

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL MÉDICO  
SOBRE PARTO VERTICAL”**

Estudio cuantitativo transversal, realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal, agosto – septiembre del año 2015.

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Irwin Ronald Winter Rodríguez  
Karen Sughey Guevara Monterroso  
Delia Gardenia Celada Flores  
Allan Moisés Guerrero Bermúdez  
Alfredo Ernesto Gonzalez Monroy  
Edgar Antonio Ruiz Sánchez**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, octubre de 2015

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Irwin Ronald Winter Rodríguez	200741836
Karen Suguey Guevara Monterroso	200510054
Delia Gardenia Celada Flores	200710415
Allan Moisés Guerrero Bermúdez	200518106
Alfredo Ernesto Gonzalez Monroy	200510094
Edgar Antonio Ruiz Sánchez	200710559

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL MÉDICO  
SOBRE PARTO VERTICAL"**

Estudio cuantitativo transversal, realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal, agosto - septiembre del año 2015.

Trabajo asesorado por la Dra. Theima Patricia Cortez Bendfeldt y revisado por la Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los cinco días de octubre del dos mil quince

  
DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS  
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Irwin Ronald Winter Rodríguez	200741836
Karen Sugey Guevara Monterroso	200510054
Delia Gardenia Celada Flores	200710415
Allan Moisés Guerrero Bermúdez	200518106
Alfredo Ernesto Gonzalez Monroy	200510094
Edgar Antonio Ruiz Sánchez	200710559

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL MÉDICO  
SOBRE PARTO VERTICAL"**

Estudio cuantitativo transversal, realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal, agosto – septiembre del año 2015.

El cual ha sido revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el cinco de octubre del dos mil quince.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. César Oswaldo García García  
Coordinador



Guatemala, 05 de octubre del 2015

Doctor  
César Oswaldo García García  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. García:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes:

Irwin Ronald Winter Rodríguez  
Karen Sugey Guevara Monterroso  
Delia Gardenia Celada Flores  
Allan Moisés Guerrero Bermúdez  
Alfredo Ernesto Gonzalez Monroy  
Edgar Antonio Ruiz Sánchez



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL MÉDICO  
SOBRE PARTO VERTICAL"**

Estudio cuantitativo transversal, realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal, agosto – septiembre del año 2015.

Del cual como asesora y revisora nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesora  
Dra. Thelma Patricia Cortez  
Bendfeldt  
Firma y sello

**DRA. PATERICA CORTIZ  
MÉDICO Y CIRUJANO  
C.O.L. 8.427**



Revisora  
Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez  
Firma y sello  
Reg. personal 20020951

**DRA. LUCIA TERRON GOMEZ  
MÉDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO No. 11,193**

***De la responsabilidad del trabajo de graduación:***

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

## Acto Que Dedico

**A Dios:** Por haberme iluminado y guiado a lo largo de mi carrera, aun en los momentos más difíciles, siempre estuviste conmigo imparténdome confianza y guiándome por el camino correcto y hoy veo cumplida tu promesa, que todo lo que pidieres en oración con fe se te concederá, este éxito personal te lo dedico a ti principalmente y te doy gracias infinitamente por darme la bendición de llegar a ser médico y cirujano.

**A Mis Padres:** *Edwin Ronal Winter Domínguez y Flor de María Rodríguez Tello*, por ser mi inspiración y ejemplo a seguir a lo largo de mi carrera, por los consejos y ser el pilar más importante y fundamental en mi vida aún en los momentos más difíciles de mi carrera, gracias por todo su amor, su cariño, hoy veo la recompensa de todos esos momentos que no estuve a su lado por cumplir con las responsabilidades académicas, y este logro más que mío es de ustedes, todo lo que soy se los debo a ustedes, los mejores padres del mundo.

**A Mis Hermanos:** *Edwin Roberto y Herberth Ramiro*, por su apoyo incondicional y sus consejos, por ser un apoyo cuando más lo necesite, por todo su cariño y atención a lo largo de mi vida, les estaré agradecido por siempre.

**A La Familia Winter y Familia Rodríguez:** Por estar pendientes de mi carrera universitaria y motivarme a ser un buen profesional.

**A Mis Seres Queridos Que Ya Gozan De La Presencia Del Señor:** Por su apoyo, consejos, cariño y amor compartido conmigo a lo largo de mi vida, y estoy seguro que desde la presencia del Señor comparten este triunfo en mi vida, especialmente mis abuelitos, tíos, tías, primos, gracias por todo.

**A La Universidad de San Carlos de Guatemala:** Por darme el privilegio y el honor de pertenecer a esta Tricentenaria casa de estudios, de la cual hoy egreso como profesional y a la cual representare orgullosamente por siempre.

**A La Facultad de Ciencias Médicas:** Por permitirme formarme profesionalmente a través de sus catedráticos, los cuales dejaron huella dentro de mi formación académica.

**A los Hospitales:** *Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Pedro de Bethancourt y Hospital Regional de Cuilapa*, por abrirme las puertas para llevar a cabo mi practica Médica y haberme brindado enseñanzas académicas las cuales pondré en practica siempre.

**A Mis Compañeros de Tesis:** Por haber trabajado en equipo y haber culminado este logro del cual son parte.

*Irwin Ronald Winter Rodríguez*



## **Acto que dedico**

A mi protector, a mi fuente de vida y sabiduría, al dador de todas las cosas, al **SOBERANO DIOS**. Sé que sus tiempos son perfectos, y hoy él me permite llegar a este momento tan especial en mi vida.

**A mis padres:** *Hector Baldemar Guevara e Irma Yolanda Monterroso Méndez*, con los que un día vimos este momento como un sueño el cual hoy se hace realidad gracias a sus sacrificios, a su incondicional apoyo y a sus oraciones. Fomentaron en mí los valores de la vida los cuales fueron enseñados con ejemplo de perseverancia, dedicación y sobre todo honestidad. Gracias por creer en mí, sin ustedes este momento no hubiera sido posible por lo que hoy el logro no es mío, el logro es nuestro. Gracias por su infinito amor y sus sabios consejos.

**A mis hermanos:** *Claudia, Wilfredo y Osmar*, quienes han sido mi ejemplo, gracias por su apoyo incondicional y sus consejos, porque en los buenos y malos momentos han estado conmigo.

**A mis sobrinos:** por el cariño brindado, quienes son parte de mi inspiración en la vida.

**A mi familia en general:** Por su apoyo, especialmente a *Miriam Reducindo* por sus consejos y por haber creído que podía lograr llegar a este momento.

**A mi padrino:** *Carlos Augusto Moran Blanco*, por el apoyo, paciencia y tiempo brindado. Gracias por formar parte de este logro.

**A mi alma mater:** la Tricentenario Universidad de San Carlos de Guatemala, por haberme abierto las puertas del saber y brindarme la oportunidad de formarme como médico y Cirujano.

**A los hospitales:** *Hospital Regional de Cuilapa, Hospital Nacional de Escuintla y Hospital Pedro Bethancourt*. Por haberme permitido realizar mi práctica médica hospitalaria y brindarme conocimientos para mi formación.

*Karen Sugey Guevara Monterroso*

## **Acto que dedico**

**A Jehová mi Dios:** por su infinita misericordia, porque nunca su mano santa se ha apartado de mi vida. No me cansaré de bendecir tu nombre, porque a donde quiera que he ido tú has estado conmigo tal y como lo has prometido. Sin que yo lo merezca, me has colmado de bendiciones que no puedo contar ni medir y por ello te honraré hasta que me llames a tu presencia.

**A mis padres:** *Leonel Celada y Rosa Flores de Celada* por todos los sacrificios que hicieron por mí. Gracias por estar siempre allí, en los desvelos, en las decepciones y en los momentos más difíciles, cuando nadie más se quedó; por brindarme su amor y por ayudarme a creer en lo imposible. Hoy por ustedes soy lo que ven, gracias por hacer de mí una persona de bien. Y sobre todo, gracias por creer en mí.

**A mi hermano:** *Anibal Celada* por su cariño, por los juegos en la infancia y los buenos momentos que hemos pasado juntos.

**A mis amigos:** Gracias por las risas, por permitirme ser parte de sus vidas y a la vez formar parte en la mía. Que Dios bendiga a los que compartieron los momentos de gloria y más aún a los que se quedaron acompañándome en las penas. Nunca olvidaré los turnos, los largos días en servicios hospitalarios que mejoraron con su compañía, ni tampoco todas las ocasiones que me despertaron en clase antes de ser reprendida. Y gracias, a los pocos que se quedaron a mi lado, para convertirse en mi familia.

**A la Universidad de San Carlos de Guatemala:** por convertirse en mi *Alma Máter* y por el privilegio de egresar de la gloriosa Tricentenaria.

**A la Facultad de Ciencias Médicas:** y especialmente gracias a todos los docentes que me formaron, no solo académicamente, sino aportando enseñanzas de vida que atesoraré por siempre.

**A mis compañeros de Tesis:** gracias por los buenos momentos, pasamos mucho juntos. Gracias a que la vida nos reunió, hoy cumplimos un sueño.

*Delia Gardenia Celada Flores*



## Acto que dedico

**A mis padres:** *Haroldo Guerrero y Olga Bermúdez*, por estar siempre apoyándome en todo mi proceso de formación académica, por estar en los triunfos y sobre todo en las derrotas, me enseñaron a levantarme en las caídas y como seguir adelante sin darme por vencido nunca, gracias por todo su apoyo.

**A mis hermanos:** *Wladi y Boris*, por ser parte importante en mi vida, por tener momentos increíbles e inolvidables con ustedes y por aguantar mis noches de estudio, desvelándose conmigo.

**A mis abuelos:** *Mamá Lolita, Mamita Adelita y Papito Andrés* que en paz descanse, les dedico este triunfo ya que desde el inicio de la carrera me apoyaron y esperaron con ansias este momento.

**A mis tíos, primos y amigos:** Que son varios, les agradezco por ayudarme a enfocarme en lo que quería y a nunca desviarme de mi meta.

**A mi novia:** *Cecilia*, estoy muy feliz que seas parte importante en mi vida y que juntos hayamos alcanzado una de nuestras metas y sé que vamos a alcanzar más juntos, muchas gracias por soportar mis momentos de estrés, angustia y por estar conmigo apoyándome en los momentos que sentía que desfallecer, gracias por darme tu apoyo y ese segundo aliento que necesito para poder seguir adelante, Te Amo.

*Allan Moisés Guerrero Bermúdez*

## **Acto que dedico**

A Dios

A mis padres:

Carlos Ernesto Gonzalez Valdez

Consuelo Monroy de Gonzalez

A mis hermanos:

Ingrid Viviana Gonzalez Monroy

Carlos Daniel Gonzalez Monroy

Jeaquelline Margarita Gonzalez Monroy

A mis abuelitos:

Ruperto Monroy Escobar

Laureano Gonzalez Toj

Zoila Margarita Valdez Garrido

Marta Cul Grajeda

A mis familiares:

Tíos, primos, sobrinos.

A mi novia:

Kimberly Ivon Machán Oliva

A mis amigos:

Luis Hernesto Mao Federico Duarte Rodríguez

Allan Moisés Guerrero Bermúdez

Edgar Antonio Ruiz Sánchez

Irwin Ronald Winter Rodríguez

José Luis Pérez Reynoso

A los doctores:

Osmar Saúl Yac Santiago

Asdrubal Joel Hernández Gil

Andrea Elisa Armas Godoy

Dorcas de León

A los hospitales:

Nacional de Cuilapa

Nacional de Escuintla

*Alfredo Ernesto Gonzalez Monroy*

## Acto que dedico

A Dios

A mis padres:

Sonia Patricia Sánchez González

Julio César Ruiz Ruiz

A mis hermanos:

Lesly Ruiz

Zuly Ruiz

Julio Ruiz

Andrea Ruiz

José Ruiz

A mi abuelita:

María Antonia González Aguilar

A mis familiares:

Tios, primos, sobrinos

A mis amigos:

Fernando Muralles

Adriana Santizo

Emerson Borrayo

Rodrigo Maltez

Gerberth Ayala

Allan Guerrero

Ernesto Gonzalez

Irwin Winter

A los doctores:

Antonio Rosales

Clara Chang

Miriam Coguox

Dorcas De Leon

Mildred Monroy

Marcela Rodas

A una mujer maravillosa:

Evelyn Lucia González Palacios

*Edgar Antonio Ruiz Sánchez*

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el parto vertical del personal médico del departamento de Ginecología y Obstetricia en hospitales nacionales de Alta Verapaz, Quiché, Sololá, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal, en los meses de agosto y septiembre del año 2015. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** El presente es un estudio descriptivo transversal. La población que se tomó en cuenta fue de 78 médicos especialistas y residentes del departamento de Ginecología y Obstetricia de dichos hospitales. Se utilizó una encuesta para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas a los médicos que cumplieron con los criterios de inclusión. **RESULTADOS:** Se encuestó a 43 residentes y 35 especialistas, 14 se negaron a participar en el estudio y 3 se encontraban ausentes. Los resultados evidenciaron que el conocimiento de los médicos es “Bueno” con 38% de la población, el 36% “Malo”, 14% “Muy bueno” y 12% “Muy malo”. La media fue de 35 puntos sobre 100 como valor total. En actitud el 51% se encontró “De acuerdo” con el parto vertical, 22% estuvo “Totalmente de acuerdo”, 21% se mostró “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y tan solo 6% mostró una actitud totalmente negativa. En cuanto a las prácticas el 56% se mostró indeciso, 35% si practica el parto vertical y 5% no lo practican. **CONCLUSIONES:** Los resultados evidencian que el conocimiento de los médicos es bueno y la actitud es positiva hacia el parto vertical. En cuanto a las prácticas se evidencia indecisión.

