



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

“EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE TÉCNICAS APLICADAS EN EL MODELO DE ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO, A USUARIAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE PAILLACO. OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL AÑO 2009.”

Trabajo de Titulación presentada
como requisito para optar al
**GRADO DE LICENCIADA/O EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.**

PATRICIA ALEJANDRA BOLDT VELOSO

PAILLACO – CHILE

2009

1. COMISION CALIFICADORA

PROFESOR PATROCINANTE : Sra. Juana Romero Zambrano _____
FIRMA

PROFESORA CO-PATROCINANTE: Sra. Marta Santana Soto. _____
FIRMA

Sra. Juana Romero Zambrano.

INDICE DE MATERIAS

CONTENIDOS	PÁGINA
RESUMEN	
SUMARY	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEORICO	9
2.1. Fisiología del Trabajo de Parto y Parto	9
2.1.1. Etapas del Parto.....	9
2.1.2. Manejo en fase activa y expulsivo.....	10
2.2. Posiciones adoptadas durante el Trabajo de parto y parto.....	14
2.3 Dolor durante el trabajo de parto y parto.....	19
2.4 Esferodinamia	20
2.5. Parto humanizado.....	23
3. MARCO METODOLOGICO.....	26
3.1. Tipo de estudio.....	26
3.2. Población en estudio	26
3.3. Diseño muestral	27
3.3.1. Criterios de inclusión.....	27
3.3.2. Criterios de exclusión	27
3.4. Técnica de recolección de los datos y descripción de los instrumentos	27
3.5. Variables del estudio.....	28
3.6. Procesamiento y análisis estadístico de los datos	34
4. PRESENTACION DE RESULTADOS	35
5. DISCUSION	52

6. CONCLUSIONES.....	59
7. BIBLIOGRAFIA.....	62
ANEXO1 Carta de consentimiento informado.....	67
ANEXO2 Cuestionario.....	68
ANEXO3 Escala numérica	75

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N°1 Duración de la fase activa del trabajo de parto en usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical	38
Gráfico N°2 Presencia de acompañamiento de la usuaria de esferodinamia y parto en posición vertical	38
Gráfico N°3 Presencia de desaceleraciones tardías de la frecuencia cardiaca	39
Gráfico N°4 Duración del expulsivo en usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical	40
Gráfico N°5 Presencia y tipo de traumatismo obstétrico en recién nacidos/as	42
Gráfico N°6 Presencia de desgarros en usuarias de esferodinamia y parto vertical...42	
Gráfico N°7 Episiotomias realizadas a usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical	43
Gráfico N°8 Presencia de edema en usuarias de esferodinamia y parto vertical.....43	
Gráfico N°9 Perdida sanguínea estimada en usuarias de balón kinésico y parto vertical.	44
Gráfico N°10 Presencia y tipo de complicación durante el puerperio de usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical	45
Gráfico N°11 Necesidad de traslado al Hospital Regional Valdivia.....45	
Gráfico N°12 Grado de dolor presentado por la usuaria durante su trabajo de parto antes de uso del balón kinésico	46
Gráfico N°13 Grado de dolor presentado por la usuaria durante su trabajo de parto luego del uso del balón kinésico.....47	
Gráfico N°14 Grado de dolor presentado por la usuaria durante el expulsivo en posición vertical	47

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Características de las usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical.....	37
Tabla N°2 Eventos obstétricos y fetales durante el trabajo de parto y parto.....	39
Tabla N°3 Características de las y los recién nacidos/as.....	41
Tabla N°4 Percepción de las usuarias respecto a la asistencia en posición vertical y balón kinésico.....	49
Tabla N°5 Relación entre la fase activa y la paridad de las usuarias.....	50
Tabla N°6 Tiempo de evolución de la fase activa y su relación con el grado de dolor presentado por la usuaria luego del uso del balón kinésico.....	51
Tabla N°7 Duración del periodo expulsivo y su relación con el grado de dolor presentado por la usuaria durante esta etapa, asistida en posición vertical.....	51
Tabla N°8 Relación entre el nivel del dolor durante la fase activa luego del uso del balón kinésico y planificación del embarazo.....	52
Tabla N°9 Relación entre el dolor percibido por la usuaria de esferodinamia, en el expulsivo en posición vertical y la planificación del embarazo.....	53

RESUMEN

El parto humanizado se abre paso dentro de las maternidades de Chile por su nueva forma de ver el nacimiento. Se reconoce así, como un momento trascendental en la vida de los niños/as y en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, devolviéndoles el protagonismo tanto a ellas como a sus hijos/as y brindándoles una atención participativa y equitativa por medio de cuidados personalizados por parte del profesional matrn/ona. Sin embargo estos servicios deben ser objetivados dentro de la realidad nacional, con el fin entregar cuidados de calidad, para lo cual se hace imperioso conocer los efectos sobre los resultados materno/neonatales y la opinin de las usuarias.

Para cumplir este objetivo se realiz un estudio cuantitativo de tipo prospectivo y exploratorio en el cual se realizo un seguimiento a nueve parturientas del servicio de maternidad del Hospital de Paillaco y se aplico un cuestionario a cada una de ellas. Los resultados se ingresaron al software SPSS 15.0 para Windows.

En relacin a los resultados, los ms importantes son: El trabajo de parto evolucionó sin intervencin en el 88,9%; la duracin de la fase activa y el expulsivo se mantuvo dentro de los rangos fisiolgicos; entre de las complicaciones del puerperio, se presentaron dos casos de anemia severa, y dos de hematoma vulvar; el grado de dolor en el trabajo de parto disminuy a 8 tras el uso de baln kinésico, y durante el expulsivo se concentro en el rango de 4 a 10; dentro de los indicadores neonatales destacan sólo dos casos de traumatismos obstétricos; de la percepcin de las usuarias un 77% volvería a tener un parto en posicin vertical y la mayoría acusa falta de informacin previa respecto a las técnicas estudiadas.

Por último, y como proyeccin de nuestro rol, se plantea la necesidad de entregar y masificar las opciones de atencin del parto, educando y empoderando a las usuarias, sobre la base de la buena percepcin y resultados en la salud materno/fetal, obtenidos en esta investigacin.

Palabras claves: Parto humanizado, esferodinamia, parto vertical.

SUMMARY

The humanized birth makes its way into the maternity of Chile for their new way of seeing birth. It is recognized as an important moment in the lives of children and on sexual and reproductive health of women, restoring the prominence to them and to their children, with a participatory and equitable care through the delivery of personalized care from the practitioner-matron. However, these services must be objectified in the national reality, to deliver quality care. It is imperative to know the effect on the outcome maternal / neonatal and the opinion of users. Because of this a quantitative study of prospective and exploratory type was conducted. Nine parturients of the maternity service in the Hospital of Paillaco were followed and a questionnaire was applied to each. The results were entered to SPSS 15.0 software for Windows.

Within the results, the most important are: Labor evolved without intervention in 88.9% of cases, length of the active phase and delivery were within physiological ranges, in puerperal complications two cases of severe anemia were appeared, and two of vulvar hematoma, the coefficient of pain in labor, after the use of physiotherapy ball fell to 8, and during delivery is concentrated in the range of 4 to 10. Within the neonatal indicators highlights only two cases of obstetric trauma. From the perception of users highlights that 77% would give birth in an upright position, and most shows lack of prior information about the techniques studied. As an extension of our role, there is a need to provide users of birth care options, educating and empowering them, on the basis of good perception and results in maternal / fetal health obtained in this investigation.

Keywords: Humanizing delivery, esferodinamia, vertical deliver.

1.-INTRODUCCION

Por mucho tiempo una de las principales preocupaciones del programa Materno Infantil en Chile, fue aumentar la cobertura de la atención del parto institucional, para así disminuir la mortalidad materna y neonatal, esta meta se cumplió, sin embargo, el proceso del parto se asimiló como un acto quirúrgico llevándolo a la medicalización, a través de la adopción de prácticas perjudiciales e ineficaces, e invisibilizando la opinión de la gestante y su familia. A raíz de esto la esencia original del parto fue diluida, desvirtualizada y amenazada tanto en su naturaleza social como cultural (URIBE, et al, 2008).

En el marco de respeto por los derechos sexuales y reproductivos, y bajo la definición de Salud Sexual y Reproductiva, la OPS en el año 1995, hace referencia a tener un parto seguro y criar hijos saludables, y deja en claro que el dar a luz y nacer son momentos decisivos para la vida del ser humano, se hace necesario entonces, la presencia de profesionales formados con enfoque de género y equidad, competentes, capaces de apoyar y reforzar emocionalmente a la mujer, educar, así como de respetar y hacerla partícipe en la toma de decisiones, para que la mujer tenga la oportunidad de protagonizar su propio cuidado en la mantención de su bienestar y el de su feto, que parece haberle sido arrebatado por la excesiva y a veces innecesaria intervención (OYARZUN, et al 2007).

En la actualidad las autoridades sanitarias del país consideran, que coexisten dos tareas pendientes en la Obstetricia, (OYARZUN, et al 2007) una la alta tasa de parto por operación cesárea en Latinoamérica, siendo la situación de Chile una de las más preocupantes a nivel mundial, con un ascenso sostenido en los últimos años (SALINAS, 2004), y la segunda, dice

relación con el apoyo y personalización de los cuidados maternos y neonatales durante el trabajo de parto, donde el personal de salud que presta servicio, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto y manejo de dolor, para darlas a conocer a las usuarias y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento, mejorando la calidad de los servicios prestados influyendo en los indicadores de salud materno infantil.

Cada día más maternidades a nivel mundial, nacional y local permiten que las mujeres decidan como quieren tener su trabajo de parto y parto, como es el caso del Hospital de Paillaco, en donde se registra la tasa de natalidad más alta dentro de la Provincia de Valdivia con 17,31 por mil habitantes, y un número de 66 partos atendidos en posición vertical entre enero del 2008 y agosto del 2009, lo que corresponde a un 22,8%. En cuanto a las técnicas de avance natural y alivio no farmacológico del dolor, en el periodo de dilatación la esferodinamia tiene un uso cercano al 100%, esta práctica fue rescatada del campo de la Educación Somática. (NAVES, et al. 2009) e implementada en el área de la Matronería, sin embargo sus efectos no se han evaluado dentro de la realidad nacional.

Esto aunado a la atención del parto en posición vertical, supone un desafío para las y los matrones/as, (BRÜGGEMANN et al. 2005), en donde la implementación de acciones seguras para la salud de la gestante y su hijo(a), están enmarcadas dentro de su rol, lo que implica no solo entregar servicios, sino también evaluar el impacto de éstos, en su Salud Sexual y Reproductiva.

Durante el desarrollo de este trabajo, se utilizaron las herramientas necesarias para evaluar las acciones emprendidas por el equipo en cuanto a la atención del trabajo de parto y parto, y la repercusión de las modalidades de atención en el binomio madre hijo, como es el uso del balón kinésico y el parto en posición vertical, a través del paradigma de la investigación cuantitativa.

El objetivo de este trabajo de investigación es objetivar los beneficios de las modalidades de atención humanizada, y potenciar así, la aceptación de la usuaria y su familia, además de integrar a todo el equipo de salud que acompaña a la gestante, apoyando a la humanización y personalización del proceso reproductivo, en la certeza que la gestante sin complicaciones, indiscutiblemente tendrá un parto normal.

1.1.- DESARROLLO DEL PROBLEMA

En Chile la mayoría de los partos son atendidos en el medio hospitalario, lo que corresponde a un 99,8%(fuente: DEIS MINSAL 2006) En el contexto actual de la Salud, los saberes ancestrales y las innovaciones científicas humanizadoras del parto, se sinergian, provocando la participación social y ciudadana reivindicando sus derechos como usuarios de servicios de calidad. La actitud pasiva característica del modelo médico paternalista ha sido desplazada por la condición activa deseada en las usuarias y usuarios, un buen ejemplo de esto es la incorporación de la figura paterna en el proceso del trabajo de parto y parto.

No sólo el perfil de las usuarias de los servicios maternos de salud ha ido en franco cambio, sino también las características de la atención han ido evolucionando a su vez. Se ha producido así el rechazo de la pasividad y horizontalidad, que caracterizaban la atención del parto. Actualmente, se recomienda por la Organización Mundial de la salud (OMS), basado en evidencias científicas, que las parturientas no utilicen la posición ginecológica durante el trabajo de parto y el parto porque se considera perjudicial e ineficaz.

Existen numerosas investigaciones que afirman el hecho de que cuando las mujeres tuvieron el parto en posición horizontal, éste fue más doloroso para ellas y se presentaron más

alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y más incisiones en el canal del parto (GAYESKI, et al 2009) en contraposición, diferentes estudios concluyen que el parto en posición vertical se asocia a una reducción en la duración de la fase II del trabajo de parto, por contracciones uterinas más fuertes y mejor acomodación del feto a su paso por la pelvis, reducción en el número de episiotomías innecesarias,(GRUPTA, et al 2007) disminución del dolor y trauma obstétrico y menos alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, sin embargo estas ventajas no se han demostrado completamente en la literatura médica. (LAWRENCE et al 2009) Existe además controversia en cuanto al mayor riesgo de sangrado y de traumatismo perineal de la mujer en situación vertical, (GRUPTA, et al 2007) por lo que el tema es de suma relevancia.

