

Universidad Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“POSICIONES EN LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO Y SU
ASOCIACIÓN CON LOS RESULTADOS MATERNOS”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Presentado por:

Bachiller:

**LEON CLEMENTE KAREN ANDREA
Código de ORCID: 0000-0002-1976-5279**

LIMA - PERÚ

2022

Tesis

**“POSICIONES EN LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO Y SU
ASOCIACIÓN CON LOS RESULTADOS MATERNOS”**

Línea de investigación

Salud, enfermedad y ambiente: Salud sexual y reproductiva

Asesora

Mg. ARONE PALOMINO SUSANA FILOMENA

Código ORCID 0000-0002-0662-942X

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi familia, en especial a mis padres que se encuentran lejos, no obstante, me incentivan a seguir progresando, también, a mi esposo e hija por ser los motivos más grandes para alcanzar mis metas, ya que día a día me brindan su amor y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a Dios, principalmente, por darme salud y sabiduría para poder cumplir mis metas.

A mi alma máter, la Universidad Privada Norbert Wiener, por darme las herramientas para convertirme en una gran profesional y servir a mi país.

A mi asesora, Mg. Susana Arone Palomino por brindarme su apoyo y conocimientos para culminar este trabajo de investigación.

JURADOS

Presidenta

Dra. Sabrina Ynés Morales Alvarado

Secretaria

Dra. Bertha Nathaly Reyes Serrano

Vocal

Mg. Elvira Soledad Benites Vidal

ÍNDICE

	Pág.
PORTADA	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
JURADOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Justificación de la investigación	3
1.4. Objetivos de la investigación	4
1.4.1. General	4
1.4.2. Específicos	4
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	5
2.1.1. Antecedentes internacionales	6
2.1.2. Antecedentes nacionales	7
2.2. Base teórica	9
2.3. Hipótesis	16
2.4. Variables e indicadores	17
2.5. Operacionalización de variables	17
3. CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO	
3.1. Tipo de investigación	19
3.2. Ámbito de Investigación	19
3.3. Población y muestra	19

3.3.1. Criterios de inclusión	20
3.3.2. Criterios de exclusión	20
3.4. Técnica de recolección de datos	21
3.5. Plan de procesamiento y análisis de datos	22
3.6. Aspectos éticos	23
3.7. Dificultades y limitaciones del estudio	23
4. CAPITULO IV: RESULTADOS	24
5. CAPITULO V: DISCUSIÓN	48
6. CAPITULO VI: CONCLUSIONES	53
7. CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55
ANEXOS	61
Anexo 1: Matriz de consistencia	62
Anexo 2: Resultado de Turnitin	63

ÍNDICE DE TABLAS

	PAG.
TABLA N°1 Metodología PICO.....	2
TABLA N°2 Estrategia de búsqueda.....	21
TABLA N°3 Características generales de los estudios seleccionados.....	25
TABLA N°4 Evaluación de los estudios seleccionados según la calidad de la evidencia, empleando sistema GRADE.....	35
TABLA N°5 Estudios seleccionados que demuestran la asociación entre la percepción en la atención de las mujeres y las posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto.....	40
TABLA N°6 Estudios seleccionados que demuestran la asociación entre la intensidad del dolor y las posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto.....	42
TABLA N°7 Estudios seleccionados que demuestran la asociación entre la duración del parto y las posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto.....	44
TABLA N°8 Estudios que demuestran la asociación entre el uso de medicamentos y las posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto.....	47

RESUMEN

Objetivo: Determinar las evidencias científicas sobre la asociación de las posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto con los resultados maternos.

Metodología: Se realizó revisión sistemática, para el cual se consideraron todos los tipos y diseños de estudio para investigar sobre las posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto y su asociación con los resultados maternos, para ello, la recopilación de información se hizo mediante la búsqueda de artículos entre los años 2017 hasta el 2021, en base de datos electrónicas como: PubMed, Dialnet, Cochrane, ScienceDirect, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Google Scholar y repositorios de Universidades internacionales y nacionales. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Resultados: Se seleccionaron 30 estudios para la revisión de bibliográfica.

