la posibilidad de cualquier proceso que pudiera tener lugar en la mente de las personas; un comportamiento que ya no esté seguido de un estímulo reforzador provoca una probabilidad decreciente de que ese comportamiento no vuelva a ocurrir en el futuro (39).

En conclusión, el comportamiento (práctica), está influenciada, por la cultura, actitudes, emociones, valores de la persona, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación y la persuasión; generándose que la persona responde un estímulo, considerando de esta forma la existencia de un campo vital de constante cambio, pero si tenemos un comportamiento sin estímulo provocaría una probabilidad de que este no vuelva a ocurrir en el futuro. Asimismo, podríamos agregar que el conocimiento podría hacer que los individuos modifiquen su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que tengan mayor interés en asumir medidas preventivas para identificar tempranamente las enfermedades.(39)

**Prácticas frente al parto vertical:**

Tenemos que ser conscientes, que, para llevar a cabo las prácticas de parto vertical, se tiene que tener conocimientos y actitudes, son el pilar para que el profesional obstetra logre vencer los estándares mayormente usados en los diversos establecimientos de salud, no obstante, estos estándares practicados son para la comodidad del profesional, más no de la usuaria.

El profesional, es el encargado de complacer la posición que la usuaria se sienta más cómoda, mientras no corra ningún tipo de riesgo, para ello tiene que estar realmente capacitado, haber obtenido conocimientos necesarios, estar preparado y tener actitud para poder atender un parto vertical que cuenta con muchas ventajas; el profesional tiene que romper todo tipo de estándares acostumbrados para la satisfacción de la usuaria.

**1.4. Justificación:**

Desde el 2005 el parto vertical es un derecho que fue aprobado por Resolución Ministerial N°598-2005/MINSA/DGPS-V-01; es decir, por ley todos los centros de salud deben respetar la posición que decida las gestantes ofreciendo beneficios como menos desgarros, menos tiempo en el trabajo de parto, menos dolor, y para el feto hay menos sufrimiento y más oxigenación; a consecuencia de ello existe una disminución de la tasa de muerte materna (9).

El 26 de julio del 2016, el Ministerio de Salud Minsa aprobó la norma técnica de salud (Resolución Ministerial 518-2016) para la atención del parto vertical en los hospitales. La finalidad del documento es institucionalizar este tipo de parto con el fin de contribuir a reducir el número de muertes de las gestantes y recién nacidos (40).

El alcance del documento técnico es nacional y la aplicación en todos los establecimientos públicos de salud, así como en los establecimientos privados que estén interesados en desarrollar el procedimiento. Por ello los establecimientos de salud deben contar con profesionales capacitados y ambientes debidamente acondicionados para el parto vertical de acuerdo a las costumbres de la zona (40).

Es importante identificar el nivel de conocimiento de los obstetras hacia el parto vertical y su relación con sus actitudes y prácticas debido a que permite establecer un valor

explicativo con el cual podremos predecir el comportamiento que tendrán dichos profesionales de obstetricia con respecto a la atención del parto vertical, ya que por un lado como profesionales de la salud se debe tener en cuenta los derechos que los usuarios tienen como es el caso de poder elegir la posición de parto ofreciendo beneficios y una atención de calidad, disminuyendo así las muertes maternas y fetales; por otro lado deben tener en cuenta la posición vertical porque ellos serán quienes rescaten y transmitan las costumbres ancestrales tanto a niños como a progenitores (5).

Por otro lado, las razones que motivaron a desarrollar esta investigación se basan en varios criterios. El primero de ellos radica en la observación, en este sentido la investigación se considera conveniente porque servirá para encontrar elementos que ayuden a mejorar el servicio que se brinda a las mujeres gestantes, pues se requiere de reformas traducidas en propuestas para que las gestantes que acuden a los servicios de salud reciban una atención adecuada, respetando su cultura y de esta manera se reduzca la mortalidad materna.

Este trabajo de investigación posee un sentido de relevancia social ya que esta información debe ser alcanzada en los establecimiento de salud para mejorar la información sobre el parto vertical; con el fin de concientizar a los profesionales de obstetricia; obteniéndose de ésta manera una responsable toma de decisiones basada en la información recibida y así lograr a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención de la gestante, optimizando la calidad y calidez de la atención obstétrica, en el marco de las atenciones.

Los resultados del presente estudio están encaminados a identificar el nivel de conocimiento alto, medio o bajo; así como el grado de actitudes positiva, indiferente o negativa de los profesionales frente a la atención del parto vertical, a la a vez identificar en el personal de salud los conceptos de humanización del parto y atención del parto con adecuación intercultural.

Es por ello que a través de este estudio se pretende dar pronta respuesta a través del diagnóstico de la problemática planteada. Además de consolidar futuros estudios sobre esta problemática, que permitirá extenderse a todos aquellos establecimientos que velen por la seguridad y el buen trato en el momento del parto, con el fin único de generar una mejor calidad de servicio de forma directa a la gestante e indirectamente para la familia; de acuerdo a los resultados que se obtengan, articular una estrategia realista que incida en minimizar y ayude a la solución de dicho problema.

Otro de los aportes de este trabajo, se encuentra en el hecho de que, a través de su ejecución, se abren las posibilidades de mejoramiento de los procedimientos de control y manejo del parto vertical y, por lo tanto, una mayor rapidez y mejor calidad en la atención del parto vertical. Finalmente, el trabajo es de importancia para las autoras, puesto que servirá para poner en práctica los conocimientos adquiridos en relación al parto vertical.

#### **1.5. Formulación del Problema:**

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos con las actitudes y prácticas hacia el parto vertical en profesionales de Obstetricia del I y II nivel de Atención en Salud en la Provincia de San Martín, Período Enero – Julio 2017?

## II. OBJETIVOS

### 2.1. **Objetivo General:**

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas del profesional de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical en el I y II nivel de Atención en salud en la Provincia de San Martín.

### 2.2. **Objetivos Específicos:**

1. Determinar las características socio-laborales de los profesionales de obstetricia según niveles de atención.
2. Identificar el nivel de los conocimientos sobre parto vertical de los obstetras del I y II nivel de atención en salud en la provincia de San Martín.
3. Definir las actitudes que asume el obstetra frente la atención del parto vertical según I y II nivel de atención en salud en la provincia de San Martín.
4. Identificar las prácticas en salud asociadas a la atención de parto vertical según I y II nivel de atención en salud.
5. Comparar en qué nivel de atención en salud existe mayor relación entre el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas del profesional de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical.

### 2.3 **Hipótesis:**

Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos con las actitudes y prácticas hacia el parto vertical en profesionales de Obstetricia del I y II nivel de Atención en Salud en la Provincia de San Martín, Período Enero – Julio 2017.

### 2.4. **Sistema de Variables:**

- a) **Variable Independiente:** Conocimiento sobre parto vertical.
- b) **Variable Dependiente:** Actitudes hacia el parto vertical.  
Prácticas del Parto Vertical.



## 2.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p align="center"><b>CONOCIMIENTOS SOBRE PARTO VERTICAL</b></p>	<p>Es el grado de información, conjunto de ideas precisas, ordenadas, vagas o inexactas sobre un tema.</p>	<p>Es el conjunto de saberes sobre el parto vertical que poseen los obstetras.</p>	<p>Conocimientos sobre definiciones y posiciones</p> <p>Conocimientos sobre ventajas y desventajas</p> <p>Conocimientos sobre indicaciones y contraindicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto vertical</li> <li>• Norma Técnica sobre la atención del Parto vertical.</li> <li>• Ventajas / Desventajas</li> <li>• Indicaciones</li> <li>• Contraindicaciones</li> <li>• Atención del periodo de dilatación</li> <li>• Atención del periodo expulsivo</li> <li>• La variedad de posiciones del Parto Vertical.</li> <li>• Cuidados del R.N</li> <li>• Cuidados del</li> </ul>	<p>Conocimiento Alto.</p> <p>Conocimiento Medio.</p> <p>Conocimiento Bajo.</p>

				<p>alumbramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios de alta de la paciente en el parto vertical</li> </ul>	
<p><b>ACTITUD FRENTE AL PARTO VERTICAL</b></p>	<p>Organización estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo.</p>	<p>Predisposición a actuar respecto al parto vertical</p>	<p>Percepción sobre la atención del Parto Vertical</p> <p>Opinión respecto de los aspectos culturales</p> <p>Opinión hacia el respeto por la elección</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias.</li> <li>• Aplica conocimientos o cambios.</li> <li>• Promueve el parto vertical.</li> </ul>	<p>Favorable</p> <p>Indiferente</p> <p>Desfavorable.</p>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información adecuada y oportuna de la atención de parto</li> </ul>	

<p><b>PRÁCTICAS DE PARTO VERTICAL</b></p>	<p>Son las acciones que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos para lograr una atención óptima del parto vertical.</p>	<p>Son los pasos, forma que utiliza o desarrolla al atender un parto vertical, en el I y II Nivel de Atención en Salud.</p>	<p>Acciones que realiza durante la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estiramiento de periné y tactos vaginales frecuentes</li> <li>• Realización de amniotomía</li> <li>• Realización de episiotomías</li> <li>• Percepción de la gestante</li> <li>• Acompañamiento</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Atención del periodo de dilatación.</li> <li>• Atención del periodo expulsivo</li> <li>• Atención inmediata de la o el recién nacido</li> <li>• Atención del periodo de alumbramiento</li> </ul>	<p>Adecuadas</p> <p>Inadecuadas</p>
<p><b>CARACTERÍSTICAS</b></p>	<p>Son cualidades que</p>	<p>Son cualidades que</p>	<p>Edad de los</p>	<p>Edad</p>	<p>Nominal</p>

<b>SOCIO-LABORALES</b>	permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes	permite identificar a los profesionales obstetras.	profesionales obstetras. Sexo Tiempo de servicio Cargo de ocupa actualmente	Sexo Tiempo de servicio Cargo de ocupa actualmente	
------------------------	-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--

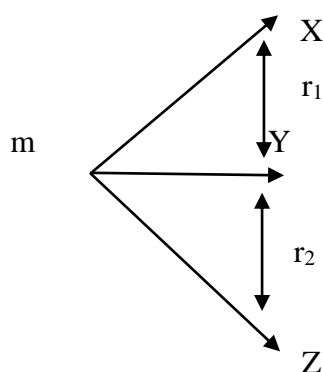
### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de estudio:

La presente investigación es cuantitativa no experimental, descriptiva correlacional, comparativo de corte transversal, porque midió, evaluó y recolectó datos del hecho tal y como ocurrió, en un tiempo determinado. (Hernández, Fernández Baptista) (41).

#### 3.2. Diseño de la Investigación

**Descriptiva correlacional**, porque determinó el grado de dependencia de las variables en estudio. El esquema es el siguiente.



#### Donde:

- M** = Todos los obstetras del I y II nivel de atención en salud.
- X** = Nivel de conocimiento de los obstetras sobre Parto Vertical.
- Y** = Actitud de los obstetras frente al parto vertical.
- Z** = Práctica del parto vertical de los profesionales obstetras.
- r1** = Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los obstetras frente al parto vertical.
- r2** = Relación entre conocimientos y práctica de los obstetras ante el parto vertical.

#### 3.3 Población y Muestra

**Población.-** Estuvo conformada por 74 profesionales de obstetricia del I y II nivel de atención en salud de la Provincia de San Martín: 53 profesionales del I nivel y 21 profesionales del II nivel. (Fuente: Dirección Regional de Salud)

#### Muestra.

La muestra estuvo conformada por el 100% de la población en estudio.

### 3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

#### 3.4.1. Técnicas para la recolección de Datos.

La técnica seleccionada fue la encuesta, para medir los conocimientos y actitudes, la observación para medir prácticas.