Prácticas que pueden ser físicamente abusivas, y constituir una forma de violencia contra las mujeres, tales como el uso de aceleración mediante oxitocina, monitorización electrónica fetal permanente en gestantes de bajo riesgo, rotura artificial de las membranas ovulares, posición decúbito dorsal durante el trabajo de parto, el abuso de la episiotomía en primíparas, (SOTO, et al 2006) y la anestesia a veces innecesaria (URIBE, et al 2000).

Esta última que desemboca en la completa y total medicalización del proceso del nacimiento, adicionado a sus efectos perjudiciales, como posición inadecuada de la cabeza del feto, trabajo de parto prolongado, mayor uso de ocitocina y partos instrumentales.(TERRY, et al 2006) Sin embargo siempre constituye una meta, el entregar apoyo y personalización de los cuidados maternos y neonatales durante el trabajo de parto y parto, ya que el cuidado que reciban ella y su hijo tiene a largo plazo impacto en su autoestima, en su relación de pareja, y en cómo van a cuidar a su hijo/a y en su bienestar en general (URIBE, et al 2000). Diversos estudios al respecto señalan la importancia de este periodo en el ser humano, puesto que "la calidad de vida de un Ser Humano depende en gran medida de los eventos que guardan relación con su parto"(DINIZ, et al 2004). El Gobierno de Chile plantea en su guía clínica de atención del

parto "garantizar el acceso de toda la población de gestantes en Chile a una asistencia profesional adecuada en el trabajo de parto y parto. El objetivo final es lograr un parto seguro, personalizado y humano" (OYARZUN, et al 2007).

Se debe abordar los actuales indicadores de salud y evaluar nuevas prácticas implementadas, desde la investigación, la capacitación y la docencia, puesto que existen consecuencias en la enseñanza y práctica tradicional de la matronería, que de no actualizarse, perjudicarían a los profesionales del futuro, y a los establecimientos universitarios que hoy los forman, tales consecuencias favorecerían, aun más, cambios difícilmente reversibles en la relación con la usuaria y su familia.

El describir objetivamente el impacto de una herramienta nueva en el área de la matonería, como es la esferodinamia, que se emplea a diario, al igual que una práctica ancestral como es el parto en posición vertical, es de interés no solo para un estudiante en formación, sino que constituye una realidad a revelar para todo el equipo de profesionales y no profesionales que hacen uso de estas técnicas.

La esferodinamia, durante la gestación y el trabajo de parto surge como recomendación del manual de Atención Integral, 2008. Esta modalidad ha sido actualmente descrita como de bajo costo, alta efectividad y contribuyente a favorecer el bienestar materno.

Este tema a desarrollar es relevante, tanto para la realidad local, como para la nacional, además es factible de realizar, ya que se encuentran registros legibles y personal maternal dispuesto a cooperar en la investigación, sumado a los recursos, tiempo y motivación que supone son alcanzables por la investigadora.

1.2.-PREGUNTA PROBLEMA

En el marco de un estudio sólo descriptivo, con una casuística pequeña, cabe hacerse la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los efectos de la aplicación del balón kinésico y asistencia de parto en posición vertical sobre el desarrollo del trabajo de parto, parto y la condición del neonato?

Para dar respuesta a la pregunta de investigación y cumplir con las proyecciones del estudio, la investigadora se planteó los siguientes objetivos:

1.3.-OBJETIVOS GENERALES

1.3.1.- Conocer los efectos de la asistencia del parto en posición vertical y el uso de balón kinésico, sobre los resultados maternos fetales y/ o neonatales, y la percepción de las usuarias, atendidas en la Maternidad del Hospital de Paillaco, durante el periodo comprendido entre Octubre y Noviembre del 2009.

1.3.2.-Objetivos Específicos

1.3.2.1.- Caracterizar las parturientas atendidas en la maternidad del hospital de Paillaco durante Octubre y Noviembre del 2009, que utilizaron parto vertical y esferodinamia, según

edad, paridad, escolaridad, estado civil, procedencia, edad gestacional, número de controles de embarazo y planificación del embarazo.

1.3.2.2.- Estimar la duración del periodo de dilatación en horas, en mujeres con uso previo de balón Kinésico durante su estadía en la Maternidad del Hospital de Paillaco, durante el periodo Octubre a Noviembre del 2009.

1.3.2.3.- Establecer la presencia de acompañamiento durante el trabajo de parto y parto en usuarias asistidas en la maternidad del Hospital de Paillaco durante el periodo Octubre a Noviembre.

1.3.2.4.- Describir el trabajo de parto de las usuarias atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco, según uso de ocitocina, fórceps, amniorexis y presencia de alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, durante el periodo Octubre a Noviembre del 2009.

1.3.2.5.- Determinar la duración del periodo expulsivo en minutos, en parturientas atendidas en posición vertical en la maternidad del Hospital de Paillaco durante el periodo comprendido entre Octubre y Noviembre del 2009.

1.3.2.6.- Caracterizar a los y las recién nacidos(as) de mujeres en cuyo trabajo de parto utilizaron el balón kinésico y su parto fue atendido en posición vertical, según peso, sexo, talla, traumatismos obstétricos, duración del apego, necesidad de reanimación, derivación a neonatología del HCRV, su APGAR al minuto y a los cinco minutos de vida.

1.3.2.7.- Determinar las complicaciones y procedimientos, en usuarias de balón y parto vertical, atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco, durante el periodo Octubre a Noviembre del 2009.

1.3.2.8.- Describir la intensidad y evolución de dolor durante el trabajo de parto y parto en usuarias de esferodinamia y parto vertical, asistidas en la Maternidad del Hospital de Paillaco, durante Octubre a Noviembre del 2009.

1.3.2.9.- Determinar la percepción de las parturientas atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco durante Octubre y Noviembre del 2009, respecto a la utilidad del parto en posición vertical y el uso de esferodinamia durante su proceso de trabajo de parto y parto.

1.3.2.10.- Establecer la relación entre la duración del trabajo de parto y la paridad en usuarias atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco durante Octubre y Noviembre del 2009.

1.3.2.11.- Determinar la relación entre el nivel del dolor percibido y la duración del periodo de dilatación y expulsivo en parturientas asistidas en la maternidad del Hospital de Paillaco durante Octubre y Noviembre del 2009.

1.3.2.12.- Establecer en las usuarias atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco, la relación entre nivel del dolor en el periodo de dilatación y expulsivo y la planificación del embarazo.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.-FISIOLOGÍA DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

El parto es un hecho familiar y social, y también una expresión de sexualidad, un momento vital, sagrado e íntimo que aparece normalmente entre la semana 37 a 42 de gestación y termina con el nacimiento del feto, la expulsión de la placenta y las membranas por la vía vaginal (MIDEROS, R. 2008). Es una condición natural del ser humano que acontece generalmente de manera espontánea y en la cual participan de manera activa la mujer embarazada y el feto.

El parto en presentación de vértice, llamado también parto en presentación cefálica flexionada, es la forma más frecuente de parto eutócico, ya que de esta forma se cumplen las condiciones ideales para que no existan alteraciones en su evolución, pues la cabeza opone a la pelvis sus menores diámetros; las restantes variedades de presentación, son las llamadas distócicas (GONZALEZ-MERLO et al. 2006).

El parto espontáneo incluye además diferentes posiciones de presentación, y se inicia de manera natural, y en su evolución no se efectúan prácticas o intervenciones quirúrgicas.

2.1.1- Etapas del Parto

En algunas ocasiones, el inicio del trabajo de parto suele precederse en unas horas por la expulsión del tapón mucoso. Pero una vez iniciadas las contracciones uterinas regulares se

pueden distinguir tres fases, que dependen de cada mujer, de su edad, del número de partos previos, del tamaño del feto, de la existencia de bolsa amniótica, etc. (CUERVA et al., 2006).

Según a las Guía Perinatales CEDIP año 2003, pág. 41, las etapas del parto se dividen en:

- Primera etapa del parto o periodo de dilatación.
 - Fase Latente: Lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación.
 - Fase Activa: Lapso que media entre los tres y los diez centímetros de dilatación. A su vez la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm.) donde predomina la dilatación, y una desaceleratoria (8-10 cm.) donde predomina el descenso. En este periodo del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal.
- Segunda etapa del parto o periodo de expulsivo.
Tiempo que media entre la dilatación completa del cérvix y el nacimiento del feto.
- Tercera etapa del parto o periodo de alumbramiento.
Lapso que media entre el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta.

2.1.2.- Manejo en fase activa y expulsivo.

Según las guías perinatales se recomienda ingresar a las gestantes a parto en fase activa, esto es con una dilatación de 3 cm. al menos y un cuello borrado en un 100%, medidos a través del tacto vaginal, y en usuarias con presencia de patologías del embarazo y de la unidad fetoplacentaria

La dilatación y el descenso de la cabeza fetal, se evalúan a través de los tiempos establecidos por Friedman y la curva de alerta del Centro Latinoamericano de Perinatología.

Se recomienda intervenir en el curso espontáneo del trabajo de parto, solo si se diagnostica una progresión inadecuada del descenso, y/o dilatación cervical o si se presenta sospecha de compromiso fetal (GONZALEZ-MERLO et al. 2006).

Durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno tanto físico como emocional debe ser regularmente evaluado. Esto implica tomar la temperatura, pulso y tensión arterial, vigilar la ingesta de líquidos y diuresis, evaluación del dolor y necesidad de apoyo. El seguimiento ha de ser mantenido durante todo el proceso del parto y nacimiento.

Un parto requiere una cantidad enorme de energía. Como la duración del parto y nacimiento no pueden ser previstos, las fuentes energéticas deben ser garantizadas de cara a lograr el bienestar materno y fetal.

Reportajes y experimentos realizados al azar acerca del apoyo ofrecido durante el parto por una persona, “doula”, matrona o enfermera, demostraron que un apoyo continuado y físico acarrea grandes beneficios como son, partos más cortos, uso menor de medicación y analgesia epidural, menor número de niños con test de Apgar menores de 7 y menos partos instrumentales.

2.1.3. Procedimientos durante la conducción del trabajo de parto y parto.

2.1.3.1 Episiotomía: Es en la actualidad la operación obstétrica que se utiliza con más frecuencia. Se realiza como coadyuvante de la cirugía obstétrica (fórceps, vacuum) y en determinadas indicaciones maternas y fetales. Sin embargo, la realización sistemática de la episiotomía es hoy un tema de controversia, al no haberse comprobado clínicamente sus

potenciales efectos beneficiosos para la madre (prevención de desgarros complicados, incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapso genital).

Etimológicamente episiotomía significa cortar el pubis. Se pueden distinguir tres tipos de episiotomías según donde se realice la incisión quirúrgica: mediana, medio-lateral y lateral, las cuales comprometen al cuerpo perineal.

La episiotomía mediolateral o diagonal es la más utilizada, va desde la vagina hacia afuera y abajo alejándose del ano hacia la izquierda o derecha según las preferencias del médico obstetra. (GONZALEZ-MERLO et al. 2006).

No se justifica el uso rutinario de la episiotomía. Debe protegerse el periné en forma manual siempre que se pueda (CUERVA, et al. 2006).

En base a la Revisión Cochrane de 6 estudios que comparan episiotomía rutinaria (72%) versus episiotomía restrictiva (27%). La episiotomía rutinaria se asocia con mayor riesgo de trauma perineal posterior, mayor necesidad de sutura y mayores complicaciones en la cicatrización. La episiotomía restrictiva se asocia con mayor riesgo de trauma de pared anterior.

2.1.3.2. Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal: La frecuencia cardiaca basal, la variabilidad interlatido (a corto y a largo plazo) y el patrón de la frecuencia cardiaca fetal (cambios periódicos) son las variables más importantes a tener en cuenta en el registro del ritmo cardiaco fetal (MIDEROS, R. 2008). Está claro que el distress fetal se puede manifestar con alteraciones en la frecuencia cardiaca: bradicardia (menos de 120 lat/min), taquicardia (más de 160 lat/min), variabilidad reducida o desaceleraciones. Hay dos métodos de monitorizar la frecuencia cardiaca fetal: auscultación intermitente y vigilancia electrónica continua.

No existen pruebas que la vigilancia electrónica continua del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo (CUERVA, et al. 2006).

2.1.3.3. Rotura Artificial de Membranas: En un estudio se demostró un considerable incremento de las desaceleraciones de tipo 1 después de practicar una amniotomía temprana (VENTURA, et al. 2008). Y se confirma que una amniotomía temprana no tiene clara ventaja sobre el manejo expectante o viceversa.

En el parto normal debería existir una razón válida para interferir con el proceso espontáneo de la ruptura de las membranas, fundamentado en que esta práctica no se justifica como rutina según lo establecido por la OMS.