Después de analizar los artículos, dieron como resultado que la posición vertical en la segunda etapa del trabajo de parto brinda una percepción positiva en las mujeres, además reduce el dolor, duración del expulsivo y uso de medicamentos en comparación a la posición horizontal.

Conclusión: A partir de las evidencias de literatura científica de la presente investigación se puede concluir que existe asociación entre las posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto y los resultados maternos.

Palabras Clave: Posiciones maternas, trabajo de parto y resultados maternos.

ABSTRACT

Objective: To determine the scientific evidence on the association of the positions of the second stage of labor with maternal outcomes.

Methodology: A systematic review was carried out for which all study types and designs were considered to investigate the positions of the second stage of labor and its association with maternal outcomes. Search for articles between the years 2017 and 2021, in electronic databases such as: PubMed, Dialnet, Cochrane, ScienceDirect, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Google Scholar and repositories of international and national universities. Taking into account the inclusion criteria.

Results: 30 studies were selected for the literature review. After analyzing the articles, they found that the vertical position in the second stage of labor provides a positive perception in women, also reduces pain, duration of delivery and use of medications compared to the horizontal position.

Conclusion: From the evidence in the scientific literature of the present investigation, it can be concluded that there is an association between the positions of the second stage of labor and maternal outcomes.

Key Words: maternal positions, labor and maternal outcomes.

INTRODUCCIÓN

Desde muchos años atrás el trabajo de parto ha sido un evento donde la mujer optaba diferentes posiciones para la salida del feto. Con el paso del tiempo y el desarrollo de la ciencia el parto es asistido en un centro hospitalario y con un personal de salud capacitado, en la actualidad la mayoría de los partos asistidos son en posición horizontal, o también llamado posición dorsal, litotómica, etc., resultado de varios factores como: ambiente, equipamiento, capacidad del personal o por decisión de la paciente, asimismo, esta posición permite al personal capacitado tener una mejor visión en la expulsión del feto suponiendo un parto seguro para la madre y el feto. Sin embargo, algunas mujeres mencionan que el parto en posición horizontal suele ser más dolorosa, duradera e incómoda.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe en febrero del 2018, mencionando que de los 140 millones de partos anuales la mayoría no posee complicaciones, no obstante, en los últimos tiempos las intervenciones y acciones médicas se han elevado de manera significativa ya que buscan iniciar, acelerar y finalizar el proceso del trabajo de parto, empleando la cesárea o la oxitocina, etc. Por tal razón, en el 2020 la OMS emitió un listado de recomendaciones para el momento del parto con el objetivo de reducir las intervenciones innecesarias y mejorar las experiencias del parto en las pacientes, mencionado lo anterior, la recomendación más importante del listado de la OMS para este estudio es “Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la posición de nacimiento del bebé y la necesidad de pujar, entre otras”.³

Desde años atrás se viene realizando estudios a nivel internacional y nacional sobre los riesgos y beneficios de las posturas maternas durante la segunda etapa del trabajo de parto, con el fin de conocer y fomentar la posición que más beneficios otorgan a las mujeres. Sin embargo, en los últimos 3 años los estudios de investigación sobre resultados maternos con respecto a las diferentes posiciones del parto son escasos a nivel nacional.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto en posición vertical se ha realizado en la edad antigua, media y renacimiento, donde en la historia existen ilustraciones que muestran sillas que se relacionan con el parto en posición vertical “sentada”. En el siglo XVII acostaban a las mujeres para el parto horizontal utilizando instrumentos como fórceps, ignorando las prioridades y necesidades de las mujeres al momento del parto.⁴

El Ministerio de Salud (2019), emitió la nueva versión con adecuación de contenidos de la “Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural”, con el fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural).⁵

La OMS en el 2020 recomienda “Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la posición de nacimiento del bebé y la necesidad de pujar, entre otras”. Debido a que en los últimos años han aumentado las prácticas médicas con el objetivo de apurar y finalizar el trabajo de parto fisiológico.³

Actualmente en los establecimientos de salud del Perú, atienden partos vía vaginal en posición vertical y horizontal, siendo este último como predominante ya sea por múltiples razones como ambiente, equipamiento y/o capacidad de personal de salud. Asimismo, Lanero et al. (2020) nos menciona que el parto en posición horizontal predomina en muchos establecimientos de salud debido a que las pacientes no tienen autonomía en la decisión de la posición de su parto y dejan que los médicos decidan.