**PALABRAS CLAVE:** Conocimiento, actitud, práctica, parto natural.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo general .....	5
2.2 Objetivos específicos .....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1 Contextualización de las áreas de estudio.....	7
3.2 Conceptualización .....	10
3.3. Fisiología del parto vertical.....	16
3.4. Antecedentes .....	28
3.5. Políticas desalud .....	38
4 POBLACIÓN Y MÉTODOS.....	41
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	41
4.2 Unidad de análisis .....	41
4.3 Población y muestra.....	41
4.4 Selección de los sujetos a estudio.....	42
4.5 Enfoque y diseño de la investigación.....	42
4.6 Medición de variables.....	43
4.7 Técnicas, procesos e instrumentos para la recolección de datos. ....	44
4.8. Procesamiento de datos.....	45
4.9 Límites de la investigación .....	47
4.10 Aspectos éticos de la investigación: .....	47
5. RESULTADOS.....	49

6. DISCUSIÓN .....	53
7. CONCLUSIONES.....	57
8. RECOMENDACIONES .....	59
9. APORTES.....	61
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
11. ANEXOS.....	67

## 1. INTRODUCCIÓN

Se define parto vertical aquel parto que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas en sus diferentes variantes dentro de la red de servicios del ministerio de salud, con adecuaciones culturales dentro de la institución. El parto es atendido por personal institucional pero realizando adecuaciones culturales como: derecho a elegir para ser atendido el parto, acompañamiento de un familiar en el servicio y durante la atención del parto, ingesta de bebida y comidas adecuadas a la cultura, baños calientes, destino de la placenta según normas culturales de los pueblos. <sup>(1)</sup>

A lo largo de la historia, se han observado imágenes en diversas culturas que muestran a las mujeres en diferentes posiciones durante el parto, las cuales se van alternando con otras en el transcurso del mismo, siguiendo su instinto. <sup>(2)</sup>

Desde 1882 se describen las posiciones adoptadas de forma natural por las mujeres durante el parto por Engelmann. Él observó que las mujeres 'primitivas', no influenciadas por las convenciones occidentales, evitaban la posición dorsal y esto les permitía cambiar de posición a medida que lo deseaban. <sup>(3)</sup>

Guatemala es un país multicultural el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha implementado diferentes normas que permitan la atención del parto vertical en centros de salud, teniendo como objetivo principal la disminución de la Mortalidad Materna.

Dentro de las políticas de salud 2008-2012, está implementando un modelo de atención y gestión integral, que garantice la continuidad de la atención equitativa descentralizada, con calidez, calidad, dignidad, humanismo y pertinencia cultural; así mismo, reconoce y fomenta el uso y práctica de la medicina tradicional y alternativa al grado de lograr su institucionalización. El ejercicio de ese derecho ciudadano, mencionado anteriormente, es aplicable a la decisión, como un derecho reproductivo y familiar de las mujeres guatemaltecas de elegir la forma de atender en familia su prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a. Esto tiene que ver con el cambio de la forma de trabajo y actitud del personal de los servicios de salud, dentro de un modelo de atención integral, diferenciada e incluyente. <sup>(1, 4, 5, 6)</sup>

Dentro de las políticas de salud se encuentra la LEY DE LA MATERNIDAD SALUDABLE, DECRETO 32-2010. Teniendo como objetivo garantizar a las usuarias el acceso a



servicios de salud materna-neonatal con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los tres niveles de atención. La cual en su artículo 9 describe la atención del parto según la preferencia de posición de la mujer. <sup>(2,4)</sup>

De acuerdo a las políticas de salud descritas, en el 2010 el hospital regional de Cobán Hellen Lossi de Laugerud, implementa el módulo de atención indígena adecuándolo así a las demandas de las pacientes para la atención del parto. Sin embargo duró hasta el año 2013 desconociendo los factores que impulsaron esta medida. <sup>(7)</sup>

Basándonos a los resultados positivos que surgieron en el módulo de atención indígena, sin duda alguna el médico destinado a la atención del parto juega un papel importante, por lo que surgieron las interrogantes sobre ¿Qué conocimiento presenta el médico sobre la atención del parto vertical? ¿Cuál es la actitud del médico sobre la atención del parto vertical? ¿Cuál es la práctica que posee el médico sobre la atención del parto en posición vertical?

Los centros de atención de tercer nivel son los que reúnen la mayor cantidad de médicos, se realizó un estudio descriptivo transversal a 78 residentes y especialistas, en las áreas de ginecología y obstetricia de los departamentos de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal, durante el mes de agosto y septiembre del año 2015, utilizando como instrumento de recolección de datos una encuesta. La población se redujo de los 95 médicos tomados en cuenta al inicio ya que 14 se negaron a participar y 3 se encontraban ausentes al momento del estudio.

Para evaluar conocimiento se hizo uso de la media obtenida en la sumatoria de las notas, calculando después las desviaciones estándar clasificándolas como muy bueno siendo un 14% de los médicos, bueno el 38%, malo 36% y muy malo un 12%.

La actitud y práctica se evaluó por medio de escala de Likert, en actitud un 22% de los médicos estuvo totalmente de acuerdo con la atención del parto en posición vertical, y el 51% estuvo de acuerdo. Teniendo únicamente un 4% en desacuerdo y 1% en total desacuerdo.

En la práctica un 35% respondió definitivamente lo cual significa que lo practicaría, un 5% no lo practicaría y un 56% se encuentra indeciso. Esto revela que si bien existe inseguridad en la práctica del parto vertical, también existe una selección sobre lo que los

médicos practican y lo que no sobre el parto vertical implementado como una medida con pertinencia cultural.

Con esta investigación se plasma la posición de los médicos respecto a este tema y así mismo se deja en claro la necesidad de reforzar los conocimientos respecto a la atención del parto en posición vertical. Se establece que no existe un rechazo con respecto a este tema importante, sino que existe falta de conocimiento y es por esta razón que no se practica actualmente en hospitales públicos y privados.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico del departamento de Ginecología y Obstetricia sobre el parto vertical en los hospitales nacionales de los departamentos de Alta Verapaz, Quiché, Sololá, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar:

- 2.2.1 Los conocimientos de los médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia acerca del parto en posición vertical en cuanto a la formación técnica y atención.
- 2.2.2 La actitud de los médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia con respecto a la atención del parto vertical.
- 2.2.3 Las prácticas de los médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia con respecto a la atención del parto vertical.



### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE ESTUDIO**

##### **3.1.1 Cobán, Alta Verapaz.**

###### **3.1.1.1 Descripción hospitalaria**

El departamento de Ginecología y Obstetricia cuenta con los siguientes médicos:

3 médicos EPS de especialidad en Ginecología y Obstetricia.

3 médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia incluidos el jefe de departamento.

3 médicos generales con experiencia en Ginecología y Obstetricia.

Oficialmente se cuenta con un total de 52 camas para el área de Ginecología y Obstetricia, las cuales se distribuyen dentro de sus diversos servicios, así mismo en el área de post parto se cuenta con 27 camas para post parto normal y con 24 camas para pacientes post operadas, también se cuenta con 8 camas en el aislamiento para un total de 55 camas en dicha área.

Actualmente la sala de parto vertical se utiliza para pacientes postparto y post operadas.

##### **3.1.2 Departamento de Izabal**

###### **3.1.2.1 Descripción hospitalaria.**

Personal:

2 Médicos EPS en la especialidad.

7 Médicos Gineco-obstetras.

Infraestructura:

1 área de encamamiento con 50 camas (Post parto, Post CSTP y Post-operación).

1 área de Labor y partos.

1 Sala de expulsión con 1 camilla para posición de litotomía.

Clínica en consulta externa.

### 3.1.3. Departamento de Sacatepéquez.

#### 3.1.3.1 Descripción hospitalaria.

El Hospital Departamental Pedro de Betancourth posee un departamento de Ginecología y Obstetricia integrado por los médicos:

Residentes: 15

Jefe de residentes: 2

Especialistas: 18

Jefe de departamento: Dr. Luis Girón Higüeros.

En cuanto a la atención del parto se cuenta con una sala de labor, con 6 camas fijas para las pacientes en labor de parto, todas situadas en área estéril. Adicionalmente se utilizan camillas en la misma área para las pacientes que ingresan con cesárea, sea programada o por alguna complicación. Así mismo se cuenta con un área de observación, en donde ingresan las pacientes aún encintas con complicaciones que ameritan observación continua, o pacientes posparto con las mismas condiciones.

Existe un cubículo en donde se encuentran dos camillas para la atención del parto, ambas están para la atención del parto horizontal y no pueden ser cambiadas para una posición vertical. Así mismo existe un cubículo extraen donde se atienden procedimientos menores como legrados. No existe un área designada para la atención del parto vertical, ni que pueda implementarse como tal.

Las pacientes que ameriten cesárea son trasladadas al área de quirófanos, en donde se cuenta con dos quirófanos para el uso de Ginecología y Obstetricia.

El hospital cuenta con un programa que involucra a las comadronas durante el período de labor de parto de las mujeres. Generalmente son dos comadronas al día las que asisten para brindar apoyo moral a las parturientas, sin embargo no atienden los partos de las pacientes, ni tienen mucha influencia durante este período. Una vez la mujer ha dado a luz, se transfiere a uno de los dos servicios para su cuidado. Mujeres post cesárea trans-peritoneal (CSTP) van a un servicio, y mujeres post parto van a un servicio diferente. El número total de camas es de 74 para



ambos servicios, de los cuales aproximadamente 5 son utilizadas para las mujeres con procedimientos totalmente Ginecológicos. El número de camas se ajusta a la necesidad según la afluencia de pacientes, pudiendo colocar camas adicionales en los pasillos del hospital.

#### **3.1.4. Departamento de Escuintla:**

##### **3.1.4.1. Descripción hospitalaria,**

El departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital de Escuintla cuenta con:

5 médicos especialistas jefes de servicios.

19 médicos residentes.

1 Jefe de residentes.

Se cuenta con consulta externa, emergencia en la que hay 5 camillas para atención.

En sala de labor y partos cuenta con 2 camillas para atención parto, 2 quirófanos y 4 camas.

En el área de encamamiento se cuenta con 20 camas para pacientes pos parto.

Actualmente no se cuenta con equipo especializado para la atención de parto vertical.

#### **3.1.5. Departamento de Sololá:**

##### **3.1.5.1. Descripción hospitalaria.**

El departamento de Ginecología y Obstetricia cuenta con los siguientes médicos:

2 médicos EPS de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.

2 médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia incluidos el jefe del departamento. Oficialmente se cuenta con un total de 19 camas para el área de Ginecología y Obstetricia, las cuales se distribuyen dentro de sus diversos servicios, en los cuales se incluye para postparto normal y post operadas, cuenta con una camilla para parto en posición de litotomía que es el área de expulsión y cuenta con 4 camillas para el área de dilatación y con 1 una camilla para emergencia como código rojo.

Actualmente no cuenta con una sala para parto vertical.

### **3.1.6. Departamento de Quiché:**

#### **3.1.6.1. Descripción del hospital regional de Quiché.**

En el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital regional Santa Elena Quiché cuenta con:

24 camas disponibles.

11 médicos especialistas.

1 medico EPS para la atención parto intrahospitalario.

Según el informe que se registra anualmente en dicho centro asistencial reporta aproximadamente 6 muertes maternas en el 2013. El Tipo de parto que se atiende en dicho servicio es parto horizontal.

Sin embargo el director del hospital informó que actualmente existe un área en la cual se está capacitando a comadronas para la atención del parto vertical. Desean implementar que los médicos asistan a esta institución para que sean capacitados en dicha área.

## **3.2 CONCEPTUALIZACIÓN**

### **3.2.1 Parto vertical.**

Parto vertical natural es aquel parto que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas en sus diferentes variantes, dentro de la red de servicios del ministerio de salud, con adecuaciones culturales dentro de la institución con orientaciones occidentales. El parto es atendido por personal institucional pero realizando adecuaciones culturales como: derecho a elegir para ser atendido el parto, acompañamiento de un familiar en el servicio y durante la atención del parto, ingesta de bebida y comidas adecuadas a la cultura, baños calientes, destino de la placenta según normas culturales de los pueblos.<sup>(1)</sup>

### **3.2.2 Cultura**

“Conjunto estructurado de conductas aprendidas y de modos de significación e interpretación de la realidad que los miembros de un grupo comparten y utilizan en sus relaciones con los demás y que en forma cambiante son transmitidos de generación en generación. Su estructura fundamental son los rasgos culturales expresados en: forma, función y significado”.<sup>(1)</sup>

### **3.2.3** Pertinencia cultural en salud

“La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”

“En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas”.<sup>(1)</sup>

### **3.2.4** Interculturalidad en salud

“Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población”.<sup>(1)</sup>

### **3.2.5** Adecuación cultural en salud

Comprende un conjunto de acciones integradas y continuas, orientadas a promover cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud. Los servicios de salud estarán orientados a promover cambios para que respondan a la cultura de los pueblos indígenas.<sup>(1)</sup>

### **3.2.6** Agentes y autoridades hospitalarios

En general la percepción de la presencia de los facilitadores dentro del hospital es bien recibida, entre las autoridades del hospital se trata de mejorar la imagen en cuanto a la atención que se brinda a las personas para que encuentren un ambiente más amigable en donde se les entienda en su idioma y se les apoye en los trámites que deben hacer.<sup>(1)</sup>

Muchas de las complicaciones que pasa una persona o familia para poder acceder a la atención hospitalaria tiene que ver con las barreras de comunicación que no son únicamente lingüísticas si no que se relacionan con la forma en que “se manejan” las cosas hacia adentro del hospital.

Este fenómeno está bien estudiado en tanto que, el acceso a un servicio de salud no tiene que ver solamente con su disponibilidad geográfica, sino con un cúmulo de situaciones que se integra para posibilitar la gestión hospitalaria que

tiene que ver con saber exactamente a quien acudir en un momento dado.<sup>(1)</sup>

Aunque en algún momento, se pueda pensar, desde los que refieren pacientes hacia el hospital, que el tener que pasar por el filtro de la telemedicina o de los facilitadores, puede enlentecer los procesos, en general la percepción es que se brinda un servicio que no se tenía antes.<sup>(7)</sup>

### 3.2.7 Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.<sup>(8, 9, 10)</sup>

Clasificación del conocimiento.