2.1.3.4. Aceleración Oxitócica: Es utilizada frecuentemente para acelerar el parto después de la ruptura de las membranas, ya sea de forma espontánea o provocada (GONZALEZ-MERLO et al. 2006). La combinación de la oxitocina con la amniorexis temprana se denomina frecuentemente “manejo activo del parto”, y se realizó por primera vez en Irlanda.

La oxitocina sintética se encuentra entre los medicamentos más familiares en la obstetricia moderna, que suele usarse para la conducción y el aumento de trabajo de parto, para prevenir hemorragia posparto o controlarla, y menos a menudo para aumentar el reflejo de expulsión de leche posparto.

De acuerdo con los protocolos acerca del manejo activo del parto, una vez que se ha realizado la amniotomía se deben realizar exámenes vaginales cada hora, y se debe comenzar una infusión de oxitocina si la dilatación cervical es menor de 1 cm por hora.

Acorde con los datos disponibles no está claro que el uso de la oxitocina para acelerar el parto ofrezca ningún beneficio a la mujer o a los fetos (PARRA, et al. 2005).

No existe evidencia alguna de que la prevención de un parto prolongado por el uso indiscriminado de la oxitocina en un parto normal sea beneficioso.

La necesidad de acelerar un parto se considera una indicación para trasladar a la mujer a servicios obstétricos donde existan facilidades obstétricas y el seguimiento fetal subsiguiente debe ser realizado con monitorización electrónica.

2.1.3.5. Parto operatorio y Cesárea: La tasa global en Chile, de cesárea es cercana al 40%, superando la recomendación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La que se distribuye entre el 39% al 83% en la práctica privada y del 20% al 28% en los hospitales públicos durante el año 2000, constituyéndose en un objetivo sanitario del Ministerio de Salud (MINSAL) para la presente década, por atribuirse 2 a 3 veces mayor tasa de mortalidad materna y neonatal, mayor tasa de infección, mayor costo que un parto normal y mayor trauma para el neonato, entre otros (OYARZUN, et al 2007).

La cesárea es una intervención quirúrgica imprescindible cuando la madre o el feto están en riesgo. El avance en las técnicas quirúrgicas, el advenimiento de los antibióticos y de los cuidados anestésicos, han minimizado sus complicaciones. Sin embargo, la cesárea tiene 2 a 3 veces mayor tasa de mortalidad materna, mayor tasa de infección, mayor costo que un parto normal y mayor trauma para el neonato, entre otros (SOTO, et al 2006).

2.2.- POSICIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

2.2.1. Posición horizontal o litotomía.

La multitud de posiciones que puede adoptar el cuerpo humano puede dividirse en dos subconjuntos en función del ángulo que hace la línea que conecta los centros de la tercera y quinta vértebras lumbares con la horizontal. Cuando este ángulo es superior a 45°, la posición

se considera como vertical y cuando es inferior, se trata de una posición horizontal (BENITO, et al. 2005). Se le atribuye a Mariceau en el año 1738, la incorporación de la posición horizontal, de litotomía o supina, con el objetivo de facilitar al médico la ejecución de procedimientos diagnósticos y asistencia al parto.

Diversos estudios han demostrado que la posición en decúbito supino en el trabajo de parto, puede tener efectos fisiológicos muy negativos tanto para la mujer como para su hijo/a (LAWRENCE, et al. 2009), como la disminución tanto de oxígeno al feto, como de la intensidad de las contracciones uterinas en la madre presentándose trabajos de parto más prolongados (BRÜGGEMANN et al. 2005).

No existe unanimidad en las recomendaciones sobre la mejor postura a adoptar durante el periodo expulsivo. (CUERVA, et al. 2006).

2.2.1.1.- Clasificación de posiciones horizontales

- **Posición supina:** Dorso apoyado en superficie con piernas flexionadas y pies apoyados en la misma superficie, el torso de la madre puede incorporarse en distintos grados, hasta 45°, para reducir la compresión aorto-cava por parte del útero.
- **Posición de litotomía:** Dorso apoyado en superficie con piernas fijas en estribo a una altura superior a la cadera. Es la más utilizada, y al igual que la postura anterior, el torso de la madre puede ser incorporado hasta 45 grados.
- **Posición en decúbito lateral (posición de Sims):** Flanco apoyado sobre superficie.

2.2.2.- Posición vertical

Es aquella en la cual la línea que conecta los centros de las vertebrae lumbares 3° y 4° de las mujeres, está más cerca de la vertical que de la horizontal y además, la 3° vértebra lumbar queda más alta que la 5°.

Desde el comienzo de la historia, y hasta un periodo bastante reciente, las mujeres de diversas culturas han adoptado variadas posiciones durante su trabajo de parto, y parto, las que se caracterizaban por la movilidad y la verticalidad. Esto tenía como fin tener un parto menos doloroso, y más rápido ya que mejora la disposición de los ejes y planos de la pelvis facilitando que la dilatación se acelere por la influencia de la gravedad. Y el de evitar la distocia, complicación muy temida por los riesgos tanto para la madre como para el feto.

Desde el siglo XVII, la Obstetricia occidental estableció una dirección y cambio notable. Al cambiar la atención del parto domiciliario a institucionalizado, con el objeto de disminuir la mortalidad materno infantil que era alarmante, se procedió a cambiar la posición natural del parto (vertical), y se pasó a la atención del parto en posición horizontal (CUERVA et al., 2006). En la posición de cuclillas el diámetro anteroposterior del estrecho inferior aumenta dos centímetros. Cuando la gestante pasa de la posición supina a la de sentada, el diámetro biespinoso aumenta 7,6 mm en promedio.

Se recomienda que la mujer decida cuál es la posición que quiere adoptar durante su trabajo de parto y parto (GAYESKY, et al., 2009).

Durante el periodo de dilatación, la mujer puede adoptar la posición que le sea más cómoda, ya sea deambulando, sentada o recostada, se hará excepción solo en caso de la administración de algún fármaco sedante o en riesgos de prolapso de Cordón, (GONZALEZ-MERLO et al., 2006).

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, comienza a difundirse en EE.UU. y más recientemente por la OMS (WHO, 1996) a partir de la consideración de sus ventajas.

La posición perpendicular, aunque fatigosa es preferida por muchos pueblos, por que acelera la dilatación por influencia de la gravedad por una mejor disposición de los ejes y los planos

de la pelvis y por que la contractibilidad se le suma la energía de la musculatura abdominal (LAVENDER, et al 2006).

a) Clasificaciones de las posiciones verticales

- **De pie:** es aquella posición en la cual el peso de la mujer recae principalmente sobre sus pies, y sus rodillas pueden estar ligeramente flexionadas o no. Es la posición erecta.
- **Posición de rodillas:** la gestante descansa principalmente sobre sus rodillas, aunque puede colocar sus brazos en diferentes posiciones, para distribuir el peso entre sus rodillas y sus pies.
- **Sentada:** es aquella en la cual la mujer descansa principalmente sobre sus nalgas, aunque ella puede apoyarse con algún soporte, y el tronco puede estar inclinado hasta 45°.
- **En cuclillas:** El peso de la mujer descansa principalmente sobre sus pies, pero sus rodillas están marcadamente inclinadas, y además ella puede apoyarse o tirar de algún soporte.

b) Ventajas de la posición vertical.

Las ventajas del parto vertical han sido reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que recomiendan esta modalidad de alumbramiento al subrayar su aporte a una mejor calidad de vida de las gestantes. Esta posición, tiene ventajas por sobre la posición de litotomía, como tasas más bajas de cesárea, episiotomía, analgesia, ocitocina y duración del período expulsivo. (SOTO, et al, 2006).

Durante la primera etapa de trabajo puede ser seguro, sin embargo, no puede ser recomendado como una intervención eficaz para reducir la duración de esta fase del trabajo dada la evidencia disponible y de su coherencia. De acuerdo a un estudio (GRUPTA, et al 2007) que incluyo una revisión de 19 estudios con 5.764 participantes, aunque en el análisis del trabajo los autores lo consideraron deficiente y las recomendaciones se deben evaluar se concluyó que

al comparar la posición vertical con la horizontal: se reducía la duración del expulsivo, con un promedio de 4,29 minutos (IC del 95%: 2,95 a 5,64).

Menor tasa de episiotomías (RR: 0,84; IC del 95%: 0,79 a 0,91), que se contrarrestó con el aumento de los desgarros perineales de segundo grado. Menos patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal (RR: 0,28; IC del 95%: 0,08 a 0,98).

En el estudio realizado en el año 2006 (TERRY, et al) que analiza la posición supina versus la no supina, no hubieron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del Apgar al primer minuto (supina: 8,1; no supina 8,4) ni a los cinco minutos (supina: 8,9; no supina: 9,2).

Además se describe la acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetal. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical (BRÜGGEMANN et al, 2005).

La posición vertical determina que este ángulo ("dive angle" para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.

Mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período de dilatación, como en el expulsivo, facilitando la transición feto a la vida neonatal esto evidenciado, a través de la puntuación de Apgar al minuto y a los cinco minutos (LAWRENCE, et al 2009).

Las contracciones uterinas son más efectivas, durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de ocitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (CUERVA et al, 2006).

Existe menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral.

Además dentro de los aspectos positivos se relaciona la sensación de la comodidad, libertad de movimiento, esfuerzo y dolor reducido durante el periodo expulsivo, y una participación más activa de las mujeres (GAYESKI, et al, 2009).

c) Desventajas de la posición vertical

Mayor frecuencia de pérdida sanguínea esto es mayor a 500 ml, sin embargo este dato debe interpretarse con cautela ya que, tienden a subestimarse (BRÜGGEMANN et al, 2005), Aumento de los desgarros perineales de segundo grado (MIDEROS, 2008).

No se demostraron diferencias significativas en cuanto a la analgesia o uso de anestesia durante el expulsivo, desgarros perineales de tercer y cuarto grado, cesárea, traumatismo por el nacimiento, muerte perinatal, persistencia de la posición occipito posterior, extracción manual de la placenta y necesidad de transfusión sanguínea (CUERVA, et al, 2006).

Destaca el rol más pasivo del equipo de salud, que incluso las usuarias perciben la reducción de intervenciones como aspecto negativo de la posición vertical (GAYESKI, et al, 2009).

2.3.- DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Los esfuerzos para aliviar el dolor que origina el nacimiento de un ser humano probablemente sean tan antiguos como la humanidad misma. Desde los ritos y encantamientos de las comunidades primitivas, hasta las modernas tendencias analgésicas avaladas por los hallazgos de la medicina contemporánea, el objetivo ha sido siempre: liberar a la mujer de un sufrimiento innecesario que en la actualidad parece destinado a desaparecer.

El dolor es una experiencia subjetiva, es diferente según la persona y prácticamente es imposible clasificarlo. El grado de afectación del dolor se modifica de acuerdo dependiendo

del temperamento de las personas, el estado mental, el ambiente y otros factores psíquicos. También desempeña un papel importante la ansiedad.

Las mujeres prefieren las posturas verticales, ya que les produce menos dolor, mientras la posición de litotomía es la más incómoda y dolorosa, además de que les restringe los movimientos (GAYESKI, et al, 2009).

2.4.- ESFERODINAMIA.

El uso de pelotas como método de trabajo corporal se remonta a principios de siglo. Fueron utilizadas en Suiza en círculos terapéuticos para el tratamiento de desórdenes ortopédicos y neurológicos y luego en Estados Unidos para el estudio de los reflejos, reacciones de enderezamiento y respuestas de equilibrio que componen nuestros patrones básicos de postura y movimiento. Actualmente su uso está muy difundido por el aumento de la movilidad articular, la fuerza, la resistencia, para trabajar la capacidad cardiovascular, coordinación, equilibrio, propiocepción, etc. En ámbitos tanto terapéuticos como deportivos.

Es importante señalar que en el trabajo corporal siempre está presente la dimensión simbólica del cuerpo, su aspecto psíquico, histórico, emocional, lo cual transforma a estos balones en facilitadores para trabajar, en el caso de la gestación, elementos como la vinculación con el niño(a) que se espera, con la pareja y consigo misma durante el proceso de embarazo y hacia el momento del parto (NAVES et al 2009).

2.4.1.- Beneficios de la Esferodinamia durante la gestación

Los beneficios del trabajo se comprueban en un aumento de la capacidad respiratoria, en la sensación de relajación, en la movilidad articular y en la armonía general de todo el cuerpo (NAVES et al, 2009).

El trabajo con fisiobalones durante la gestación tiene varios abordajes que pueden desarrollarse privilegiando uno u otro según las necesidades de cada gestante:

- Para la alineación de la postura en quietud y movimiento.
- Para el descanso y la relajación.
- En la prevención y tratamiento de zonas tensas y doloridas.
- En ejercicios de movilidad general del cuerpo.
- En ejercicios que facilitan la elongación de los músculos y la apertura de las articulaciones que intervienen en el parto.
- En la toma de conciencia de la pelvis, su espacio interno y preparación del suelo pélvico y periné para el momento del nacimiento.
- Como soporte para adoptar posiciones antiálgicas durante el trabajo de parto.
- Para el aumento de la conciencia de la respiración.
- Como elemento de contención y entrega, atendiendo a las necesidades psicológicas de la mujer durante la gestación y en el trabajo de parto.
- Desde el punto de vista emocional y vincular, moverse sobre los fisiobalones predispone a un estado “oceánico”, asociado a la vida intrauterina. Esto facilita, por identificación, una íntima comunicación entre la diada.
- Permite trabajar lúdicamente la relación de la gestante con su pareja o persona que sea su posible acompañante de parto.
- La esferodinamia aplicada al embarazo permite atender las necesidades de cada usuaria a través de un trabajo personalizado y diferenciado en cada etapa de la gestación.