Ante esta realidad es importante conocer más estudios sobre los resultados maternos en la atención del parto vertical y parto horizontal, para mejorar la calidad de atención, incrementar el parto institucional y reducir complicaciones obstétricas, ya que de esa manera obtendremos una madre y neonato saludables.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La interrogación planteada para la verificación sistemática se efectuó bajo la metodología PICO y fue la subsiguiente

TABLA 1. Metodología PICO

P= Paciente/ problema	Puérperas con parto vaginal
I= Intervención	Parto vertical
C= Comparador	parto horizontal
O= Outcome/ Resultados	Resultados Maternos

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las evidencias científicas sobre las posiciones adoptadas en la segunda etapa del trabajo de parto y su asociación con los resultados maternos?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la percepción en la atención de la parturienta con respecto a la posición en la segunda etapa del trabajo de parto?
- ¿Cómo se asocia la intensidad del dolor que percibió la parturienta con respecto a la posición en la segunda etapa del trabajo de parto?
- ¿Cómo se asocia el uso de medicamento en la parturienta con la posición de la segunda etapa del trabajo de parto?
- ¿Cómo se asocia la duración del parto con respecto a la posición de la segunda etapa del trabajo de parto?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Investigar la asociación de las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto con los resultados maternos es importante, debido a que es un proceso complejo, porque depende de las características específicas de este (su cultura, expectativas, percepción y factores personales), así como de experiencias previas y de la propia condición gestacional.

El presente estudio se justifica debido a que los últimos años se fue tomando conciencia sobre el parto humanizado y la calidad de atención según la percepción del usuario en el parto en posición horizontal más no en el parto en posición vertical, además de conocer si atender un parto en posición vertical nos va a dar resultados diferentes a la de un parto atendido en posición horizontal. También, considero que ofrecer este aporte a los profesionales de la salud, se podría disminuir las complicaciones obstétricas, a su vez brindándoles satisfacción a las pacientes en el trabajo de parto.

Por otro lado, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Ministerio de salud 2021 nos refiere que en el año 2020 hubo un incremento en el número de muertes maternas con un total anual de 433, considerando las muertes maternas de clasificación preliminar directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación y en el presente año hasta febrero con un total 64 muertes maternas⁶. Por lo tanto, esta investigación es importante ya que se obtendrá información de los resultados maternos con las diferentes posiciones de parto de las púerperas y por supuesto será útil para la institución que busca conocer la importancia de las modalidades del parto, mejorar la prestación de servicios de salud y se lleven de manera satisfactoria.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Determinar las evidencias científicas sobre la asociación de las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto con los resultados maternos.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Conocer la percepción en la atención de las parturientas con respecto a la posición de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto.
- b) Conocer la intensidad del dolor que percibió la parturienta con respecto a la posición de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto.
- c) Conocer la duración del parto con respecto a la posición de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto.
- d) Conocer el uso de medicamentos en la parturienta con respecto a la posición de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes internacionales

Berta M, Lindgren H, et. al. (2019) en Etiopía, realizaron un estudio de revisión sistemática y metaanálisis, donde se incluyeron 8 estudios con una población total de 1680 mujeres, que estudiaban el “efecto de las posiciones de parto de la madre sobre la duración de la segunda etapa del trabajo de parto”, concluyeron que la duración de la segunda etapa del trabajo de parto disminuyó en los casos de posición de parto flexible del sacro con un valor de 3,2 a 34,8 minutos.⁷

Zang Y, Lu H, et. al. (2020) en China, se realizó un artículo titulado “*Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis*”, donde se incluyeron 16 estudios con una población de 3.397 mujeres, en el cual compararon los efectos de la posición flexible del sacro con la posición del sacro no flexible en la segunda etapa del trabajo de parto. Se estableció que la posición del sacro flexible podría disminuir la incidencia de parto vaginal instrumental, parto quirúrgico, episiotomía, cesárea, traumatismo perineal severo, dolor intenso y acortar la duración de la segunda etapa del trabajo de parto. A pesar de ello, las posiciones del sacro flexible podrían aumentar el traumatismo perineal leve.⁸

