



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

POSICIÓN ANATOMICA VERTICAL DURANTE EL PARTO

**ARTÍCULO ESPECIALIZADO PARA
PUBLICAR EN REVISTA INDIZADA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
*LICENCIADA EN ENFERMERÍA***

**P R E S E N T A
BONFIL SANCHEZ BRENDA LUCERO**

ASESOR:

MTRO. EN BIOTEC. JUAN MANUEL SÁNCHEZ SOTO

Revisora:

DRA. EN C. CRISTINA JÚAREZ LANDIN

Revisora:

LIC. ENF. LETICIA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO OCTUBRE 2022.



CUVCH

**POSICIÓN ANATOMICA VERTICAL
DURANTE EL PARTO**

Índice

I. Resumen	8
II. Introducción	9
2.1. Trabajo de parto	9
2.2. Cambios anatómicos maternos	11
2.3. Preparación del pre-parto	11
2.4. Tacto vaginal	12
2.5. Posiciones anatómicas en el parto	13
2.6. Posiciones según el trabajo de parto	17
III. Metodología	18
IV. Resultados y discusión	21
V. Referencias	27

I. RESUMEN

En México durante 2020 se registraron un total de 1 629 211 nacimientos de los cuales el 99.3% de los productos fueron registrados vivos, mientras que 0.7% fueron presentados fallecidos. La OMS refiere el parto positivo como una “atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados a la mujer, y no simplemente como complemento de las prácticas clínicas de rutina” además de una “experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer” que incluye “dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con un apoyo práctico y emocional continuo” esto incluye la adopción de una posición anatómica beneficiosa que le brinde comodidad, control de dolor y favorece su proceso de dilatación. La posición vertical cuenta con múltiples beneficios como aumento de la capacidad respiratoria materna y fetal que favorece la tranquilidad y relajación en el proceso de expulsión de la madre, así como la evolución favorable del trabajo de parto y sensación de eficiencia en la mujer. Como resultado a la investigación, bajo la revisión de artículos y experiencia de mujeres se demuestra eficiencia de la posición vertical en el trabajo de parto por una evolución del mismo de manera efectiva que ayuda a la mujer a su participación, comodidad y disminución de las dificultades posibles, por lo que se concluye el buen resultado a incentivar a la participación activa y la elección y adopción de la posición de parto siempre que se cumplan con las características optimas y que beneficien el proceso de nacimiento del nuevo ser.

Palabras Clave: Embarazo, Parto Vertical, Nacimiento.

II. INTRODUCCIÓN

2.1. Trabajo de parto

Se define al trabajo de parto al proceso fisiológico que comprende desde la primera contracción uterina efectiva y que culmina en la expulsión placentaria vía vaginal pasando por un proceso de borramiento, dilatación de cuello uterino, descenso y expulsión del feto. El inicio de este proceso se da cuando la mujer embarazada presenta alguna de las siguientes características: (Carvajal, 2017)

- Contracciones uterinas rítmicas que vayan de las ≥ 2 contracciones de mediana intensidad en un lapso de 10 minutos y una duración de 30 a 60 segundos.
- Borramiento de $\geq 80\%$ y dilatación de ≥ 2 cm. Sin embargo, Ponce, 2014, refiere que el inicio del trabajo de parto se presenta cuando la mujer alcanza el 50% de borramiento.
- La expulsión del tapón mucoso cervical no es una característica de todas las mujeres al inicio del trabajo de parto, en ocasiones el tapón presenta características hemáticas.

Es de suma relevancia considerar el diagnóstico diferencial tomando en cuenta el pródromo que se define como el trabajo de parto falso y que consta de contracciones uterinas en intervalos irregulares que no aumentan de intensidad y que no producen la dilatación del cuello uterino conocidas como contracciones de Braxton-Hicks (Ponce, 2014) así como malestar en la parte inferior del abdomen.