2.4.2.- Utilidades del uso del balón de ejercicio durante el trabajo de parto activo

Dentro de los beneficios del uso del balón kinésico señalados en el Manual de Atención Personalizada con enfoque familiar en el proceso reproductivo, incluye la relajación y disminución del dolor, favorece la dilatación y el posicionamiento, encajamiento y descenso fetal.

Las tres posiciones básicas son: sentada, hincada y recargándose sobre ella, parada y recargándose en ella. Estas posiciones son más cómodas con la pelota que sin ella.

El uso de la pelota con estas tres posiciones brinda los siguientes beneficios:

- Facilita las posiciones fisiológicas que se requieren durante el parto.
- Ayuda en el balanceo de la pelvis y otros muchos movimientos del cuerpo.
- Facilita moverse o mecerse con ritmo.
- Se puede utilizar a pesar de tener colocado el monitor electrónico.
- Ayuda a la movilidad de las articulaciones pélvicas.
- Aprovecha la ventaja de la gravedad durante y entre contracciones.
- Distribuye el peso del cuerpo para sentirse más cómoda.
- Permite posiciones fisiológicamente adecuadas durante el reposo.
- Puede hacer que el trabajo de parto sea más rápido.
- Es adecuada para las técnicas a utilizar cuando se detiene el progreso.
- Ayuda a que las contracciones sean menos dolorosas y más productivas.

Sentarse en la pelota tiene ventajas adicionales:

- Fomenta la relajación de la región pélvica.
- Provee apoyo a los músculos pélvicos sin presión innecesaria.
- Elimina la presión que de otra forma se percibe al sentarse sobre una superficie dura como una silla, cama o mecedora.
- Arrodillada o parada e inclinada sobre una pelota también tiene ventajas adicionales:

- Promueve el descenso del bebé.
- Ayuda a que el bebé rote cuando se encuentra en posición posterior.
- Ayuda a aliviar el dolor en la región lumbar.
- Disminuye el esfuerzo que requieren las muñecas y palmas de las manos que resulta de adoptar la posición sobre manos y rodillas.
- Permite el libre acceso para recibir un masaje o presión en la cadera.
- Puede facilitar la rotación y descenso del bebé en un parto difícil.
- Ayuda a disminuir la presión en hemorroides (especialmente en posición de rodillas apoyada sobre la pelota).
- Además, después del parto la pelota tiene estas ventajas:
- Sentarse y brincar suavemente sobre la pelota y sosteniendo al bebé sobre los muslos o sobre el hombro cuando está incomodo, suele calmarlo.
- La pelota es un maravilloso instrumento para realizar ejercicios postnatales con objeto de restablecer fuerza y flexibilidad.

2.5.- PARTO HUMANIZADO

Desde el inicio de la humanidad, las mujeres de todas las culturas han utilizado los cambios de posición durante el trabajo de parto y el parto como un medio de acelerar, facilitar y hacer menos molesto el proceso, así en Chile, el dar a luz en posición vertical es una tradición de diversos pueblos originarios, como los Mapuches, Huilliche y Aymaras. (SADLER, et al. 2006). En la actualidad existen numerosos estudios que avalan los beneficios de esta práctica (LAWRENCE, 2009), sin embargo existe discusión respecto a los efectos en el parto y en el neonato (CUERVA, 2006).

La humanización del parto implica una nueva forma de ver al ser humano, rescatando su esencia tierna, compasiva y afectiva, magnificando la gestación y el nacimiento como fenómenos decisivos para el desarrollo de una sociedad sana y sin violencia. Es generar vínculos que produzcan sensación de seguridad y protección en las personas. Es abrir la atención de salud a una interacción participativa, igualitaria, equitativa.

Dentro de esta mirada se rescata el derecho natural de la mujer, de decidir informadamente, respetando su elección e individualidad, y dentro de esto la libertad de decidir qué postura adoptar durante su trabajo de parto, su alimentación e hidratación, y como y quien la acompañara en este proceso (LAVENDER, et al. 2006)

Se incluye la importancia tanto del bienestar materno como fetal y neonatal, reconociéndose la importancia del contacto precoz entre madre e hijo/a, inmediatamente después del parto, con el fin de establecer en las y los recién nacidos/as sanos/as y de término una serie de respuestas adaptativas, innatas y específicas, que llevan al establecimiento de señales olfativas que determinan el periodo de reconocimiento sensible, desarrollándose así pautas de interacción sincrónicas y recíprocas, siempre y cuando estén juntos y en contacto íntimo; estas conductas innatas pueden verse perturbadas por las actividades tempranas de rutina que se realizan en el hospital después del parto.

La importancia de radica también en el rol maternal que adopta la mujer, por lo que es vital en la relación con su hijo/a (ROSSEL, 2004).

Entre sus principales beneficios de la atención humanizada del nacimiento, se encuentra el brindar un entorno íntimo, en el que la dignidad y las decisiones de los padres sean respetadas, favorecer el vínculo de apego entre el bebé y su madre, desde la gestación y con énfasis durante las primeras horas de vida, lo que implica entre otras medidas, restringir el uso de la tecnología innecesaria durante el proceso de gestación y parto y la promoción de la lactancia materna. Más específicamente medidas tales como el contacto piel a piel, amamantar dentro

de la primera hora después del parto, habitación conjunta, lactancia libre demanda y la presencia del padre o persona significativa en el parto. Estas medidas han resultado en una disminución de las tasas de maltrato infantil, mayor participación del padre en el cuidado del niño/a, lactancia más exitosa durante todo el primer año y menor abandono de recién nacidos / as.

La humanización de la atención, no ha estado exenta de resistencias, puesto que implica transformaciones importantes, tanto de infraestructura, formación profesional, y cultural (SADLER, et al 2006).

3.- MARCO METODOLOGICO

3.1.- TIPO DE ESTUDIO.

Se realizará un estudio cuantitativo, de tipo exploratorio, no experimental, y prospectivo. Es de tipo Cuantitativo dado que en ella se recogerán y analizarán datos de variables medibles ya sea de categoría nominal u ordinal. Las investigaciones cuantitativas tratan de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. (ZAPATA, 2005).

Corresponde a una investigación de tipo exploratoria, porque se efectúa sobre un tema u objeto poco conocido o estudiado como son los efectos del parto en posición vertical y el uso de la esferodinamia, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto.

Estos estudios son propios de las primeras etapas del desarrollo de una investigación, pueden proporcionar hechos, datos e ir preparando el camino para la configuración de nuevas investigaciones.

3.2.- POBLACION EN ESTUDIO Y LOCALIZACIÓN.

Población de parturientas atendidas en el hospital de Paillaco durante el periodo Octubre- Noviembre del año 2009, se establecerá, a medida que se recopilen los datos, el uso de esferodinamia, el número y porcentaje de los partos atendidos en posición vertical.

3.3.- DISEÑO MUESTRAL.

Se utilizará un Censo en el cual se incluirán gestantes con las siguientes características:

3.3.1.- Criterios de inclusión

Se incluyeron en este estudio, gestantes a término, con edades entre los 19 y 34 años, paridad ≤ 3 , embarazo único, que ingresaron a partos en trabajo de parto espontáneo, utilizaron balón kinésico durante este periodo, y cuyo parto fue asistido en posición vertical en la Maternidad del Hospital de Paillaco durante el periodo comprendido entre Octubre y Noviembre del año 2009, con previa firma del consentimiento informado, para participar en el estudio.

3.3.2.- Criterios de exclusión

En este estudio se excluirán mujeres adolescentes menores de 19 años, mujeres con más de 34 años, gran multíparas, en trabajo de parto avanzado, parto en posición horizontal embarazos de pretérmino y con patología.

3.4.- TECNICA DE RECOLECCION DE LOS DATOS Y DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se utilizara un Censo, puesto que la población a estudiar es pequeña, y es necesario contar con información precisa de cada una de las variables a estudiar, debido a que en nuestra población existe una gran variación de las características de interés, juntamente con la seguridad de que todas estas estarán consideradas en el análisis, el presupuesto con el que se contara es sustentable para la realización de este censo. Se utilizó la ficha clínica y maternal como fuente secundaria de información de los datos generales. Los

datos obtenidos se vaciaron en un cuestionario, el cual contiene las variables a estudiar, y constó de 4 partes:

- I. Identificación biosociodemográfica de las parturientas.
- II. Antecedentes o Evolución del Trabajo de Parto y Parto
- III. Antecedentes del Recién nacido
- IV. Percepción de la usuaria

3.5.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES EN ESTUDIO.

3.5.1. Del embarazo y Trabajo de parto.

Variable	Definición	Operacionalización
Edad materna	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta su ingreso.	19 años a 34 años. Según tabla.
Procedencia	Lugar de residencia actual de la gestante.	Urbano Rural
Paridad	Número de nacimientos de productos ya sean estos vivos o muertos.	Primípara Multípara de 1 Multípara de 2 Multípara de 3.
Control prenatal	Número de controles prenatales realizados por la embarazada, previo a su parto	Ninguno. Menor o igual a 3 controles. 4 a 6 controles. 7 a 9 controles. 10 y más controles.

Integridad de las membranas ovulares	Indemnidad de las membranas ovulares	Membranas ovulares integra. Rotura prematura de membranas. Rotura precoz de membranas. Rotura artificial de membranas.
Embarazo deseado	Deseo de embarazarse según registro en el primer control prenatal, registrado en carnet prenatal.	Si No
Edad Gestacional de término.	De 37 a 42 semanas, a partir de la Fecha de Ultima Regla segura y confiable y/o Ecografía precoz.	37-40 semanas. 41-42 semanas.

3.5.2.-Del parto.

Variable	Definición	Escala
Parto vertical	Cualquier posición vertical (considerando vertical a partir de los 45° de inclinación inclusive	Si No
Episiotomía	Incisión quirúrgica del periné.	Si No

Desgarros del periné	Lesiones de mucosa vulvo-vaginal, que puede comprometer piel, mucosa o tejido subcutáneo	Desgarros de primer, segundo, tercer y cuarto grado.
Edema del periné	Eliminación de flujo sanguíneo vaginal.	> a 500ml. < o igual a 500 ml.
Perdidas sanguíneas	Mayores o menores de 500 ml, estimadas por la matrona que asiste el parto.	<de 2 hrs. 2 a 5 horas 6 a 10 horas > 10 hrs.
Duración expulsivo	Desde la dilatación completa hasta la salida del feto, medido en minutos.	Según matrón/ona que asiste y/o técnico paramédico, verificado según registros.
Duración del trabajo de parto	Lapso que media entre los 3 cm. de dilatación, hasta la dilatación completa (10 cm.), según tacto vaginal.	Según partograma y registros de hoja de urgencia.
Patrón anómalo de frecuencia cardíaca fetal	Modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal indicadoras de riesgo potencial de hipoxia fetal	Si. No.

Dolor	Sensación desagradable permanente que se siente durante las contracciones uterinas y expulsivo.	Escala Visual Numérica (EVN): escala graduada de 0 a 10 en la cual la parturienta registra la percepción del dolor, siendo cero la ausencia de dolor y diez el peor dolor imaginable. Puede ser leve, moderado o grave o con número.
-------	---	--

3.5.3.-Del recién nacido

Variable	Definición	Escala
Apgar	Expresión de parámetros como frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, evaluados al minuto y a los cinco minutos de vida, en escala de 0 a 2.	Depresión: leve, moderada o grave.

Sexo del recién nacido/a	Características morfológicas de órganos genitales externos masculinos o femeninos descritos en el examen físico realizado por el profesional que asiste el parto.	Masculino. Femenino.
Peso del recién nacido/a	Peso del recién nacido/a al momento de su nacimiento, medido en gramos.	< 2.499 grs. 2.500 -3.000 grs. 3.001- 3.500 grs. 3.501- 4.000 grs. > 4.000 grs.
Talla del recién nacido/a	Medición en centímetros del recién nacido/a	Menos de 47 cm. 47- 53 cm. Mayor 53 cm.
Traslado a neonatología HCRV	Derivación del neonato a centro especializado según complicaciones derivadas de la asistencia del parto o neonatal.	No se traslado Distrés respiratorio Hiperbilirrubinemia Anomalía congénita inadvertida Otra.