Smith A, Laflamme E, Komanecky C. (2021) en EE.UU, elaboraron un estudio llamado “*Pain Management in Labor*”, en lo cual establecieron que “las preferencias de cada paciente para el manejo del dolor del trabajo de parto deben explorarse como parte de la atención prenatal de rutina. El apoyo continuo durante el trabajo de parto, la inmersión en agua y la posición erguida en la primera etapa del trabajo de parto se relacionan con una disminución del uso de analgesia farmacológica”.⁹

Garcia H, Jiménez S. (2017) elaboraron un trabajo de fin de carrera titulado “Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería”. Llevaron a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Cinahl, Cochrane, Cuiden, Encuentra y el repositorio Dialnet en España, se analizaron 24 documentos y lo clasificaron en 5 aspectos: “beneficios y posibles complicaciones de

las posiciones verticales y horizontales”, “influencia de las posiciones en la percepción del dolor”, “influencia de los profesionales en la adopción de las diferentes posiciones y posibles consecuencias de su actuación” e “influencia de las posiciones en la experiencia de parto en madres y padres”. Concluyendo que varios estudios señalan que adoptar la posición vertical durante el parto proporciona más beneficios que en la posición horizontal, sobretodo en la percepción del dolor de la madre y para facilitar el parto.¹⁰

Crespo A. (2018), elaboró una tesis titulada: “Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al centro de salud de Biblián 2018”. Realizó una investigación de tipo observacional, comparativo, transversal. Tuvo una población de 160 mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián. Los resultados en las entrevistadas fueron: 75% desconocen el parto vertical, 93,8% lo perciben más rápido más cómodo y menos doloroso el parto vertical, concluyendo que el parto vertical proporciona más ventajas en comparación al parto horizontal, ya que ofrece a la parturienta un expulsivo más corto, satisfactorio y menos doloroso.¹¹

Thomson G, Feeley C, et. al. (2019) en el Reino Unido, realizaron un artículo titulado “*Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review*”. Se incluyeron 24 estudios para los hallazgos en el cual estableció 5 temas relevantes “Los deseos de alivio del dolor”, "Impacto sobre el dolor" ”Influencia y experiencia de apoyo” “Influencia en el enfoque y las capacidades” y “El impacto en el bienestar y la salud" concluyendo de esta manera que los métodos farmacológicos disminuyen el dolor pero conlleva a efectos negativos y los métodos no farmacológicos no reducen el dolor, sin embargo, las pacientes necesitan conocer acerca de los riesgos y beneficios de los métodos para aliviar el dolor en el parto.¹²

Zurita P. (2020), elaboro una tesis titulada “Ventajas obstétricas y perineales del parto vertical versus parto supino”, para ello realizó la revisión de literatura científica en base de datos. Se estableció que el parto vertical proporciona múltiples ventajas obstétricas en comparación a la posición litotómica son: “Disminución del tiempo de duración de la segunda etapa del parto, menor dolor, mejor progreso en la segunda etapa del trabajo del parto y reducción del parto operatorio y del parto asistido”.¹³

Cuy C, Salamanca J, et. al. (2021) en Colombia, elaboraron un estudio llamado “Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: revisión exhaustiva de literatura”, para ello seleccionaron 50 artículos en lo cual establecieron que el parto en posición vertical se asoció a una reducción del dolor, en la duración del trabajo de parto y necesidad de episiotomía, sin embargo, esta posición podría aumentar el riesgo de hemorragia postparto y desgarro perineal, asimismo, se recomienda que cada paciente deba elegir la posición que desee libremente.¹⁴

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rodríguez P. (2018) elaboró una tesis titulada: “Complicaciones materno perinatales relacionadas a la posición materna durante el parto. Centro de salud san marcos. Cajamarca. 2018”. Realizó un estudio no experimental, de corte transversal y tipo correlacional, Tuvo una muestra de 60 gestantes utilizando la encuesta como herramienta para la obtención de datos, de esa manera los resultados fueron que el 68,3% fue en posición horizontal y el 31% en posición vertical. Asimismo, se detalla que el 1,67% de gestantes con parto horizontal presentaron hemorragia posparto por atonía uterina, Además menciona que el 1,67% y 3,33% de primigestas con posición horizontal y vertical tuvieron una duración mayor a 50 minutos durante el expulsivo. Concluyéndose que las complicaciones maternas fueron más evidentes en la posición horizontal por el mayor tiempo de periodo expulsivo y hemorragia posparto por atonía uterina no obstante en el parto vertical se evidencio desgarros perineovaginales. Por último, las complicaciones perinatales se relacionaron con la posición horizontal presentando líquido amniótico meconial.¹⁵