#### 3.4.2. Instrumentos para la recolección de datos.

Para la realización del presente estudio, se utilizó tres instrumentos:

**Conocimiento:** Para medir el conocimiento sobre parto vertical se elaboró un cuestionario estructurado dirigido a los profesionales obstetras que trabajan tanto en el I y II nivel de atención en salud, el mismo que constó con 20 preguntas. Cada respuesta correcta tiene valoración de 01 punto, haciendo un total de 20 puntos (anexo 04). Para la valoración y categorización de la variable, se ingresó la información a una base de datos en excell y se exportó al programa estadístico SPSS versión 22, para el cálculo de la media aritmética y desviación estándar de la puntuación total asignada a cada unidad de análisis. Se utilizó la escala de Estanino y la campana de Gauss, usando una constante 0,75 con la finalidad de categorizar en tres niveles o categorías: Alto, Medio y Bajo, como se detalla (anexo 06):

Conocimiento Alto:	$\geq 20$ puntos
Conocimiento Medio:	18 – 19 puntos
Conocimiento Bajo:	0 – 17 puntos

**Actitud:** Para medir la actitud de los profesionales obstetras frente a la atención del parto vertical, se aplicó la escala de Likert modificada, el mismo que fue elaborado para los objetivos del estudio. Dicha escala constó de 20 preguntas cada una de ellas con 05 alternativas de respuesta cuyo valor fue de 1 a 5 puntos según las afirmaciones vertidas por el encuestado, haciendo una puntuación total de 100 puntos (anexo 04). El instrumento presenta 14 afirmaciones positivas y 6 negativas, que se puntualizan de acuerdo al siguiente detalle:

	<b>Afirmaciones positivas</b>	<b>Afirmaciones negativas</b>
Muy de acuerdo	5	1
Acuerdo	4	2
Indiferente	3	3
Desacuerdo	2	4

Muy Desacuerdo	1	5
----------------	---	---

La clasificación de las respuestas se agrupó de acuerdo a los resultados de la prueba de estanino y la campana de gauss (anexo 06), según se detalla:

Actitud Favorable:	91 – 100 puntos
Actitud Indiferente:	77 – 90 puntos
Actitud Desfavorable:	20 – 76 puntos

**Práctica:** Para medir las prácticas de los profesionales obstetras frente a la atención del parto vertical, se utilizó el instrumento lista de chequeo para identificar el tipo de práctica realizada por el profesional de salud relacionada a la atención de parto vertical a través de la observación. Dicha lista de chequeo constó de 20 ítems que son las prácticas recomendadas dentro de una atención de parto vertical (anexo 04).

Las prácticas se valoraron y categorizaron en dos niveles a través de la técnica de percentiles: Inadecuada y adecuada. Para su calificación se otorgó 1 punto a las respuestas correctas y 0 puntos a la práctica incorrecta, pudiendo tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 20, tal como se detalla (anexo 06):

Adecuada:	11 – 20 puntos
Inadecuadas:	0 – 10 puntos

**Validación del instrumento:**

**Juicio de expertos:**

Se realizó la validación del instrumento a través del Juicio de expertos especialistas en el tema (04 obstetras con grado de maestría y/o doctorado), los cuales evaluaron la coherencia entre la variable y la dimensión, indicador, ítems y alternativas de respuestas. Las observaciones realizadas fueron corregidas y nuevamente revisadas para su aprobación.

**Confiabilidad del instrumento Alfa de Cronbach:**

Se realizó la evaluación de los resultados, para la determinación de la Confiabilidad del instrumento que mide el Conocimiento y actitud sobre Parto Vertical que tienen los Obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Enero – Julio 2017. El instrumento de recolección de datos constó de 20 ítems cada una (conocimiento y actitud) y fue aplicado a 74 profesionales distribuidos según niveles de atención. Se utilizó

el método de consistencia interna reflejado en el Alfa de Cronbach (anexo 05), cuyos resultados totales son los siguientes:

### 3.5. Tabulación y Análisis estadístico.

Se elaboró una base de datos en Excel 2013, donde se ingresó los datos consignados en los instrumentos de recolección de datos. Se empleó el programa estadístico SPSS versión 24, para realizar el análisis descriptivo de los datos con la finalidad de conocer las características sociodemográficas, el nivel de conocimiento, actitudes y práctica con sus respectivos indicadores. Se calcularon la media aritmética, desviación estándar, frecuencia y porcentaje para valorar y categorizar a cada una de las variables a través de la prueba de estanino. Asimismo, se empleó la estadística inferencial para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas respecto al parto vertical que tienen los obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín, durante el periodo enero a julio 2017, a través del coeficiente de correlación de Spearman, mediante la fórmula o estadístico, dado por la expresión:

$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{n(\sum x^2) - (\sum x)^2} * \sqrt{n(\sum y^2) - (\sum y)^2}}$$

Este coeficiente toma valores entre -1 y 1, indicando si existe una dependencia directa (coeficiente positivo) o inversa (coeficiente negativo) siendo el 0 la independencia total. Los cuales se pueden ver a continuación (Valderrama, 2016).

Valor de r	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja



-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

*Características socio-laborales de los profesionales de obstetricia según niveles de atención. Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.*

Características	I Nivel de atención		II Nivel de atención		Total	
	fi(n=53)	%	fi(n=21)	%	fi(n=74)	%
<b>Edad</b>						
26 - 36 años	9	12,2%	5	6,8%	14	18,9%
37 - 47 años	21	28,4%	9	12,2%	30	40,5%
48 - 58 años	18	24,3%	7	9,5%	25	33,8%
59 - 69 años	5	6,8%	0	0,0%	5	6,8%
<b>Sexo</b>						
Masculino	18	24,3%	5	6,8%	23	31,1%
Femenino	35	47,3%	16	21,6%	51	68,9%
<b>Tiempo de servicio</b>						
1 - 10 años	15	20,3%	6	8,1%	21	28,4%
11 - 20 años	26	35,1%	14	18,9%	40	54,1%
21 - 32 años	12	16,2%	1	1,4%	13	17,6%
<b>Cargo que ocupa actualmente</b>						
Obstetra Asistencial	43	58,1%	21	28,4%	64	86,5%
Coordinadora promoción de la salud	1	1,4%	0	0,0%	1	1,4%
Responsable de Salud Sexual y Reproductiva	5	6,8%	0	0,0%	5	6,8%
Jefe del establecimiento	3	4,1%	0	0,0%	3	4,1%
Responsable Unidad de Seguros -Estadística	1	1,4%	0	0,0%	1	1,4%

Fuente: Encuesta realizada a profesionales de Obstetricia de la Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017

**Interpretación:** Del 100% de profesionales obstetras a quienes se les aplicó la encuesta, el 40,5% oscila entre 37 – 47 años, el 68,9% son de sexo femenino, el 54,1% tienen un tiempo de servicio entre 11 – 20 años y el 86,5% son obstetras asistenciales.

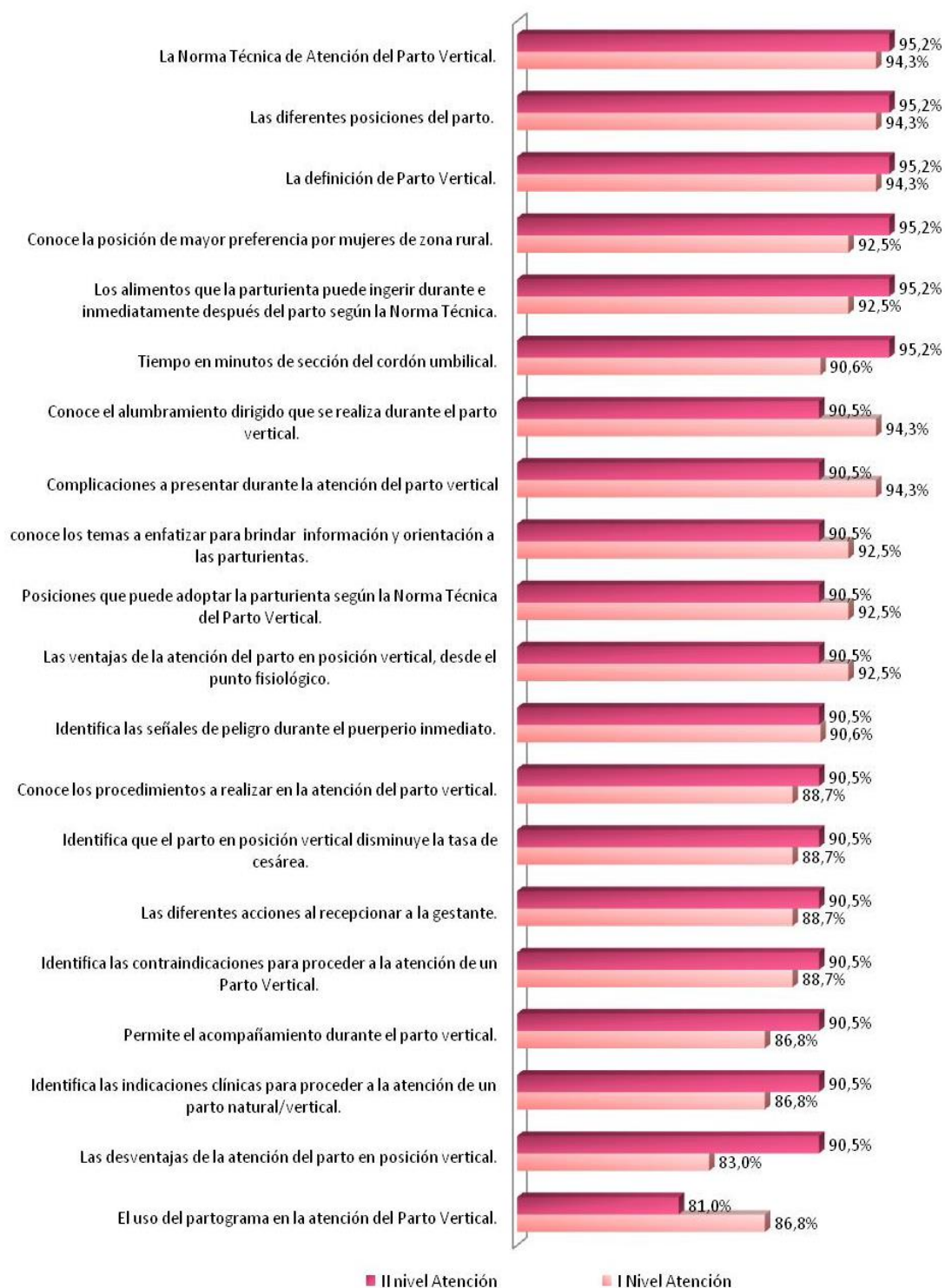
**Tabla 2**

*Nivel de conocimientos sobre Parto Vertical de los Obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.*

Conocimiento	I Nivel de atención		II Nivel de atención		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Medio</b>	42	79,2%	16	76,2%	58	78,4%
<b>Bajo</b>	11	20,8%	5	23,8%	16	21,6%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0%</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>	<b>74</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a profesionales de Obstetricia de la Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.

**Interpretación:** En lo que se refiere al conocimiento que tienen los profesionales obstetras sobre la atención de Parto Vertical, encontramos predominio del Nivel de conocimiento Medio en las profesionales del II nivel de atención (79,2%) en relación a las que laboran en el I nivel (78,4%). Mientras que existe menor concentración de profesionales del I nivel de atención que se ubican en el nivel de conocimiento bajo (20,8%) en relación a los del II nivel (21,6%).