Traumatismos obstétricos	Toda lesión anatómica que se produce al producto de la concepción como consecuencia del trabajo de parto y/o su asistencia.	Cefalohematoma Fractura de clavícula Otros.
Reanimación del recién nacido/a	Acciones de urgencia, destinadas a mejorar la oxigenación y adaptación del recién nacido/a con depresión cardio respiratoria.	Si No

<p>Diagnostico pediátrico</p>	<p>Clasificación de la relación peso edad gestacional, según curvas chilenas de crecimiento intrauterino ajustadas por talla materna, paridad y sexo del recién nacido.</p>	<p>AEG aquello recién nacidos cuyo peso se ubica entre percentiles 10 y 90 de la curva de Juez y cols. PEG aquellos recién nacidos cuyo peso se ubica bajo percentil 10 de la curva de Juez y cols. GEG aquellos recién nacidos cuyo peso se ubica sobre percentil 90 de la curva de Juez y cols.</p>
-------------------------------	---	---

3.6.- PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Los datos recolectados se ingresaran a una base de datos que será analizada estadísticamente en el software SPSS 15.0 para Windows. Las variables serán agrupadas según su condición de ordinal o nominal y cuantificadas en la población en estudio. El análisis de la información, se hizo en base a estadígrafos de distribución de frecuencia nos permitirá calificar los datos obtenidos y dividirlos en tema de interés, de igual modo agrupar datos en categorías, clasificarlos y resumirlos con la finalidad de tener información que fundamente la formulación del problema. Para conocer la relación entre variables categóricas se utilizó la prueba no paramétrica ji cuadrada o X^2 , obtenida de tablas de contingencia.

4.- PRESENTACION DE RESULTADOS

De un total de 22 partos atendidos en el servicio de maternidad del Hospital de Paillaco, entre el periodo Octubre a Noviembre del año 2009, 12 partos fueron asistidos en posición vertical, lo que corresponde a un 54,54%; de estos 9 utilizaron balón kinésico, esto es un 75% de las usuarias asistidas en posición vertical. Estas nueve gestantes se caracterizaron por presentar en su mayoría edades entre el rango de los 19 y 24 años, la mayoría son convivientes, con una enseñanza media completa (66,7%), procedentes en un 55,6 % de la zona urbana, tanto de Paillaco como de Futrono. El 89% de las parturientas presentaron una edad gestacional entre 37 y 40 semanas; 44,4% (4 gestantes) fue primigesta y 56% multigesta (5 casos).

El 100% fueron atendidos con técnicas de asepsia y antisepsia, no se realizaron enemas, ni tricotomías, la usuaria decidió libremente la posición durante su trabajo de parto, la deambulación, el uso de balón kinésico, entre otras. Además la musicoterapia estuvo presente en el 100% de los trabajos de parto, la tina de hidromasaje se utilizó en 3 usuarias y la masoterapia en 2 gestantes.

El perfil de los recién nacidos/as se encuentra en su mayoría adecuados para edad gestacional (66,7%) con un peso promedio de 3.386 grs. Un Apgar al minuto y a los cinco minutos de 9 a 10, con una talla entre 47 a 53 cms. Y dos casos de traumatismos obstétricos al nacimiento.

Dentro de puerperio se presentaron dos casos de anemia severa, 5 casos de desgarro grado uno, y uno grado 3, episiotomías realizadas en dos usuarias. Usuaria evolucionó con edema del periné.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

4.1.- DE LA USUARIA.

El promedio de edad de las parturientas se encuentra en 23,5 años, procedentes principalmente del área urbana de Paillaco, ninguna con escolaridad baja, pues la mayoría termino la enseñanza media, se caracterizaron por ser en mayor porcentaje primigestas y convivientes.

El promedio de edad gestacional fue de 39 semanas, y el de controles de embarazo 7, dos usuarias tuvieron controles en el Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, y una parturienta aparece sin controles de embarazo, señalando controles en el extrasistema.

Se destaca que la mayoría de las gestantes no planificaron su embarazo, esto según la revisión de su carnet prenatal y en la ficha de parto apareció consignado como embarazo aceptado en las nueve usuarias. El promedio de edad de las usuarias que planificaron su gestación fue de 19, 5 años y en aquellas que no lo hicieron la edad promedio fue de 26,6 años. (Tabla N°1).

Tabla N°1 Características de las usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical. Maternidad Hospital de Paillaco 2009.

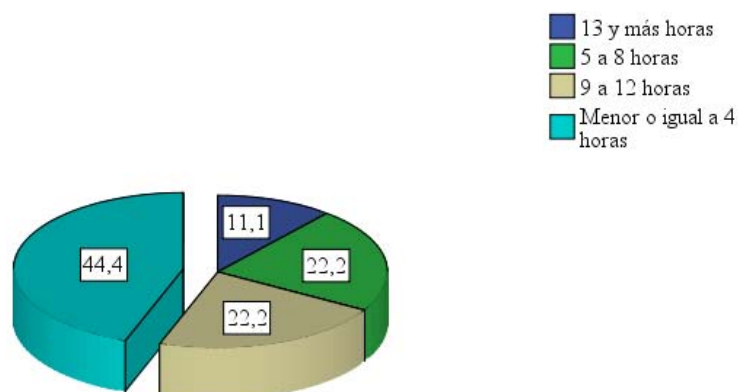
	N°	%
Edad (años)		
19- 24	6	66,6%
25-29	1	11,1%
30-35	2	22,2%
Españidad		
Enseñanza media completa	6	66,6%
Enseñanza media incompleta	2	22,2%
Enseñanza superior incompleta	1	11,1%
Procedencia		
Urbano	6	66,6%
Rural	4	44,4%
Estado civil		
Soltera	2	22,2%
Casada	2	22,2%
Conviviente	5	55,6%
Paridad		
Primigesta	4	44,4%
Multipara de uno	2	22,2%
Multipara de dos	3	33,3%
Número de controles de embarazo		
Ninguno	1	11,1%
menor a 3	2	22,2%
7 a 9	2	22,2%
10 y más	4	44,4%
Edad gestacional (semanas)		
37 a 40	8	88,8%
41 a 42	1	11,1%
Planificación del embarazo		
Si	4	44,4%
No	5	55,6%

Fuente: Ficha clínica, recolectado por Investigadora.

4.2.- DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

En la siguiente tabla se presenta la duración de periodo de dilatación, destacando que un 44,4% de las usuarias de esferodinamia tuvo en promedio una duración de la fase activa menor o igual a 4 horas, estableciéndose como promedio de duración 5,8 horas (gráfico N°1).

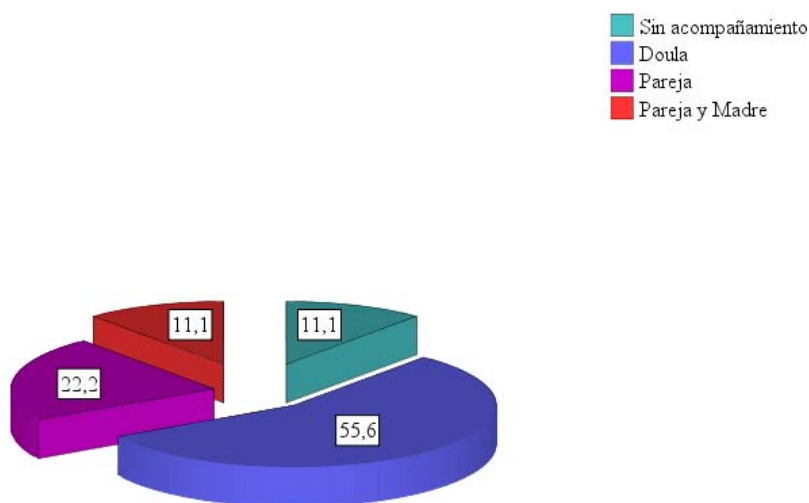
Gráfico N°1 Duración de la fase activa del trabajo de parto en parturientas asistidas en posición vertical y usuarias de esferodinamia. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Respecto al acompañamiento solo una usuaria no tuvo compañía durante su trabajo de parto y parto, el 55,6% fue acompañada por una Doula representada por un técnico en enfermería, la pareja estuvo presente en un 33,3%. (gráfico N°2).

Gráfico N°2 Presencia de acompañamiento de las usuarias de esferodinamia y parto en posición vertical. Maternidad del Hospital de Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Se destaca que no se utilizó en ningún caso fórceps, sin embargo se realizó aceleración oxitócica en una usuaria lo que nos refleja un parto sin fármacos aceleradores en un 88,9%. Se realizó amniorrexis solo en caso, un 33,3% tuvo una rotura precoz de las membranas, y 4 usuarias llegaron al parto con membranas integra (tabla N°2).

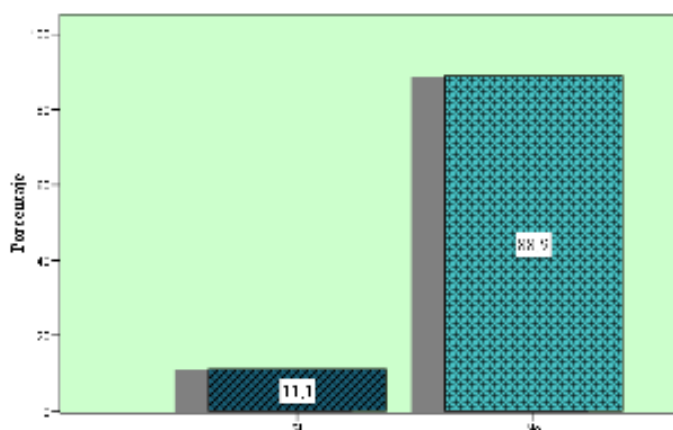
Sólo se presentó un caso de desaceleración, la que correspondió a una de tipo variable, por compresión del Cordón umbilical, así un 88,9% tuvo un trazado de la frecuencia cardiaca normal (gráfico N°3).

Tabla N°2 Eventos obstetricos y fetales durante el trabajo de parto y parto en usuarias de esferodinamia y parto en posición vertical. Maternidad Hospital Paillaco 2009.

	N°	%
Uso de oxitocina	1	11,1%
Estado de integridad de las membranas ovulares		
Integras	4	44,4%
Rotura prematura	1	11,1%
Rotura precoz	3	33,3%
Rotura artificial	1	11,1%

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

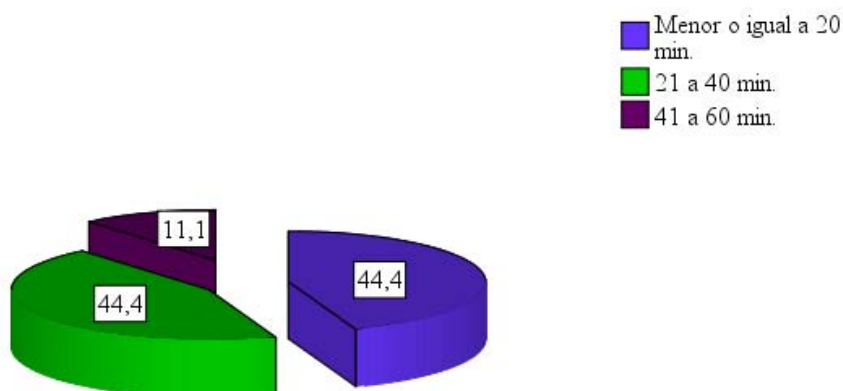
Gráfico N°3 Presencia de desaceleraciones tardías de la frecuencia cardiaca fetal en usuarias de esferodinamia y parto en posición vertical. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

La duración del periodo expulsivo tuvo un promedio de 22,8 minutos, concentrándose en los rangos de 40 y menos minutos en un 88,8%.(gráfico N°4).

Gráfico N°4 Duración del Expulsivo en usuarias asistidas en posición vertical y uso de balón kinésico. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

4.3.- DEL/LA RECIEN NACIDO/A.

El perfil de los recién nacidos/as de las usuarias encuestadas se caracteriza por ser mayormente de sexo masculino con un 55,6%,(tabla N°3) encontrarse entre un peso entre 3.001 grs a 3500 grs, con un 44,4%, con un promedio de peso de 3.386 gramos, y una talla promedio de 43,7 centímetros, la mayoría tuvo un diagnostico pediátrico como Adecuado para Edad Gestacional, puntuaciones de Apgar al minuto y a los cinco minutos entre el rango de 9 a 10.

El promedio de duración del apego fue de 30,7 minutos, en el 77,8% fue entre 20 y 30 minutos, sólo en dos usuarias el apego se prolongo por 40 minutos.

No se presentaron casos referidos a la Unidad de Neonatología en el Hospital de Valdivia, tampoco necesidad de reanimación.