Arimuya R. (2021) en el Perú, elaboró un estudio titulado “Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal”, en el Hospital Essalud Voto Bernales de Ate, realizó un muestro probabilístico de tipo aleatorio simple con la revisión de historias clínicas (HC). Para los resultados se analizaron 300 gestantes de 28 ± 5 años de edad. En las complicaciones obstétricas se evidenció que el tiempo de la segunda etapa del trabajo de parto fue de 15.4min. en la posición horizontal y 9.9 min. en la posición vertical; igualmente, hubo mayor sangrado en el parto horizontal con 304.2ml vs 259.9 ml. Con respecto a las complicaciones neonatales se evidenció que el Apgar al 1 minuto en el parto vertical tuvo mayor

puntaje 8.9 vs 8.8 en el parto horizontal, concluyendo así, que la posición vertical en el parto presentará menos complicaciones obstétricas comparado al parto horizontal.¹⁶

Atau G, Serpa D. (2017) realizaron un estudio con la metodología cualitativa, de corte transversal, prospectiva, no experimental, titulado “Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron atención de parto vertical con adecuación intercultural en el Centro de Salud de Huancarani Cusco 2017”, para ello, encuestaron a mujeres que tuvieron parto vertical, como resultado se interpretó que en el parto vertical la posición que más predomina es de rodillas seguido por cuclillas, también, mencionan con frecuencia el acompañamiento durante el parto. Por lo tanto, las vivencias, experiencias y percepciones son positivas en la atención de sus partos, de esa manera el parto vertical tendrá mayor aprobación por las pacientes ya que también presenta menores complicaciones.¹⁷

Julcamoro S. (2018) elaboró una tesis titulada: “Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018”. Realizó un estudio no experimental de corte transversal y tipo descriptivo, observacional y prospectivo. Tuvo como muestra a 60 puérperas inmediatas, el cual se obtuvo los siguientes resultados según las 4 dimensiones: 1) El trato profesional, 36,7% respondió a calidad de atención regular, 2) Acompañamiento, el 86,7% respondió a calidad de atención regular, 3) Libre elección de la posición para el parto, el 40,0% respondió a calidad de atención regular, 4) En manejo del dolor de parto, corresponde a calidad de atención regular con 55,0%. Concluyéndose de esta manera que la calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural es regular según la percepción de las usuarias.¹⁸

Lozano H, Huamaní G. (2020) elaboraron un artículo de revisión titulado “Parto humanizado: inicio de una nueva vida” mencionando que el parto humanizado se debe fomentar y reforzar en los centros de salud por profesionales capacitados como obstetra o Ginecólogo desistiendo del uso excesivo de medicamentos, instrumentación. Por otro lado los profesionales deben permitir el acompañamiento y apoyo de sus familiares para el parto, asimismo, respetar las costumbres de las pacientes con el fin de asegurar un momento inolvidable y obtener una madre y recién nacido saludables.¹⁹

Alama C, Morán M. (2018) elaboraron una tesis titulada “Percepción del parto humanizado en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, marzo 2018”. Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo- retrospectivo de corte transversal, con el objetivo de conocer la percepción en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes en marzo del 2018. La muestra estuvo conformada por 70 puérperas atendidas en dicho hospital, lo cual aplicaron una encuesta y obtuvieron como resultados que la percepción general del parto humanizado fue positiva con un 58,57%, percibiendo desfavorablemente el acompañamiento familiar y una percepción media favorable con respecto a la comodidad y confianza durante el parto y el manejo del dolor.²⁰

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 PARTO

Se entiende como parto el proceso en el que se produce el paso del feto desde el interior del útero materno hasta el exterior del organismo de la madre.