El proceso es dividido en tres fases de evolución:

1. Periodo de dilatación: comprende el periodo de la primera contracción uterina hasta la dilatación total (10 cm). Su tiempo de duración va de las 12 a 14 horas para las nulíparas, mientras que en las multíparas es de 6 a 9 horas. Este proceso se divide en subetapas: (Ponce, 2014)
 - a. Dilatación latente: de progresión enlentecida donde se lleva a cabo el borramiento cervical y la dilatación de los primeros 3 cm. (Ponce, 2014)

- b. Dilatación activa: ocurre la dilatación completa. Consta de 3 etapas: (Ponce, 2014)
 - i. Aceleración: con una duración aproximada de 2 horas y que va de la dilatación de 4 a 5 cm.
 - ii. Máxima velocidad: duración máxima de 2 horas y la dilatación va de los 8 a los 9 cm.
 - iii. Desaceleración: el tiempo de esta etapa es indefinido y es donde se logra la dilatación máxima del cérvix.
- 2. Periodo de expulsión: comprende desde el momento que se logran los 10 cm de dilatación y culmina con la expulsión del feto mientras la actividad máxima del útero. Aunque cuenta con características determinantes el tiempo promedio es de 60 minutos máximos. (Ponce, 2014)
- 3. Periodo de alumbramiento: expulsión completa de la placenta y las estructuras ovulares posterior a la expulsión del feto. (Ponce, 2014)

La Organización Mundial de la Salud refiere en sus Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positivo del 2018 que la experiencia en la atención es la que “asegura una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados a la mujer, y no simplemente como complemento de las prácticas clínicas de rutina” y la experiencia de trabajo de parto positiva como la “experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer” que incluye “dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con un apoyo práctico y emocional continuo” todo esto en base a que las mujeres desean tener un trabajo de parto en donde ellas tengan un sentido de logro y control de las decisiones. Esta estrategia se resume a 9 recomendaciones para el cuidado durante el parto: (OMS, 2018)

1. Trabajo de parto respetado y atención durante el parto
2. Apoyo emocional de un acompañante de su elección
3. Comunicación efectiva de parte del personal
4. Estrategias para el alivio del dolor

5. Vigilancia regular del trabajo de parto, documentación de eventos, auditoría y comentarios
6. Ingesta de líquidos y alimentos vía oral
7. Movilización en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto
8. Plan de derivación preestablecido
9. Continuidad de la atención.

2.2 Cambios anatómicos maternos

Columna vertebral: la curvatura fisiológica se adapta al peso que va acumulando el crecimiento fetal causando el desplazamiento hacia delante y debajo de la pelvis que a su vez aumenta el ángulo formado entre el sacro y la columna lumbar.

Pelvis: conformada por los huesos iliacos, sacro y coxis, es el canal de parto que necesita de múltiples cambios para el trabajo de parto como la imbibición acuosa de las partes blandas de la zona como lo es la articulación sacrococcígea en extensión dando mayor amplitud y prolongación respecto a la punta sacra facilitando la salida del feto. La salida del feto también depende de la movilidad de las articulaciones sacroilíaca y sínfisis de pubis:

- Nutación: movimiento sobre un eje axial donde el movimiento es hacia delante y abajo con el sacro y el coxis hacia atrás. Los huesos iliacos se acercan mientras que las tuberosidades isquiáticas se separan. Como resultado de este movimiento, el diámetro anteroposterior inferior es aumentado. (Ponce, 2014)
- Contranutación: el sacro se acerca al eje axial haciendo que el promontorio se guíe hacia arriba y atrás y el extremo inferior del sacro y coxis van a dirección anterior y abajo. En contraste de la nutación, el diámetro anteroposterior superior cuenta con mayor diámetro. (Ponce 2014)

2.3 Preparación del pre-parto

Para el inicio de la preparación pre-parto se hace una evaluación diagnóstica que permite ver si la mujer es candidata a cesárea o parto vaginal, si este es el

caso se comienza la preparación del parto siempre y cuando la mujer ya cuente con una fase activa (borramiento del 100% y dilatación ≥ 3 cm) y dolor moderado. Entre las actividades que se deben realizar se encuentran:

- Deambulaci3n: reduce el dolor de las contracciones uterinas y existe un acortamiento del periodo de dilataci3n.
- Reposo: tambi3n existe la posibilidad de que la mujer permanezca en cama si es que as3 lo desea, manteniendo una posici3n de dec3bito lateral o semifowler.
- Alimentaci3n: debido a que el proceso de vaciamiento g3strico durante el embarazo es m3s enlentecido, es necesario mantener a la mujer en trabajo de parto con restricci3n total de s3lidos e ingesta de l3quidos en bajas cantidades para reducir el riesgo de aspiraci3n de contenido g3strico durante la etapa de expuls3n.
- Enema rectal y preparaci3n pubo-perineal: aunque son actividades opcionales, ayudan a la comodidad e higiene en la atenci3n en la etapa de expuls3n. La preparaci3n pubo-perineal consta del rasurado o acortamiento del vello p3bico.

