

Artículo de Revisión

Parto de libre posición en la humanización del parto en Ecuador

Free position childbirth in the humanization of childbirth in Ecuador

Silvia Alexandra Laica-Sailema¹  , Ruth Alexandra Ramos-Villacís¹  , Mayra Alexandra López-Villagrán¹  ¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Ambato, Ecuador.

RESUMEN

Introducción: existen varias opciones al elegir la posición en la cual sería atendida la gestante en su proceso de parto; de igual forma, varias son las opiniones y vivencias por parte de los/las obstetras.

Objetivo: describir el parto de libre posición en la humanización del parto en Ecuador.

Método: se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos Scopus, SciELO, Redalyc y los sitios web del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Para la búsqueda de información se emplearon los términos humanización, transculturalidad, parto, parto humanizado, parto vertical, Ecuador. Se seleccionaron 21 artículos para el desarrollo de la presente.

Resultados: el proceso de labor de parto dividido en periodo expulsivo y alumbramiento son netamente fisiológicos; sin embargo, a la hora de enfrentarlo, existe un choque entre la medicina y las costumbres occidentales. Se destaca la existencia de múltiples posiciones a asumir en el parto tanto verticales como horizontales.

Conclusiones: la elección de la posición durante el parto debe recaer en la madre, siendo esta la demandante de un servicio y, por lo tanto, el mismo debe brindarse con calidad. Deben crearse las condiciones para lograr una medicina integrativa, que una cultura con práctica científica, para de esta forma lograr un parto humanizado y rescatar a su vez de la identidad nacional. Se necesitan esfuerzos en cuanto a regulaciones para protocolizar la libre elección de la posición del parto en el Sistema de Salud.

Palabras clave: Parto Humanizado; Ecuador; Cultura; Transculturación.

ABSTRACT

Introduction: there are several options when choosing the position in which the pregnant woman will be attended during the childbirth process; likewise, there are several opinions and experiences on the part of obstetricians.

Objective: to describe free position delivery in the humanization of childbirth in Ecuador.

Method: a review of the literature was carried out in the databases Scopus, SciELO, Redalyc and the websites of the Ministry of Public Health of Ecuador. The terms humanization, transculturality, childbirth, humanized childbirth, vertical childbirth, Ecuador were used in the search for information. Twenty-one articles were selected for the development of this study.

Results: the labor process, divided into the expulsion period and childbirth, is clearly physiological; however, when it comes to facing it, there is a clash between medicine and western customs. The existence of multiple positions to be assumed during labor, both vertical and horizontal, is highlighted.

Conclusions: the choice of position during labor should be up to the mother, since she is the one demanding a service and, therefore, it should be provided with quality. The conditions should be created to achieve an integrative medicine that combines culture with scientific practice, in order to achieve a humanized childbirth and rescue the national identity. Efforts are needed in terms of regulations to protocolize the free choice of childbirth position in the Health System.

Keywords: Humanized Childbirth; Ecuador; Culture; Transculturation.


Citar como: Laica-Sailema SA, Ramos-Villacís RA, López-Villagrán MA. Parto de libre posición en la humanización del parto en Ecuador. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2023 [citado Fecha de Acceso]; 19:e988. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/988>

Recibido: 25-04-2023

Aceptado: 18-07-2023

Publicado: 15-08-2023

DOI: 10.5281/zenodo.8248677

Editor: Angel Echevarría Cruz . Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río, Cuba.

© 2023 Autor(es). Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.



INTRODUCCIÓN

El seguir comportamientos basados únicamente en la experiencia cultural, sin un respaldo científico, se producen vacíos que pueden conllevar a negligencias involuntarias. En la práctica ginecobstetricia, existe en muchas ocasiones una discrepancia entre lo que establece la medicina basado en evidencia científica,

y las costumbres pasadas de generación en generación entre los pueblos. Por ello, en muchas ocasiones los facultativos deben llegar a un acuerdo que complazca ambas partes, logrando una práctica segura, pero a la vez, acorde con la tradición. Sin embargo, siempre debe primar el fin de obtener una madre y niños vivos, y en las mejores condiciones para incorporarlos a la sociedad.⁽¹⁾