Conocimiento vulgar:

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean.

Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.<sup>(9, 10)</sup>

Características del conocimiento vulgar:

**3.2.7.1** Sensitivo: Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.

**3.2.7.2** Superficial: Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no tratar de buscar relación con los hechos.

**3.2.7.3** Subjetivo: La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observe.

**3.2.7.4** Dogmático: este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.

**3.2.7.5** Estático: Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.

**3.2.7.6** Particular: Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares es esquemas más amplios.<sup>(10)</sup>

### 3.2.8 Conocimiento científico:

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.

Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

#### Características del Conocimiento Científico

- 3.2.8.1** Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.
- 3.2.8.2** Fático: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos.
- 3.2.8.3** Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.
- 3.2.8.4** Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.
- 3.2.8.5** Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.
- 3.2.8.6** General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".
- 3.2.8.7** Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.<sup>(10)</sup>

#### Formas de evaluar conocimiento: Evaluación por criterios:

En esta clase de evaluación, los resultados de medición se comparan con un criterio absoluto, constituido por lo que debe saber hacer la persona que se está evaluando; a esto se le conoce como "Dominio".

Al realizar la evaluación, los resultados de la prueba se compran con el dominio correspondiente, a fin de determinar qué es lo que puede desarrollar el estudiante y si su ejecución es superior o inferior al dominio.<sup>(10)</sup>

Evaluación por normas:

La característica esencial de esta técnica es que los resultados de la medición se interpretan comprando los resultados de cada participante con el de los demás miembros del grupo.

Los resultados no siempre se expresan en términos ordinales, ésta es la forma más sencilla de hacerlo, pero también es posible comparar los resultados de un participante no precisamente con la de cada uno de los demás participantes, sino con la ejecución promedio y normal de los mismos. <sup>(10)</sup>

Los resultados de la evaluación por normas, ya sea expresado en forma ordinal o numérica, proporciona muy poca información acerca del grado en que el participante posee la habilidad o conocimiento que se está evaluando. Por ejemplo en la evaluación por normas muestra que el alumno A es más o menos eficiente que el alumno B, pero no muestra que tan eficiente es uno u otro, ni en qué punto se le facilita o se le dificulta el tema evaluado. <sup>(10)</sup>

La interpretación de resultados por normas consiste básicamente en compararla ejecución de cada alumno con la ejecución típica del grupo. Por lo tanto se utilizará como medida de tendencia central la media. Teniendo como objetivo encontrar la puntuación más común, que equivale al promedio de estas. <sup>(10)</sup>

$$M = \frac{\sum X}{N}$$

M: media.

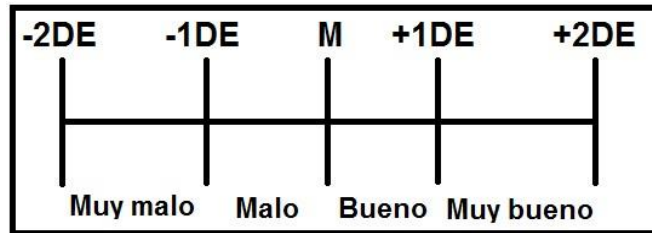
$\sum X$ : Suma de puntuaciones.

N: número de puntuaciones.

Se utiliza la desviación estándar para la variabilidad de la distribución. <sup>(9, 10)</sup>

$$\delta = \sqrt{\frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{N}}$$

Esto permitirá asignar una calificación a cada desviación estándar, tomando siempre como punto de referencia la media. Por ejemplo: <sup>(9, 10)</sup>



### 3.2.9 Actitud

La Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín “actitudo”. De acuerdo a la Real Academia Española, la actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera. Es la motivación social antes que una motivación biológica. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos. Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual.<sup>(11)</sup>

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales, o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes.<sup>(11)</sup>

Para medir actitud existen escalas, las cuales son un conjunto de valores numéricos asignados a sujetos, objetos o comportamientos con el propósito de cuantificar y medir sus cualidades. Las escalas sirven para medir actitudes, valores e intereses y los resultados se limitan a medir el grado en que un individuo posee la característica.<sup>(10)</sup>

La escala de Likert presenta un número de enunciados negativos y positivos a cerca de un objetos de actitud. Al responder a los puntos de esta escala los sujetos indican si están firmemente de acuerdo, de acuerdo, indecisos, en desacuerdo o en desacuerdo total. La puntuación de los sujetos se determina sumando los valores asignados a las respuestas.<sup>(10)</sup>

Existen tres formas de estas escalas:<sup>(9, 10)</sup>

Descriptivas: muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, muy en desacuerdo.

Numéricas: 1 2 3 4 5



Gráficas:

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
---------------------------	----------------	------------------------------------	-------------------	------------------------------

La puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones y el número de preguntas.

### 3.2.10 Práctica

Práctica es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Por ejemplo: *“Tengo todos los conocimientos teóricos necesarios, pero aún no he logrado llevarlos a la práctica con éxito”, “Dicen que un científico chino logró demostrar teorías milenarias en la práctica”.*<sup>(11)</sup>

## 3.3. FISIOLÓGÍA DEL PARTO VERTICAL

### 3.3.1 Parto natural vertical.

En el parto natural vertical, el útero de la mujer al no comprimir los grandes vasos sanguíneos (la aorta y la vena cava), no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.<sup>(13)</sup>

Los miembros inferiores de la paciente al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción. Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en transversal.<sup>(12, 13)</sup>

La posición vertical, en el parto natural, determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto.

La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorece el encaje y el descenso del feto. Se estima que la madre gana entre 30-40 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.<sup>(12,</sup>

<sup>13)</sup>

Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, que sucede con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina en la conducción del parto y menos riesgos de alteración de latidos cardiacos fetales.<sup>(13)</sup>

El parto natural en posición vertical proporciona beneficios psico-afectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.<sup>(13)</sup>

Se le permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar de una forma más efectiva, al margen de permitir un mejor control de la situación.<sup>(13)</sup>

Existen tanto indicaciones como contra indicaciones para el parto vertical. Dentro de las indicaciones encontramos que la usuaria no posea ninguna complicación obstétrica y que el feto se encuentre en presentación cefálica. Las contraindicaciones se refieren a todas las complicaciones que tengan como indicación realizar cesárea.<sup>(4)</sup>

### **3.3.2 Dimensiones de la pelvis.**

Durante el embarazo se produce una relajación fisiológica de las articulaciones pélvicas. Las dimensiones de los diámetros antero posteriores de los estrechos superior e inferior, están influidos por el descenso de la cabeza fetal y los cambios de la posición materna. En la posición de Walcher, y algo menos en la de pie, el diámetro promonto-pubiano mínimo aumenta 1cm, y en la posición de cuclillas el diámetro antero posterior del estrecho inferior aumenta 2 cm. Cuando la embarazada pasa de la posición supina a la sentada, el diámetro biespinoso aumenta 7.6 mm de promedio.<sup>(4)</sup>

### **3.3.3 Mecanismo de parto fisiológico.**

La posición de decúbito supino puede ser perjudicial para el descenso y encajamiento de la presentación fetal, siendo la vertical más fisiológica ya que aumenta el ángulo de conducción y disminuye el ángulo feto-pélvico de ingreso. Además las direcciones de la fuerza de gravedad y la fuerza muscular materna es la misma y por lo tanto son sinérgicas.<sup>(4)</sup>

### **3.3.4** Tiempo de rotura espontánea de membranas intraparto.

La posición vertical materna no altera el momento fisiológico de rotura de membranas ovulares durante el parto, ya que el 78% de las embarazadas normales dejadas evolucionar espontáneamente, llegan al final de la dilatación con membranas íntegras.<sup>(4, 12, )</sup>

### **3.3.5** Hemodinámica.

La posición supina durante el parto y la cesárea puede aumentar la morbi-mortalidad perinatal y materna por compresión de la vena cava inferior, aorta o iliacas por el útero. La profilaxis de la compresión aorta-cava, consiste en evitar la posición dorsal de la embarazada, colocándose en decúbito lateral, preferible el izquierdo, o mejor aún, en vertical.<sup>(4)</sup>

### **3.3.6** Contractilidad uterina.

En la posición vertical, las contracciones uterinas son de mayor intensidad, igual frecuencia, mejor tono, para dilatar el cérvix, respecto a la posición horizontal.<sup>(4)</sup>

### **3.3.7** Pujos.

La posición más fisiológica para conseguir el mayor beneficio con los esfuerzos de pujo durante el expulsivo es la vertical, sobre todo la sentada.<sup>(4)</sup>

### **3.3.8** Dolor y comodidad.

En relación con la posición horizontal, es mucho más cómoda y menos dolorosa la posición de decúbito lateral y sobre todo, la vertical durante el parto.<sup>(4, 12)</sup>

### **3.3.9** Frecuencia cardiaca fetal.

La posición materna no parece tener ningún efecto sobre la frecuencia cardiaca fetal, aunque cuando se produce el “efecto Poseiro” en posición dorsal, pueden aparecer patrones patológicos de la frecuencia cardiaca fetal que desaparece cuando la madre pasa a posición lateral o vertical.<sup>(4, 12)</sup>

### **3.3.10** Evolución del parto.

Es más fisiológica en la posición vertical, que en la horizontal.<sup>(4, 12)</sup>

### **3.3.11** Terminación del parto.

Es más natural y espontánea en la posición vertical materna, ya que disminuye

las intervenciones obstétricas durante el periodo expulsivo, así como la necesidad de analgesia y/o anestesia materna. Esta última circunstancia repercute favorablemente en la inter relación precoz-madre-hijo. El alumbramiento es más fisiológico y sin complicaciones cuando el parto se produce en posición vertical, en relación a la posición horizontal. <sup>(12, 4)</sup>

### 3.3.12. Ventajas y desventajas de la posición vertical.

VENTAJAS <sup>(4, 15)</sup>	DESVENTAJAS
Menor dolor en la primera etapa del trabajo de parto.	Mayor frecuencia de pérdida estimada de sangre mayor que 500 ml (subjetivo).
Las mujeres informan menor intensidad de las contracciones de dolor en la primera y segunda etapa del trabajo de parto.	Se necesita cierto nivel de energía para que la mujer se mantenga en cuclillas sin apoyo.
Puede disminuir la duración de la segunda etapa.	Más congestión perineal y edema.
Reduce la necesidad de episiotomías.	
Menores patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal.	

### 3.3.13 Atención en el periodo de dilatación

#### **Procedimientos:**

Control de funciones vitales cada hora.

Evaluar frecuencia cardíaca fetal cada 30 a 45 minutos. (Al inicio e inmediatamente después de cada contracción. Llevar un registro estricto del partograma, el mismo que permitirá tomar las medidas necesarias en caso de identificarse complicaciones. (Tomar en cuenta el registro del partograma CLAP-OMS permite monitorizar el parto en posición vertical). <sup>(4)</sup>

**Examen vaginal:**

Solo debe de ser realizado por personal de salud capacitado, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario, durante la fase de dilatación cada 4 horas.

Salvo que:

La intensidad y frecuencia de las contracciones decrece.

Cuando hay signos de que la mujer quiere pujar Siempre al realizar un tacto vaginal se debe explicar el porqué de los mismos y así ganarse la confianza de la parturienta y la familia. <sup>(4, 15)</sup>

**Manejo de dolor.**

Se debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta.

Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.

Evaluar técnicas de relajación y masaje.

Ingesta e infusión de hierbas según las costumbres locales. <sup>(4)</sup>

**Monitoreo del progreso parto.**

La evaluación del progreso del parto se realiza observando a la mujer: apariencia, conducta, contracciones y descenso de la cabeza fetal.

La medida más exacta es la dilatación del cuello. -1cc por hora. <sup>(4)</sup>

**Posición durante la fase de dilatación.**

La mujer durante el trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo desee. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición a pie, estimula las contracciones y el descenso del feto, así como la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por su acompañante. <sup>(4)</sup>

La única excepción que apoya la posición supina durante el periodo de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta. <sup>(15)</sup>

No se recomienda la posición supina ya que presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:

La compresión de los grandes vasos dorsales interfiere con la circulación y

disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.

La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de no estar favorecida por la fuerza de la gravedad.

El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleren el proceso y estimula el sufrimiento fetal.

El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión. <sup>(15)</sup>

### **Asepsia e Higiene.**

Verificar las condiciones de higiene del ambiente.

Verificar que el instrumental esté debidamente esterilizado.

Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles.

Poner gran atención en la higiene personal de la parturienta.

Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas al inicio y repetirlo si fuera necesario.

En caso necesario se colocara a la mujer botas de tela para proteger la limpieza de los campos. <sup>(15)</sup>

### **3.3.14. Atención del periodo expulsivo.**

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones procederá a:  
Verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención de la parturienta y el recién nacido.

Acondicionar o verificar que la sala de partos cuente con: Calor producido por calefactores

Camillas o sillas adecuadas para el parto vertical Soga colgante de una viga

Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá él bebe.

Se colocara el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de mayo acondicionada para este propósito. <sup>(15)</sup>

### **Posiciones en el periodo expulsivo.**

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo

expulsivo está enfocada a la atención del recién nacido o recién nacida, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera surgir en estos momentos.

Debe permitirse que la posición de la mujer cambie, buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.<sup>(14)</sup>

Las posiciones que puede adoptar la mujer en trabajo de parto, son las siguientes, entre otras:<sup>(14)</sup>

- 3.3.14.1** Posición de cuclillas: variedad anterior.
- 3.3.14.2** Posición de cuclillas: variedad posterior.
- 3.3.14.3** Posición de rodillas.
- 3.3.14.4** Posición sentada y semi-sentada.
- 3.3.14.5** Posición sostenida de sábanas o lazo.
- 3.3.14.6** Posición rodillas y manos (cuatro puntos de apoyo).