2.4 Tacto vaginal

Es un procedimiento m3dico que ayuda a identificar las caracter3sticas del cuello uterino, membranas, pelvis materna y presentaci3n fetal.

- Cuello uterino:
 - Borramiento cervical: es el retraimiento del c3rvix al grado de no existir la diferenciaci3n del orificio interno y externo.
 - Dilataci3n cervical: se mide en cent3metros introduciendo el dedo 3ndice y medio logrando una separaci3n entre dedo y dedo de 10 cm consider3ndolo como una dilataci3n completa.
 - Consistencia de cuello uterino: es la firmeza con la que cuenta el cuello uterino.
 - Posici3n de cuello: la posici3n anatómica normal es una leve inclinaci3n con respecto al sacro de la mujer, mientras que en el

trabajo de parto a inclinación es guiada al frente conociéndose como posición semi-centrada.

- Membranas ovulares: de consistencia acolchonada que se localiza entre la presentación y el dedo explorador, se pueden encontrar integra o rotas, esta membrana.
- Pelvis materna: aunque anteriormente se evaluaban los diámetros pélvicos para la indicación del parto vaginal, actualmente la evaluación hace referencia a la proporcionalidad cefálo-pélvica.
- Polo fetal
 - Grado de descenso: es la relación entre la parte más prominente de la presentación y el punto de reparo de la pelvis. Se puede evaluar con los siguientes planos:
 - Planos de Hodge: determina el descenso fetal en cuatro planos respecto a la pelvis menor.
 - Terminología de Lee: determina el descenso fetal con respecto a las espinas ciáticas y lo expresa en centímetros.
 - Variedad de posición: relación de reparo entre la presentación con la pelvis materna.
 - Flexión de la cabeza fetal: grado de flexión que tiene la cabeza, se determina mediante el tacto, identificando la zona de la cabeza fetal que se palpa.

2.5 Posiciones anatómicas en el parto

La posición anatómica también conocidas como posiciones antálgicas adoptada por la mujer en trabajo de parto tiene la finalidad de brindarle comodidad, control de dolor y favorece su proceso de dilatación, por lo que es conveniente permitirle la libertad de elegir la adopción de una posición que le brinde dichos beneficios. (Pérez, 2015) (Mieles, 2018)

Existen diferentes posiciones que se pueden adoptar durante el proceso de dilatación que resultan beneficiarias a la etapa. Son consideradas tres posiciones

de alta referencia: de pie con las rodillas ligeramente flexionadas, sentada con un balón de esferodinamia y en cuadrupedia. (Pérez, 2015)

Mientras que, para la etapa de expulsión, a pesar de existir diferentes posiciones, las mujeres optan por adoptar las posiciones clásicas como lo son las horizontales. La clasificación de estas posiciones se puede dar en dos grupos con respecto al grado de inclinación que existe entre la línea que conecta los centros de la tercera y quinta vértebra lumbar con la horizontal. (Pérez, 2015)

- Posiciones horizontales (ángulo 45°) el peso de la mujer es concentrado en la espalda (Pérez, 2015), con la cabeza en un ángulo de inclinación de 0° a 45° (Paniagua, 2015). Se cree que estas posiciones fueron introducidas con la finalidad de lograr un mejor cuidado de la mujer y mayor facilidad de realizar maniobras y procedimientos obstétricos necesarios. (Mieles,2018) (Lugones, 2012)
 - Litotomía/decúbito dorsal: es la más frecuente en la práctica obstetra debido al fácil acceso de la monitorización fetal y la comodidad de intervención en la etapa de expulsión. Existe menor pérdida sanguínea intraparto y postparto. (Lugones,2012)
 - Posición de Sims/decúbito lateral: evita la compresión de aorta o cava inferior, usada en los partos espontaneos o asistidos. Disminuye las laceraciones de periné. (Lugones,2012)
 - Posición de McRoberts: posición con los muslos hiperflexionados con las rodillas sobre el abdomen materno, aumenta la fuerza expulsiva. Utilizada cuando existe la distocia de hombros. (Lugones, 2012).