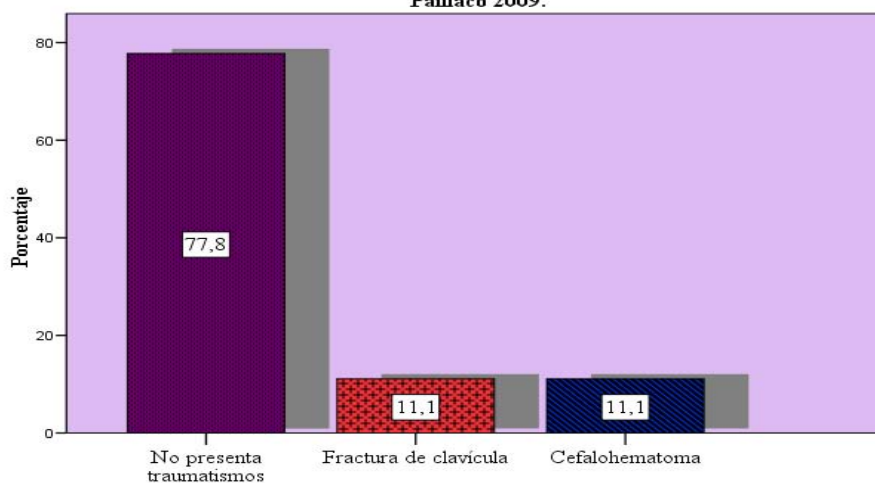
Un 22,2% presentaron traumatismos obstétricos, los cuales fueron cefalohematoma y fractura de clavícula (gráfico N°5).

Tabla N°3 Características de las y los recién nacidos/as de usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical. Maternidad Hospital Paillaco 2009.

	N°	%
Sexo		
Femenino	4	44,4%
Masculino	5	55,5%
Peso (gramos)		
2.500 a 3.000	2	22,2%
3.001 a 3.500	4	44,4%
3.501 a 3.999	1	11,1%
Mayor o igual a 4.000	2	22,2%
Talla (centímetros)		
47 a 53 centímetros	9	100%
Clasificación pediátrica		
PEG	1	11,1%
AEG	6	66,6%
GEG	2	22,2%
Apgar al minuto		
9 a 10	9	100%
Apgar a los cinco minutos		
9 a 10	9	100%
Duración del Apego (minutos)		
20 a 30	7	77,7%
31 a 40	2	22,2%

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Gráfico N° 5 Presencia y tipo de traumatismo obstétrico en recién nacidos/as de usuarias asistidas en posición vertical y esferodinamia. Maternidad Hospital Paillaco 2009.

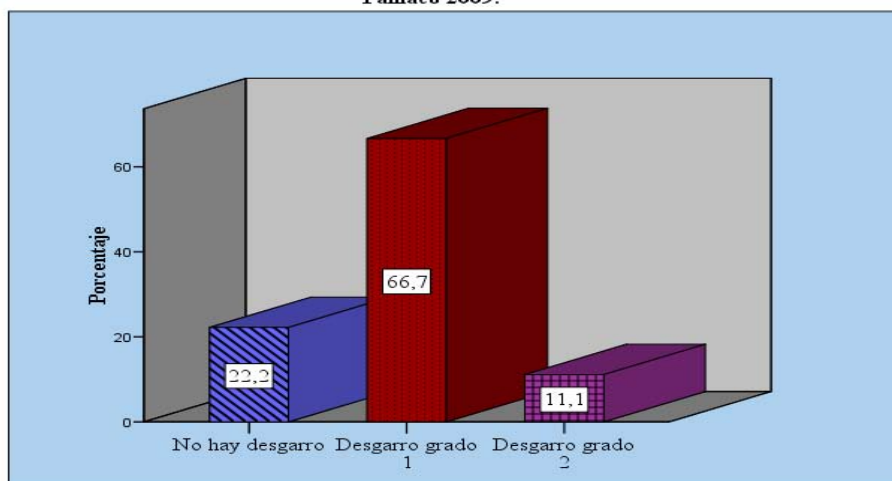


Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

4.4.- DEL PUERPERIO

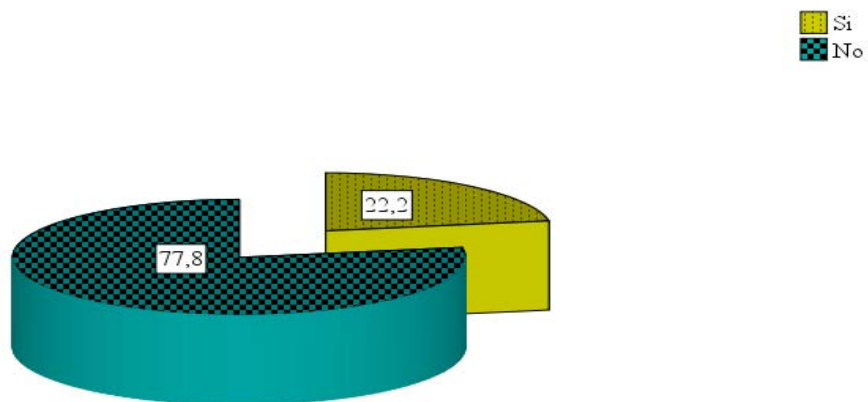
Los desgarros fueron mayormente grado 1 con un 66,7%, solo se presentó un caso de desgarro grado 2 en que el recién nacido pesó 4.210 grs. (gráfico N°6) En un 77,8% no se realizó episiotomía, y los dos casos en que se efectuó, fue en primigestas (gráfico N°7).

Gráfico N°6 Presencia de desgarros durante el expulsivo en usuarias asistidas en posición vertical y esferodinamia. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



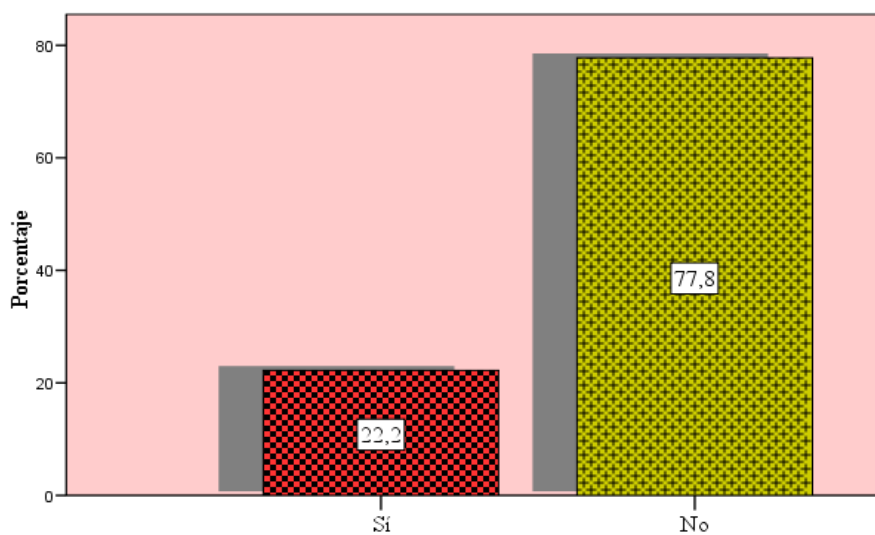
Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Gráfico N°7 Episiotomías realizadas a usuarias asistidas en posición vertical y esferodinamia. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Gráfico N°8 Presencia de Edema del periné en usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical. Maternidad Hospital Paillaco 2009.

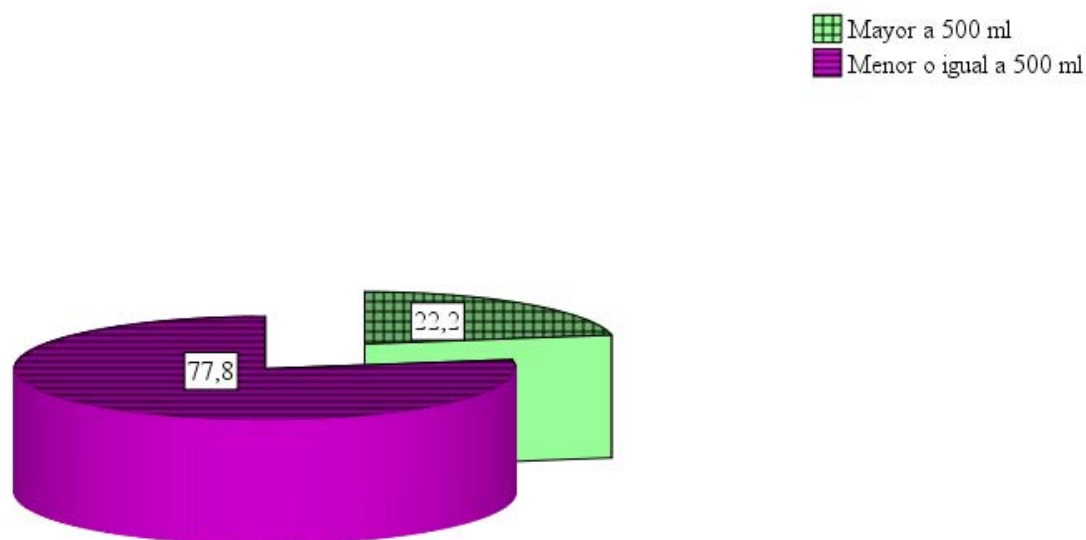


Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Destaca que se presentaron dos casos de hematoma vulvar correspondiendo a un 22,2%, (gráfico N°10), además se presentó un caso de Hipotensión, y fueron derivadas al Hospital Regional de Valdivia dos usuarias para transfusión sanguínea por anemia severa, estos dos casos se incluyen en las mujeres con pérdidas sanguíneas estimadas mayor a 500 ml, las cuales fueron un 22,2%.(gráfico N°9).

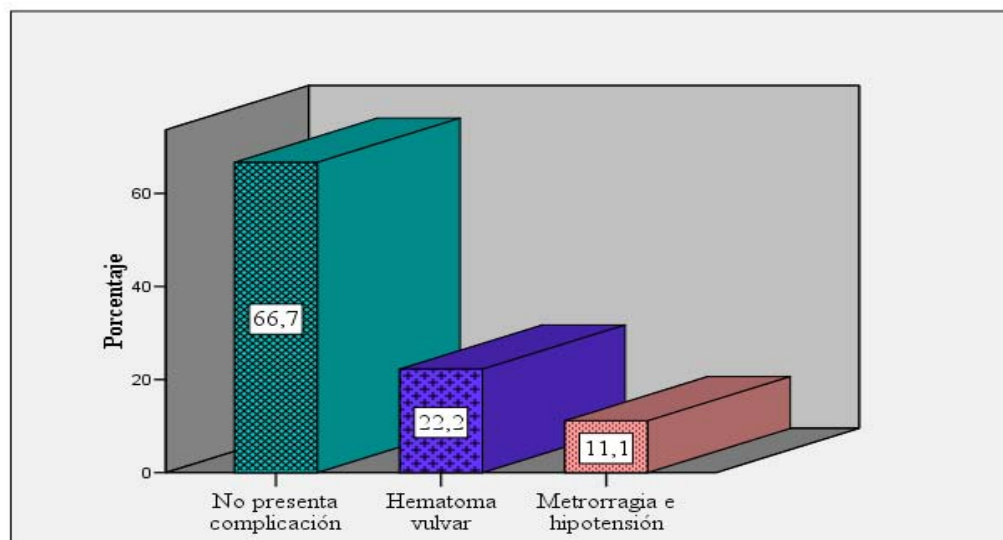
Un 66,7% no presentó complicaciones durante este periodo y un 22,2% presentó edema del periné, dentro de estos, en un caso fue descrito como leve (gráfico N°8)

Gráfico N°9 Pérdida sanguínea estimada en usuarias asistidas en posición vertical y uso de balón kinésico. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



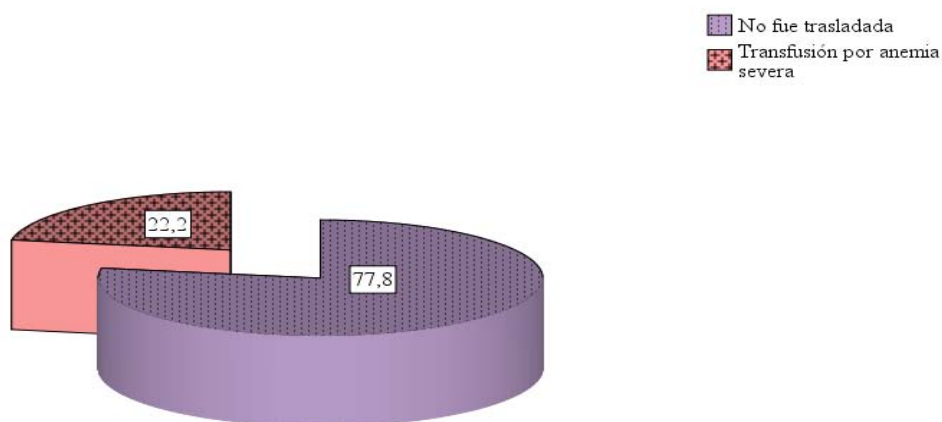
Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Gráfico N°10 Presencia y tipo de complicación durante el puerperio en usuarias asistidas en posición vertical y esferodinamia. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Gráfico N°11 Necesidad de traslado al Hospital Regional Valdivia en usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

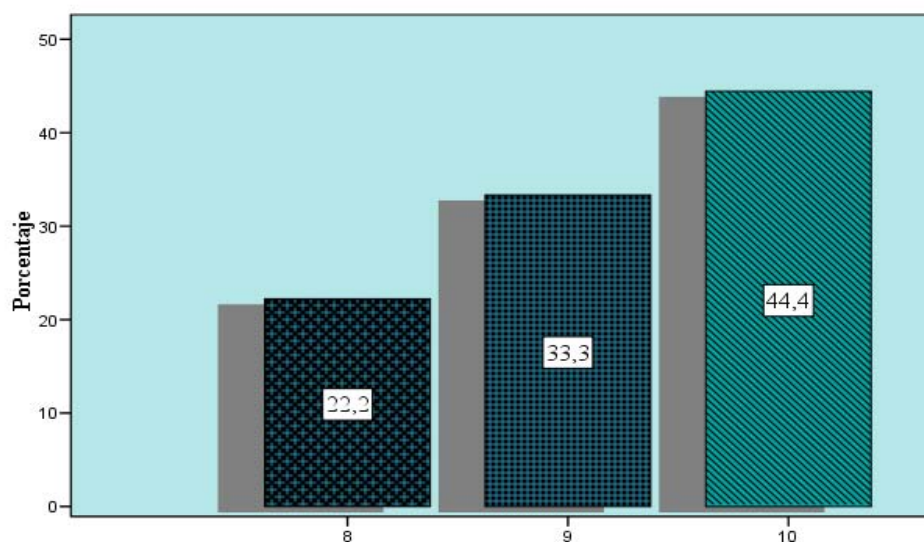
4.5.- DE LA EVOLUCION DEL DOLOR.