#### **Posición de cuclillas: variedad anterior.**

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito), la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical; se puede contar también con el apoyo de un familiar o la comadrona para el soporte de la usuaria. Se debe verificar que la mujer en trabajo de parto mantenga las piernas hiper flexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. Posteriormente adecuarlo para realizar el alumbramiento dirigido.<sup>(4)</sup>



**Figura 1**

**Posición de cuclillas**



FUENTE: Manual de Adecuación Cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones, en el marco multicultural de Guatemala. <sup>(4)</sup>

**Posición de cuclillas: variedad posterior**

El acompañante debe estar parado abrazará a la mujer en trabajo de parto por debajo de la región axilar; permitiendo que la mujer en trabajo de parto se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

El personal de salud se colocará por detrás de la paciente y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. <sup>(4)</sup>

**Figura 2**

**Posición de cuclillas: variedad posterior**



FUENTE: Manual de Adecuación Cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones, en el marco multicultural de Guatemala. <sup>(4)</sup>

### **Posición de rodillas**

El personal de salud se colocará detrás de la mujer en trabajo de parto, cuidando el periné; para que no tenga rasgaduras realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo, posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento. El acompañante puede estar hincado de frente a la paciente, abrazará a la usuaria por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante.

En esta posición la mujer en trabajo de parto va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad. <sup>(4)</sup>

**Figura 3**  
**Posición de rodillas**



FUENTE: Manual de Adecuación Cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones, en el marco multicultural de Guatemala. <sup>(4)</sup>

### **Posición sentada y semi-sentada**

El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la mujer con trabajo de parto por la región del tórax, permitiendo que se apoye en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la mujer en trabajo de parto, se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde del banco, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de ella.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. En la posición semi-sentada la mujer en trabajo de parto se apoyará sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra. <sup>(4)</sup>

**Figura 4**  
**Posición sentada**



FUENTE: Manual de Adecuación Cultural del parto natural /vertical y sus distintas posiciones, en el marco multicultural de Guatemala. <sup>(4)</sup>

### **Posición sostenida de una sábana o un lazo**

El personal de salud se colocará frente a la mujer en trabajo de parto, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuarán para realizar el alumbramiento. El acompañante se colocará detrás y la sostendrá para que no se mueva.

La mujer en trabajo de parto se sujeta de un lazo o sábana que esté suspendido de un tronco o una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal del parto suave y calmadamente.

Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón. <sup>(4)</sup>

**Figura 5**  
**Posición sostenida de una sábana o un lazo**



FUENTE: Manual de Adecuación Cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones, en el marco multicultural de Guatemala. <sup>(4)</sup>

### **Posición rodillas y manos (cuatro puntos de apoyo)**

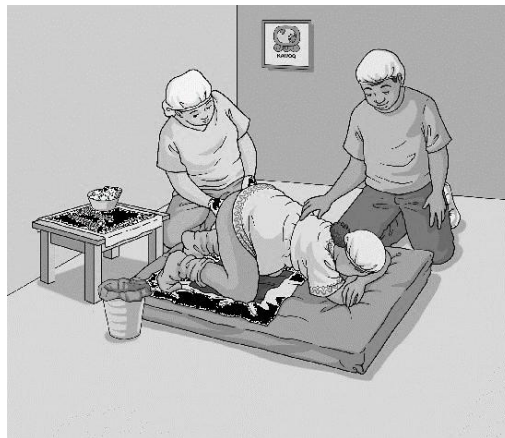
Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. El personal de salud se colocará detrás de la mujer en trabajo de parto cuidado el periné para evitar rasgaduras. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento.<sup>(4)</sup>

**Figura 6**  
**Posición en cuatro puntos**



FUENTE: Manual de Adecuación Cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones, en el marco multicultural de Guatemala.<sup>(4)</sup>

**Figura 7**  
**Posición en 4 puntos**



FUENTE: Manual de Adecuación Cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones, en el marco multicultural de Guatemala.<sup>(4)</sup>

Algunas prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia adelante con su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer. El

personal de salud o comadrona que atiende el parto natural/vertical, deberá instruir a la mujer en trabajo de parto, para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen. <sup>(4)</sup>

### **Disposición final de la placenta**

El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo que la paciente presente VIH, SIDA. <sup>(16)</sup>

#### **3.3.15 Atención del puerperio inmediato**

Se debe respetar algunas prácticas inocuas que la parturienta y su entorno familiar practican tanto en ella como en el recién nacido, tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se ven favorecidos en el alojamiento conjunto.

Se debe realizar de forma estricta:

Control de funciones vitales, tono de la contracción uterina y sangrado vaginal cada media hora durante las primeras dos horas.

Antes de dejar descansar a la mujer se evaluara tono uterino y funciones vitales.

Estimular la salida de los loquios con aplicación de masajes.

Se podrá acomodar a la puérpera en una cama tipo tarima de madera, baja de más o menos 60cm de altura, para que pueda reposar en compañía de su pareja o familiares.

Se usara de preferencia frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de las áreas rurales tienen temor y vergüenza de ensuciar las sábanas.

Permitir que las puérperas usen el chumpi o faja. <sup>(13)</sup>

#### **3.3.16 Atención inmediata del recién nacido**

Cada país tiene su propio protocolo para la atención del recién nacido. Aún dentro de un mismo país puede haber variaciones en el protocolo de atención. En Guatemala existe un normativo en el que se incluye la pertinencia cultural. <sup>(18)</sup>

Toda la literatura consultada hace énfasis en algunos puntos en común, como son mantener la asepsia y antisepsia en todo momento. Atender al recién nacido en un medio cálido es esencial, así como promover el apego materno inmediato y la lactancia materna lo más pronto posible. <sup>(13, 16, 17)</sup>

### **3.3.17. Atención pos parto inmediato**

Para el período de alumbramiento se aconseja utilizar la posición horizontal, debido a la pérdida sanguínea que se documenta durante el parto vertical. En Guatemala se utiliza el manejo según el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto (MATEP). Se debe monitorizar constantemente los signos vitales de la mujer, así mismo se debe evaluar el tono uterino y el estado del canal del parto para identificar desgarros o hemorragia anormal. Además de esto se debe administrar oxitocina para facilitar tanto la expulsión de la placenta como ayudar a la contracción uterina. <sup>(13, 16, 17)</sup>

En todo momento se aconseja respetar la cosmovisión de la paciente y su familia. De ser posible, y de solicitarlo la familia, se deberá entregar la placenta para que dispongan de esta como consideren. Este rito de la placenta es importante para la cultura indígena, debido a que consideran la placenta como un órgano con vida y merece respeto. <sup>(13, 15, 16)</sup>

Posterior al alumbramiento se debe promover el apego materno. Por lo que se ayudará a la madre a amamantar a su bebe y posteriormente se le permitirá quedarse en su compañía, siempre que no existan complicaciones maternas o fetales que lo impidan. <sup>(13, 15, 16)</sup>

## **3.4. ANTECEDENTES**

### **3.4.1 Historia del parto vertical.**

A lo largo de los siglos en todo ser humano, así como en diversas culturas las mujeres han preferido dar nacimiento con sus cuerpos en posición vertical, sentadas o en cuclillas, incluso algunas optan por posiciones agarradas a un árbol, cuerdas o pedazo de tela anudada y por lo general evitan estar acostadas sobre su dorso. En los estándares de hoy parturientas se limitan a posiciones "varados de escarabajo" "decúbito supino-litotomía, por la comodidad del personal de salud, mientras que no es ideal para el parto de la madre empujar al bebé hacia arriba contra la gravedad. La posición ginecológica no se basa en pruebas

y viene con multitud factores de pobres. Esta posición es ilógica haciendo el nacimiento innecesariamente complicado y dificultoso, convirtiendo el proceso natural en un evento médico y a las parturientas simplemente en el cuerpo o mesa para ser relevado de sus contenidos<sup>(2)</sup>

En la mayoría de las civilizaciones, el parto se ha realizado con la mujer en la posición vertical. Desde el siglo XVI en adelante, se adoptó la posición de acostado, poner a las mujeres en una posición anti-fisiológica, lo que contribuyó al uso de la tecnología necesaria. Después de la medicalización del parto, la posición ginecológica durante el período expulsivo comenzó a ser considerada como la más adecuada para llevar a cabo los procedimientos de salud y fue adoptado como una posición clásica durante el parto. Como en otras intervenciones obstétricas, esta posición fue adoptada de manera indiscriminada sin evaluar adecuadamente su eficacia y seguridad.<sup>(19, 20, 21)</sup>

La posición adoptada de forma natural por las mujeres durante el parto ha sido descrita ya en 1882 por Engelmann (Engelmann1882). Él observaron que las mujeres 'primitivos', no influenciados por las convenciones occidentales, tratarían de evitar la posición dorsal y sería les permite cambiar de posición a medida que lo deseaban. Diferente posiciones verticales podrían lograrse mediante mensajes, colgado hamacas, muebles, que se aferra a las cuerdas con nudoso pedazos de tela, de rodillas, agachado o en cuclillas con ladrillos, piedras, un montón de arena, o una taburete de nacimiento (Engelmann 1882; Jarcho1934). La posición asumida por las mujeres durante el parto está influenciada por varios factores complejos. Comportamiento 'instintivo' es difícil de identificar porque el comportamiento está fuertemente influenciado por las normas culturales. Para las sociedades en las que la mayoría de los partos se producen dentro de un centro médico, las normas culturales han largo de los años han moldeado por las expectativas y demandas de los asistentes médicos, así como las restricciones impuestas por los procedimientos médicos como la monitorización fetal, terapia intravenosa, analgesia incluyendo analgesia regional, exámenes médicos y procedimientos médicos. Durante el segundo etapa del trabajo, prácticas como el apoyo y la asistencia de perineal el parto durante el nacimiento "espontánea" han restringido las opciones para posiciones asumidas por las mujeres. Opciones para el parto instrumental también son limitadas. La influencia de personal médico y las instituciones sobre las posiciones adoptadas por las mujeres durante el parto ha sido vistas como desconsiderado de comodidad de la mujer y

la necesidad de experimentar el nacimiento.<sup>(3)</sup>

Imágenes a lo largo de la historia, y en diversas culturas, muestran a las mujeres en diferentes posturas durante el parto, posturas que iban alternando con otras en el transcurso del mismo según los dictados de su instinto.<sup>(2)</sup>

Las escasas referencias que a través de la antropología u otras fuentes se han podido recoger, colocan a la mujer en posición vertical a la hora de parir. En Egipto parece ser que se paría de rodillas o con las mujeres sentadas en sillas especiales. En la época de Hipócrates de Grecia existían sillas de parto con asiento abierto y respaldo inclinado. En el Imperio Romano la mujer daba a luz sentada en un sillón obstétrico.

Cuando Cristóbal Colón llegó a América tuvo ocasión de entrar en contacto con las culturas precolombinas, donde la posición vertical seguía siendo la dominante, bien fuera en cuclillas, arrodillada o sentada.<sup>(2,3)</sup>

En los siglos XIII, XIV y XV en Europa no hay grandes cambios, y las referencias bibliográficas hablan de sillas de partos. En el siglo XVII se produjo la muerte de María de Medecis durante el parto y como consecuencia la partera real francesa fue sustituida por Julien Clement, primer cirujano partero de la historia, quien introdujo la posición horizontal para beneficio del obstetra. En el siglo XVIII Francois Mauriceau, partero de la corte del rey de Francia en esa época, escribió un libro proclamando los beneficios de la postura horizontal y desde Francia la práctica se extendió al resto de Europa e incluso a Estados Unidos. A partir de aquí aparecen opiniones contradictorias al respecto y estas diferencias persisten en la actualidad.<sup>(2,3)</sup>

Hoy en día, la mayoría de las mujeres en las sociedades occidentales dan a luz en decúbito supino o en posición de litotomía. Se argumenta que esta posición posibilita a la matrona y al médico una mejor monitorización del feto, y por tanto, garantiza un parto más seguro. Pero también esta técnica supone un inconveniente: la mayor inmovilidad de la parturienta monitorizada, que pierde así parte de su protagonismo activo.<sup>(3)</sup>

#### **3.4.2 Estudios que respaldan el parto vertical.**

Existen numerosos estudios que apoyan la práctica del parto vertical dentro de los cuales podemos citar el estudio realizado en el Hospital de Karnakata India,



en donde se llevó a cabo una comparación del parto vertical con respecto al parto en posición de litotomía, demostrándose que la intensidad del dolor disminuye un 16% en posición vertical mientras que en posición de litotomía se demostró un 58% más severo según la escala Visual Analogue Pain Scale -100mm, se demostró que finalmente las puntuaciones del dolor eran de 80mm en posición vertical con respecto al 92mm en litotomía, también se demostró que el 100% de las pacientes en posición vertical mantuvo se presión arterial basal normal durante el trabajo de parto mientras que el 17% de las pacientes en posición de litotomía presentaron variaciones con respecto a la presión arterial, así mismo se demostró que el 7% de las pacientes en posición vertical presento patrones irregulares en la frecuencia cardiaca fetal mientras que las mismas variaciones se evidenciaron en el 13% de pacientes en posición de litotomía, con respecto a la segunda etapa del trabajo de parto se demostró que duró 56 minutos en posición vertical mientras que en posición de litotomía duro 67 minutos, la puntuación APGAR también fue evaluada demostrando ser de 8.7 en posición vertical y 8.4 en litotomía al minuto y de 9.9 en posición vertical y 9.7 en litotomía a los 5 minutos, siendo significativamente mayor en posición vertical según el estudio.<sup>(2)</sup>

Así mismo en Brasil se realizó un estudio en el Hospital Clínicas de la Universidad Federal Santa Catarina en donde las puérperas indicaron sentirse más cómodas y facilita la expulsión del feto la práctica del parto vertical.<sup>(26)</sup>

Un estudio realizado en la Universidad de San Martin, Buenos Aires, Argentina explica sobre el modelo basado en sostener la práctica de la litotomía discrepa con conceptos basados en la evidencia. Esta posición, sustento básico de un modelo tecnocrático en la atención de un parto de bajo riesgo, es la expresión simbólica de la despersonalización de una mujer. En contraposición, la posición vertical, utilizada en diversas culturas y numerosos grupos étnicos, ha sido difundida en distintos países: Estados Unidos, Uruguay, Brasil, y más recientemente por la OMS.<sup>(26)</sup>