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico de un feto en desarrollo dentro del organismo materno. Se utilizan varios términos para definir la etapa de desarrollo de la concepción humana y la duración del embarazo. Para fines obstétricos, la edad gestacional es el tiempo transcurrido desde el primer día del último periodo menstrual, que en realidad, precede al momento de la fertilización de los ovocitos.⁽²⁾

La atención prenatal se define como “Un programa integral anterior al parto que implica una estrategia coordinada para la atención médica, valoración continua del riesgo y apoyo psicosocial que de manera óptima inicia antes del embarazo y se prolonga durante todo el periodo posparto y entre embarazos”. Tal como lo promulgó John Ballantyne, tal atención ha sido el cimiento para mejorar los desenlaces del embarazo durante más de 100 años.⁽³⁾

La atención diseñada a principios del siglo XX se enfocaba en reducir la tasa de mortalidad materna en extremo elevada. No hay duda de que la atención prenatal contribuyó al drástico declive en las muertes maternas, de 690 por 100 000 nacimientos en 1920 a 50 por 10 000 para 1955. Los datos de 1998 a 2005 del *Pregnancy Mortality Surveillance System* identificaron un aumento de cinco veces en el riesgo de muerte materna en las mujeres que no recibían atención prenatal.⁽⁴⁾

El parto humanizado, habla sobre la integración de varios aspectos tales como: el entorno,⁽⁴⁾ acompañamiento familiar, vestimenta de la gestante, ingesta de bebidas, libre posición, practicas acorde con la cultura y la tradición, entre otros.^(1,5) Al hacer un recorrido histórico en 1984 se clasificó las posturas que adoptaban las mujeres de las distintas épocas, para observar los beneficios de unas sobre otras. Esa investigación generó un nuevo campo de estudio, donde varios investigadores continuaron analizando la evolución de las posiciones durante el periodo expulsivo y la influencia que cada una de ellas tiene sobre la anatomía de la mujer, especialmente en el suelo perineal.⁽⁶⁾

El presente estudio se realizó con el objetivo de describir el parto de libre posición en la humanización del parto en Ecuador.

MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura sobre la libre elección de la posición del parto por parte de las gestantes como parte del proceso de humanización del parto, con énfasis en Ecuador.

Para la selección de la información se realizó una búsqueda de información en las bases de datos Scopus, SciELO, Redalyc y los sitios web del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Se emplearon los términos humanización, transculturalidad, parto, parto humanizado, parto vertical, Ecuador. Se consideraron artículos del periodo 2017-2023, publicados en idioma español, inglés o portugués.

De los artículos obtenidos se realizó la eliminación de los duplicados, seguidos de una lectura de resúmenes, y exclusión de aquellos que no respondieran a los objetivos del estudio. Posteriormente se realizó la lectura de los artículos a texto completo, de los cuales se seleccionaron 21 para el desarrollo de la presente.

DESARROLLO

Para poder entender la importancia del tema, e identificar los tipos de posición para la atención de un parto eutócico, se hace necesario definir algunos conceptos básicos como:

- Parto normal: se define como aquél de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional.⁽²⁾
- Parto intercultural: es una forma de parto que tiene lugar en centros sanitarios, pero respetando los deseos de la tradición de las mujeres protagonistas.⁽⁷⁾
- Parto humanizado: El parto humanizado o parto respetado es la atención del parto en el sistema de salud, de acuerdo con los derechos de la familia que espera el nacimiento. Es decir, de acuerdo con las necesidades y deseos de esa familia.^(7,8)

La edad gestacional se expresa en semanas completas. El comienzo del embarazo suele ser de dos semanas antes de la ovulación, asumiendo un ciclo menstrual regular de 28 días. La edad de desarrollo o fetal es la edad de la concepción calculada desde el momento de la implantación, que es de cuatro a seis días después de que se completa la ovulación. La duración del embarazo se calcula de 280 días o 40 semanas completas de gestación. La fecha de terminación estimada se puede calcular al sumar siete días al primer día de la LMP y al restar tres meses más un año (regla de Naegele). El periodo de gestación se divide en tres trimestres que constan de tres meses calendario cada uno.⁽⁹⁾