**Figura 1:** Indicadores utilizados para evaluar el Conocimiento sobre Parto Vertical que tienen las Obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.

**Interpretación:** Más del 80% de las Obstetras del II y I nivel de atención en salud en la provincia de San Martín, tienen un conocimiento alto sobre parto vertical. Conocen la norma técnica de atención del parto vertical, su definición, las diferentes posiciones de atención del parto (95,2% Vs 94,3% respectivamente); la posición de mayor preferencia, qué alimentos se deben ingerir (95,2% Vs 92,5% respectivamente); el tiempo de sección del cordón umbilical (95,2% vs 90,6%). Asimismo, conoce el procedimiento del alumbramiento dirigido en este tipo de parto y las complicaciones que se podrían presentar (90,5% Vs 94,3% respectivamente); los temas a enfatizar para brindar información y orientación a las parturientas, las posiciones que podría adoptar, las ventajas (90,5% Vs 92,5% respectivamente); identifica las señales de peligro (90,5% Vs 90,6%), entre otras.

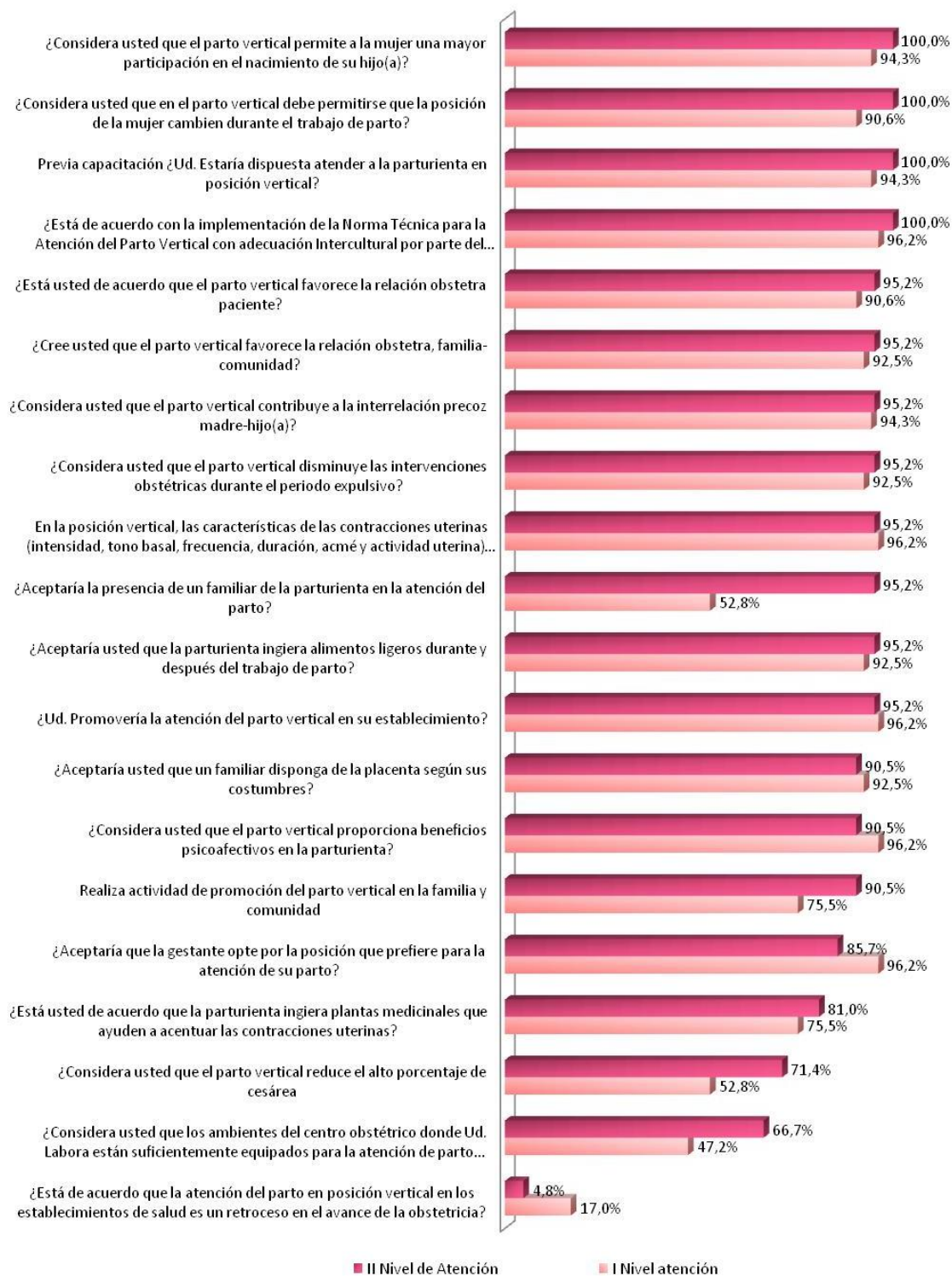
**Tabla 3**

*Actitud que asume el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical según I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.*

Actitud	I Nivel de atención		II Nivel de atención		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Favorable</b>	6	11,3%	7	33,3%	13	17,6%
<b>Indiferente</b>	32	60,4%	10	47,6%	42	56,8%
<b>Desfavorable</b>	15	28,3%	4	19,0%	19	25,7%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0%</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>	<b>74</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a profesionales de Obstetricia de la Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.

**Interpretación:** Respecto a la Actitud que tienen nuestras obstetras sobre la atención de Parto Vertical, encontramos que el 33,3% de las profesionales del II nivel de atención tienen una Actitud Favorable en relación a las del I nivel (11,3%). Mientras que existe mayor concentración de obstetras del I nivel de atención que mantienen una actitud Indiferente (60,4%) en relación a los del II nivel (47,6%).



**Figura 2:** Indicadores que permiten evaluar la Actitud que asume el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical según I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.

**Interpretación:** La figura 03 muestra los indicadores que permiten evaluar la Actitud que asume el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical, se observa que el 100,0% de las profesionales del II nivel de atención respectivamente, considera que el parto vertical permite a la mujer tener mayor participación en el nacimiento de su hijo, cambie la posición durante el parto, estarían dispuestas a realizar este tipo de atención y está de acuerdo con la norma. Mientras que el 96,2% de las obstetras del I nivel de atención respectivamente, consideran que la intensidad, tono basal, frecuencia, duración, acmé y actividad uterina aumentan y que el parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos en la parturienta.

**Tabla 4**

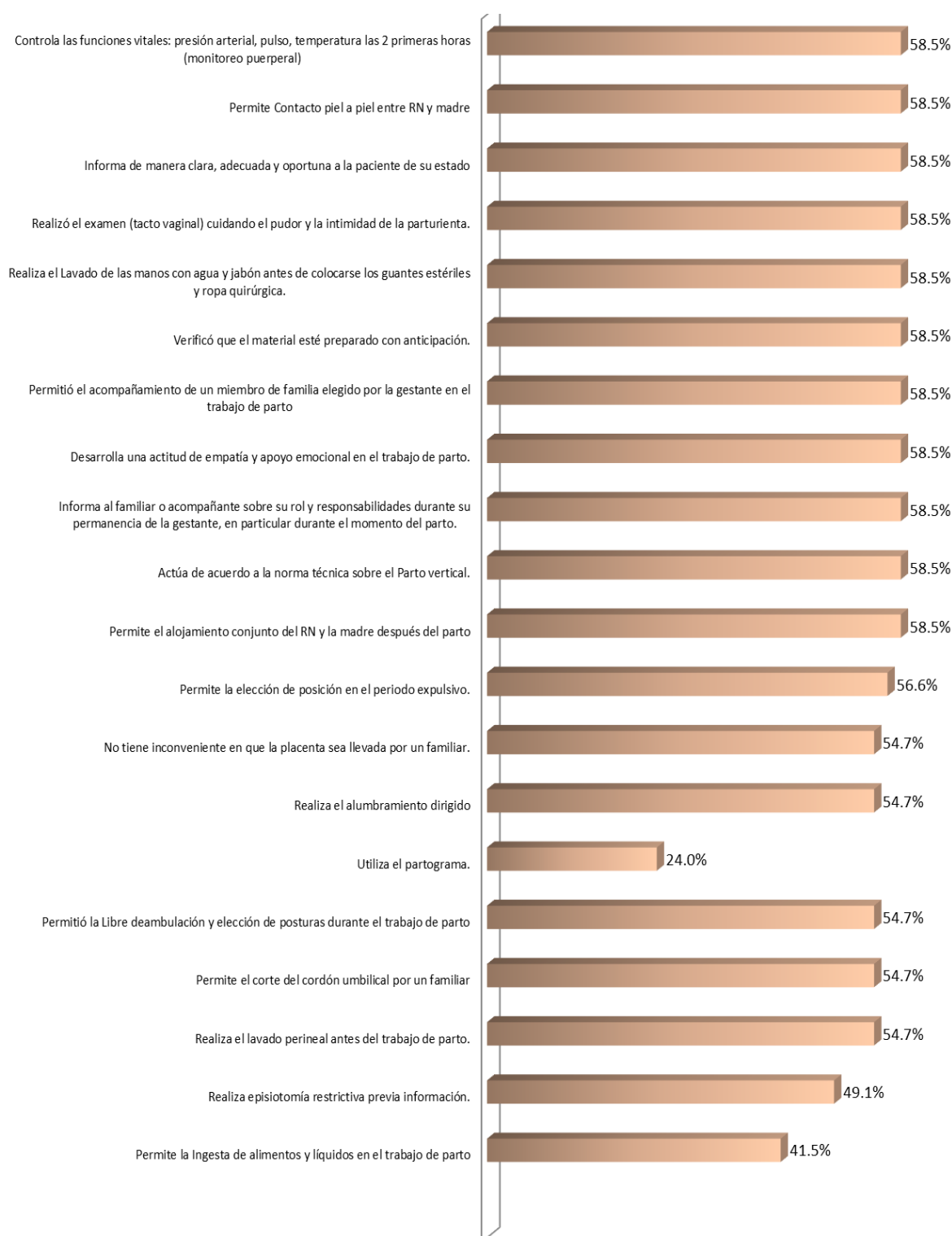
*Proporción de atención del Parto Vertical que realiza el obstetra en el I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.*

Prácticas	I Nivel de atención		II Nivel de atención		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Adecuada</b>	31	58,5%	0	0,0%	31	41,9%
<b>Inadecuada</b>	22	41,5%	21	100,0%	43	58,1%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0%</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>	<b>74</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a profesionales de Obstetricia de la Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.

**Interpretación:** El 58,5% de los profesionales de obstetricia del I nivel de atención tienen una práctica adecuada frente a la atención del parto vertical, mientras que el 100,0% de las obstetras del II nivel de atención tienen una práctica inadecuada.

### El obstetra que atiende el parto:



**Figura 3:** Indicadores que permiten evaluar la Práctica en Salud que realiza el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical según I y II nivel de atención en la Provincia de San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.



**Interpretación:** En el II Nivel de Atención no se realiza el Parto Vertical, pese a que las normas establecen la adecuación intercultural de los servicios, solo el 100% de obstetras utiliza el partograma para la atención; mientras que en el I nivel de atención lo utilizan en un 24,0%.

**Tabla 5**

*Relación entre Nivel de conocimiento y las actitudes de los profesionales de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical. Periodo Enero – Julio 2017.*

			Conocimiento	Actitud
Rho de Spearman	Conocimiento	Coeficiente de correlación	1,000	,288**
		Sig. (bilateral)	.	,013
		N	74	74
	Actitud	Coeficiente de correlación	,288**	1,000
		Sig. (bilateral)	,013	.
		N	74	74

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**Fuente:** Encuesta realizada a profesionales de Obstetricia de la Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.