Con estas posiciones el personal de salud tiene más accesibilidad a la asistencia del parto dejando mayor libertad a la exploración y revisión médica, intervenciones instrumentales necesarias y el mayor control de la pérdida sanguínea materna. Mientras que las desventajas van desde la hipoxia materna que puede progresar a hipoxia fetal, hipotensión arterial materna con posible progreso a cambios significativos de la frecuencia cardiaca fetal, en cuestión mecánica las contracciones son menos eficaces y la producción de oxitocina se ve

disminuida por no existir una presión suficiente del cuello uterino lo que lleva a que la mujer realice pujos de mayor dificultad y esfuerzo, a pesar de esto, la necesidad de analgesia epidural es más frecuente en estas posiciones que en las posiciones verticales. Si la expulsión no suele progresar de manera beneficiosa el índice de partos instrumentados y cesáreas es mayor; también es frecuente el sentimiento de ineffectividad de la madre al no sentirse participe en la labor ya que la posición restringe la visualización y el acercamiento inmediato del producto. (Paniagua,2015) (García, 2016) (Romero, 2013)

- Posiciones verticales (ángulo $>45^{\circ}$) suelen ser posiciones que requieren de un apoyo mientras la expulsión, ya sea un apoyo material como bancos, barras o sillas, incluso existe el apoyo humano, por ejemplo, la pareja, que refuerza el acompañamiento del apoyo humanizado. (Pérez, 2015). También definida por Atwood como aquella en la que las vértebras lumbares 3 y 5 están en un ángulo de 90° o más respecto a la horizontal. (Paniagua, 2015).
 - Verticales sin apoyo
 - De pie: el apoyo de la mujer esta sobre los pies y puede mantener ayuda de otra persona, favorece el proceso de dilatación debido a la gravedad, es más favorecido si la persona puede caminar. (Mieles,2018)
 - En cuclillas/de rodillas: el punto de apoyo se encuentra en los pies con las rodillas considerablemente flexionadas recostada sobre su espalda en un ángulo de 45° lo que ayuda al alivio de las contracciones uterinas y al descenso del feto, disminuye la necesidad del parto instrumentado y la aparición de laceraciones perineales. (Mieles,2018) (Lugones, 2012)
 - Verticales con apoyo
 - Sentada en banco de parto: tiene beneficios en la apertura de las articulaciones pélvicas, con contracciones eficaces lo que disminuye el uso de oxitocina y reduce el dolor. La mujer debe

agacharse durante la contracción y reincorporarse en la relajación. (Mieles,2018) (Lugones, 2012)

- Cuadrupedia: la mujer debe arrodillarse con las palmas de las manos en el suelo, debe realizar un balance rítmico de lado a lado y de adelante hacia atrás lo cual favorecerá a la apertura de la pelvis y al descenso fetal, así como la disminución del trauma perineal. (Mieles,2018)

Como ventaja de estas posiciones se enlista el aumento de la capacidad respiratoria materna y fetal que favorece la tranquilidad y relajación en el proceso de expulsión de la madre, el encajamiento y el descenso fetal suelen transcurrir mejor así como el acomodamiento en su paso por la pelvis que a su vez favorece la producción de oxitocina de la mujer y crea una mejor apertura del diámetro de la pelvis y músculos abductores que en conjunto de la combinación de las contracciones uterinas y el esfuerzo del diafragma en el pujo ayudará al feto a tener mayor espacio de paso que disminuye el tiempo de trabajo de parto y el dolor es menor durante la expulsión y el puerperio, respecto a la circulación sanguínea no existe compresión a alguno de los vasos principales. La rotura de membranas se prolonga más, lo que disminuye el sufrimiento fetal y la culminación de expulsión del feto suele ser con menos probabilidad de episiotomía y desgarros ya que la memoria de la función biológica favorece a la concentración en el canal vaginal, por todo lo mencionado, la mujer sufre de menos dificultades y tiene un sentimiento de mayor participación con un trabajo eficiente y mayor autocontrol. (García, 2016) A pesar de ser posiciones llenas de ventajas también se encuentran desventajas que deben de considerarse de manera individualizada, entre estas se encuentra el aumento en la perdida sanguínea de la madre, así como la aparición de desgarros de baja profundidad mayormente en primigestas y para el equipo de atención representa mayor incomodidad de la atención. (Paniagua, 2015) (Romero, 2013)

2.6. Posiciones según etapa del trabajo de parto

- De 0 a 6 cm de dilatación es conveniente que la mujer adopte una posición sentada o de pie ya que favorece a la disminución del dolor y las respiraciones periten ser profundas y controladas. (Mieles,2018)
- Ya que la dilatación avanza a 7 a 9 cm se puede progresar a decúbito dorsal, lateral izquierdo o semifowler. (Mieles,2018)
- Finalmente, cuando la mujer alcanza la dilatación máxima (10 cm) la posición recomendada es una posición vertical que ayudara al descenso y expulsión del feto realizando pujos efectivos. (Mieles,2018)

III. Metodología

Tipo de estudio: se trata de un estudio con enfoque cualitativo.