El estudio realizado en los Servicios de Salud de los Estados de México: San Luís Potosí, Nayarit, Tabasco, Guerrero, Morelos, Colima, Chiapas, e Hidalgo, indagaron que en muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural. Lo interesante es

que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es llamado en Argentina y España por un “parto humanizado”; en Chile, por la “dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”.<sup>(12, 13, 14,23)</sup>

Las evidencias científicas y la presión social en Europa y otras partes del mundo, inclinaron a la OMS a pronunciarse por permitir y estimular el parto humanizado con posiciones verticales. También por facilitar a la mujer tomar decisiones acerca de su cuidado, el acompañamiento de una persona si lo requiere, así como el que los servicios requieran ser sensibles a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias, respetando su privacidad y dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el postparto.<sup>(12)</sup>

Así mismo en Perú en la Universidad Nacional de Trujillo se realizó un estudio en donde se demuestra la eficacia del parto vertical y se demuestra que es más beneficioso que el parto en posición de litotomía. Así entonces podemos mencionar que existe gran variedad de estudios publicados en España, Sudáfrica, Perú, Bolivia, México, Cuba, Ecuador, entre otros en los cuales se demuestra que es más fisiológico y aceptado el parto en posición vertical y sus beneficios los cuales no varían significativamente ante los estudios mencionados brevemente.<sup>(13, 22, 24)</sup>

### **3.4.3 Módulo piloto de atención indígena.**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) dentro del Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos, establece en su visión y misión el acceso a los servicios de salud integrales e integrados en el marco de la equidad con enfoque de género y pertinencia cultural. Expresa además que la salud es un derecho ciudadano y que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ejerce la rectoría del sector de la salud a través de la conducción, coordinación la presentación de los servicios de salud, control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas.<sup>(7, 27, 32)</sup>

En este contexto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro de las políticas de salud 2008-2012, está implementando un modelo de atención y gestión integral, que garantice la continuidad de la atención, equitativa descentralizada, con calidez, calidad, dignidad, humanismo y pertinencia cultural;

así mismo, reconoce y fomenta el uso y práctica de la medicina tradicional y alternativa al grado de lograr su institucionalización. El ejercicio de ese derecho ciudadano, mencionado anteriormente, es aplicable a la decisión, como un derecho reproductivo y familiar de las mujeres guatemaltecas de elegir la forma de atender en familia su prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a. esto tiene que ver con el cambio de la forma de trabajo y actitud del personal de los servicios de salud, dentro de un modelo de atención integral, diferenciado e incluyente.<sup>(6, 7)</sup>

Por ello el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Dirección General de Regulación Vigilancia y control de la Salud, el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, y el Programa de Medicina Tradicional y Alternativa, han considerado necesario que para el desarrollo de la adolescente y adulta se incluya la pertinencia cultural, especialmente a lo relacionado con la posición del parto culturalmente adaptado y el derecho a la salud de la mujer guatemalteca. Se enfatiza en la norma actual que “la mujer puede elegir dónde y cómo atender su parto, así como la o el proveedor que este en el servicio para su atención y la persona que la acompañara durante el proceso del parto, esto incluye el derecho a la posición más cómoda de acuerdo a su cultura”.<sup>(6)</sup>

La adecuación intercultural de los servicios surge desde los requerimientos de la demanda (lo que la gente pide), puesto que se requiere mejorar la calidad y trato humano de atención a las poblaciones culturalmente diversas, que acusan los índices más elevados de pobreza, exclusión social, enfermedad y muerte, en el país. Pero también de la oferta que debe adoptar y adaptar prácticas tradicionales: parto en variedad de posiciones en contraposición del horizontal.

<sup>(21)</sup>

Debe reconocerse que los servicios de salud no han cumplido a cabalidad su cometido, por no haber contemplado los requerimientos de la demanda. La demanda tiene otros sistemas de salud determinados por procesos históricos, sociales y culturales. Por tal razón los usuarios al no encontrar en los servicios el trato debido, los horarios convenientes, la identidad de sus costumbres, el reconocimiento de sus particulares concepciones, saberes y prácticas, en torno a la salud y la enfermedad, han continuado el uso de sus propios recursos (terapeutas tradicionales, comadronas, compone huesos etc.)<sup>(21)</sup>

A continuación se presentan las principales adecuaciones a llevar a cabo en los servicios de salud.

Adecuación en la infraestructura.

Adecuación en las prestaciones en servicios de salud.

Adecuación en el recurso humano (idioma, costumbres, tradiciones etc.).

Adecuación en los sistemas de información (pertinencia étnica y de género en el SIGSA).

Parto natural y en otras posiciones. Medicina tradicional.

Medicina alternativa.<sup>(19)</sup>

El Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social dentro de sus políticas tiene establecido mejorar la atención, por lo que se implementó el módulo piloto de atención indígena, tomando como referencia y base el acuerdo ministerial 1,632-2009, de fecha 16 de noviembre del 2,009, mediante el cual se crea la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas, e Interculturalidad en Guatemala. Y para el logro de sus fines persigue algunos objetivos, entre ellos se encuentra: la modificación y evaluación de los actuales servicios de salud para que sean adecuados a la cultura de los pueblos, que no agrede sus formas de vida y cosmovisión.<sup>(7, 27, 32)</sup>

En tal virtud, se hizo necesario implementar el módulo de atención al paciente indígena, respetando su ideología, sus costumbres y pertinencia cultural, contando con personal idóneo que atiende a estos pacientes, con atención de calidez y calidad, en su mismo idioma y mismas costumbres, identificándose con la población que acude al hospital, satisfaciendo sus necesidades de salud creando confianza en el servicio del hospital, y de su personal dando como resultado de esta implementación, que la población acuda con seguridad a recibir tratamientos que satisfagan su problema y disminuya la morbi mortalidad de los pacientes, específicamente la población materna por causas de embarazo.<sup>(27)</sup>

Se implementó una línea de base que sirve como punto de partida para la implementación del módulo en las instalaciones del hospital regional de Cobán Alta Verapaz, Hellen Lossi de Laugerud, con una población que demanda atención de los servicios en su mayoría indígenas, en un aproximado de 93 %.<sup>(27)</sup>

Para mejorar la calidad de la oferta de servicios de salud para la población del

área de influencia de los hospitales beneficiarios, específicamente de hospital regional de Cobán, donde se tiene programada la implementación del Módulo piloto de atención indígena que busca desarrollar dentro del nuevo modelo de atención, prácticas médicas hospitalarias con pertinencia cultural en relación a la población indígena. <sup>(27)</sup>

Se realizaron investigaciones acerca de registro de pacientes que presenten su atención del parto de forma natural, horizontal y vertical, comprobando que en los servicios de salud del departamento (hospitales y centros de salud) la mayoría de partos son atendidos en camilla en posición de litotomía, excepto por comadronas del Área que si atienden de forma vertical los partos en el nivel comunitario. <sup>(27)</sup>

Debido a que dentro de las instalaciones del hospital regional de Cobán se implementa el módulo de atención indígena se considera necesario describir que en el año 2009 se contaba con 180 camas y en el año 2010 se aumentó a 230 camas debido al crecimiento de demanda de atención en todos sus servicios. El número de egresos del año 2008 al 2009 se incrementó de 17,674 a 18,913, las emergencias aumentaron de 33,684 a 41,760 incrementándose un 19 %. El número de partos disminuyó de 4,746 a 4,224 esta disminución se considera debida a que los centros de salud, con atención permanente (CAP), 24 horas con atención de emergencias y partos, que se encuentran cercanos al hospital de Cobán iniciaron su funcionamiento como tales en el año 2009. El número de cesarías se incrementó de 1,604 a 2,174, llama la atención este incremento pero se considera debido a la detección de problemas relacionados a parto detectados por el personal médico que labora en los centros CAP mencionados. <sup>(27. 32)</sup>

Durante el año 2009, en el hospital regional se registraron 12 muertes maternas, ocasionadas por cuadros patológicos cuyas complicaciones pudieron ser prevenibles. En el año 2010 se registraron 10 muertes maternas. Durante el transcurso del año 2011, hasta septiembre, se registran 10 muertes maternas en el Hospital de Cobán con diagnósticos similares. (Retención Placentaria, Pre eclampsia, Eclampsia, Ruptura Uterina, Atonía uterina y hemorragia). En cuanto a la sistematización del módulo de atención Intercultural podemos mencionar que consistía básicamente en que los colaboradores del Módulo Piloto de Atención Indígena (comadronas, facilitadores culturales y promotores infantiles) acompañan al personal hospitalario que brinda la atención en los diferentes servicios, desde la

consulta externa y emergencia, hasta los servicios de internamiento y son intermediarios entre ellos , el usuario y su familia, para mejorar la comunicación personal-paciente-familia.<sup>(27, 32)</sup>

El módulo conto con el siguiente personal: Un coordinador (Médico y Cirujano), a cargo de la supervisión del trabajo de 18 colaboradores Indígenas (8 comadronas tradicionales, 5 facilitadores culturales y 5 promotores infantiles), los cuales, responsables de acuerdo a su perfil y rol y a establecido, de dar la bienvenida a los usuarios indígenas y provenientes de comunidades rurales desde el momento que ingresan al hospital desde consulta externa o emergencia y garantizar que la atención que reciban, sea respetuosa, con orientación en su idioma, y sin entrar en choque con sus creencias y prácticas culturales. Atención durante las 24 horas.<sup>(7, 27, 32)</sup>

Algunas razones concretas relacionadas con la necesidad de fortalecer el enfoque intercultural en la atención que brinda el hospital son las “barreras culturales”, en la atención de salud, las cuales pueden clasificarse en cuatro ámbitos:<sup>(7)</sup>

Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema).

En el establecimiento o espacio de salud.

En el personal prestador de servicios de salud.

En la población usuaria.

Brevemente puede decirse que las comadronas tradicionales son el enlace entre la paciente, su familia y el personal hospitalario, para el control de su embarazo; así mismo cuando la señora acude para la atención de su parto, la acompañan al servicio de labor y partos, la entregan a la comadrona que se encuentra en ese servicio de turno, prepara y da bebidas e infusiones acostumbradas tipo “caliente” a la paciente para reconfortarla y hacerla sentir más segura. Está con ella durante todo el proceso del parto y postparto, para que pueda sentirse acompañada, se comunica con sus familiares y ofrece bebidas permitidas para su confort. Si la paciente prefiere que su parto sea atendido por la comadrona tradicional, ella lo hace con el apoyo del personal del servicio, dándole la oportunidad de elegir en qué posición quiere tener a su bebé, según su costumbre y tradición, siempre que no sea contraindicada según normas del hospital y situación de salud.<sup>(7)</sup>

Vale la pena mencionar que se llevó a cabo la construcción de la sala de partos en posición vertical, la cual fue equipada con materiales apropiados y básicos en

la atención del parto culturalmente adaptado y a su diversidad de posiciones.

Así mismo se puede mencionar que dentro de los logros obtenidos por el Módulo de Atención Indígena figuran:

Las comadronas tradicionales realizaron sus actividades en los servicios de emergencia, post parto y labor y partos, brindando acompañamiento a las señoras embarazadas durante el trabajo de parto, durante el parto y en el puerperio inmediato manteniendo un contacto directo y brindando atención de calidez a las pacientes.

Traducción al idioma maya y español, sirviendo de enlace entre el personal hospitalario, pacientes y familias, para mantener una comunicación que permite la comprensión y entendimiento. <sup>(7)</sup> Se había iniciado la atención de parto vertical hospitalario, por solicitud de la señora embarazada. A continuación se presentan algunos datos numéricos. <sup>(7, 32)</sup>

#### **ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN AÑO 2011-2013**

<b>Año</b>	<b>En cuclillas</b>	<b>Edad</b>	<b>Total de partos</b>
<b>2011</b>	30	83	113
<b>2012</b>	3	0	3
<b>2013</b>	15	12	27
<b>Total</b>	48	95	143

Fuente: datos obtenidos de estadísticas del parto vertical del Módulo de Atención Indígena o Intercultural (7)

El módulo piloto de atención indígena, finalizó su desempeño en diciembre del año 2013, retirándose su coordinador, debido a que el presupuesto hospitalario brindado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ya no era suficiente para dicho programa, razón por la cual ya no se lleva a cabo la atención del parto culturalmente adaptado en el Hospital Regional de Cobán. Sin embargo existe un antecedente con respecto a la atención del parto con pertinencia cultural, el cual fue de provecho para la población indígena mayoritariamente y a que como se sabe es parte de la atención con pertinencia cultural que se brinda en el Hospital Regional de Cobán, la atención del parto en diversas posiciones ya no se implementa desde esa fecha, a pesar que la Organización No Gubernamental Tula salud construyó una sala para tal efecto, pero cabe mencionar que hubo pacientes gestantes no indígenas que también optaron por alguna de estas posiciones verticales al momento de dar a luz.

### 3.5. POLÍTICAS DESALUD

#### 3.5.1 LEY DE MATERNIDAD SALUDABLE, DECRETO 32-2010

**Artículo 6. Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal.** El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- MSPAS-, están obligadas a garantizar a las usuarias el acceso a servicios de salud materna-neonatal con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los tres niveles de atención, promoviendo la participación social y comunitaria para compartir la responsabilidad de proveer condiciones adecuadas para una maternidad saludable.<sup>(29, 30, 31)</sup>

**Artículo 9. Atención obligatoria durante el parto.** Las instituciones a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar la atención calificada del parto, bajo las siguientes condiciones:

Atención obstétrica de acuerdo con los estándares técnicos recomendados por las instituciones especializadas, nacionales e internacionales, y los protocolos institucionales vigentes.

Las niñas y adolescentes recibirán atención diferenciada tomando en cuenta su edad, etnia y escolaridad.

Posición para la atención del parto, según preferencia de la mujer, deberá formularse el protocolo de parto vertical. Los servicios de salud que atienden partos, deberán considerar el acompañamiento de las mujeres por un familiar o persona de confianza en el momento del parto, cuando se trate de un parto normal.