El primer trimestre se subdivide en los periodos embrionario y fetal. El periodo embrionario comienza en el

momento de la fertilización (edad de desarrollo) o entre las 2 y las 10 semanas de edad gestacional, es la etapa en la que se produce la organogénesis y el lapso durante el cual el embrión es más sensible a los teratógenos. El periodo fetal inicia a partir de las 8 semanas después de la fertilización (edad de desarrollo) o 10 semanas después del inicio de la LMP, en esta etapa se da lugar al desarrollo y maduración de todos los órganos fetales que lo preparan para su vida extrauterina.⁽⁹⁾

La muerte fetal es el fallecimiento antes del parto completo (también sin importar la edad gestacional). Un lactante es un ser humano nacido vivo desde el momento del nacimiento hasta que cumple un año de vida (365 días), y un recién nacido es un lactante en las primeras cuatro semanas (28 días) desde el nacimiento.⁽¹⁰⁾

Fisiología del parto

El nacimiento es el parto de cualquier neonato (al margen de la edad gestacional) que demuestra evidencia de vida (latido del corazón, pulsación del cordón umbilical, movimiento voluntario o involuntario), independientemente de si se ha cortado el cordón umbilical o se ha desprendido la placenta.⁽⁸⁾

La presentación es la parte del cuerpo fetal que está dentro o en la proximidad del canal del parto. Por lo general, puede sentirse a través del cuello uterino en la exploración vaginal. En las situaciones longitudinales, la parte de presentación es la cabeza o las nalgas del feto, lo que crea las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. Cuando el feto se sitúa con su eje longitudinal en forma transversa, los hombros se consideran la parte de presentación. Las presentaciones cefálicas se clasifican con base en la relación entre la cabeza y el cuerpo del feto. Lo usual es que la cabeza esté muy flexionada, de manera que el mentón toca el tórax. La fontanela occipital es la parte de presentación y esta presentación se conoce como presentación de vértice u occipucio. Es mucho menos frecuente que el cuello fetal esté en extensión marcada, por lo que el occipucio queda en contacto con la espalda, y la cara es la parte más avanzada en el canal del parto: presentación de cara. La cabeza fetal puede asumir una posición entre estos extremos. Cuando el cuello solo se flexiona en parte, puede presentarse la fontanela anterior (mayor): presentación de sincipucio. Cuando el cuello solo se extiende en parte, puede emerger la ceja: presentación de ceja. Estas dos últimas suelen ser transitorias.^(11,12)

Conforme el trabajo de parto avanza, las presentaciones de sincipucio y ceja casi siempre se convierten en presentaciones de occipucio o cara por la flexión o extensión del cuello, respectivamente. De no ser así, puede desarrollarse una distocia lo que marcará la diferencia obligatoria para diagnosticar un parto eutócico ya sea en posición horizontal o vertical o distócico (cesárea), pero afortunadamente con técnicas como pelvimetría interna y externa podremos evaluar a tiempo este procedimiento.^(11,12)

En el tercer periodo del trabajo de parto inicia a partir de la expulsión del feto y termina cuando placenta y membranas fetales se encuentran fuera de la cavidad uterina. También se denomina alumbramiento. Esta palabra proviene del latín *illuminatio*, *illuminationis*, que significa iluminar. El término se acuñó debido a que el producto de la concepción se encontraba oculto en el útero. El denominado cuarto periodo del trabajo de parto inicia después de la expulsión de la placenta y se extiende de tres a cuatro horas.^(11,12)

El desprendimiento de la placenta se debe en parte a una disminución súbita de la superficie uterina, debido al nacimiento del feto; ello promueve que la placenta se desprenda a nivel de la capa esponjosa de la decidua verdadera (membrana de *Nietabuch*), donde se forma un hematoma retro placentario, el cual tiene tendencia a aumentar de tamaño y por ende a incrementar la superficie de despegamiento entre el útero y la placenta. Una vez que ocurre el desprendimiento placentario, se produce la exposición de las arterias uterinas del lecho placentario. A su vez, estos vasos están rodeados de musculatura lisa (miometrio) en forma de huso o algunas veces en forma de ocho, la cual al retraerse funciona como una ligadura de los vasos. Este mecanismo se conoce como ligaduras vivientes de *Moricard* o suturas fisiológicas.^(13,14)

Con el advenimiento del ultrasonido, se ha descubierto que el tercer periodo de trabajo de parto se divide en cuatro fases, que son:⁽¹⁵⁾

- Fase latente: ocurre inmediatamente después del nacimiento e incluye una contracción del miometrio, con excepción del que yace al lecho placentario.
- Fase de contracción: el miometrio del lecho placentario se contrae.
- Fase de desprendimiento: debido a la contracción del miometrio placentario, la placenta como tal se desprende del mismo.
- Fase de expulsión: sucesivas contracciones del miometrio permiten la expulsión de la placenta.