Diseño de estudio: Documental, transversal, prospectivo y analítico

Fuentes de información: Secretaria de salud, INEGI, Meta-buscadore: Redalgy, Google académico, Scielo,

Metaanálisis: Se implementará un metaanálisis de los artículos previamente establecidos en las fuentes de información de consulta.

El metaanálisis es el conjunto de artículos relacionados con un tema determinado, evaluando cada uno de ellos para que de esta forma se haga un artículo individual. El metaanálisis va a llevar un proceso determinado: definir variables, elección de términos de búsqueda y bibliografías, revisión sistemática, análisis de los datos, evaluación e interpretación de los resultados, realizando un análisis estadístico de los resultados encontrado.

El proceso del metaanálisis consta de:

1. **Formulación del problema:** consta en el planteamiento del problema que se pretende investigar, formulando una pregunta que se pretende responder y definiendo constructos y conceptos implicados en la pregunta. Posteriormente emergen los objetivos y la hipótesis. (Cooper, 2010).
2. **Búsqueda de los estudios:** Ya establecidos los objetivos del metaanálisis, prosigue a la búsqueda de estudios empíricos abordando la pregunta de investigación, siguiendo criterios de exclusión como: la identificación de los diseños de estudios admisibles para el metaanálisis, la definición de os tipos de programas, tratamientos o intervenciones que se pretenden investigar, definir las características de la población de estudio y determinar los datos estadísticos para el cálculo de los tamaños del efecto (Sánchez, 2010).

3. **Codificación de los estudios:** posterior a la selección de los estudios se elabora un manual de codificación, en el cual se harán explícitos los criterios mediante los cuales se van a codificar las características de los estudios e identificando aspectos como: sesgos de selección, sesgos de ejecución, sesgos por mortalidad y sesgos de detección. (Sánchez, 2010).
4. **Cálculo del tamaño del efecto:** A la par de la codificación de las características, se hace preciso el cálculo del índice estadístico que sea capaz de reflejar la magnitud del efecto obtenido, el cual se debe de calcular de manera homogénea en todos los estudios y de forma que se capaz de poner en la misma métrica los resultados obtenidos de los estudios.
5. **Análisis estadístico e interpretación:** Una vez codificadas las características y calculados los tamaños de efecto, esta información obtenida se informatiza mediante una base de datos en las que las filas son los estudios y las columnas las variables, así como el tamaño del efecto obtenido en cada estudio. (Sánchez, 2010).
6. **Publicación del metaanálisis:** Al obtener toda la información y estructuración lo que sigue es la publicación del metaanálisis, por lo que debe de incluir el informe escrito que consiste en: introducción, método, resultados, discusión y conclusiones. (Sánchez, 2010).

Para alcanzar el objetivo, la revisión sistemática de la investigación que recopila y proporciona un resumen sobre el tema se deben realizar de acuerdo con un diseño preestablecido de artículos que analizaran.

La búsqueda se realizará del 1 de marzo 2022 al 1 de agosto del 2022 para la realización del protocolo y posteriormente hasta el 30 de octubre del 2022 para continuar con la escritura final de la tesis, utilizando las palabras clave “parto” “Posiciones” AND “Vertical”. Las bases de datos y fuentes de información consultadas serán: Google Académico, DOAJ, EBSCO Host Research Open Access Journals, SciELO, Scopus, LILACS, PubMed, así como las oficiales del Gobierno de México como la secretaria de Salud e INEGI.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos serán: que exista una asociación, con su respectiva descripción, de las palabras claves, buscando cada una de la característica.

Finalmente, la búsqueda se realizará en publicaciones en español, portugués e inglés. Posteriormente se realizará la selección de contenidos por títulos, resumen y contenido relacionados a las variables. Se van a utilizar los artículos en los que exista un efecto directo entre la correlación entre parto, posición y vertical. Se descartarán todos aquellos artículos en los que exista una correlación.