**Interpretación:** La tabla 05 nos muestra que existe correlación positiva baja entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical. ( $r = 0,288$ ), asimismo, nos indica que esta relación es estadísticamente significativa, si hay correlación ( $p = 0,013$ ) ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 6**

*Relación entre Nivel de conocimiento y la práctica de los profesionales de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical. Periodo Enero – Julio 2017.*

			Conocimiento	Práctica
Rho de Spearman	Conocimiento	Coeficiente de correlación	1,000	,103
		Sig. (bilateral)	.	,385
		N	74	74
	Práctica	Coeficiente de correlación	,103	1,000
		Sig. (bilateral)	,385	.
		N	74	74

**Fuente:** Encuesta realizada a profesionales de Obstetricia de la Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.

**Interpretación:** La tabla 06 nos muestra que existe correlación positiva muy baja entre el nivel de conocimiento y la práctica que realiza el profesional de obstetricia en la atención del parto en posición vertical. Según la prueba estadística, usada encontramos que no muestra diferencia significativa entre variables ( $r = 0,103$ ;  $p = 0,385$ ) ( $p > 0,05$ ), lo que quiere decir que no hay correlación.

**Tabla 7**

*Relación entre la Actitud y Práctica que tienen los profesionales de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical. Periodo Enero – Julio 2017.*

		Actitud	Práctica
Rho de Spearman	Actitud	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	74
	Práctica	Coefficiente de correlación	,306**
		Sig. (bilateral)	,008
		N	74

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Fuente:** Encuesta realizada a profesionales de Obstetricia de la Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.

**Interpretación;** La tabla 07 nos muestra que existe correlación positiva baja entre el nivel de actitud y la práctica que realiza el profesional de obstetricia en la atención del parto en posición vertical ( $r = 0,306$ ), siendo esta relación estadísticamente significativa ( $p = 0,008$ ) ( $p < 0,05$ ).

## V. DISCUSIÓN

La salud materna sigue siendo una prioridad en la política del Perú, sin embargo, a pesar de los denodados esfuerzos del sector salud y las consecuentes reducciones en las tasas de mortalidad materna, (68 por 100.000 nacimientos en el 2015), ésta aún se registra como una de las más altas en América Latina y el Caribe (ALC) y se ubica por encima de países con similares niveles de desarrollo (42).

El parto en posición vertical es una alternativa para contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal. El Ministerio de Salud ha institucionalizado esta práctica en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural). Es una estrategia que permite enfrentar la atención domiciliaria (2).

A nivel internacional, se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el post parto. No obstante, el incremento importante del parto institucional en los últimos años, que alcanza una cobertura hasta del 85% a nivel nacional, persisten aún importantes brechas en la población del ámbito rural (64%); la población indígena y las mujeres en situación de pobreza extrema (58%) para quienes la falta de oferta del parto en posición vertical justifica el parto domiciliario y es la barrera para el acceso al parto calificado e institucionalizado (4,42).

Es importante la implementación de la norma técnica 518 N° 121-MINSA/DGIESP para disminuir la morbimortalidad materno perinatal, por lo que la presente investigación contribuye a determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el parto vertical que tienen los profesionales de obstetricia de la provincia de San Martín, a fin de diseñar estrategias que permitan mejorar la práctica de la misma.

Para ello, se encuestó a 74 profesionales de obstetricia del I y II nivel de atención, que en su mayoría oscilan entre 37 – 47 años de edad (28,4% vs 12,2%), sexo femenino (47,3% vs 21,6%), tiempo de servicio entre 11 – 20 años (35,1% vs 18,9%) y actualmente son

obstetras asistenciales (58,1% vs 2,4%). Predominantemente trabajan en el Hospital II-2 Tarapoto (28,4%), el 20,3% en el Centro de Salud Banda de Shilcayo, el 14,9% en el Centro de Salud de Morales y el 6,8% en el Centro de Salud “Nueve de Abril”.

El nivel de conocimiento que tienen nuestras profesionales obstetras sobre la atención de Parto Vertical, es Medio en las profesionales del I y II nivel de atención (79,2% y 76,2% respectivamente). Mientras que existe menor concentración de profesionales del I nivel de atención que se ubican en el nivel de conocimiento bajo (20,8%) en relación a los del II nivel (21,6%).

Nuestro resultado es superior a lo reportado por Sevillano R, en un estudio realizado en el servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo en el año 2016 refiere que el 35% un nivel medio y un 15% un nivel bajo de conocimientos (20).

Es inferior a lo reportado por Maldonado G, García C, Soto E y Ortega M, en el Hospital General Tula-Tepeji-México año 2014, quienes reportaron que los conocimientos sobre parto vertical fueron buenos en el 97.4% de los profesionales de salud (12) y por Cortez Z, Marlín G, quien refiere que solo el 2,7% de los profesionales del Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima en el año 2013 presentan un nivel de conocimientos alto, con predominio en un 93.4% de nivel de conocimiento medio frente a la atención del parto vertical (21). Asimismo, León M, en su estudio realizado en la maternidad en los Centros de Atención Permanente y CAIMI de los Distritos de salud de Tamahú, Tactic, Santa Cruz y San Cristóbal Alta Verapaz – Guatemala en el año 2014, presenta altos porcentajes de conocimiento deficiente (40%) e incluso ningún tipo de conocimientos (17%) (13).

Los indicadores utilizados para evaluar el Conocimiento sobre Parto Vertical que tienen las Obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín, reflejan que más del 80% de las Obstetras, escucharon hablar sobre el parto vertical, conocen la norma técnica de atención del parto vertical, su definición, las diferentes posiciones de atención del parto (95,2% Vs 94,3% respectivamente); la posición de mayor preferencia, qué alimentos se deben ingerir (95,2% Vs 92,5% respectivamente); el tiempo de sección del cordón umbilical (95,2% vs 90,6%). Asimismo, conoce el procedimiento del alumbramiento dirigido en este tipo de parto y las complicaciones que se podrían presentar

(90,5% Vs 94,3% respectivamente); asimismo, las posiciones que podría adoptar, las ventajas (90,5% Vs 92,5% respectivamente); e identifican las señales de peligro (90,5% Vs 90,6%), entre otras.

Respecto a la actitud que asume el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical, encontramos que el 33,3% de las profesionales del II nivel de atención tienen una Actitud Favorable en relación a las del I nivel (11,3%). Mientras que existe mayor concentración de obstetras del I nivel de atención que mantienen una actitud Indiferente (60,4%) en relación a los del II nivel (47,6%). Cortez Z, Marlín G, refiere que las actitudes frente a la atención de parto vertical fue de indiferencia en la mayoría de los profesionales (21).

Por lo contrario, Maldonado G, García C, Soto E, Ortega M, en su estudio reporta que el 97.4% de los profesionales de salud tienen buena actitud ante la adopción de la interculturalidad en la atención en parto vertical (12). Asimismo, León M, refiere que el 91% de los profesionales de salud están anuentes de a que se implementen las salas de atención del parto con pertinencia cultural dentro de los servicios de salud, para su oferta a las usuarias, lo que evidencia la disponibilidad del personal al cambio (13).

Asimismo, Rodríguez A, Chancafe I, Abregu M, Trujillo C, Llanos L y Chilon G, en la Ciudad de Cajamarca, obtuvieron como resultado que la mayoría de los obstetras mostraron una actitud muy favorable (65,2 %), favorable (26,1%) frente a la posición del parto vertical, solo el 8,7 % presento una actitud desfavorable (22). De igual forma, Sevillano R, mostraron que las actitudes del profesional de salud frente a la atención de parto humanizado fueron en su mayoría positivas (21).

Los indicadores que permiten evaluar la Actitud del Obstetra frente a la atención del Parto Vertical encontramos: el 100,0% de las profesionales del II nivel de atención respectivamente, considera que el parto vertical permite a la mujer tener mayor participación en el nacimiento de su hijo, que podría cambiar la posición durante el parto; están dispuestas a usar este tipo de atención y está de acuerdo con la norma. Mientras que el 96,2% de las obstetras del I nivel de atención respectivamente, consideran que la intensidad, tono basal, frecuencia, duración, acmé y actividad uterina aumentan y que el parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos en la parturienta.

Referente a la Práctica frente a la atención del Parto Vertical según I y II nivel de atención en la Provincia de San Martín, encontramos que el 58,5% de los profesionales de obstetricia del I nivel de atención tienen una práctica adecuada frente a la atención del parto vertical, mientras que el 100,0% de las obstetras del II nivel de atención no practican este tipo de atención.

Silva R, Soares M, Muniz M, Andrade F, Torres A, Gómez V, en el año 2011, encontraron que, a pesar de que los profesionales de salud conocen la propuesta de atención humanizada al parto preconizada por el Ministerio de Salud, todavía mantienen una asistencia hegemónica, pautada en acciones intervencionistas, muchas veces desconsiderando los derechos de las parturientas, haciéndolas meras espectadoras de sus propios partos (19).

Arnau J, Martínez R y Nicolás V, en España, al analizar las representaciones simbólicas que los/as profesionales relacionados con el proceso poseen, sobre las categorías analíticas del parto normal, natural y humanizado, así como la influencia de estas concepciones sobre su práctica profesional, reportó como resultado que los/as profesionales poseen una confusión evidente sobre los dos conceptos de parto normal y parto natural, este hecho desencadena que el léxico utilizado por el colectivo para referirse a uno u otro sea arbitrario (15).

García K, Orellana D y Solorzano D, en su estudio realizado en el municipio de Santa Apolonia, Departamento de Chimaltenango \_ Guatemala, refiere que el 92.86% de las mujeres fueron atendidas con parto en posición vertical, la mayoría de mujeres indicó que pudieron comer de todo luego del parto, pero una tercera parte de ellas indicó que debían evitar consumir alimentos considerados como “fríos” porque el embarazo es un estado “caliente” y estos alimentos le hacen daño al bebé (16).

Sevillano R, en el año 2016 en su estudio realizado en el hospital nacional Sergio E. Bernales, refirieron que las prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado fueron inadecuadas en un 70.8% y adecuadas en un 29.2% (13).

Los indicadores que permiten evaluar la Práctica que realiza el Obstetra frente a la atención del Parto Vertical, son: el 100% de obstetras utiliza el partograma para la atención; mientras que en el I nivel de atención no lo utilizan en un 24,0%.

Por otro lado, al comparar en qué nivel de atención de salud existe mayor relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del profesional de Obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical, la tabla 05 y 06 nos muestra que existe relación correlación positiva baja entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical ( $r = 0,288$ ), siendo esta relación estadísticamente significativa ( $p = 0,013$ ) ( $p < 0,05$ ). Mientras que entre el nivel de conocimiento y la práctica existe correlación positiva muy baja ( $r = 0,103$ ). Pero esta relación no es estadísticamente significativa ( $p = 0,385$ ) ( $p > 0,05$ ). De igual forma, la tabla 07 nos muestra que existe correlación positiva baja entre el nivel de actitud y la práctica que realiza el profesional de obstetricia en la atención del parto en posición vertical ( $r = 0,306$ ), siendo esta relación estadísticamente significativa ( $p = 0,008$ ) ( $p < 0,05$ ).

Finalmente, Canelón M, en el año 2015 en Venezuela, plantea un modelo educativo de atención de parto vertical con base en su significado para los/las obstetras en la cual se pudo percibir el gran interés de los residentes de postgrado por conocer y practicar esta modalidad de parto constituyendo una novedad para los mismos, por lo cual sería de fácil receptividad y aplicación de esta técnica al contar, en el centro donde se llevó a cabo la investigación, de una cama para parto vertical y horizontal.