Sólo se han descrito dos mecanismos de alumbramiento de acuerdo con la formación del coágulo retroplacentario y son:^(13,14)

- Baudelocque-Duncan: formación del coágulo retro placentario en una zona marginal o lateral, donde en consecuencia se inicia el despegamiento placentario, y desde el cual se extiende hacia toda la periferia. El hecho se expresa primero con la salida de sangre y más tarde con la expulsión de la placenta por la

cara fetal. Este mecanismo representa 30 % de los casos

- Baudelocque-Schultze: se produce en 70 % de los casos y es lo opuesto al tipo Duncan.

Parto vertical o humanizado.

El parto es la forma natural en que los bebés nacen, para lo cual el cuerpo de las mujeres tiene mecanismos naturales para desencadenarlo y llevarlo a cabo. En el parto humanizado el personal de salud crea un entorno de respeto y tranquilidad, permite que la mujer se sienta empoderada como protagonista, e incentiva a la mujer a confiar en su cuerpo y su capacidad natural de dar a luz, evitar medicaciones contra el dolor y adoptar la posición en la cual ella se sienta más cómoda durante el trabajo de parto.^(7,16)

Sin embargo, en el modelo de atención que predomina hoy en día, la mujer llega a pasar varias horas acostada durante el trabajo de parto. En el momento del nacimiento, es llevada a una sala onde debe adoptar una posición llamada “ginecológica”, que, a pesar de ser conveniente para los médicos, es incómoda para la mujer.⁽¹⁷⁾

El parto en posición vertical (parada, sentada, semisentada, en cuclillas, de rodillas, de pies y manos) es aquel en el cual “el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas”.⁽⁷⁾

Aspectos fisiológicos:^(17,18)

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad favorece el encajamiento y descenso del feto. Por ello, en este aspecto no se requeriría menor uso de oxitocina, o al menos se disminuiría considerablemente.
- Disminución de las alteraciones en la circulación materna y placentaria, y su consiguiente afectación de la oxigenación del feto por una disminución de la compresión de grandes vasos.
- Mejora del equilibrio ácido básico por un mejor estado metabólico materno y fetal
- Permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro anteroposterior y 1 cm el diámetro transversal, permitiendo una mejor acomodación fetal
- El ángulo de encaje es menos agudo, facilitando en encaje y descenso del feto
- Apoyo, por parte de los miembros inferiores, en la prensa abdominal para la salida del bebé.
- Acortamiento considerable del trabajo de parto

Beneficios para el neonato:

La adopción de una posición vertical de la mujer durante el parto, favorece el flujo de oxígeno y nutrientes hacia la placenta, y por lo tanto, hacia el bebé, evitando el sufrimiento fetal. Otro ejemplo son las contracciones del trabajo de parto que, cuando el bebé está bien, ayudan a que se produzca la sustancia surfactante en los pulmones, la cual permite que el recién nacido tenga una respiración normal. Por eso, todas las cesáreas programadas sin razón médica aumentan el riesgo de problemas respiratorios del niño.⁽⁶⁾

Además, también para el bebé hay beneficios emocionales difíciles de cuantificar: el contacto piel con piel inmediatamente después del parto entre el recién nacido y la madre, es importante porque representa el inicio del vínculo materno-infantil en la vida extrauterina. El vínculo materno-infantil tiene repercusiones en desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del bebé, que son difíciles de medir y que a veces sólo se manifiestan en una etapa posterior del desarrollo. Además, este vínculo es un detonante importante de la lactancia materna.⁽⁶⁾