IV. Resultados y Discusión

En el comunicado de prensa del INEGI en septiembre del 2021 sobre las Características de los nacimientos registrados en México durante 2020 se registraron un total de 1 629 211 nacimientos en toda la república, lo que representa una disminución del 22.1% respecto al 2019 y que coincide con el tiempo de pandemia por COVID-19. Del total de nacimientos, 1 454 905 fueron atendidos en una clínica o en hospital, mientras que 69 336 se llevaron a cabo en domicilios particulares, el 99.3% de los productos fueron registrados vivos, mientras que 0.7% fueron presentados fallecidos. Del 100% de nacimientos, 88.7% fueron atendidos por médicos, el 4.6% por enfermeras o parteras y el 6.7% no es especificado. 1 618 020 de los nacidos han sido registrados vivos, lo que representa el 99.3% y el 0.7% se registraron muertos. Respecto a datos de la madre el 0.31% fueron menores de 15 años, 14.21% fueron partos en mujeres de 15 a 19 años, 52.39% en edad de los 20 a 29 años, 26.82% de 30 a 39 años y el 2.46% en edad de >40, mientras que el 3.81% no especificó este dato. Con las características óptimas para poder clasificar un parto sin riesgo es posible considerar un parto humanizado en donde se le dé a la mujer la libertad adoptar posiciones diversas durante el trabajo de parto de elegir una posición anatómica vertical en etapa expulsiva.

En base a las bibliografías revisadas y la compilación de datos que se tomaron, se puede concluir la importancia de permitir a la mujer la libre elección de la posición durante la evolución el trabajo de parto siempre y cuando esté en las condiciones que no haga catalogar como un trabajo de parto de riesgo y que amerite intervención quirúrgica cesárea o que comprometa la vida del binomio. Como ya fue revisado, la posición anatómica vertical trae consigo múltiples beneficios a lo largo del proceso de parto como lo son adecuado aporte de oxígeno para la mujer y para el feto que impiden las alteraciones acido-base del producto, liberación natural de oxitócica que le permite a la mujer transcurrir el proceso acelerado y con menos dolor, biomecánica de la pelvis a beneficio del descenso fetal sin obstaculizaciones que a su vez trae consigo un borramiento y

encajamiento del producto efectivo, circulación sanguínea sin compresiones que permite dar a la placenta y al producto un aporte ideal al producto, sentimiento de eficiencia y cooperación de la mujer que le da un sentido de valor mayor, y por ultimo un transcurso del puerperio beneficioso y corto, a pesar de las complicaciones que este puede tener como el sangrado a mayor escala, si se toman las medidas necesarias y se elige adecuadamente a la mujer que puede ser portadora de los beneficios siempre los beneficios serán más grandes que las posibles complicaciones.

El parto vertical es considerado como una posición cultural propia de civilizaciones antiguas que actualmente se sustenta de evidencias como el aumento de la presión intrauterina ganando de 30 a 40 mmHg respecto a la posición horizontal debido a que el encajamiento tiene un ángulo menos agudo que favorece el progreso del bebé y a su vez un descenso fetal mayor que conduce al producto a la apertura vulvar la cual ganara una apertura mayor con 2 cm agregados de manera anteroposterior y 1 cm transverso, así como el amoldamiento de la articulación coxofemoral. La presión intravaginal se disminuye al igual que la resistencia al movimiento fetal con relación a la relajación muscular perineal de la madre y el grado de flexión coxofemoral. Como consecuencia a esos beneficios se demuestra que las contracciones uterinas son menos frecuentes y más eficientes, lo que orilla a menos intervenciones obstétricas que puedan representar mayores riesgos para el binomio, así como la disminución de tiempo del trabajo de parto y mayor satisfacción de la madre al ser participativa y disminuir el propio sufrimiento.

Respecto al producto, se han obtenido mejores cifras gasométricas de muestras umbilicales de recién nacidos con prácticas verticales respecto a los partos horizontales, pues los grandes vasos de la madre no son comprimidos y el aporte de sangre y, por ende, de oxígeno a la placenta no se ven disminuidos y el producto contara con cantidades adecuadas de oxígeno disponible, esto mayormente, en la etapa de expulsión.

Huamaní (2019), en su investigación sobre calidad en el proceso de parto humanizado desde la perspectiva del acompañante en el Instituto Nacional

Materno Perinatal en Perú destaca nuevamente las cifras de la atención del parto humanizado y la práctica de cesáreas sin fundamentos médicos que avalen la importancia de la ejecución, siendo la segunda acreedora a cifras elevadas alarmantes que ponen en riesgo la salud tanto de la madre como del recién nacido (Huamaní, 2019).

En dicha institución se ha tomado como parte de la práctica obstétrica el parto humanizado considerando tres pilares básicos para su ejecución: 1. Parto con el acompañante de elección de la madre; 2. Parto con analgesia; 3. Parto vertical, que, aunque no es siempre posible, se ha implementado la elección de la mujer de cursar su trabajo de parto en la posición que a ella más le entregue beneficios. A pesar de que ya se lleva a cabo la práctica y que los beneficios a las usuarias han aumentado, aún existen muchos aspectos a mejorar con respecto a la calidad de atención, creando insatisfacción en la atención recibida tanto de la madre como de su acompañante (Huamaní, 2019).