La propuesta del modelo de atención al parto vertical, no solo puede ser aplicado a los médicos, sino también al resto del equipo de salud e incluso a la comunidad, previo al diagnóstico respectivo por cada grupo de estudio (43).

Velásquez C y Ríos M, en su estudio realizado en el año 2014 en una comunidad nativa identificaron al parto vertical como parto fácil y sin complicaciones, expresaron ventajas del parto vertical tanto para la madre como el bebe, no manifestaron haber experimentado sufrimiento o dolor en su trabajo de parto; en el nacimiento y el alumbramiento las mujeres refirieron sentimientos de emoción, alegrías y sentirse bien, porque vencieron algunos temores, la mayoría de las mujeres entrevistadas identificaron la presencia de la madre, el

esposo, hermana, la suegra, la partera como los principales personajes que acompañaron en el trabajo del parto (24).



## VI. CONCLUSIONES

1. Del 100% de los profesionales obstetras tanto del I y II nivel de atención de la muestra; el 40,5% oscila entre 37 – 47 años, el 68,9% son de sexo femenino, el 54,1% tienen un tiempo de servicio entre 11 – 20 años y el 86,5% son obstetras asistenciales.
2. Existe predominio del Nivel de conocimiento Medio en las profesionales del II nivel de atención (79,2%) en relación a las que laboran en el I nivel (78,4%). Mientras que existe menor concentración de profesionales del I nivel de atención que se ubican en el nivel de conocimiento bajo (20,8%) en relación a los del II nivel (21,6%).
3. El 33,3% de las profesionales del II nivel de atención tienen una Actitud Favorable en relación a las del I nivel (11,3%). Mientras que existe mayor concentración de obstetras del I nivel de atención que mantienen una actitud Indiferente (60,4%) en relación a los del II nivel (47,6%).
4. El 58,5% de los profesionales de obstetricia del I nivel de atención tienen una práctica adecuada frente a la atención del parto vertical, mientras que el 100,0% de las obstetras del II nivel de atención no han practicado este tipo de atención.
5. Existe correlación positiva baja entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical ( $r=0,288$ ;  $p = 0,013$ ) ( $p<0,05$ ). Y correlación positiva muy baja entre el nivel de conocimiento y la práctica que realiza el profesional de obstetricia en la atención del parto en posición vertical ( $r = 0,103$ ;  $p = 0,385$ ) ( $p>0,05$ ). Asimismo, existe correlación positiva baja entre el nivel de actitud y la práctica que realiza el profesional de obstetricia en la atención del parto en posición vertical ( $r = 0,306$ ), siendo esta relación estadísticamente significativa ( $p = 0,008$ ) ( $p<0,05$ ).

## VII. RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud se recomienda una intervención urgente de implementación para contrarrestar todas las consecuencias que se dan por el desconocimiento de la norma técnica 121-MINSA/DGIESP V.01 que establece la necesidad de adecuar los servicios a la cultura de la población.
2. Se debe sensibilizar y fortalecer capacidades a las autoridades y profesionales de obstetricia en la implementación del parto vertical en los diferentes establecimientos de salud, para acercarnos a las gestantes y disminuir los riesgos que acarrea el parto domiciliario, por ende se contribuirá a la disminución de la morbi-mortalidad materna perinatal.
3. A la Universidad Nacional de San Martín – T a través de la Escuela Profesional de Obstetricia incorpore dentro del contenido de la asignatura de Obstetricia II esta temática y se desarrollen competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales para que en su futuro actuar profesional los egresados puedan implementar este tipo de parto.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP OPS/OMS Pub- N° 862, 1980. {acceso 12/08/2016} - América - Disponible en: [www.Clap.ops-oms.org](http://www.Clap.ops-oms.org)].
2. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural. NTS N° 121-MINSA/DGIESP V.01. Res. N° 518-2016/MINSA de fecha 21 julio 2016. (disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_518.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_518.pdf); consultado el 4 de julio 2017)
3. Caldeyro-Barcia R. Physiological and psychological bases for the modern and humanized management of normal labor. Editora Unicamp1979. Brasil. (20): 57-90. [fecha de acceso 15 de octubre del 2016]. Disponible en : [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)32502-8/fulltext](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)32502-8/fulltext).
4. MINISTERIO DE SALUD. Libre Elección del Parto en Posición Vertical. Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II. 2014. (disponible en: [http://www.parsalud.gob.pe/phocadownloadpap/documentos/publicaciones-institucionales/HOJAS%20INFOR\\_9pv.pdf](http://www.parsalud.gob.pe/phocadownloadpap/documentos/publicaciones-institucionales/HOJAS%20INFOR_9pv.pdf); consultado el 10 de junio 2017)
5. Artemisa noticias. «Mujeres Hoy» publicado en el 2005 - España [en línea]. [disponible en: <http://www.convencion.org.uy/menu4-757.htm>; fecha de acceso 17 de junio del 2016].
6. Yalan E. Reportaje cuarto poder sobre el maravilloso milagro del parto vertical. agosto 2008 Perú [video][fecha de acceso 13 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=h5QJW9koslY>
7. Instituto tercer mundo. «El Parto Vertical y el País Multicultural» Montevideo-Uruguay 2005. [revista en internet] [Disponible en: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=1158>; fecha de acceso 23 de agosto del 2016].

8. RPP noticias « Casi el 90% de mujeres de zonas rurales prefiere el parto vertical» publicado en el 2010 [en línea] [fecha de acceso 06 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/casi-el-90-de-mujeres-de-zonas-rurales-prefiere-el-parto-vertical-noticia-546800>
9. Burgo C. «Parto y Nacimiento Humanizado» publicado en el 2003 [en línea] [fecha de acceso 13 de julio de 2016]. Buenos Aires- Argentina disponible en: <http://www.partohumanizado.com.ar/>
10. Sabatino H. Parto en Posición de Cuclillas. 2006. En medicina perinatal. Editores Pinotti JA Sabatino JH. Editora Unicamp. 1987. Brasil. 59 (24)26-68. [fecha de acceso 24 de noviembre del 2016; disponible en: [http://www.holistika.net/parto\\_natural/parto\\_fisiologico/el\\_parto\\_en\\_cuclillas.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/el_parto_en_cuclillas.asp)].
11. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer Durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. España - Página 9. (en línea) publicado 03 de enero del 2006. [fecha de acceso 13 de agosto del 2016; disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD002006/posicion-de-la-mujer-durante-el-periodo-expulsivo-del-trabajo-de-parto>].
12. Maldonado G, García C, Soto E y Ortega M “Parto vertical, conocimientos y actitudes en los profesionales de enfermería” Hospital General Tula-Tepeji – Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. - 2014-México [Disponible en :<http://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n5/p2.html>; fecha de acceso 01 de agosto del 2016].
13. León M. Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural” en la maternidad en los Centros de Atención Permanente y CAIMI de los Distritos de salud de Tamahú, Tactic, Santa Cruz y San Cristóbal Alta Verapaz – Tesis para obtener el Título de Maestra en Enfermería Materno Neonatal - Universidad de San Carlos. 2014-Guatemala [Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_0143\\_E.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0143_E.pdf); fecha de acceso 25 de septiembre del 2016].

14. Rendón P, Jilly L. Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el hospital Dr. Vicente Pino Morán del Cantón Daule 2013. Tesis para la obtención del Título de Obstetra. Universidad de Guayaquil-Ecuador [fecha de acceso 03 de julio del 2016]. Disponible en : <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1893>
15. Arnau S, Martínez R, Nicolás V. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. (Antropología Iberoamericana) 2012; Universidad de Murcia. España- 7(2): 225-247. [fecha de acceso 25 de noviembre del 2016; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>].
16. García K, Orellana D, Solorzano D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del parto vertical. Agosto-setiembre 2012. Tesis para optar al Título de Médico Cirujano - Universidad de San Carlos - Guatemala. [Disponible en:[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9877.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9877.pdf); fecha de acceso 18 de septiembre del 2016].
17. Cárdenas C y Cachiguango S. Impacto y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo de profesionales de salud del hospital san Luis de Otavalo en el año 2011. Tesis previa a la obtención del título de licenciatura en enfermería. Universidad Técnica del Norte –Ecuador [Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2076/1/06%20ENF%20536%20TESIS%20parto%20culturalmente%20adecuado.pdf>; fecha de acceso 14 de noviembre del 2016].
18. Buitrón A, Vera M, Zúñiga J. Ventajas del Parto Vertical comparado con el Parto Horizontal y su Asociación con Desgarros Perineales en pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre septiembre a noviembre del año 2012. (tesis pregrado). Pontificia Universidad Católica –Ecuador [fecha de acceso 17 de septiembre del 2016; disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5512/T-PUCE-5740.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].

19. Silva R, Soares M, Muniz M, Andrade F, Torres A, Gómez V. La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. Universidad Federal de Pelotas. Brasil (Global) 2011; 24 (16): 331-341 [Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834774025>; fecha de acceso 13 de noviembre del 2016].
20. Sevillano R. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo- 2016-Lima. [Disponible en : <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4741>; fecha de acceso 15 de septiembre del 2016].
21. Cortez Z, Marlín G. Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP (Instituto Nacional Materno Perinatal) - Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia - Universidad Mayor de San Marcos - año 2013. Lima. [Disponible en : <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3626>; fecha de acceso 04 de octubre del 2016].
22. Rodríguez A, Chancafe I, Abregu M, Trujillo C, Llanos L, Chillón G. Actitud de los profesionales de obstetricia frente a la atención del parto vertical, 2013 – Cajamarca. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia- Universidad Nacional de Cajamarca. [Disponible en: <http://nuevoinvestigacion.unc.edu.pe/Investigacion/VisualizarProyecto?codigoProyecto=GXIkkwRuaH1zEzFuW2yVFw%253d%253d>; fecha de acceso 04 de agosto del 2016].
23. Flores M, Olivares D. Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante [tesis]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2012-Lima [fecha de acceso 09 de septiembre del 2016; Disponible en : <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3022>].