En cuanto a la interculturalidad, si se toma en consideración que este es un fenómeno social, cultural y comunicativo en el que dos o más representantes de diferentes identidades culturales específicas, se relacionan en condiciones de igualdad, sin que ningún punto de vista predomine sobre los demás o sea considerado normal, esto demanda una mejor comunicación médico-paciente, con el objetivo de generar un diálogo y una relación basada en el respeto mutuo. Este tipo de relaciones favorecen el diálogo y el entendimiento, la integración y el enriquecimiento de las culturas.^(19,20,21)

Parto y tradición aborigen en la realidad de Ecuador

En el parto vertical, que se emplea actualmente en los servicios de salud se toma más en cuenta “*la comodidad para los profesionales sanitarios que para las propias madres*” menguando así los beneficios para la parturienta. Los beneficios naturales que gana una mujer en posición vertical, son entre otros: efectos respiratorios, mecánicos y de la gravedad, musculares, disminución de los riesgos de compresión de la aorta, eficiencia de la combinación matriz, disminución del trabajo del parto, menos dolor agudo en el expulsivo y postparto, amniorrexis espontánea más tardía, terminación espontánea, disminución de posibilidad de prolapso de cordón y mejora el estado anímico y psicológico de la mujer.^(5,16)

De igual manera se presentan desventajas: aumenta el riesgo de pérdida de sangre, más frecuencia de desgarros de poca profundidad, sobre todo en primíparas, puede resultar incómodo para los asistentes del parto. La posición en cuclillas algunas mujeres no la pueden soportar ya sea por baja resistencia muscular,

o por sobrepeso. El parto horizontal presenta las siguientes ventajas: menor riesgo de pérdida de sangre y facilita el movimiento de la mujer. Existen recomendaciones que advierten que no es recomendable colocar a la parturienta en posición dorsal, durante los períodos de dilatación y expulsivo.⁽¹⁹⁾

En países como Colombia y Perú, la práctica del parto en posición vertical es muy frecuente. En Ecuador, está siempre ha existido; la misma que es evidenciada en estatuillas de cerámicas, que representan a la mujer en posición vertical, exhibida en el museo nacional de medicina “Eduardo Estrella”. En Ecuador se busca rescatar los saberes ancestrales, lo cual constituye una tarea establecida en la constitución.^(6,16)

Actualmente en la Asamblea Nacional Ecuatoriana, se analiza y discute el proyecto del parto humanizado que entre otros componentes incorpora la libre posición de la mujer durante el parto, con la finalidad de reducir la razón de partos por cesárea, que en nuestro país supera la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo las provincias de Guayas y de Pichincha las que reportan las tasas más altas.

CONCLUSIONES

La elección de la posición durante el parto debe recaer en la madre, siendo esta la demandante de un servicio y, por lo tanto, el mismo debe brindarse con calidad. Deben crearse las condiciones para lograr una medicina integrativa, que una cultura con práctica científica, para de esta forma lograr un parto humanizado y rescatar a su vez de la identidad nacional. Se necesitan esfuerzos en cuanto a regulaciones para protocolizar la libre elección de la posición del parto en el Sistema de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar Peña M, Tobar Blandón MF, García-Perdomo HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 20/02/2023]; 22(4):1-5. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/87320>
2. Cruz Naranjo MC, Lastre Amell GE, Lastra Lamby N. Revisión de conceptos: embarazo en adolescentes y la experiencia en el control prenatal. *Cienc e Innovación en Salud* [Internet]. 2018 [citado 20/02/2023]; 2018:e62. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3100>
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia del parto positiva. Ginebra, Suiza; 2021.
4. Pacheco Castillo LF. La importancia del entorno en el parto humanizado: una revisión bibliográfica [Tesis de Grado]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2021 [citado 20/02/2023]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/4368>
5. Aveiga Hidalgo MV, Chamarro Chapi PM, Villarreal Ger MC. Rol de la enfermera en el parto intercultural de mujeres embarazadas en Hospital San Luis de Otavalo. *Dilemas Contemp Educ Política y Valores* [Internet]. 2021 [citado 20/02/2023]; IX(SE):e3034. Disponible en: <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3034>
6. Crespo-Antepara DN. El parto en libre posición. *Polo del Conoc* [Internet]. 2018 [citado 20/02/2023]; 3(5):229. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/519/626>
7. Lozano Hidalgo CA, Huamani Guzmán R. Parto humanizado: Inicio de una nueva vida. *Rev Peru Med Integ* [Internet]. 2020 [citado 20/02/2023]; 5(4):162-6. Disponible en: <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/246>
8. Orsetti M, Bertolini Y, Villaalta AF, Creo F, Santillan P. Modelo de atención único a través de la incorporación de enfermería de enlace: experiencias de su implementación en el Hospital Zonal General de Agudos “Prof. Dr. Ramón Carrillo.” *Salud, Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2022 [citado 20/02/2023]; 2:67. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/67>
9. Garófalo Manzano KE, Moyon Moyon JI. Enfoque intercultural de enfermería en el parto humanizado [Tesis de Grado]. Universidad Nacional De Chimborazo; 2023 [citado 20/07/2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11406>
10. Gaitán-Gómez OL, Morera Villani HS, Zuluaga Gonzalez D, Barrero Castro A. Consecuencias en la salud mental de los padres ante un diagnóstico de muerte fetal o neonatal: revisión sistemática. *Enfermería Investig* [Internet]. 2023 [citado 20/02/2023]; 8(1):53-62. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index>