Una de las barreras por las que el parto humanizado no se encuentra en buenos niveles de desarrollo es debido a la deficiencia de conocimiento de los prestadores de la salud con respecto a su ejecución y la falta de empatía y comunicación entre el prestador y la madre, así como la falta de material y la práctica de las técnicas requeridas. Por todo ello, se considera que la atención es de baja calidad y posible violencia obstétrica; ya que la base de un parto humanizado está basado en el respeto y la empatía en la atención (Huamaní, 2019).

El parto vertical es uno de los elementos más importantes de la humanización del parto, ya que este permite que la mujer sea más autónoma en su proceso de expulsión, le reduce dolor y dificultades de expulsión, así como la reducción del tiempo de expulsión, sin embargo, esta no es la primera opción para el personal, ya que mantener a la parturienta en posición horizontal les permite mejor manejo y control de la situación médica. La atención del parto vertical es brindada por profesionales sensibilizados y capacitados que cuentan con las habilidades necesarias para el manejo (Huamaní, 2019).

Calderón muestra una perspectiva cultural, en donde se entiende a la cultura como rasgo antropológico y que es la “interacción del hombre con el entorno” siendo esta transmitida por generaciones y que es variable por la existencia de múltiples poblaciones que cuentan con costumbres distintas; de ahí que la interculturalidad sirva como el logro del dialogo de diferentes culturas logrando un equilibrio (Calderón, 2018).

Para obtener una atención de parto desde la perspectiva cultural es necesario superar las barreras de las diferencias culturales con lo que se logra una armonía y comodidad en la atención a la mujer. Teniendo como base las diferentes posiciones de trabajo de parto se puede resumir que las posiciones adoptadas están mayormente sustentadas en la comodidad médica, en comparación de una atención intercultural en donde la matrona, o el equivalente en la sociedad, interactúan con la madre por el bienestar y comodidad de la misma y el producto. Por lo tanto, el parto vertical institucionalizado necesita de detectar las características culturales de la mujer, brindar una atención calidad y humana, eliminar las prácticas dañinas, dar apoyo emocional y psicológico, brindar compañía y promover la participación activa en beneficencia de la salud de la madre y el producto (Calderón, 2018).

Otro de los puntos a tratar es la disposición de un espacio físico que permita el trabajo adecuado, es decir, una instalación que cuente con el mobiliario y las herramientas necesarias de atención junto con personal capacitado para atender un parto en el que se permita el cambio de posiciones en las diferentes etapas y el cumplimiento de las necesidades de la mujer, siempre y cuando ella cuente con características benéficas a tener un parto de esta índole y sin contraindicaciones que puedan dificultar la práctica (Calderón, 2018).

Velásquez y Ríos en su investigación sobre vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron parto vertical en una comunidad nativa de Perú a través de las siguientes definiciones: percepción es un proceso cognitivo mental que permite la interpretación de información del entorno para convertirla en algo significativo; mientras que una vivencia la definen como la experiencia que vive una persona y que forma parte de su carácter con la posibilidad de adquirir conocimientos y

habilidades, mostraron los siguientes resultados obtenidos de una muestra de 13 mujeres de una comunidad nativa de Perú que se encuentra bien comunicada con zonas urbanizadas que habían tenido la experiencia de parto vertical y horizontal entre los años 2010 al 2014 (Velásquez, 2015).

Las mujeres han referido tener sus partos en casa y con ayuda de la partera y familiares debido a que sienten que en las instituciones de salud no respetan la interculturalidad de las mujeres y que se sienten más seguras en compañía de familiares y gente que conocen (Velásquez, 2015).

En la descripción del proceso de trabajo de parto de las entrevistadas refieren que la compañía de algún familiar o conocido les hace sentirse más tranquilas, en confianza y sin vergüenza, respecto a las posiciones adoptadas coinciden en haber adoptado alguna de las variantes de parto vertical debido a la comodidad y la facilidad que les representa al lograr una fase expulsiva rápida, sin dolor y sin complicaciones como el sangrado posterior que lo refieren como poco, por lo que el personal sanitario es solicitado ocasionalmente solo para cortar el cordón umbilical. Por último, las mujeres refirieron sentir satisfacción y alegría al poder ver nacer a sus bebés y tranquilidad al ver que todo salió bien y que vencieron miedos con su participación directa. Todo lo anterior, traducido a lo que se ha referido como ventajas del parto vertical (Velásquez, 2015).