Trabajo de parto

El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta. De manera indudable es verdad que tanto el embarazo como el parto son procesos fisiológicos y, como tales, el trabajo de parto y parto se deben considerar normales en la mayoría de las mujeres (Lawrence, 2012).²¹

Procesos del trabajo de parto

El parto requiere múltiples transformaciones en las funciones uterinas y cervicouterina. El parto puede dividirse de manera arbitraria en cuatro fases superpuestas que corresponden a las principales transiciones fisiológicas del miometrio y el cuello uterino durante el embarazo (Word, 2007). Estas fases del parto son: 1) preliminar, 2) preparatoria, 3) parto, y 4) recuperación. Es de gran importancia tener en cuenta que estas fases son diferentes a las etapas clínicas del trabajo de parto, es decir, la primera, segunda y tercera etapa; el cual estos se encuentran dentro de la tercera fase del parto.²²

Mencionado lo anterior, se dará a conocer con más importancia la tercera fase del parto, esta fase representa el trabajo de parto activo y por lo general se divide en tres etapas.

Primera etapa: La primera etapa comienza cuando se logran contracciones uterinas regulares, de frecuencia, intensidad y duración suficientes para provocar el adelgazamiento cervical, que se denomina borramiento. Dentro de esta etapa se encuentran la fase latente que es hasta los 3 cm de dilatación y la fase activa que comprende desde los 4cm hasta 10cm. Varias uterotoninas pueden ser importantes para el éxito de esta etapa de trabajo de parto activo, ya que se ha demostrado que estos estimulan la contracción del músculo liso a través del acoplamiento de proteína G. Esta etapa de trabajo de parto finaliza cuando el cuello uterino está completamente dilatado, unos 10 cm, para permitir el paso de un feto de tamaño normal a término. La primera etapa del parto, por tanto, es la etapa de borramiento y dilatación cervical.²³

Segunda etapa: Esta etapa comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con la salida del feto. La duración media es de aproximadamente 2 horas en nulíparas y alrededor de 1 hora para múltiparas, pero es muy variable. En una paciente de paridad superior con una vagina y perineo previamente dilatados, dos o tres esfuerzos de expulsión después de la dilatación cervical completa pueden ser suficientes para el parto completo. Por el contrario, en una con una pelvis contraída, con un feto grande o con esfuerzos de expulsión afectados por la analgesia de conducción o la sedación, la segunda etapa puede ser más prolongada. Un mayor índice de masa corporal materna no interfiere con la duración del parto en la segunda etapa (Robinson, 2011).²⁴

Esta etapa es la de mayor importancia en este trabajo de investigación ya que es en este periodo o etapa donde vamos a determinar los resultados maternos.

Tercera etapa: Esta etapa comienza justo después del nacimiento del feto y consiste en la separación y expulsión de la placenta y las membranas. Cuando el feto sale, el útero se contrae en forma espontánea en torno de su contenido decreciente. En condiciones normales, al salir el recién nacido la cavidad uterina está casi obliterada. El órgano es una masa casi solida de musculo, de varios centímetros de espesor, por arriba del segmento inferior, que es más

delgado. En ese momento, el fondo uterino se encuentra justo abajo del nivel del ombligo.²⁵

2.2.2 POSICIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO

Son posiciones que las gestantes adoptan en la segunda etapa del trabajo de parto, para dar a término con el nacimiento del feto.

A) PARTO HORIZONTAL

Se define como parto horizontal cuando todo el peso de la mujer descansa sobre su espalda. En decúbito supino tiene la espina dorsal apoyada completamente en horizontal o con alguna ligera inclinación. La de litotomía es la más frecuente en nuestro medio, en ella la mujer tiene las piernas separadas, más o menos flexionadas, a veces colocadas sobre perneras, estribos o apoyo plantar, con la cabeza algo incorporada. Existen dos tipos de posiciones horizontales: Litotomía o decúbito dorsal y decúbito lateral o posición de Sims.⁵

a) VENTAJAS

- Facilita la comodidad del personal de salud en la atención del parto, la cual es importante para su óptimo desempeño.^{1,5}
- Permite la revisión médica adecuada.^{1,5}
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea^{1,5}

b) DESVENTAJAS

- Ejerce presión sobre los órganos abdominales y dificulta el ensanchamiento del tórax al inspirar.^{1,5}
- Disminuye el flujo de sangre materna a la placenta, ya que comprime los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral esto es conocido como efecto Poseiro.^{1,5}
- Disminuye ligeramente los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores.^{1,5}
- falta apoyo de la gravedad.⁵