El dolor del trabajo de parto es calificado como máximo dolor en la mayoría de las usuarias encuestadas. La puntuación del dolor se concentró entre 8 a 10 según la escala numérica del dolor empleada luego del parto, con un 44,4% de las usuarias señalando el máximo dolor durante el periodo de dilatación antes de utilizar algún método de alivio del dolor (gráfico N°12).

Luego del uso de balón kinésico el rango del dolor disminuyo a 6, y se concentro en 8 con un 33,3% y solo 11,1% esto es una usuaria manifestó un dolor máximo (gráfico N°13)

Durante el expulsivo el dolor vario de 4 a 10, sin embargo en dolor se concentro en 10 con un 44,4% (gráfico N°14).

Gráfico N°12 Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el trabajo de parto antes del uso de balón kinésico. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



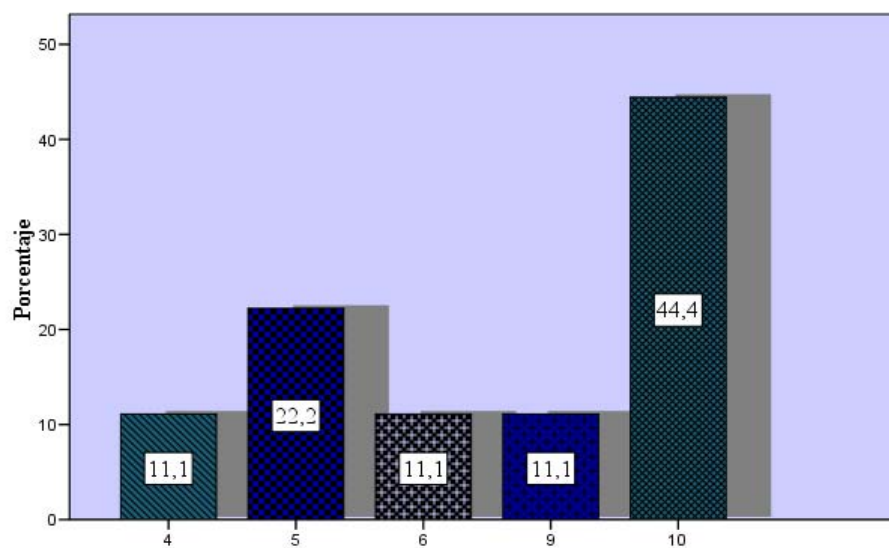
Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Gráfico N°13 Grado de dolor medido a través de escala numerica, presentado por la usuaria durante el trabajo de parto luego del uso de balón kinésico. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Gráfico N°14 Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el expulsivo en posición vertical. Maternidad Hospital Paillaco 2009.



Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

4.6.- DE LA PERCEPCION DE LAS USUARIAS.

Un 77% de las usuarias encuestadas, manifiesta estar muy de acuerdo en repetir la experiencia del parto en posición vertical (tabla N°4).

En la tabla N°4 se señala que solo un 33,3% de las mujeres percibió una adecuada educación referente a los métodos a utilizar (parto vertical y balón kinésico) un 56% se manifestó que no la recibió, y un 11,1% la recibió incompleta.

Un 44,4% de las usuarias señala que se sintió en libertad de decidir sin presiones por parte del profesional matrn/ona el uso o no uso de las técnicas estudiadas (tabla N°4).

En cuanto a la ayuda durante el parto un 66,6% piensa que el uso del balón y la posición vertical de su parto si ayudo para que este fuera más rápido.

Un 66,6% de las mujeres encuestadas señalo que siente que el balón kinésico no le ayudo durante el periodo de dilatación (tabla N°4). El mismo porcentaje se manifestó en contra de la disminución del dolor durante la fase activa, durante el uso del balón kinésico (tabla N°4).

La mayoría de las mujeres no fueron informadas durante sus controles prenatales, de la existencia de estas dos modalidades de atención, solo un 33,3% manifestó muy de acuerdo y de acuerdo (tabla N°4).

Tabla N°4 Percepción de las usuarias respecto a la asistencia en posición vertical y uso de balón kinésico. Maternidad Hospital Paillaco 2009

	N°	%
Información previa otorgada		
Muy y en desacuerdo	5	56
Más o menos	1	11
Muy y de acuerdo	3	33
Relajación y disminución del dolor (balón kinésico)		
Muy y en desacuerdo	4	45
Más o menos	2	22
Muy y de acuerdo	3	33
Utilidad de la esferodinamia en el trabajo de parto		
Muy y en desacuerdo	2	22
Más o menos	1	11
Muy y de acuerdo	6	67
Utilidad del balón kinésico y parto vertical sobre la duración del periodo expulsivo		
Muy y en desacuerdo	2	22
Más o menos	1	11
Muy y de acuerdo	6	67
Libertad en la decisión de utilizar técnicas		
Muy y en desacuerdo	4	44
Muy y de acuerdo	5	56
Educación respecto a las técnicas utilizadas		
Muy y en desacuerdo	3	33
Más o menos	1	11
Muy y de acuerdo	5	56
Repetir experiencia de parto en posición vertical		
Muy y en desacuerdo	2	22
Muy y de acuerdo	7	77

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

La tabla N°5 de contingencia, refleja que la mayor paridad (múltipara de dos) presenta un trabajo de parto más breve en horas, y la duración de las primigestas se concentra en 9 a 12 horas. Dentro de las estadísticas de contraste, calculado a través de la prueba de ji cuadrado, no existe una relación significativa entre la paridad de las usuarias estudiadas y la evolución en horas del trabajo de parto.

Tabla N°5 Relación entre la duración de la fase activa y paridad de las usuarias de balón kinésico y parto en posición vertical. Maternidad Hospital Paillaco 2009.

Recuento		Tiempo de evolución de la fase activa del trabajo de parto (horas) en usuarias encuestadas				Total
		Menor o igual a 4 horas	5 a 8 horas	9 a 12 horas	13 y más horas	
Número de partos de las usuarias encuestadas	Primigesta	1	1	2	0	4
	Multipara de 1	1	1	0	0	2
	Multipara de 2	2	0	0	1	3
Total		4	2	2	1	9

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Estadísticos de contraste			
		Número de partos de las usuarias encuestadas	Tiempo de evolución de la fase activa del trabajo de parto (horas) en usuarias encuestadas
Chi-cuadrado	a,b	,667	2,111
gl		2	3
Sig. asintót.		,717	,550

a. 3 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 3,0.

b. 4 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 2,3.

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados

La siguiente tabla presenta la asociación entre la duración del trabajo de parto y el nivel de dolor durante el periodo de dilatación que es menor (puntuación 8) en el caso de trabajos de partos más breves (menor de 4 horas), según el cálculo de ji cuadrado no existe asociación entre ambas variables, la tabla de cálculo se anexa a la tabla N°6.

La duración del expulsivo y el grado de dolor señalado en la tabla N°7, aquellas que tuvieron un tiempo más breve en esta etapa del trabajo de parto señalaron un dolor intenso de 10, en tabla de contingencia demuestra que no existe relación entre estas variables.

Tabla N°6 Tiempo de evolución de la fase activa del parto (horas) y su relación con el grado de dolor presentado por las usuarias durante el trabajo de parto, luego del uso del balón kinésico. Maternidad Hospital Paillaco 2009

Recuento		Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el trabajo de parto luego del uso de balón kinésico					Total
		6	7	8	9	10	
Tiempo de evolución de la fase activa del trabajo de parto (horas) en usuarias encuestadas	Menor o igual a 4 horas	1	0	2	1	0	4
	5 a 8 horas	1	0	1	0	0	2
	9 a 12 horas	0	1	0	0	1	2
	13 y más horas	0	1	0	0	0	1
Total		2	2	3	1	1	9

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Estadísticos de contraste			
		Tiempo de evolución de la fase activa del trabajo de parto (horas) en usuarias encuestadas	Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el trabajo de parto luego del uso de balón kinésico
Chi-cuadrado	a,b	2,111	1,556
gl		3	4
Sig. asintót.		,550	,817

a. 4 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 2,3.

b. 5 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 1,8.

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Tabla N°7 Duración del periodo expulsivo y su relación con el grado de dolor presentado por la usuaria durante esta etapa, asistida en posición vertical. Maternidad Hospital Paillaco 2009.

Recuento		Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el expulsivo en posición vertical					Total
		4	5	6	9	10	
Duración del expulsivo medido en minutos en usuarias encuestadas	Menor o igual a 20 minutos	0	1	0	1	2	4
	21 a 40 minutos	1	0	1	0	2	4
	41 a 60 minutos	0	1	0	0	0	1
Total		1	2	1	1	4	9

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Estadísticos de contraste

		Duración del expulsivo medido en minutos en usuarias encuestadas	Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el expulsivo en posición vertical
Chi-cuadrado	a,b	2,000	3,778
gl		2	4
Sig. asintót.		,368	,437

a. 3 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 3,0.

b. 5 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 1,8.

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

De las usuarias que planificaron su embarazo el dolor se concentró en 8, y en aquellas que no lo planificaron en 7, según el cálculo de asociación ambas variables no es estadísticamente significativo (Tabla N°8)

En la tabla N°9 se relaciona dolor percibido por la usuaria de esferodinamia, en el expulsivo y la planificación del embarazo, donde no existe relación

Tabla N°8 Relación entre el nivel del dolor durante la fase activa luego del uso del balón kinésico y planificación del embarazo. Maternidad Hospital Paillaco 2009.

Recuento		Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el trabajo de parto luego del uso de balón kinésico					
		6	7	8	9	10	Total
Embarazo planificado por la usuaria y su pareja	Si	1	0	2	0	1	4
	No	1	2	1	1	0	5
Total		2	2	3	1	1	9

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Estadísticos de contraste			
		Embarazo planificado por la usuaria y su pareja	Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el trabajo de parto luego del uso de balón kinesico
Chi-cuadrado	^{a,b}	,111	1,556
gl		1	4
Sig. asintót.		,739	,817

a. 2 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 4,5.

b. 5 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 1,8.

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Tabla N°9 Relación entre el dolor percibido por la usuaria de esferodinamia, en el expulsivo en posición vertical y la planificación del embarazo. Maternidad Hospital Paillaco 2009.

Recuento		Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el expulsivo en posición vertical						Total
		4	5	6	9	10		
Embarazo planificado por la usuaria y su pareja	Si	1	1	0	0	2	4	
	No	0	1	1	1	2	5	
Total		1	2	1	1	4	9	

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

Estadísticos de contraste			
		Embarazo planificado por la usuaria y su pareja	Grado de dolor medido a través de escala numérica, presentado por la usuaria durante el expulsivo en posición vertical
Chi-cuadrado	^{a,b}	,111	3,778
gl		1	4
Sig. asintót.		,739	,437

a. 2 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 4,5.

b. 5 casillas (100,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 1,8.

Fuente: Investigadora, en base a datos recolectados.

5.- DISCUSION

Un gran número de evidencias bibliográficas internacionales y nacionales sostienen la necesidad de humanizar el nacimiento, incorporando prácticas naturales y dejando las intervenciones que se han demostrado como ineficaces (SADLER, et al 2006). En la Maternidad del Hospital de Paillaco el proceso de humanización ha sido un proceso lento, donde se han incorporado métodos no farmacológicos de alivio del dolor como el uso de fisiobalones desde el año 2006, tina de hidromasajes y masoterapia, existiendo además, la referencia oportuna para la analgesia del parto hacia el Hospital Regional Valdivia, la atención se percibe como cálida, humana y acogedora, no existen registros de reclamos, al contrario sólo agradecimientos, explicitando las anteriores características.

El ambiente es algo que acompañó permanentemente el proceso del nacimiento, en las nueve atenciones en posición vertical, se resguardó el silencio y se dio paso sólo a la música y la respiración de la parturienta, la luz tenue y la quietud estuvo en el 100% de las atenciones del parto, en las usuarias estudiadas.