24. Velásquez C, Ríos M. Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical en la Comunidad Nativa de Aucaloma – Provincia de Lamas, Junio – Diciembre 2014. Tesis para obtener el título Profesional de Obstetra – Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto.[fecha de acceso 15 de agosto del 2016].Biblioteca de la facultad de ciencias de la salud.
25. Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la salud Op. Cit. “El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano y la Posición Materna y el Parto”. América - Pag.10 [Disponible en: <http://perinatal.bvsalud.org/vhl/fuentes-de-informacion/texto-completo/clapsmr-opsoms/>; fecha de acceso 06 de octubre del 2016].
26. Ozorio G. Desarrollo de habilidades en medicina. Ensayo - Universidad autónoma de Puebla, pág. N° 6 (2014) [fecha de acceso 04 de agosto del 2016; disponible en : <http://es.slideshare.net/1285072/parto-vertical-36642607>].
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la Implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto; Programa de Salud Reproductivo. Guatemala - 2011. [Disponible en: [http://mspas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2012/diciembre/Manual%20de%20Normas%20de%20Atenci%C3%B3n%20\(numeral%206\).pdf](http://mspas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2012/diciembre/Manual%20de%20Normas%20de%20Atenci%C3%B3n%20(numeral%206).pdf); fecha de acceso 14 de agosto del 2016].
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - Guía para la Implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto; Guatemala – 2011 - pagina 14. [Disponible en : <http://bd.cdmujeres.net/documentos/guia-implementacion-atencion-integral-materna-neonatal-calificada-enfoque-genero>; fecha de acceso 7 de octubre del 2016].
29. Vignolo J, Mariela V, Cecilia Á, Alicia S. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud - Panamá 2011. Publicado 05 de febrero del 2012 [disponible en: [www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf](http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf); acceso 07 de Junio 2016]

30. MINSA. Norma Técnica: Categorías de Establecimientos de Sector Salud. Lima – 2004. Publicado en 2011 [acceso 10 de Julio 2016; disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB\\_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf)]
31. Rolon D. Definición de Conocimiento. Colombia: slideshare.net; publicado 2010. [disponible en: <http://www.slideshare.net/dyurolf/definicion-conocimiento>; acceso 06 de Junio 2016].
32. De Gómez, Mailxmail. Concepto de Conocimiento. Curso para compartir lo que sabe [sede Web]\*. Cuba: mailxmail.com; publicado 2006 [acceso 08 de Junio 2016; disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-introduccion-didactica-ciencias/concepto-conocimiento>].
33. De Rojas R. Los tres niveles del conocimiento. Shvoong [sede Web]\*. México: shvoong.com; 2007 [acceso 09 de Junio 2016; disponible en: <http://es.shvoong.com/humanities/1730884-los-tres-niveles-del-conocimiento/>].
34. Morris Ch, Maisto A. Psicología. 2º Edición. México: Edición Pearson Educación; 1998 (pp. 586). [Disponible en: <https://crecerpsi.files.wordpress.com/2014/03/libro-psicologia-educativa.pdf>; acceso 03 de Junio 2016]
35. Coon D. Psicología “Exploración y aplicaciones”. 1º Edición. México: Editorial Internacional Thomson S. A.; 1999 (pp. 667, 677, 678, 679). [Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-psicologia-exploracion-y-aplicaciones/9789687529820/672129>; acceso 12 de Julio 2016]
36. Enciclopedia Libre [sede Web]\*. wikipedia.org; publicado 2012 [acceso 05 de Junio 2016] Actitud. Disponible en: <http://es.scielo.com/wiki/Actitud>
37. Eiser J. Psicología Social. 2º Edición: Madrid. Editorial Valencia ISBN; 1999. [acceso 19 de agosto 2016; disponible en : [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403019/Entorno\\_de\\_Conocimiento/Unidad\\_1.\\_](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403019/Entorno_de_Conocimiento/Unidad_1._)



Corrientes\_de\_la\_Psicologia\_Social/Tema1.\_Enfoques\_Europa\_y\_Norteamerica/Garrido\_Alvaro\_Perspectiva\_psicologica\_y\_sociologia.pdf]

38. Baron B. Psicología Social. España. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana; 1998 (pp. 130-138). [acceso 12 de Julio 2016; disponible en: <http://www.fia.es/libros/colecciones/culturayconciencia/psicologiasocialenespana>]
39. Navas J. Conceptos y teorías del aprendizaje. Puerto Rico. Editorial publicaciones. 1986. [acceso 09 de Julio 2016; disponible en : <http://www.casadellibro.com/libro-conceptos-y-teorias-del-aprendizaje/9780929441894/598843>]
40. Diario Correonoticias « Aprueban norma para la atención del parto vertical en hospitales de todo el país » publicado en Lima el 26 de julio del 2016 [en línea]. [fecha de acceso 28 de agosto del 2016]. disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/aprueban-norma-para-la-atencion-del-parto-vertical-en-hospitales-de-todo-el-pais>
41. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill Interamericana. 6ta Edición. 2014. Recuperado 08.09.18. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/38757804/Metodologia-de-La-Investigacion>.
42. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2016. (disponible en: <http://www.inei.gov.pe/iinei/srienaho/Descarga/.../2015-5/FichaTecnica.pdf>; consultado el 13 de julio 2017)
43. Canelón M. Significado del parto vertical para los/las obstetras. Una propuesta educativa. Tesis para optar al grado Académico de Magister en Investigación Educativa.- Universidad de Carabobo- Región carabobeña- 2015 Venezuela

[Disponible:<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1292/1/malejandra.pdf> fecha de acceso 18 de octubre del 2016].

## IX. ANEXOS

## ANEXO 01

## CARTA PARA EL EXPERTO

Tarapoto, 16 de enero 2016

**Carta N° 001-2016-UNSM-FCS-EPO/LECTD-BMHG**

Señor:

OBST. LLOY AMERICO VARGAS DAZA.

Docente de la escuela académico profesional de Obstetricia de la UNSM

**Presente.-****Asunto: Solicita Validación del contenido de instrumento de investigación.**

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido de los instrumentos de recolección de datos a ser aplicados en el estudio denominado **“PARTO VERTICAL EN EL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PROFESIONALES DE OBSTETRICIA DE LA PROVINCIA DE SAN MARTIN, PERÍODO ENERO-JULIO 2017”**.

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, indicadores, y la redacción de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despiden de Ustedes,

Atentamente,

-----  
Est. Luz Evelin C. Trigozo Delgado  
EPO – FCS – UNSM-T

-----  
Est. Betsy M. Huaman Guerrero  
EPO – FCS – UNSM-T

C.c. Archivo

## ANEXO 02

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – T**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FICHA DE VALIDACIÓN**

**Instrucciones:**

Luego de analizar y cotejar los instrumentos de investigación del proyecto: "PARTO VERTICAL EN EL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PROFESIONALES DE OBSTETRICIA DE LA PROVINCIA DE SAN MARTIN, PERÍODO ENERO-JULIO 2017", con la matriz de consistencia de la presente, le solicitamos en base a su criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación. Para cada criterio considere la escala del 1 al 5, según se señala.

**III. CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

CRITERIOS	Deficiente (1)	Regular (2)	Buena (3)	Muy Buena (4)	Excelente (5)
Coherencia entre la <b>Variable</b> y la Dimensión					X
Coherencia entre la <b>Dimensión</b> y el Indicador					X
Coherencia entre el <b>Indicador</b> y los Ítems					X
Coherencia entre los <b>ítems</b> y las alternativas de respuestas.					X
<b>Puntaje Sub-total</b>					20

**IV. CRITERIOS DE VALIDACIÓN DEL ÍTEM**

CRITERIOS	Deficiente (1)	Regular (2)	Buena (3)	Muy Buena (4)	Excelente (5)
Formulado con lenguaje sencillo					X
Corresponde a los objetivos de la investigación					X
Comprende los aspectos con claridad y calidad.					X
Es útil y adecuado para la investigación					X
<b>Puntaje Sub-total</b>					20
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					40

**Valoración:**

De 8 a 22 : No válida. Reformular. ( )

De 23 a 28 : No válido. Modificar. ( )

De 29 a 34 : Válido. Mejorar. ( )

De 35 a 40 : Válido. Aplicar (X)

Nombres y Apellidos	Patricia Vargas Pireh
Grado Académico y/o Especialidad	obstetra

GOBIERNO REGIONAL - SAN MARTÍN  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 U.E. HOSPITAL N.º 2 TARPATO

Firma  
 Patricia P. Misquez

Tarapoto, 16 de Enero 2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – T**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FICHA DE VALIDACIÓN**

**Instrucciones:**

Luego de analizar y cotejar los instrumentos de investigación del proyecto: **"PARTO VERTICAL EN EL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PROFESIONALES DE OBSTETRICIA DE LA PROVINCIA DE SAN MARTIN, PERÍODO ENERO-JULIO 2017"**, con la matriz de consistencia de la presente, le solicitamos en base a su criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación. Para cada criterio considere la escala del 1 al 5, según se señala.

**I. CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

CRITERIOS	Deficiente (1)	Regular (2)	Buena (3)	Muy Buena (4)	Excelente (5)
Coherencia entre la <b>Variable</b> y la Dimensión					X
Coherencia entre la <b>Dimensión</b> y el Indicador					X
Coherencia entre el <b>Indicador</b> y los Ítems					X
Coherencia entre los <b>ítems</b> y las alternativas de respuestas.					X
<b>Puntaje Sub-total</b>					20

**II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN DEL ÍTEM**

CRITERIOS	Deficiente (1)	Regular (2)	Buena (3)	Muy Buena (4)	Excelente (5)
Formulado con lenguaje sencillo					X
Corresponde a los objetivos de la investigación					X
Comprende los aspectos con claridad y calidad.					X
Es útil y adecuado para la investigación					X
<b>Puntaje Sub-total</b>					20
			<b>PUNTAJE TOTAL</b>		40

**Valoración:**

- De 8 a 22 : No valida. Reformular. ( )  
 De 23 a 28 : No válido. Modificar. ( )  
 De 29 a 34 : Válido. Mejorar. ( )  
 De 35 a 40 : Válido. Aplicar ( , )

Nombres y Apellidos	Lay Vargas Jorco
Grado Académico y/o Especialidad	Obsta. Magister



Tarapoto, 16 de Enero, 2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – T**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FICHA DE VALIDACIÓN**

**Instrucciones:**

Luego de analizar y cotejar los instrumentos de investigación del proyecto: "PARTO VERTICAL EN EL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PROFESIONALES DE OBSTETRICIA DE LA PROVINCIA DE SAN MARTIN, PERÍODO ENERO-JULIO 2017", con la matriz de consistencia de la presente, le solicitamos en base a su criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación. Para cada criterio considere la escala del 1 al 5, según se señala.

**V. CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

CRITERIOS	Deficiente (1)	Regular (2)	Buena (3)	Muy Buena (4)	Excelente (5)
Coherencia entre la <b>Variable</b> y la Dimensión					X
Coherencia entre la <b>Dimensión</b> y el Indicador					X
Coherencia entre el <b>Indicador</b> y los ítems					X
Coherencia entre los <b>ítems</b> y las alternativas de respuestas.				X	
<b>Puntaje Sub-total</b>					19

**VI. CRITERIOS DE VALIDACIÓN DEL ÍTEM**

CRITERIOS	Deficiente (1)	Regular (2)	Buena (3)	Muy Buena (4)	Excelente (5)
Formulado con lenguaje sencillo					X
Corresponde a los objetivos de la investigación					X
Comprende los aspectos con claridad y calidad.					X
Es útil y adecuado para la investigación					X
<b>Puntaje Sub-total</b>					20
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					39 pts.

**Valoración:**

De 8 a 22 : No valida. Reformular. ( )

De 23 a 28 : No válido. Modificar. ( )

De 29 a 34 : Válido. Mejorar. ( )

De 35 a 40 : Válido. Aplicar (X)

Nombres y Apellidos	
Grado Académico y/o Especialidad	Edward Villacorta Ponce

  
Firma

Tarapoto, 16 de Enero 2016

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender el motivo de este estudio donde se recolectara información sobre el conocimiento, actitud y práctica que tienen sobre el parto vertical. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme el consentimiento informado, de la misma manera se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos y se asegura que solamente serán utilizados para el análisis de la investigación. Usted no será identificado en ninguno de los reportes o publicaciones que resulten de este estudio.

Yo..... DNI N°..... Profesional que laboro en el establecimiento de salud..... declaro que entiendo la necesidad de la propuesta y que he tenido la ocasión de formular todas las preguntas que he creído conveniente en relación a dicha prueba, estoy satisfecho de la información recibida sobre la misma.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO

.....

.....

**Firma del/la Profesional**

**Firma de la investigadora**

**DNI:**

**Fecha:**

## ANEXO 04



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ENCUESTA PARA MEDIR EL CONOCIMIENTO**

Estimada(o) obstetra:

El presente cuestionario es anónimo, estamos interesados en realizar un estudio titulado: **“PARTO VERTICAL EN EL I Y II NIVEL DE ATENCION EN SALUD: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN PROFESIONALES DE OBSTETRICIA DE LA PROVINCIA DE SAN MARTIN, PERIODO ENERO - JULIO 2017”**. Las respuestas que usted nos brinde serán usadas estrictamente en el desarrollo de la presente investigación y mantendrán su carácter de reservados, confidenciales y anónimas. Le agradecemos de antemano por su colaboración para el desarrollo de este trabajo de investigación.