B) PARTO VERTICAL

Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (parada, sentada, de rodillas, de cuclillas o en cuatro puntos), mientras que el profesional obstetra, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. Esta posición permite que el recién nacido actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientándose principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento.⁵

• POSICIÓN DE CUCLILLAS

La gestante debe mantener las piernas hiperflexionadas y separadas para aumentar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis. Esta posición es una de las más preferidas por las mujeres del país, porque, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos. Esta posición a diferencia de la sentada es que no hay apoyo en los glúteos pues todo el peso descansa en los pies.²⁶

Para atender el parto con esta posición el profesional de la salud deberá realizar los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banco).^{1,26}

• POSICIÓN DE RODILLAS

La paciente adopta una postura cada vez más reclinada de acuerdo al avance del parto, para facilitar el parto el profesional de la salud se ubicará delante o detrás de la paciente para proteger el periné constantemente y de esa manera evitar desgarros. Seguidamente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.²⁶

• POSICIÓN SENTADA

La paciente se encontrará sentada en una silla de partos al mismo nivel en el que se encuentra el acompañante, quién estará sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la paciente por el tórax, permitiéndole apoyarse en sus muslos o sujetarse en su cuello.¹

La gestante en trabajo de parto en posición semisentada se apoyará en el acompañante. Esta posición relaja y permite que aumenten los diámetros de la pelvis.²⁶

• POSICIÓN PARADA O SOSTENIDA DE UNA SOGA

La gestante puede utilizar una cuerda, sogá o una barra de metal suspendida de una viga del techo. Al hacer esto el feto es favorecido, ya que la fuerza de gravedad le ayuda a avanzar por el canal del parto de manera suave y calmada, sin embargo, esta posición dificulta la aplicación de maniobras cuando pudiera surgir alguna complicación como circular de cordón, presentación compuesta, etc.^{1,26}

• POSICIÓN EN CUATRO PUNTOS

Es preferida por algunas gestantes, más aún en las que experimentan dolor en la región lumbar de la espalda. Para esta posición la paciente deberá arrodillarse sobre una colchoneta, apoyarse hacia delante de su acompañante o en la cama. Posiblemente en el parto acogerá una posición más reclinada con el objetivo de facilitar el control del parto, el recibimiento del feto se realiza por detrás de la mujer.^{1,26}

a) VENTAJAS

- Favorece el acomodo, encajamiento y descenso del feto, con menor uso de medicamentos.
- Aumento de la capacidad respiratoria materno fetal, debido a que la posición vertical ayuda a que el útero descienda y no presione los pulmones).
- Evita el prolapso de cordón, ya que anula el espacio entre el cuello uterino y la cabeza fetal.
- Evita el efecto Poseiro.

b) DESVENTAJAS

- Aumenta los casos de hemorragia posparto.¹
- Aumento de desgarros vaginales.²⁷
- No permite la intervención del profesional de salud de manera adecuada y cómoda.¹
- Algunas gestantes no resisten físicamente en la posición de cuclillas, ya que no hay apoyo en los glúteos pues todo el peso descansa en los pies.²⁷

2.2.3 PERCEPCION

La percepción es un proceso mental, cognoscitivo que aprueba formar conceptos, opiniones, sentimientos, impresiones, acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pretéritas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a necesidades, aspiraciones, intereses, y deseos.²⁸

2.2.4 USO DE MEDICAMENTO

El uso de fármacos durante el trabajo de parto tiene múltiples funciones, además, es muy frecuente en nuestro país ya sea por indicaciones a beneficio de la madre y feto o por conveniencia del profesional de salud. La administración de estos medicamentos como la anestesia epidural que es utilizado para reducir el “dolor” durante el trabajo de parto y, por otro lado, la oxitocina que tiene como objetivo de intensificar las contracciones de esa manera producir la actividad uterina suficiente para causar un cambio cervical y el descenso del feto y así apurar el parto.^{29,30}