Atención obstétrica de emergencia básica que incluya los procedimientos establecidos en los protocolos para la atención de la emergencia obstétrica, con énfasis en las hemorragias obstétricas, cualquiera que sea su origen.

Equipo médico, insumos y medicamentos disponibles para la atención del parto,



del recién nacido, posparto y hemorragias obstétricas, de acuerdo al nivel de resolución de cada servicio.

Disponibilidad de transporte en las unidades de atención del segundo y tercer nivel, las veinticuatro horas del día. Disponibilidad de sangre segura en cantidad y calidad suficiente. <sup>(29. 30. 31)</sup>



## **4 POBLACIÓN Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo y diseño de investigación**

Estudio descriptivo, transversal.

### **4.2 Unidad de análisis**

**4.2.1** Unidad primaria de muestreo: médicos especialistas y residentes del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán, Hospital Nacional de Quiché, Hospital Regional de Escuintla, Hospital Departamental de Sololá, Hospital Departamental Pedro de Betancourth, Hospital Nacional de la amistad Japón, Izabal.

**4.2.2** Unidad de análisis: Encuesta auto aplicada de conocimientos, actitudes y prácticas.

**4.2.3** Unidad de información: Personal médico del departamento de Ginecología y Obstetricia destinado a la atención de parto natural en el Hospital Regional de Cobán, Hospital Nacional de Quiché, Hospital Regional de Escuintla, Hospital Departamental de Sololá, Hospital Departamental Pedro de Betancourth, Hospital Nacional de la amistad Japón, Izabal.

### **4.3 Población y muestra**

**4.3.1** Población: Médicos especialistas y residentes del departamento de Ginecología y Obstetricia destinados a la atención de parto natural en el Hospital Regional de Cobán con 9 médicos, Hospital Nacional de Quiché con 12 médicos, Hospital Regional de Escuintla con 25 médicos, Hospital Departamental de Sololá con 4 médicos, Hospital Departamental Pedro de Betancourth con 36 médicos y Hospital Nacional de la amistad Japón, Izabal con 9 médicos, siendo todos ellos un total de 95 médicos, de los cuales se encuestó a 43 residentes y 35 especialistas y 14 se negaron a participar en el estudio y 3 se encontraron ausentes.

**4.3.2** Muestra: No hubo muestra.

#### **4.4 Selección de los sujetos a estudio.**

##### **4.4.1 Criterios de inclusión:**

Médicos con colegiado activo, hombres y mujeres, destinados a la atención de parto natural, que aceptaron participar voluntariamente y que laboran en el Hospital Regional de Cobán, Hospital Nacional de Quiché, Hospital Regional de Escuintla, Hospital Departamental de Sololá, Hospital Departamental Pedro de Betancourth, Hospital Nacional de la Amistad Japón, Izabal junio-julio2015.

##### **4.4.2 Criterios de exclusión:**

Médicos que no aceptaron contestar el instrumento o que estuvieron ausentes en el momento de realizar el estudio.

#### **4.5 Enfoque y diseño de la investigación.**

Investigación cuantitativa, no experimental. Transversal, descriptiva.

#### 4.6 Medición de variables.

VARIABLE COMPLEJA	VARIABLE SIMPLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Conocimientos, Aptitudes y Prácticas sobre el parto vertical como una acción ligada a la pertinencia cultural en hospitales nacionales, en el área de Ginecología y Obstetricia.	CONOCIMIENTO	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.	Medición realizada mediante encuesta a personal médico de Ginecología y Obstetricia	CUALITATIVA	ORDINAL	Clasificación mediante a desviaciones. Muy malo: -1, -2δ Malo: -1 δ, M Buena: M, +1 δ Muy buena: +1 δ, +2 δ
	ACTITUD	Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.	Medición realizada mediante encuesta a personal médico de Ginecología y Obstetricia	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala de likert Totalmente en desacuerdo 6 pts. En desacuerdo 7-12 pts. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 13-18 pts. De acuerdo 19-24 pts. Totalmente de acuerdo 25-30 pts.
	PRÁCTICA	Habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad.	Medición realizada mediante encuesta a personal médico de Ginecología y Obstetricia	CUALITATIVA	NOMINAL	Escala de Likert Definitivamente no 7 pts. Indeciso 8-21 pts. Definitivamente si 22-35 pts.
	EXPERIENCIA	Conjunto de conocimientos que se adquieren en la vida o en un período determinado de esta.	Medición realizada mediante encuesta a personal médico de Ginecología y Obstetricia	CUANTITATIVA	RAZÓN	MESES AÑOS

## **4.7 Técnicas, procesos e instrumentos para la recolección de datos.**

### **4.7.1 Técnica.**

Se utilizó una encuesta estructurada que evaluó de forma diferenciada los conocimientos que se tienen sobre el parto vertical, las actitudes que se pudieron expresar sobre el mismo y las prácticas que se tuvieron acerca del mismo.

### **4.7.2 Instrumento de recolección de datos**

Se realizó una encuesta con 3 series con un total de 20 preguntas y una sección especial para recolección de datos generales como son el sexo, la edad y los años de experiencia en la atención de partos.

La SERIE I, que evaluó conocimiento, consta de 7 preguntas en total las cuales fueron calificadas sobre un puntaje de 100 en total. Se dividió este puntaje entre las respuestas correspondientes dando así un valor por pregunta de:

Las primeras 3 poseen un valor de 14.29 pts. Por pregunta.

Las preguntas 4 y 5, por cada ítem correcto se dio un puntaje de 2.38pts. Las preguntas 6 y 7 por cada ítem correcto se dio un puntaje de 4.76pts.

La SERIE II, que evaluó actitud, consta de 6 ítems las cuales se evaluaron según la escala de Likert. Cada ítem tuvo un número de enunciados positivos y negativos, para un total de 5pts. Como máximo para cada ítem que suman un máximo de 30 pts. Y un mínimo de 6pts. El valor numérico que se asignó a cada pregunta dependió del grado de acuerdo o desacuerdo de cada participante.

La SERIE III, que evaluó prácticas, constó de 7 ítems los cuales se evaluaron según la escala de Likert. Cada ítem tuvo un número de enunciados positivos y negativos, para un total de 5pts. Como máximo para cada ítem que suman un máximo de 35pts. Y un mínimo de 7pts. El valor numérico que se asignó a cada pregunta dependió del grado de participación de cada participante en atención del parto vertical.

### **4.7.3 Procedimientos.**

Se seleccionaron lugares de estudio de acuerdo a la conveniencia de cada investigador, tomando en cuenta los grupos étnicos de cada departamento y así mismo que fuesen centros de atención con área de Ginecología y Obstetricia. El grupo total constó de 6 investigadores, a cada investigador se otorgó el estudio

de un departamento seleccionado. Cada investigador fue responsable de establecer comunicación con las autoridades de las áreas de investigación, reclutar a las personas en estudio, realizar la encuesta y tabular los datos obtenidos durante el trabajo decampo.

Se seleccionó un coordinador general de grupo el cual fue encargado de unificar el trabajo.

Se solicitó en los diferentes hospitales mencionados, los permisos respectivos para realizar el trabajo y la colaboración para la utilización del espacio físico del hospital.

Se realizó previo a realizar las encuestas un reconocimiento de campo, lo cual significó reconocer el área hospitalaria de cada centro mencionado.

Se realizó previo al desarrollo de la encuesta en los hospitales, una prueba piloto con la que se pretendió validar el instrumento, con médicos elegidos al azar.

Se realizó cada encuesta en el tiempo acordado por ambos, investigador y sujeto a investigar, para la obtención de los datos.

Se realizó la elaboración de un reporte de resultados el cual incluyó: Datos sobre los participantes, Fecha de la encuesta. Información completa del desarrollo de la encuesta.

#### **4.8. Procesamiento de datos.**

##### **4.8.1 Procesamiento**

Los datos obtenidos mediante la encuesta estructurada fueron utilizados en la elaboración de una base de datos en el programa Microsoft Excel, luego fueron tabulados según una tabla construida por el equipo para dar una puntuación específica acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas referentes al parto vertical, se realizaron los cruces de datos necesarios y se presentará un formato de gráficas y tablas elaborados en el mismo Microsoft Excel.

##### **4.8.2 Análisis**

Para el análisis de los datos obtenidos en la primera serie se utilizó como medida de tendencia central la media (M) y para medir la variabilidad de la distribución de los punteos se utilizó desviación estándar.

Se calculó la media de la siguiente forma: la suma de las notas obtenidas se

dividieron por el número de participantes. Se calculó con la siguiente fórmula:

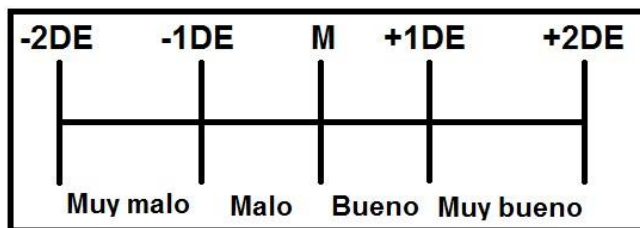
$$M = \frac{\sum X}{N}$$

M: media.  
 $\sum X$ : Suma de puntuaciones.  
 N: número de puntuaciones.

Se utilizó la desviación estándar para la variabilidad de la distribución. Utilizando la siguiente fórmula:

$$\delta = \sqrt{\frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{N}}$$

De esta forma se pudieron obtener las puntuaciones de la distribución que utilizamos para el análisis de datos.



Para el análisis de la segunda serie se utilizó la escala de Likert, se formularon 6 ítems con 5 opciones cada uno, y se les asignó un puntaje de la siguiente manera:

<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>(5)</b>	<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>

La sumatoria de estos puntos se adecua según la escala establecida correspondiente a:

<b>Escala de likert</b>	
Totalmente en desacuerdo	6 pts.
En desacuerdo	7-12 pts.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	13-18pts.
De acuerdo	19-24pts.
Totalmente de acuerdo	25-30pts.

Para el análisis de la tercera serie se utilizó la escala de Likert, se formularon 7 ítems con 3 opciones cada uno, y se les asignó un puntaje de la siguiente manera:



<b>Definitivamente si (5)</b>	<b>Indeciso (3)</b>	<b>Definitivamente no (1)</b>
-----------------------------------	---------------------	-----------------------------------

La sumatoria de estos puntos se adecuo según la escala establecida correspondiente a:

Escala de Likert	
Definitivamente no	7pts.
Indeciso	8-21pts.
Definitivamente si	22-35pts.

#### **4.9 Límites de la investigación.**

##### **4.9.1 Alcances.**

Se describió los conocimientos, actitudes y prácticas en la atención del parto en posición vertical, en médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán, Hospital Nacional de Quiche, Hospital Regional de Escuintla, Hospital Nacional "Juan de Dios Rodas" Sololá, Hospital Departamental Pedro de Betancourth, Hospital Nacional de la Amistad Japón, Izabal.

Los aspectos puntuales que comprende la investigación, están referidos a las diferentes posiciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas en la atención del parto en posición vertical, así también sobre las diferentes leyes que existen para la atención del mismo.

##### **4.9.2 Obstáculos**

Disposición de parte de los médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia en la toma de los datos, debido a que el tiempo libre que dispone es corto. Y a que se toma en cuenta que donde se realizara el estudio son instituciones públicas y la afluencia de pacientes es alta.

#### **4.10 Aspectos éticos de la investigación:**

Al momento de realizar el trabajo de campo se tuvieron en cuenta los principios establecidos en las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que la investigación no representa daño alguno para los participantes. Por lo que el estudio se considera Categoría I (sin riesgo). Para realizar dicha práctica se contó con el consentimiento informado y escrito voluntario del participante, y se mantuvo

el anonimato de los participantes.

Dicho estudio no se ha realizado en la república de Guatemala y se buscó conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de los obstetras con respecto al parto vertical. Los resultados obtenidos se publicaron en la tesis, la cual sirvió como trabajo de graduación y para la utilización de los resultados de las personas o instituciones interesadas en dicho tema.

## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos mediante el análisis de datos recopilados por la encuesta brindada a los médicos destinados a la atención del parto pertenecientes al departamento de Ginecología y Obstetricia de los hospitales nacionales y departamentales, con un total de 78 médicos encuestados de los cuales 35 son especialistas y 43 residentes; representado mediante tablas de los conocimientos, actitudes y prácticas referentes a la atención del parto en posición vertical. Así mismo en anexos se encuentran las tablas que corresponden a cada una de las preguntas, en la discusión de resultados se hace un análisis más profundo de cada uno de los parámetros evaluados. Debemos recordar que 14 médicos se negaron a participar en el estudio y 3 se encontraban ausentes al momento de la encuesta.

**Tabla 1**

**Distribución por edad y sexo de los médicos encuestados del departamento de Ginecología y Obstetricia en los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Quiche, Sololá, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal, agosto-septiembre 2015.**

<b>Edad/Años</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>No responde</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
25 - 29	11	19	0	30	38
30 - 34	7	20	0	27	35
35 - 39	4	4	0	8	10
40 - 44	1	0	0	1	1
45 - 49	2	3	0	5	7
50 - 54	1	1	0	2	3
55 - 59	1	0	0	1	1
60 - 64	1	0	0	1	1
65 - 69	1	0	0	1	1
No responde	0	0	2	2	2
<b>Total</b>	29	47	2	78	100

**Tabla 2**  
**Conocimiento sobre parto vertical en médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia en los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal, agosto-septiembre 2015**

<b>Conocimiento</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy Malo</b>	9	12
<b>Malo</b>	28	36
<b>Bueno</b>	30	38
<b>Muy Bueno</b>	11	14
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 3**  
**Actitud sobre parto vertical en médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia en los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, respecto al parto vertical agosto-septiembre 2015**

<b>Actitud</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	17	22
<b>De Acuerdo</b>	40	51
<b>Ni de acuerdo Ni en desacuerdo</b>	16	21
<b>En Desacuerdo</b>	4	5
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	1
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 4**

**Práctica sobre parto vertical en médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia en los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, respecto al parto vertical agosto-septiembre 2015**

<b>Práctica</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Definitivamente Sí</b>	27	35
<b>Indeciso</b>	44	56
<b>Definitivamente No</b>	4	5
<b>No responde</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100



## 6. DISCUSIÓN

Para la sección de conocimiento, con los resultados obtenidos, se calculó la media que fue de 35. Esta sección en total fue ponderada con 100 puntos subdivididos en siete preguntas. Se tocaron conceptos básicos como lo sería la definición del parto vertical, sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones así como el marco legal que respalda este evento. Estos son aspectos básicos los cuales deben ser adquiridos por parte de los médicos asignados a la atención del parto durante su formación y durante su práctica como especialistas, los cuales se encuentran al servicio de la población en la República de Guatemala que como se sabe es pluricultural y posee muchas creencias, culturas y tradiciones, incluido el ámbito médico.