Dentro del perfil que caracteriza a la población en estudio, se destaca que el rango de edades se concentra en mujeres jóvenes mayores de 19 años, la gestante con mayor edad fue de 33 años, todas con escolaridades completas, y controles prenatales completos, destaca que la mayoría de las mujeres que no planificaron su embarazo tienen en promedio 19,5 años, y aquellas que si lo hicieron tienen un promedio de 26,6 años, esto puede reflejar la tendencia actual, que las mujeres a mayor edad postergan la maternidad por asuntos personales y laborales, y también la característica respecto al rol maternal que desean muchas de las jóvenes pertenecientes a esta comuna.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS el número de controles prenatales de forma ideal es de 8 a 10 controles por el lapso total de la gestación. Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud. El control prenatal estuvo en su mayoría entre los 10 y más controles, lo que refleja el eficiente acceso a los servicios de atención primaria otorgado en la comuna.

El trabajo de parto se caracterizó por no presentar complicaciones, la mayoría evolucionó dentro de los parámetros normales de la fase activa, y la duración promedio de este periodo fue de 5 horas, que es una duración breve y normal, considerando que solo en una usuaria se utilizó fármacos aceleradores como la oxitocina, así mismo la duración del expulsivo de 22 minutos, un tiempo fisiológico (CUERVA et al., 2006).

En este establecimiento el acompañamiento lo asume una Doula, en el caso que la parturienta se encuentre sola, en este estudio la mujer decidió quien la acompañaría en el trabajo de parto, así el 89% tuvo un acompañamiento parcial y un 67% acompañamiento integral o total, esto es compañía desde el ingreso a Maternidad hasta el puerperio inmediato.

En cuanto al uso de oxitocina se señala la poca o casi nula necesidad de su uso debido a que las contracciones uterinas son más efectivas durante el período expulsivo, ya que se suceden con menor frecuencia pero con mayor intensidad, (CUERVA et al., 2006), en este trabajo se constató sólo el empleo de este fármaco en una parturienta. Además provoca menos intervenciones obstétricas como el uso de fórceps que en esta población no se utilizó. Solo se realizó una rotura artificial de las membranas.

Dentro de los beneficios de un parto en posición vertical, se considera un menor riesgo de alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal (CUERVA et al., 2006). Esta última variable se presentó en un caso, y es el mismo en el que se utilizó oxitocina.

Según la literatura el parto vertical trae como principal beneficio en el/la recién nacido/a un puntuación en el Apgar satisfactoria, (LAWRENCE, et al. 2009) en este estudio se puede

establecer que el Apgar al minuto y a los cinco minutos fue entre 9 y 10, no necesitándose estimulación táctil ni administración de oxígeno libre a estos niños/as nacidos en la verticalidad, por lo que en las dos mediciones, tras el uso de estas modalidades, tiene buen impacto en los indicadores neonatales.

En cuanto a las desventajas de la posición vertical diferentes autores señalan el aumento en las pérdidas sanguíneas durante el parto y el postparto (BRÜGGEMANN *et al.*, 2005) y a pesar de lo que señala el autor al subestimar las pérdidas, en nuestro grupo de estudio dos puérperas fueron referidas al Hospital de Valdivia para transfusión por anemia severa, estos dos casos de anemia severa, estaban incluidos en las cinco usuarias que presentaron anemia gestacional leve, esto a pesar de la estimación de pérdida sanguínea mayor a 500 ml en solo el 11,1% de las usuarias.

No existen trabajos nacionales respecto a este tema, por lo que los resultados solo se comparan con experiencias de trabajos internacionales, y con referencia a ésta, se espera que la mujer esté familiarizada con el uso de los fisiobalones, (NAVES *et al.*, 2009), con el objeto de desarrollar la “confianza” en este método, y saber utilizarlo según las distintas necesidades que aparezcan, sin embargo la percepción de las usuarias encuestadas, refleja que cinco de ellas no recibieron ninguna clase de información en su centro de control prenatal y el 100% manifestó no haber participado de los talleres de programa Chile Crece Contigo, que actualmente están en desarrollo en la comuna de Paillaco.

Esto refleja una clara falta de información y acceso a las técnicas de alivio del dolor no farmacológico lo que puede explicar que el 33% de las parturientas en estudio manifestó poca confianza en los beneficios de la esferodinamia en relación al avance del trabajo de parto y parto, y el 44,4% señaló no haber experimentado relajación ni alivio del dolor luego de utilizar el balón kinésico, y un 22,2% más o menos, esto a pesar que se señala que dentro de los efectos de la esferodinamia es la sensación de relajación y armonía en el cuerpo (NAVES *et al.*, 2009).

El alivio del dolor percibido por las usuarias se clasificó en antes y después del uso de balón kinésico, así el dolor promedio medido a través de la escala visual fue de 8 antes de usar balón kinésico y de 7,6 luego del uso.

El grado promedio de dolor durante el expulsivo fue de 7,6 según la escala numérica, esto considerando que cuatro mujeres clasificaron el dolor como 10, y tres usuarias entre 6 y 5.

Dentro de la atención humanizada del nacimiento se le otorga mucho énfasis en el derecho natural de la mujer, de decidir informadamente, respetando su elección e individualidad, y dentro de esto la libertad de decidir qué postura adoptar durante su trabajo de parto, (LAVENDER, et al. 2006) y que modalidades de atención incorporar, la percepción de las usuarias referente a esta elección se vio afectada, a pesar que la mayoría eligió si utilizar o no los fisiobalones, un 44,4% esto es 4 mujeres le fue impuesto por la matrona/ón de turno.

Esta percepción se ve quizás influenciada por el desconocimiento y falta de confianza ya anteriormente señalada y explica aun con más peso la necesidad de aumentar el acceso de las mujeres a la preparación de este proceso tan crucial para sus vidas.

Así, se podría señalar que la información provino principalmente de la matrona que ofrece el balón kinésico y el parto en posición vertical, pues la mayoría de las mujeres encuestadas manifiesta que fue informada en su momento, cómo utilizarlo y para que servía, solo 3 no se sintieron suficientemente informadas.

Un gran porcentaje de la población piensa que volvería a repetir la experiencia de un parto en posición vertical, esto es 7 mujeres, de estas 5 señalan que es una posición muy cómoda, este indicador cobra trascendencia, pensando que algunas gestantes llegan a la maternidad sin preparación alguna (primigestas), y otras (multíparas) con un parto en posición horizontal 56% de los casos asumen la vivencia del parto en esta posición con una gran aceptación.

Se concluye que el bienestar de las mujeres durante su trabajo de parto y parto está marcado por las acciones y decisiones que se tomen, así el parto vertical provee muy buenos indicadores neonatales, en general, en cuanto a la parturienta sólo las pérdidas sanguíneas, como lo señala la literatura se ven influenciadas por la posición vertical.

Esta investigación, estuvo limitada por la poca claridad en los registros de la ficha de parto, en donde no se detallan las perdidas sanguíneas, el periodo expulsivo y el uso de métodos analgésicos no farmacológicos, por lo que los datos debieron recolectarse inmediatamente después del parto y llevarlos a un formulario creado especialmente para ese fin.

Junto con esto debo destacar que el periodo expulsivo es una estimación de acuerdo a los registros y lo observado, puesto que en esta maternidad no se examina a la usuaria cada dos horas, se limitan los tactos vaginales, por lo que se estableció como dilatación completa la sensación de pujo que refería la usuaria y no el examen ginecológico realizado por la matrona de turno, esto fue interpretado en 7 casos.

Conjuntamente debo señalar que la observación, respecto a la utilización del balón de manera correcta no se realizo, por falta de disponibilidad de tiempo para realizar este trabajo de investigación, debido a otros compromisos académicos y clínicos.

6.- CONCLUSIONES

Las características del grupo estudiado siguen patrones fisiológicos la mayoría de las mujeres son primigestas jóvenes, con escolaridad completa, edad gestacional a término, embarazos controlados, pero también mayor casos de usuarias convivientes con embarazo no deseado, lo que se traduce en un riesgo relacional, entre la diada o triada.

El periodo de dilatación fue breve, y el de expulsivo dentro de parámetros normales, por lo que el uso de ambas modalidades de atención no influiría mayormente en los tiempos fisiológicos del trabajo de parto y parto.

La mayoría de las usuarias fue acompañada por una Doula, personal de salud que fue capacitada para este rol, demostrándose la importancia del acompañamiento, sin embargo aun no existe la suficiente participación del padre, en la mayoría por razones laborales, pues un gran porcentaje de los varones de la zona, se dedica a labores agrícolas.

La repercusión de las técnicas evaluadas en los indicadores de bienestar feto neonatal son beneficiosos, patrones de frecuencia cardiaca normales y apgar al minuto y a los cinco minutos normales, solo dos traumatismos uno debido al peso del recién nacido.

Dentro de los efectos de la utilización de la esferodinamia y el parto en posición vertical, se destaca su influencia principalmente en las complicaciones postparto como son el edema, hematoma y perdidas sanguíneas estimadas, que se presenta en varios casos estudiados, y aunque esta última se concentro dentro de los valores normales en 7 de 9 usuarias, no se refleja

en los índices de anemia severa, esto justifica la realización de estudios comparativos para evaluar más cuidadosamente los efectos en estas variables.

El índice del dolor se desplazó de 8 a 6, tras el uso de la esferodinamia, lo que demuestra el efecto en la relajación y disminución del dolor de esta técnica. Así mismo el dolor del expulsivo se concentró en 10, pero con un rango de 4 a 10.

De los beneficios de estas herramientas en la asistencia del parto de las mujeres, emerge un punto crítico para el rol profesional, basado en:

Incumplimiento en general, del modelo de atención humanizada del proceso reproductivo que se refleja en una falta de preparación de las mujeres, tanto en la atención abierta como en la cerrada, en términos de entregar los conocimientos necesarios y mejorar las destrezas para utilizar y optar por estos recursos, repercutiendo en los indicadores de satisfacción de las usuarias.

Déficit en la capacitación de la profesional Matrona/ón en la aplicación sistemática y oportuna de los procedimientos sugeridos en el modelo, constatándose el recelo hacia la atención de un parto en posición vertical y la poca utilización de otras técnicas a la mayoría de las parturientas.

PROYECCIONES:

Como estudio prospectivo este trabajo invita a la realización de investigaciones más meticulosas de tipo comparativo y con mayor población, puesto que al parecer de la investigadora el tema del parto humanizado es relevante en el quehacer profesional del matrn/ona tanto en el ámbito de la atención abierta como en la atención cerrada de salud, y es en la atención primaria, donde se le debe informar y empoderar a la toma de sus propias decisiones de cómo y dónde tener su parto, y muy especialmente de los métodos a los cuales puede optar y sus derechos y deberes, para que viva el proceso del nacimiento de la manera más humana, logrando el establecimiento sólido del vínculo madre e hijo/a o de la triada, para que el futuro de nuestra sociedad no se pierda.

Esta investigación demuestra los efectos del parto vertical de una manera más clara, puesto que para evaluar las repercusiones del uso del balón kinésico durante el trabajo de parto y parto se necesita el empleo constante y familiarización desde la gestación, lo que no es la realidad actual dentro del grupo estudiado.

Para finalizar como tema de actualidad, y a pesar que muchas de las acciones que comprende una atención humanizada se hace necesario mejorar el acceso de estas técnicas que son beneficiosas para el recién nacido/a, pero que requiere aun mayor evaluación sobre su efecto en el posparto.

7.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- BENITO, E.; ROCHA, M.; 2005 Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Biociencias [serial online] (3): [14 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV05_003.pdf
- 2.- BRÜGGEMANN, M.; KNOBEL, R.; SIEBERT, E.; BOING, A.; ANDREZZO, H. 2005 Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 9(2): 189-196 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292009000200008&lng=en&nrm=iso Consultado 4 de Octubre 2009.
- 3.- CUERVA, A.; MÁRQUEZ, S. 2006 Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sevilla España. Disponible en: URL:<http://www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA>. Consultado el 10 de Octubre del 2009.
4. - DINIZ, S.G.; CHACHAM, S.; 2004 The cut above and the cut below: the abuse of cesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters 12(23):100-10. Disponible en: <http://www.jstor.org/pss/3775976>. Consultado el 3de Octubre del 2009.
- 5.- GAYESKI, M.; BRÜGGEMANN, M. 2009 Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. Rev. Latinoam. Enferm;17(2):153-159. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200003&script=sci_arttext Consultado 4 de Octubre 2009.
- 6.- GONZALEZ-MERLO, J.; LAILA, J.; FABRE, E.; GONZALEZ, E. 2006. Obstetricia 5ta edición, Barcelona España Edit. Masson Capt (18)305-329. Disponible en: http://books.google.cl/books?id=N_v49qVtSRUC&pg=PA305&dq=fisiologia+del+parto+2006#v=onepage&q=&f=false Consultado el 10 de Octubre del 2009.

7.- GUPTA, J., HOFMEYR, G.; 2007 Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=delivery%20and%20positions>