**I. Datos Generales**

Edad : .....años  
 Sexo : Masculino ( ) Femenino ( )  
 Lugar de trabajo : .....  
 Tiempo de servicio : .....  
 Nivel de atención : .....  
 Cargo que ocupa actualmente:.....

**II. Conocimiento sobre Parto Vertical:**

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera(as).

1. ¿Existe una Norma Técnica en el MINSA sobre la Atención del Parto Vertical?



- a) Si ( )                      b) No ( )

2. El parto vertical es, Marque la respuesta correcta:

- a) Es cuando la gestante se coloca ya sea parada o sentada para dar a luz, lo cual brinda diferentes beneficios en comparación con el parto horizontal.
- b) Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (sentada, de pie, apoyada en una o dos rodillas o de cuclillas) mientras el personal de salud atiende el parto.
- c) Es aquella en la cual el dorso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de  $45^\circ$  y  $90^\circ$  con respecto al plano horizontal.
- d) Es una práctica ancestral en el Perú, la mujer puede dar a luz, de cuclillas y semisentada, y eso le implica menos dolor.
- e) Todas las anteriores.

3. Marque la respuesta correcta. En la posición del parto vertical:

- a) El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
- b) Hay aumento de los diámetros del canal del parto; 3 cm, en sentido antero posterior y 1 cm, en transversal.
- c) Se estima que la madre gana entre 20-40 milímetros de Hg, en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.
- d) La posición de parto vertical determina que el ángulo de encaje sea más agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto.
- e) Todas son correctas.

4. ¿Cuáles son las ventajas de la atención del parto en posición vertical, demostradas desde el punto fisiológico?

- a) Facilita la transición fetal – neonatal.
- b) Mayor actividad uterina.
- c) Disminución del dolor.
- d) Se favorece el encaje y descenso del feto por la acción positiva de las fuerzas de la gravedad.
- e) Todas son correctas.

5. Marque las desventajas de la atención del parto en posición vertical
- a) Mayor frecuencia de desgarros de la vagina.
  - b) Incomodidad para el personal que atiende el parto.
  - c) Dificultad para ver al feto en el momento del parto.
  - d) Posibilidad de contaminación con heces fecales.
  - e) Todas las anteriores
6. ¿Es vital el uso del partograma en la atención del parto en posición vertical?
- a) Si ( )
  - b) No ( )
7. ¿Cuáles son las indicaciones clínicas para proceder a la atención de un parto natural/vertical?
- a) Gestante sin complicación obstétrica.
  - b) Presentación cefálica del feto.
  - c) Compatibilidad feto pélvica.
  - d) Ninguna de las anteriores.
  - e) Todas son correctas.
8. ¿Cuáles son las contraindicaciones en un parto vertical?
- a) Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
  - b) Desproporción cefalo-pelvica.
  - c) Sufrimiento fetal.
  - d) Distocia de presentación.
  - e) Todas son correctas.
9. Durante la recepción de la gestante el obstetra debe realizar las siguientes acciones, marque la respuesta correcta:
- a) Identificar si viene con su familia.
  - b) Controlar funciones vitales dos horas después de su llegada.
  - c) Determinar el inicio de trabajo de parto.
  - d) Realizar la evaluación obstétrica (maniobras de Leopold, altura uterina, latidos fetales, contracciones uterinas) y dejar otro momento el examen pélvico.
  - e) Todas las anteriores.

10. Con respecto al acompañamiento durante el parto vertical, marque la respuesta correcta:
- a) Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar.
  - b) Se puede involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta.
  - c) El obstetra informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante.
  - d) Solo b es correcta.
  - e) Todas las correctas.
11. ¿La atención del parto en posición vertical disminuye la tasa de cesárea?
- a) Si ( )
  - b) No ( )
12. Que alimentos debe permitir el obstetra que la parturienta ingiera durante e inmediatamente después del parto según la Norma técnica, marque la respuesta correcta:
- a) Té o leche con canela y clavo de olor.
  - b) Un mate de albahaca.
  - c) Tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua.
  - d) Una taza de chocolate caliente.
  - e) Todas son correctas.
13. ¿Cuáles son las complicaciones que se pueden presentar durante la atención del parto vertical?
- a) Salida brusca del feto.
  - b) Distocia de hombros.
  - c) Procidencia de miembros superiores.
  - d) Aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento.
  - e) Todas son correctas.
14. En la atención del parto vertical durante el manejo del dolor el obstetra deberá realizar los siguientes procedimientos, marque la respuesta correcta:
- a) Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.
  - b) Evaluar técnicas de relajación y masajes.

- c) Permitir la ingesta de hierbas según las costumbres locales.
  - d) Solo a es correcta.
  - e) Todas son correctas.
15. ¿Cuáles son las posiciones que puede adoptar la parturienta según la Norma Técnica del Parto Vertical?
- a) Posición de cuclillas, posición de rodillas.
  - b) Posición parada.
  - c) Posición cogida de la soga, posición de pies y manos (cuatro puntos de apoyo).
  - d) Solo b es correcta.
  - e) a y c son correctas.
16. ¿Qué posición es de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural según la Norma Técnica del parto vertical?
- a) Posición de cuclillas: variedad posterior.
  - b) Posición de rodillas.
  - c) Posición de cuclillas; variedad anterior.
  - d) Posición semi sentada.
  - e) Ninguna de las anteriores.
17. ¿A cuántos minutos se debe seccionar el cordón umbilical durante el parto vertical?
- a) 1-3 min
  - b) 3-5 min
  - c) Después de que cesen los latidos
  - d) Ninguna de las anteriores
  - e) Todas las anteriores
18. ¿En qué consiste el alumbramiento dirigido que se realiza durante el parto vertical?
- a) Administrar ampolla de oxitocina intramuscular (20 UI), inmediatamente después de la salida del bebe.
  - b) Administrar ampolla de oxitocina intramuscular (10 UI), antes de la salida del bebe.
  - c) Administrar ampolla de oxitocina intramuscular (10 UI), inmediatamente después de la salida del bebe.

- d) Ampolla de oxitocina intramuscular (20 UI), antes de la salida del bebe.
- e) Ampolla de oxitocina intramuscular (30 UI), inmediatamente después de la salida del bebe.
- f) Ninguna de las anteriores.

19. ¿Cuáles son las señales de peligro durante el puerperio inmediato?

- a) Hemorragia vaginal.
- b) Fiebre.
- c) Visión borrosa.
- d) Mastitis.
- e) Todas son correctas.

20. Durante el puerperio en que temas debe enfatizar el obstetra brindando información y orientación a las parturientas, marque la respuesta correcta:

- a) Lactancia materna exclusiva.
- b) Salud reproductiva y planificación familiar.
- c) Cuidados del recién nacido.
- d) Identificación de signos de alarma durante el puerperio.
- e) Todas son correctas.

### TEST PARA MEDIR ACTITUDES

**Instrucciones.** A continuación se presentan un conjunto de proposiciones a lado izquierdo y las alternativas de respuesta al lado derecho, marque Ud. Con un aspa (X) en el que crea conveniente en la escala siguiente:

MA Muy de acuerdo

A Acuerdo

D

Desacuerdo

I Indiferente

MD Muy desacuerdo

ITEMS	MA	A	I	D	MD
1. ¿Está de acuerdo con la implementación de La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural por parte del MINSA?					
2. Previa capacitación ¿Ud. Estaría dispuesta atender a la parturienta en posición vertical?					
3. ¿Ud. Promovería la atención del parto vertical en su establecimiento?					
4. Realiza actividad de promoción del parto vertical en la familia y comunidad					
5. ¿Está de acuerdo que la atención del parto en posición vertical en los establecimientos de salud es un retroceso en el avance de la obstetricia?					
6. ¿Considera usted que los ambientes del centro obstétrico donde Ud. Labora están suficientemente equipados para la atención de parto vertical?					
7. ¿Aceptaría que la gestante opte por la posición que prefiere para la atención de su parto?					
8. ¿Está usted de acuerdo que la parturienta ingiera plantas medicinales que ayuden a acentuar las contracciones uterinas?					
9. ¿Aceptaría usted que la parturienta ingiera alimentos ligeros durante y después del trabajo de parto?					
10. ¿Aceptaría la presencia de un familiar de la parturienta en la					

atención del parto?					
11. En la posición vertical, las características de las contracciones uterinas (intensidad, tono basal, frecuencia, duración, acmé y actividad uterina) aumentan?					
12. ¿Considera usted que en el parto vertical debe permitirse que la posición de la mujer cambien durante el trabajo de parto?					
13. ¿Considera usted que el parto vertical disminuye las intervenciones obstétricas durante el periodo expulsivo?					
14. ¿Considera usted que el parto vertical permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo(a)?					
15. ¿Considera usted que el parto vertical contribuye a la interrelación precoz madre-hijo(a)?					
16. ¿Considera usted que el parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos en la parturienta?					
17. ¿Cree usted que el parto vertical favorece la relación obstetra, familia-comunidad?					
18. ¿Está usted de acuerdo que el parto vertical favorece la relación obstetra paciente?					
19. ¿Considera usted que el parto vertical reduce el alto porcentaje de cesárea					
20. ¿Aceptaría usted que un familiar disponga de la placenta según sus costumbres?					

### LISTA DE COTEJO PARA MEDIR PRÁCTICA

Este instrumento será llenado por las investigadoras; teniendo en cuenta la experiencia del obstetra en la atención de un parto vertical; cada alternativa que se cumpla conforme a los reglamentos estandarizados por la norma técnica se obtendrá 01 puntos y la que no se cumpla conforme a lo estandarizado obtendrá un puntaje de 00 puntos.

ITEMS	SI	NO
1. El obstetra informa al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante su permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.		
2. El obstetra que atiende el parto desarrolla una actitud de empatía y apoyo emocional en el trabajo de parto.		
3. El obstetra que atiende el parto permite la Ingesta de alimentos y líquidos en el trabajo de parto		
4. El obstetra que atiende el parto permitió el acompañamiento de un miembro de familia elegido por la gestante en el trabajo de parto		
5. El obstetra que atiende el parto verificó que el material esté preparado con anticipación.		
6. El obstetra que atiende el parto realiza el Lavado de las manos con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles y ropa quirúrgica.		
7. El obstetra que atiende el parto permitió la Libre deambulaci3n y elecci3n de posturas durante el trabajo de parto		
8. El obstetra que atiende el parto realiz3 el examen (tacto vaginal) cuidando el pudor y la intimidad de la parturienta.		
9. El obstetra que atiende el parto uso del Partograma.		
10. Durante el trabajo de parto el obstetra que atendió el parto informa de manera clara, adecuada y oportuna a la paciente de su estado		
11. El obstetra realiza el lavado perineal antes del trabajo de parto.		
12. El obstetra que atiende el parto permite la elecci3n de posici3n en el		



periodo expulsivo.		
13. El obstetra que atiende el parto realiza episiotomía restrictiva previa información.		
14. El obstetra que atiende el parto permite Contacto piel a piel entre RN y madre		
15. El obstetra que atiende el parto realiza el alumbramiento dirigido		
16. El obstetra que atiende el parto permite el corte del cordón umbilical por un familiar		
17. El obstetra que atiende el parto permite el alojamiento conjunto del RN y la madre después del parto		
18. El obstetra que atiende el parto no tiene inconveniente en que la placenta sea llevada por un familiar.		
19. El obstetra que atiende el parto controla las funciones vitales: presión arterial, pulso, temperatura las 2 primeras horas (monitoreo puerperal)		
20. El obstetra que atendió el parto actúa de acuerdo a la norma técnica sobre el Parto vertical.		