La falta de conocimiento con respecto al parto vertical influye de manera directa en la práctica de esta técnica, que según el estudio realizado en 2012 en el hospital de Yediur, Bangalore, Karnataka, India se demostró que una elevación pequeña de la espalda en las mujeres durante el trabajo de parto, maximiza los beneficios ya que la gravedad, ofrece mayores ventajas en términos de una mayor comodidad, menor duración de la segunda y tercera etapa de trabajo de parto, la pérdida de sangre no es significativa y las experiencias de parto mejoran. Se ve una disminución del dolor y menos variaciones de la presión arterial de la madre como alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal. <sup>(2)</sup>

Dentro de los encuestados el mayor porcentaje cuenta con conocimiento "Bueno" o adecuado, y dentro de los que evidencian un conocimiento inadecuado son en su mayoría residentes, mostrando 9 residentes de primer año, 5 de segundo año, 6 de tercer año y 3 de cuarto año versus 14 médicos especialistas. Actualmente no hay en Guatemala un estudio con el cual comparar, ya que se han dirigido los estudios anteriores a comadronas.

En cuanto se refiere a la actitud de los médicos encuestados con respecto al parto vertical el 21% se mostraron indiferentes, 4 se mostraron en desacuerdo y tan solo 1 se mostró totalmente en desacuerdo, de esta manera se evidencia en este estudio que solamente el 6% de los encuestados mostraron una actitud negativa, que se traduciría en un rechazo a la atención del parto vertical cuando la paciente lo solicita. Por otra parte 17 médicos, lo que corresponde al 22% manifestaron estar totalmente de acuerdo y el 51% de los encuestados lo cual corresponde a 40 participantes manifestaron estar de acuerdo, lo cual es un aspecto positivo ya que demuestra un interés hacia la adquisición de nuevos

conocimientos respecto al tema y así practicarlo de ser solicitado por las pacientes, respetando su libertad de elegir. Cabe mencionar que la población original del estudio sería de 95 médicos, sin embargo 14 se negaron a realizar la encuesta y 3 se encontraban ausentes al momento de la misma. No fueron incluidos en los resultados del estudio debido a los criterios de exclusión, para futuras investigaciones valdría investigar la razón por la cual se negaron a participar.

Al analizar los datos se observa que no todos los médicos presentan una actitud negativa hacia la atención del parto vertical, algunos indicaron estar interesados en el tema, en capacitarse e informarse lo cual refleja una actitud positiva hacia el parto vertical.

El estudio realizado en el 2012 en los Servicios de Salud de los Estados de México: San Luís Potosí, Nayarit, Tabasco, Guerrero, Morelos, Colima, Chiapas, e Hidalgo, indagaron que en muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural. Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es llamado en Argentina y España por un “parto humanizado”; en Chile, por la “dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”. (12, 13, 14, 23.)

Es llamativo lo observado en otras naciones del mundo como se mencionó anteriormente y es aquí en donde se remarca que en Guatemala también existen leyes y normativos que respaldan el parto vertical, lo cual es una muestra que si existe una actitud positiva por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con respecto a la atención del parto en posición vertical, esto se podría optimizar mediante capacitaciones o implementación de programas que fortalezcan la atención medica con pertinencia cultural, que podría favorecer la actitud de los médicos con respecto al parto culturalmente adaptado tal y como lo fue en el Módulo Piloto De Atención Indígena el cual funcionó en el Hospital de Cobán.

Dentro del estudio en lo que refiere a la práctica sobre el parto en posición vertical se observa que el 56% de los médicos encuestados se encuentran indecisos sobre dicha práctica, lo que significa que hay una deficiencia en el conocimiento e inseguridad al



momento de la resolución del parto en posición vertical; sin embargo el 35% de los encuestados están en completa aprobación, por lo que es evidente que es un pequeño grupo de los profesionales en la salud que tienen la competencia para dar una atención de acuerdo a la solicitud de cada paciente según su pertinencia cultural.

Por tanto en el estudio no se evidencia un rechazo hacia el parto vertical por parte del personal médico, sino una falta de conocimiento sobre el tema que es la razón por lo que no se practica actualmente a nivel hospitalario. Sin embargo, esta falta de práctica, probablemente ha sido malinterpretada por la población indígena como un “rechazo” a sus costumbres. Se ha teorizado que esto provoca a su vez en una negación a acudir a los servicios de alto nivel por parte de la paciente.

En Brasil en el año 2009 se realizó un estudio en el Hospital de la Universidad Federal Santa Catarina en donde las puérperas indicaron sentirse más cómodas durante el parto vertical y se facilitó la expulsión del feto. <sup>(26)</sup>

Estos estudios son importantes ya que se cree que el parto vertical es una técnica que se ha dejado de utilizar o que solamente se aplica por comadronas o en personas con cierta pertinencia cultural y no es así, ya que esta técnica se ha observado con mayor auge a nivel mundial, en el continente americano, europeo, africano y asiático principalmente.

También hay que mencionar, que según establece la ley el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe garantizar una infraestructura adecuada con insumos especializados para la atención del parto vertical.

Sin embargo, todo profesional de la medicina debe tener muy claros aspectos éticos y morales al momento de estar atendiendo a cada paciente, y no olvidar los principios de la ética médica tales como el principio de justicia y autonomía. Se debe respetar a cada paciente sin importar sus condiciones físicas, culturales, étnicas, sociales, religiosas, entre otras, y se debe de garantizar el principio de beneficencia y no maleficencia, informando y consultando sobre los procedimientos que se le realizarán y sobre el consentimiento informado, ya que de no cumplirse este protocolo se podría caer hasta cierto punto en algún grado de violencia obstétrica que tanto se menciona hoy en día.

Se considera que las posibles aplicaciones prácticas en las que influiría la atención del parto vertical sería sobre lograr metas de disminución de mortalidad materna, ya que se sabe que esta técnica en Guatemala no se ha logrado establecer óptimamente en los centros de atención destinados a la atención del parto, por lo que en aquellas regiones remotas donde se tiene difícil acceso a los servicios de salud las pacientes optan por buscar a una comadrona para que atienda su parto en posición vertical, presentándose en algunos casos complicaciones obstétricas las cuales no pueden ser resueltas por una comadrona, traduciéndose esto en un alza en la tasa de mortalidad materna.

## 7. CONCLUSIONES

- El conocimiento que presentan los médicos especialistas y residentes del departamento de Ginecología y Obstetricia de los hospitales nacionales abordados en este estudio sobre el parto vertical es “Bueno”.
- Según los resultados con respecto a la actitud de los médicos sobre el parto vertical, se identifica que el 73% de los médicos mostraron una actitud positiva (totalmente de acuerdo y de acuerdo), 21% mostraron una actitud de indiferencia (ni de acuerdo ni en desacuerdo) y tan solo el 6% muestra una actitud negativa (en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) respecto al parto vertical.
- Con respecto a la práctica, los resultados indican que el 35% practica el parto vertical, el 5% no practica y el 56% se muestra indeciso. Esto revela que existe incertidumbre en la práctica del parto vertical.



## 8. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

- Velar por el cumplimiento de la ley de maternidad saludable, específicamente el artículo 9.
- Capacitar al personal médico y paramédico para la atención del parto culturalmente adaptado.
- Implementar programas de fortalecimiento cultural en los tres niveles de atención del Ministerio, según lo establecido por la ley de maternidad saludable.

Unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala (UASPIIG)

- Trabajar conjuntamente con el MSPAS para garantizar el derecho a respetar la diversidad cultural especialmente el parto vertical.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Implementar formación académica a nivel universitario para la atención del parto natural como una medida con pertinencia cultural.
- Promover la investigación sobre parto vertical como una medida para la atención con pertinencia cultural.

A la Facultad de Ciencias Médicas

- Fortalecer el pensum de estudio, implementando formación académica que incluya la pertinencia cultural donde sea oportuno incluyendo la atención del parto en posición vertical tanto en el pregrado como en el posgrado.
- Promover la investigación sobre el parto vertical, debido a que existe muy poca información en nuestro país sobre el tema y es importante debido a la multiculturalidad existente en el mismo y la alta elección por las pacientes de esta posición en el área rural.
- Capacitar a los docentes de Ginecología y Obstetricia sobre el parto vertical.

Al departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales y Departamentales donde fue realizado el estudio

- Implementar un protocolo para la atención del parto vertical.
- Trabajar conjuntamente con el MSPAS para crear un área adecuada para la atención del parto vertical en los hospitales.

- Darle continuidad al Módulo Piloto de Atención Indígena e implementarlo a nivel nacional.
- Asesorar legalmente a los médicos que laboran dentro del nosocomio para que brinden la atención médica acorde a la ley de maternidad saludable.

A los profesionales especialistas de Ginecología y Obstetricia

- Mantener el conocimiento actualizado sobre los temas con pertinencia cultural, como lo es el parto vertical.
- Brindar información actualizada sobre beneficios y desventajas de las diferentes formas de atención del parto vertical, permitir que sea la paciente quien elija y respetar su derecho a elegir.

A la población en general

- A la población femenina, conocer sus derechos principalmente durante el embarazo y parto y hacerlos valer.

## **9. APORTES**

Al momento en Guatemala existen pocas investigaciones sobre los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del parto vertical. Los pocos estudios que hay sobre el tema, están dirigidos a las comadronas. Con esta investigación se llena un vacío en la información actual en el gremio médico sobre este tema de gran importancia para nuestro país ya que el parto vertical no ha sido estudiado completamente, a pesar de ser una opción para muchas pacientes en el área rural.

Con esta investigación se plasma la posición de los médicos respecto a este tema y así mismo se deja en claro la necesidad de brindar una capacitación respecto a la atención del parto en posición vertical. Se establece que no existe un rechazo con respecto a este tema importante para la diversidad cultural en nuestro país, sino que existe falta de conocimiento y es por esta razón que no se practica actualmente en hospitales públicos y privados.

La presentación de resultados al departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas, área de Posgrado de Ginecología y Obstetricia y a la Unidad de Investigación de Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC podría ser de gran uso para fortalecer el conocimiento y así llevar una buena práctica del parto vertical de ser requerido.





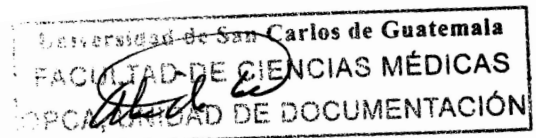
## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas con pertinencia cultural. Hacia la interculturalidad. Guatemala: MSPAS, Departamento de Regulación de Los Programas de Atención a las Personas; 2012.
2. Thilagavathy G. Maternal birthing position and out come of labor. Oxford: The Oxford Educational Institutions; 2012.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Inglaterra: The Cochrane Library; 2007.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y pertinencia cultural, en los servicios institucionales de atención del parto. 2 ed. Guatemala: MSPAS; 2011.
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Indicadores con pertinencia cultural. Guatemala: MSPAS; 2012.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de adecuación cultural del parto natural/vertical. Guatemala: MSPAS, Programa de medicina tradicional y alternativa; 2011.
7. Mateo González A, Cortez Bendfeldt P. Sistematización de la Experiencia de implementación del módulo de atención intercultural en el Hospital Regional Nacional de Cobán, Cobán Alta Verapaz: MSPAS; 2012.
8. Cheeseman S. Conceptos básicos en investigación. [en línea]. México: Universidades de México; 2011 [citado 8 Jul 2015] Disponible en: <https://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r62756.PDF>
9. Ary L, Jacobs Ch. Introducción a la investigación pedagógica. 2 ed. México: Martínez, José María; 1991.

10. Livas I. Análisis e interpretación de los resultados de la evaluación educativa. México: Editorial Trillas; 1978.
11. Real Academia Española. Diccionario enciclopédico. 22 ed. Madrid: RAE; 2012.
12. Rodríguez Rozalén MA. La posición del obstetra y la matrona ante el parto. España: [s.n]; 2010.
13. Perú. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural: estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Lima, Perú: EBRA E.I.R.L; 2005.
14. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Sub secretaría de Innovación y Calidad. La posición tradicional del parto (Parto vertical), en los servicios de salud. México: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural; 2012.
15. Mideros R. Normativa técnica nacional de atención de parto vertical. Ecuador: MSP. Dirección Nacional de Normatización; 2008.
16. España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Construcción de una escala de actitudes tipo likert. España: INSHT; 1982.
17. Cossich Márquez C. Inequidad en la atención materno infantil en Guatemala. Rev Colmedegua. 2014 Dic; 152 (1):9-15.
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural. Guatemala: MSPAS; 2010.
19. - - - - - . Recomendaciones para la adecuación de los servicios de salud hacia la pertinencia cultural con enfoque intercultural. Guatemala: MSPAS; 2011.