Por otra parte, Quispe y Mancilla nos hablan de la satisfacción de las usuarias de parto vertical institucionalizado en su trabajo del 2018 en el Centro de Salud Vinchos, Perú, en donde se encuestaron a 30 mujeres del distrito Vinchos, Huamanga que fueron atendidas en dicho Instituto bajo la práctica de parto vertical y que proporcionaron los siguientes datos en base a 5 dimensiones de atención: 1. Respuesta rápida: 63.3% (19) mujeres expresaron tener una buena respuesta y 10% (6) expresaron que fue mala, un punto de coincidencia es la petición que se les hace al personal sanitario a ser más amable y empático con la mujer recién llegada; 2. Empatía: a pesar de lo anterior, a la encuesta, 60% (18) mujeres refieren haber recibido una muestra empática en el transcurso del proceso, mientras que 27% (8) mujeres comentaron que tuvo una calificación mala, dicen que en el centro de atención la mayoría de las personas ya conocen la

interculturalidad y la respetan, son prestadores nuevos los que no llegan a comprender su cultura; 3. Seguridad: 16 (53%) mujeres refirieron la seguridad como buena, mientras que 10 (33%) la mencionaron como mala ya que el parto interculturalidad en la propia localidad se lleva a cabo por parteras que muestran preocupación por el binomio antes, durante y posterior al parto haciendo participe al acompañante de la mujer haciendo que se sientan seguras y acompañadas, caso que no se presenta en la institución; 4. Confianza: con respecto a ella 18 (60%) mujeres dijeron que fue buena y 6 (20%) que fue mala teniendo como mayor dificultad la falta de unión entre el saber médico y la interculturalidad de las mujeres para crear una mejor atención ; 5. Tangible 53% (16) de las mujeres mencionaron otorgarles el punto bueno, mientras que 40% (12) mujeres mencionaron que fue malo, incluso se destaca 1 punto de extremadamente malo a esta característica ya que al venir de una tradición en donde se prepara a la mujer, a la partera y a los acompañantes de manera física y espiritual sienten que es faltante este aspecto en la atención institucionalizada (Quispe, 2018).

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Carvajal. A., & Troncoso, C. (s.f.). *Manual Obstetricia y Ginecología* (VIII ed.). Chile .
- García Hernández, M., & Jiménez Sánchez, C. (2016). *Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería* . Madrid, España.
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (26 de Julio de 2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 38(1), 134-145.
- Mieles Calderón, M. E. (2018). *comparación de los beneficios de las posiciones antálgicas aplicadas en el trabajo de parto* . Guayaquil, Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud , & Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experienci9a de parto positiva* .
- Paniagua Torres, A. (2015). *Comparación de los beneficios de la posición vertical durante ek parto frente a otras posiciones*. Valladolid , España .
- Pérez Alcalá , M. (2015). *las diferentes posiciones maternas en el parto* . Jaén , España.
- Ponce Acosta, N. V. (2014). *evaluación de la efectividad de la aplicación de calor y posiciones biomecánicas para aliviar el dolor y faciitar la labor de parto en la maternidad clínica la primavera durante el periododiciembre del 2013 a enero del 2014*. Quito, Ecuador.
- Romero Roy, M. E., Carrizosa Moreno, Á., & Francisco Jimeno, J. (2014). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 8(1), 23-30.
- Escobar J. (2012) *Causas y consecuencias del parto vertical en el hospital San Luis Otavalo periodo Julio a Diciembre 2008*.Guayaquil, Ecuador.
- Huamaní E. (2019). *Calidad en el proceso del parto humanizado desde la perspectiva del acompañante*, Centro Obstétrico-Instituto Nacional Materno Perinatal-2019. Lima, Perú.

Calderón L. (2018) Elección del parto intercultural a libre posición por embarazadas del distrito 09D04 desde octubre del 2017 a febrero del 2018. Guayaquil, Colombia.

Velásquez C., Ríos M. (2015) Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron la experiencia de un parto vertical en la comunidad nativa de Aucaloma-Provincia de Lama, Junio-Diciembre 2014. Tarapoto, Perú.

Quispe M., Mancilla G. (2018) Satisfacción en usuarias de parto vertical intercultural, en el Centro de Salud de Vinchos, Ayacucho, 2018. Perú.