## ANEXO 05

### PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### ALFA DE CRONBACH

#### Variable: Conocimiento

Se realizó la evaluación de los resultados, para la determinación de la Confiabilidad del instrumento que mide el Conocimiento sobre Parto Vertical que tienen los Obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Enero – Julio 2017. El instrumento de recolección de datos constó de 20 ítems y fue aplicado a 74 profesionales distribuidos según niveles de atención. Se utilizó el método de consistencia interna reflejado en el Alfa de Cronbach, cuyos resultados totales son los siguientes:

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,729	,726	20

Los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos presenta una escala de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,729, lo que indica una consistencia promedio alta, determinando que el instrumento es adecuado para medir las dimensiones descritas.

**PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

**ALFA DE CRONBACH**

**Variable: Actitud**

Se realizó la evaluación de los resultados, para la determinación de la Confiabilidad del instrumento que mide la Actitud respecto al Parto Vertical, que asumen las Obstetras del I y II nivel de atención en salud en la Provincia de San Martín. Enero – Julio 2017. El instrumento de recolección de datos constó de 20 ítems y fue aplicado a 74 profesionales distribuidos según niveles de atención. Se utilizó el método de consistencia interna reflejado en el Alfa de Cronbach, cuyos resultados totales son los siguientes:

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,847	,886	20

Los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos presenta una escala de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,886, lo que indica una consistencia promedio alta, determinando que el instrumento es adecuado para medir las dimensiones descritas.

## ANEXO 06

## PRUEBA DE ESTANONES

**VALORACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE**  
**CONOCIMIENTO Y ACTITUD**

Para la valoración y categorización de la variable, se ingresó la información a una base de datos en excell y se exportó al programa estadístico SPSS versión 22, para el cálculo de la media aritmética y desviación estándar de la puntuación total asignada a cada unidad de análisis. Se utilizó la escala de Estanones y la campana de Gauss, usando una constante 0,75 con la finalidad de categorizar en tres niveles o categorías: Alto, Medio y Bajo, como se detalla:

**I. Variable: Conocimiento sobre Parto Vertical**

1.1. Se determinó el promedio:

$$\text{Promedio (X)} = 18,18$$

1.2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$\text{DS} = 2,017$$

Estadísticos			
		Puntaje Conocimiento	PuntajeActitud
N	Válido	1325	1325
	Perdidos	0	0
Media		18,18	82,93
Desviación estándar		2,017	8,803

1.3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0,75 (DS)$$

**Reemplazando:**

$$a = 18,18 - 0,75 ( 2,017 )$$

$$a = 18,18 - 1,513$$

$$a = 16,667 = 17$$

$$b = X + 0,75 (DS)$$

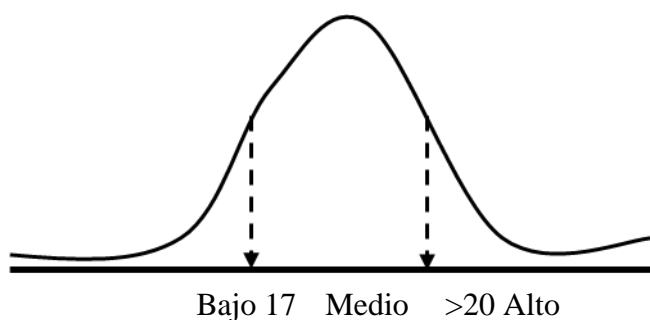
**Reemplazando:**

$$b = 18,18 + 0,75 ( 2,017 )$$

$$b = 18,18 + 1,513$$

$$b = 19,693 = 20$$

**Intervalos:**



**Bajo : 0 - 17 puntos**

**Medio : 18 - 19 puntos**

**Alto : >20 puntos**

## II. Variable: Actitud Frente al Parto Vertical

2.1. Se determinó el promedio:

$$\text{Promedio (X)} = \mathbf{82,93}$$

2.2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$\text{DS} = \mathbf{8,803}$$

2.3. Se establecieron los valores de a y b

$$\mathbf{a = X - 0.75 (DS)}$$

**Reemplazando:**

$$a = 82,93 - 0,75 ( 8,803 )$$

$$a = 82,93 - 6,602$$

$$a = 76,328 = \mathbf{76}$$

$$\mathbf{b = X + 0.75 (DS)}$$

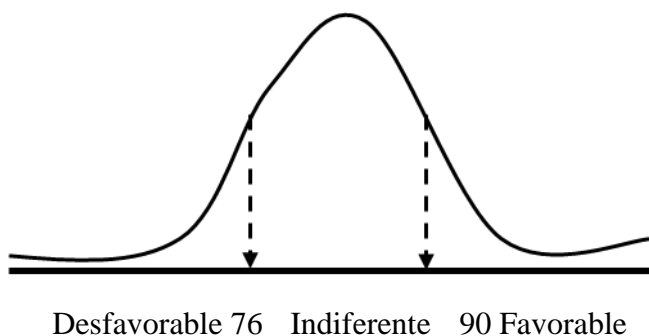
**Reemplazando:**

$$b = 82,93 + 0,75 ( 8,803 )$$

$$b = 82,93 + 6,602$$

$$b = 89,532 = \mathbf{90}$$

**Intervalos:**



**Desfavorable    :    20 - 76 puntos**  
**Indiferente        :    77 - 90 puntos**  
**Favorable         :    91 - 100 puntos**

### III. Variable: Práctica aplicada para la atención del Parto Vertical

#### Técnica de Percentiles para valorar y Categorizar la Variable Práctica

Para la valoración y categorización de la variable, se ingresó la información en una base de datos en excell y se procedió a exportar la información al programa estadístico SPSS versión 22, como se detalla:

#### 1.- Puntaje teórico:

Mínimo: 0

Máximo: 20

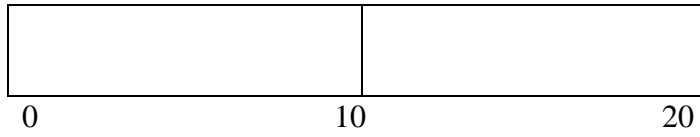
#### 2.- Recorrido (R): $R = \text{Max} - \text{min}$

$$R = 20 - 0 = 20$$

#### 3.- Recorrido medio (R):

$$R = R/2 = 20/2 = 10$$

--	--

**4.- Clasificación:**

- Adecuada 11 - 20 puntos
- Inadecuada 0 - 10 puntos

## ANEXO 07

**CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES  
DE OBSTETRICIA SEGÚN NIVELES.**

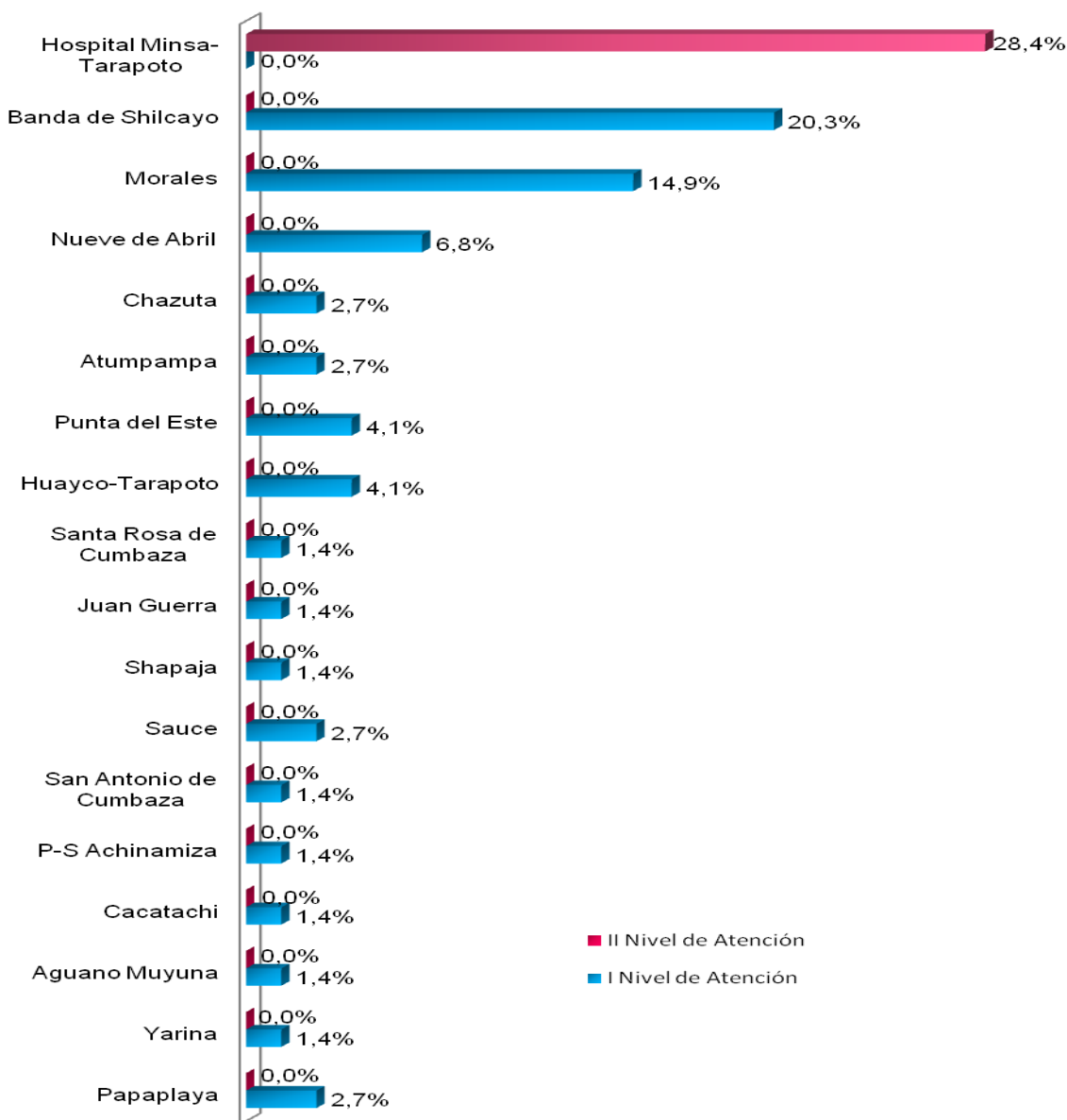
<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	<b>NIVEL DE ATENCION</b>	<b>Nº OBSTETRAS QUE TRABAJAN</b>
Hospital MINSA - Tarapoto	II	21
Banda de Shilcayo	I	15
Morales	I	11
Nueve de Abril	I	5
Chazuta	I	2
Atumpampa	I	2
Bello Horizonte	I	1
Punta del Este	I	2
Huayco Tarapoto	I	3
Santa Rosa de Cumbaza	I	1
Juan Guerra	I	1
Shapaja	I	1
Sauce	I	2
San Antonio de Cumbaza	I	1
P.S. Achinamiza	I	1
Cacatachi	I	1



AguanoMuyuna / Chazuta	I	1
Yarina	I	1
Hospital Rural Papaplaya	I	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>74</b>

## ANEXO 08

Lugar de Trabajo de los profesionales de obstetricia según niveles de atención. Región San Martín. Periodo Enero – Julio 2017.



**Interpretación:** El 28,4% de los obstetras predominantemente trabajan en el Hospital II-2 Tarapoto, el 20,3% en el Centro de Salud Banda de Shilcayo, el 14,9% en el C.S. Morales y el 6,8% en el C.S. “Nueve de Abril”.