php/enfi/article/view/1885

11. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosa-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2019 [citado 20/02/2023]; 70(4):253-65. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3345>

12. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Presentaciones transversas y oblicuas. *EMC - Ginecol* [Internet]. 2019 [citado 20/02/2023]; 55(4):1-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1283081X19430154>

13. Egorov V. Biomechanical Mapping of the Female Pelvic Floor [Libro en Internet]. Elsevier; 2023 [citado 20/02/2023]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/C20200019122>

14. Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA, Lobo RA. *Comprehensive Gynecology* [Libro en Internet]. 8th Edition. Elsevier; 2022 [citado 20/02/2023]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/C20170042076>

15. Gatto Rodríguez M. Uso del Ultrasonido en el Tercer Trimestre en Gestaciones de Bajo Riesgo. Evidencias y Controversias [Tesis de Grado]. Uruguay: Universidad de la República; 2020 [citado 20/02/2023]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/36304>

16. Abril Beltrán RE, Chisag Guamán MM, Campos Arroba AE, Benítez Pazmiño KE, Ocaña Guevara MA. Rol de enfermería en la atención del parto humanizado en mujeres gestantes. *Salud, Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2023 [citado 29/07/2023]; 3:489. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/489>

17. Sánchez Chávez S, Valdez Trujillo R, Arvizu Armenta JA, González Aldeco PM, Rodríguez Ayala C. Influencia de la posición libremente escogida comparada con litotomía durante la atención de parto en los resultados maternos y neonatales. *Acta Médica Grup Ángeles* [Internet]. 2022 [citado 20/02/2023]; 20(1):43-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103555>

18. Cuy-Chaparro L, Salamanca Jiménez DR, Riaño-Carreño DM, Camargo Villalba GE, Sanchez Capacho N, Soto Bringas R. Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: Revisión exhaustiva de literatura. *Rev Investig en Salud Univ Boyacá* [Internet]. 2021 [citado 20/02/2023]; 8(1):[aprox. 10 pp]. Disponible en: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/601>

19. Crespo Antepara DN. Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. *Polo del Conoc* [Internet]. 2019 [citado 20/02/2023]; 4(12):3-21. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1188>

20. Calderón Canales F, Flores Fierro D, Matus Orellana B, Núñez Allup E, Peñailillo Pérez C, Ortiz Burgos A, et al. Beliefs and factors of childbirth care in rural communities in America 2005-2020. *Salud, Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2023 [citado 20/05/2023]; 3:e269. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/269>

21. Aguilar Dueñas PF, Folester Gallo SE. “Acá parámos de cuclillas”. Etnografiando los dilemas interculturales de la implementación institucional del parto vertical en un centro de salud de la sierra de La Libertad. *Rev Peru Antropol* [Internet]. 2020 [citado 20/02/2023]; 5(6):[aprox. 8 pp]. Disponible en: <https://ojs.revistaperuanaantropologia.com/index.php/rpa/article/view/85>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para el desarrollo de la presente.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores participaron en la conceptualización, redacción - borrador inicial, redacción - revisión y

edición.