20. González D. Enfoque intercultural en las normas de salud materna del Ecuador 1994-2009. Ecuador: MSP, FNUAP, Family Care; 2010.
21. Berducido H. Las comadronas y los grupos étnicos. Guatemala: Universidad Mesoamericana; 2008.
22. Mideros R. Normativa técnica nacional de atención de parto vertical. Ecuador: MSP. Dirección Nacional de Normatización; 2008.
23. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Sub secretaría de Innovación y Calidad. La posición tradicional del parto (Parto vertical), en los servicios de salud. México: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural; 2012.
24. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Proceso de normalización del SNS: Norma técnica para la atención del parto vertical culturalmente adecuado, sub proceso de normalización de medicina intercultural. Ecuador: MSP; 2008.
25. National Center for Cultural Competence. Construyendo puentes para las disparidades médicas; El papel esencial de los programas de intermediación cultural. Georgetown, Washington: UMC; 2004.
26. Gayeski ME, Bruggemann OM. Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto vertical y horizontal. Revista Latino- Americana de Enfermería. (Brasil) [en línea] 2009 [citado 5 Jun 2015]; 17 (2): 1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200003>.
27. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Módulo piloto de atención indígena: Implementación del módulo de atención indígena Hospital Nacional de Cobán Alta Verapaz "Hellen Lossi De Laugerud" (Julio). Guatemala: MSPAS; 2010.

28. Guatemala. Congreso de la Republica Organismo Legislativo. Decreto 90-97. Código de Salud Nuevo. Guatemala: El Congreso;1997
29. Villavicencio Álvarez JA. Lineamientos para la sistematización de la referencia y contra referencia en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: MSPAS; 2012.
30. Guatemala. Congreso de La República. Ley para la maternidad saludable. Decreto numero 32-2010. Guatemala: CENADOJ; 2010.
31. Hernández Mack L. Ajustes, reforma y resultados: Las políticas de salud de Guatemala 1985-2010. Guatemala: PNUD; 2010.
32. Guatemala. Médicos del Mundo. Guía de Colaboración entre comadronas, parteros y establecimiento de salud. Cobán, Guatemala: Unidad de Atención en Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad; 2013.



## 11. ANEXOS

### ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS APTITUDES Y PRÁCTICAS SOBREPARTOVERTICAL

Edad:

SEXO:

Años de experiencia como gineco - obstetra:

O años de residencia:

**INSTRUCCIONES:** A continuación se le presentan una serie de preguntas referentes al parto vertical, a las cuales debe responder de acuerdo a su conocimiento u opinión. Por favor utilizar letra de molde y legible.

#### SERIE I: Conocimiento

1. Defina que es parto vertical.
  
2. Seleccione ¿Cuál es la ley a la cual pertenece el artículo 9 sobre Atención obligatoria durante el parto?
  - a) Constitución política de la República de Guatemala.
  - b) Código de salud.
  - c) Ley de la maternidad saludable.
  - d) Acuerdos de paz.
  
3. Con respecto a la atención del parto en posición vertical podemos afirmar que:
  - a) Es más fisiológico que en posición de litotomía.
  - b) No altera la ruptura de membranas ovulares durante el trabajo de parto.
  - c) Reduce la pérdida sanguínea durante el parto.
  - d) A y B son correctas
  - e) B y C son correctas
  - f) Todas son correctas.
  
4. ¿Podría listar las diferentes posiciones utilizadas en parto vertical que conoce?

- -  
- -  
- -

5. ¿Podría listar las ventajas del parto vertical?

- -  
- -  
- -

6. ¿Podría listar las desventajas del parto vertical?

-  
-

7. ¿Podría listar las contraindicaciones del parto vertical?

-  
-

**SERIE II: Actitud**

8. Los médicos gineco-obstetras deben atender partos en posición vertical.

<b>Totalmente de acuerdo</b> (5)	<b>De acuerdo</b> (4)	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b> (3)	<b>En desacuerdo</b> (2)	<b>Totalmente en desacuerdo</b> (1)
-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------

9. Mi postura con respecto a la atención del parto con pertinencia cultural, ¿es?

<b>Totalmente de acuerdo</b> (5)	<b>De acuerdo</b> (4)	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b> (3)	<b>En desacuerdo</b> (2)	<b>Totalmente en desacuerdo</b> (1)
-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------

10. Los médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia deben de recibir capacitación para la atención del parto en posición vertical.

<b>Totalmente de acuerdo</b> (5)	<b>De acuerdo</b> (4)	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b> (3)	<b>En desacuerdo</b> (2)	<b>Totalmente en desacuerdo</b> (1)
-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------

11. En el hospital donde usted labora se debe atender partos en posición vertical.

<b>Totalmente de acuerdo</b> (5)	<b>De acuerdo</b> (4)	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b> (3)	<b>En desacuerdo</b> (2)	<b>Totalmente en desacuerdo</b> (1)
-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------

12. Se debe admitir la presencia de un acompañante si la paciente lo solicita.

<b>Totalmente de acuerdo</b> (5)	<b>De acuerdo</b> (4)	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b> (3)	<b>En desacuerdo</b> (2)	<b>Totalmente en desacuerdo</b> (1)
-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------

13. En los hospitales escuelas y universidades debe brindarse capacitación para la atención del parto vertical.

<b>Totalmente de acuerdo</b> (5)	<b>De acuerdo</b> (4)	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b> (3)	<b>En desacuerdo</b> (2)	<b>Totalmente en desacuerdo</b> (1)
-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------

**Practica**

14. Durante mi experiencia profesional, he presenciado partos en posición vertical.

<b>Definitivamente si</b> (5)	<b>Indeciso</b> (3)	<b>Definitivamente no</b> (1)
----------------------------------	------------------------	----------------------------------

15. Según mi experiencia la posición vertical presenta menos complicaciones que la posición de litotomía.

<b>Definitivamente si</b> (5)	<b>Indeciso</b> (3)	<b>Definitivamente no</b> (1)
----------------------------------	------------------------	----------------------------------

16. Considero que tengo una buena capacidad para atender partos en posición vertical.

<b>Definitivamente si</b> (5)	<b>Indeciso</b> (3)	<b>Definitivamente no</b> (1)
----------------------------------	------------------------	----------------------------------

17. Mi experiencia durante la atención de partos en posición vertical ha sido buena.

<b>Definitivamente si</b> (5)	<b>Indeciso</b> (3)	<b>Definitivamente no</b> (1)
----------------------------------	------------------------	----------------------------------

18. Consulto a mis pacientes sobre qué posición es la que ella prefiere para el parto.

<b>Definitivamente si</b> (5)	<b>Indeciso</b> (3)	<b>Definitivamente no</b> (1)
----------------------------------	------------------------	----------------------------------

19. De trabajar en el área privada atendería el parto en posición vertical si me lo solicita una paciente.

<b>Definitivamente si</b> (5)	<b>Indeciso</b> (3)	<b>Definitivamente no</b> (1)
----------------------------------	------------------------	----------------------------------

20. ¿Considera usted que hay rechazo del parto en posición vertical en su hospital?

<b>Definitivamente si</b> (5)	<b>Indeciso</b> (3)	<b>Definitivamente no</b> (1)
----------------------------------	------------------------	----------------------------------

## Consentimiento informado

### **“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el parto vertical como una acción ligada a la pertinencia cultural en hospitales nacionales, en el área Ginecología y Obstetricia.”**

Estudio cuantitativo transversal, a realizarse en el Hospital Regional de Cobán, Hospital Nacional de Quiché, Hospital Regional de Escuintla, Hospital Nacional " Juan de Dios Rodas" Sololá, Hospital Departamental Hermano Pedro de Betancourth y Hospital Nacional de Puerto Barrios, Izabal, durante el año 2015.

Al momento de realizar esta encuesta se tienen en cuenta los principios establecidos en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), ya que la investigación no representa daño alguno para los participantes. Por lo que el estudio se considera Categoría I (sin riesgo).

Dicho estudio no se ha realizado en la república de Guatemala y se pretende conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de los obstetras con respecto al parto vertical. Los resultados obtenidos se publicarán en la tesis, la cual servirá como trabajo de graduación y para la utilización de los resultados de las personas o instituciones interesadas en dicho tema.

Confirmando que he leído las implicaciones de esta encuesta y estoy de acuerdo con contestarla teniendo en cuenta que los resultados se publicarán de forma anónima para el uso de los interesados. Por tanto firmo dando fe que autorizo mi participación.

F \_\_\_\_\_



Fotografías de la inauguración de la sala de parto vertical en el Hospital Regional de Cobán, Hellen Lossi de Laugerud por parte del presidente y vicepresidente de la república de Guatemala en el año 2013, la obra se realizó con el apoyo financiero de la institución Tula Salud y se contaba con un jardín botánico como parte a la atención con pertinencia cultural hacia las pacientes.



FUENTE: FOTOGRAFÍAS BRINDADAS POR COORDINADOR DE MÓDULO PILOTO DE ATENCIÓN INDÍGENA.

**Tabla 5**

**Grado académico de los médicos encuestados del departamento de Ginecología y Obstetricia en los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Quiché, Sololá, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal, agosto-septiembre 2015.**

<b>Grado académico</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Médicos residentes</b>	43	55
<b>Médicos especialistas</b>	35	45
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 6**

**Años de residencia de médicos encuestados en el departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Quiché, Sololá, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal, agosto-septiembre 2015.**

<b>Años de residencia</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Año</b>	14	32
<b>2 Años</b>	8	19
<b>3 Años</b>	10	23
<b>4 Años</b>	9	21
<b>No respondió</b>	2	5
<b>Total</b>	43	100

**Tabla 7**

**Años de experiencia de los médicos especialistas Ginecólogos y Obstetras encuestados en los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Quiché, Sololá, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal, agosto-septiembre 2015.**

<b>Años de experiencia</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 - 5 Años</b>	20	57
<b>5 - 10 Años</b>	5	14
<b>11 - 15 Años</b>	5	14
<b>16 - 20 Años</b>	3	9
<b>21 - 25 Años</b>	1	3
<b>26 - 30 Años</b>	0	0
<b>31 - 35 Años</b>	1	3
<b>&gt; 35 años</b>	0	0
<b>Total</b>	35	100

**Tabla 8**

**Actitud de los médicos del departamento de Ginecología y obstetricia encuestados en los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal respecto a la atención del parto en posición vertical, agosto-septiembre 2015**

<b>Actitud</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	13	17
<b>De acuerdo</b>	30	38
<b>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</b>	23	29
<b>En desacuerdo</b>	9	12
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 9**

**Actitud de los médicos del departamento de Ginecología y obstetricia encuestados en los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal respecto a si deben recibir capacitación para la atención del parto en posición vertical, agosto-septiembre 2015**

<b>Actitud</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	22	28
<b>De acuerdo</b>	40	51
<b>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</b>	6	8
<b>En desacuerdo</b>	7	9
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 10**

**Actitud de los médicos del departamento de Ginecología y obstetricia encuestados en los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Quiché, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal, sobre si el hospital donde labora debería atender partos en posición vertical agosto-septiembre 2015**

<b>Actitud</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	7	9
<b>De acuerdo</b>	23	30
<b>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</b>	26	33
<b>En desacuerdo</b>	14	18
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8	10
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 11**

**Actitud de médicos encuestados del departamento de Ginecología y Obstetricia de Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, respecto a si se debe admitir la presencia de un acompañante si la paciente lo solicita, agosto-septiembre 2015**

<b>Actitud</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	7	9
<b>De Acuerdo</b>	32	41
<b>Ni de acuerdo Ni en desacuerdo</b>	20	26
<b>En Desacuerdo</b>	11	14
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	8	10
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 12**

**Actitud de los médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia de Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, respecto si en los hospitales escuela y universidades debe brindarse capacitación para la atención del parto vertical, agosto-septiembre 2015**

<b>Actitud</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	22	28
<b>De Acuerdo</b>	40	51
<b>Ni de acuerdo Ni en desacuerdo</b>	6	8
<b>En Desacuerdo</b>	7	9
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 13**

**Médicos encuestados del departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, que han presenciado parto en posición vertical, agosto-septiembre 2015**

<b>Práctica</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Definitivamente Si</b>	32	41
<b>Indeciso</b>	5	6
<b>Definitivamente No</b>	38	49
<b>No responde</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 14**

**Médicos encuestados del departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, que según su experiencia laboral consideran que el parto en posición vertical presenta menos complicaciones que la posición de litotomía, agosto-septiembre 2015**

<b>Práctica</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Definitivamente Si</b>	17	22
<b>Indeciso</b>	41	53
<b>Definitivamente No</b>	17	22
<b>No responde</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 15**

**Médicos encuestados del departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, que consideran tener capacidad para atender partos en posición vertical, agosto-septiembre 2015.**

<b>Práctica</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Definitivamente si</b>	18	23
<b>Indeciso</b>	26	33
<b>Definitivamente no</b>	31	40
<b>No responde</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 16**

**Médicos encuestados en el departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales y Departamentales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, que consideran que su experiencia durante la atención de partos en posición vertical ha sido buena, agosto-septiembre 2015**

<b>Práctica</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Definitivamente si</b>	18	23
<b>Indeciso</b>	27	35
<b>Definitivamente no</b>	30	38
<b>No responde</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 17**

**Médicos encuestados del departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, que consultan a los pacientes sobre qué posición es la que ella prefiere para el parto, agosto-septiembre 2015**

<b>Práctica</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Definitivamente si</b>	11	14
<b>Indeciso</b>	16	20
<b>Definitivamente no</b>	48	62
<b>No responde</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100

**Tabla 18**

**Médicos encuestados del departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Sololá, Sacatepéquez, Quiché, Escuintla e Izabal, que consideran que al trabajar en el área privada atendería el parto en posición vertical si lo solicita una paciente, agosto-septiembre 2015**

<b>Práctica</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Definitivamente si</b>	30	38
<b>Indeciso</b>	20	26
<b>Definitivamente no</b>	24	31
<b>No responde</b>	4	5
<b>Total</b>	78	100



**Tabla 19**

**Médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales de Alta Verapaz, Quiche, Escuintla, Sololá, Sacatepéquez e Izabal encuestados que consideran que hay rechazo del parto en posición vertical en su hospital, agosto-septiembre 2015**

<b>Práctica</b>	<b>No.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Definitivamente Si</b>	36	46
<b>Definitivamente No</b>	18	23
<b>Indeciso</b>	21	27
<b>No Responde</b>	3	4
<b>Total</b>	78	100