2.2.5 DOLOR DURANTE EL PARTO

El embarazo es una etapa en la cual favorece al cuerpo a adaptarse gradualmente a los cambios fisiológicos, por el contrario, el parto se caracteriza por ser un suceso que ocasiona cambios abruptos y fuertes, que marcan algunos niveles de simbolización, como la intensidad del dolor y la imprevisibilidad, causando el sufrimiento, la ansiedad y la inseguridad en las pacientes.³¹

Hawkins (2010) enfatizó que el dolor de parto es una respuesta muy individual a los estímulos variables, los cuales se reciben e interpretan de forma única. Estos estímulos son modificados por circunstancias emocionales, motivacionales, cognitivas, sociales y culturales. El dolor de parto causado por las contracciones uterinas y la dilatación del cérvix, se transmite a través de los nervios simpáticos aferentes viscerales, los cuales ingresan a la médula espinal desde T10 hasta L1. De igual manera, el dolor en la segunda etapa del trabajo de parto es causado por la distensión de la vagina, vulva, periné y otras zonas

bajas del dorso, generando sensibilidad a través del nervio pudendo y de los nervios sacros (S2, S3, S4). Las respuestas corticales al dolor y la ansiedad durante el parto son complejas y pueden estar influenciadas por las expectativas maternas, su edad, preparación a través de la educación, apoyo emocional y otros factores. Por otro lado, la respuesta fisiológica materna con respecto al dolor del trabajo de parto puede influir en el bienestar materno-fetal y en el progreso del parto.^{32,33}

En el Pain Rating Index, indica que en una escala del 0 al 50, en nulíparas la intensidad es de 40 (semejante al dolor agudo de una amputación de dedos) y en las multíparas la intensidad es de 30. Cabe mencionar que en el caso de una odontalgia la intensidad se aproxima a 20 y que solo la causalgia, con casi 50, supera al dolor de parto.³⁴

2.2.6 DURACION DEL PARTO

Según Williams, informan que la duración de la primera etapa del trabajo de parto, es decir la dilatación, es menos de 20 horas en primíparas y menos de 14 horas en multíparas, seguidamente los tiempos correspondientes para la segunda etapa del trabajo de parto es de aproximadamente de 2 horas en primíparas y 1 hora en multíparas, con respecto a la tercera etapa, la duración es menos de 30 minutos en el alumbramiento espontaneo y menos de 15 minutos en el alumbramiento dirigido (manejo activo), en esta última etapa los tiempos competen tanto a las primíparas y multíparas, sin embargo, esos tiempos pueden variar según cada condición.²⁴

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis general:

H₀: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto no se asocian con los resultados maternos.

H₁: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto si se asocian con los resultados maternos.

2.3.2. Hipótesis específicas:

Duración en la segunda etapa del trabajo de parto:

H₀: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto no se asocian con la duración.

H₁: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto si se asocian con la duración.

Magnitud del dolor en la segunda etapa del trabajo de parto:

H₀: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto no se asocian con la magnitud del dolor.

H₁: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto si se asocian con la magnitud del dolor.

Percepción de la atención en la segunda etapa del trabajo de parto:

H₀: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto no se asocian con la percepción.

H₁: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto si se asocian con la percepción.

Uso de medicamentos en la segunda etapa del trabajo de parto:

H₀: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto no se asocian con el uso de medicamentos.

H₁: Las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto si se asocian con el uso de medicamentos.

2.4. VARIABLES E INDICADORES

Posición del parto:

- Posición vertical
- Posición horizontal

Resultados maternos:

- Percepción
- Dolor
- Duración
- Uso de medicamentos

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Manejo del dolor: consiste en la forma de aliviar el dolor mediante técnicas farmacológicas y no farmacológicas para mejorar la percepción del dolor y la experiencia del parto.³²

Percepción: proceso mental a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los estímulos que reciben; es entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y darles sentido.²⁸

Elección de la posición de parto: es el proceso mental por el cual la gestante juzgará los beneficios de las distintas posiciones que puede realizar durante el trabajo de parto y seleccionará la posición en la cual se sienta más cómoda para parir en función de sus conocimientos, preferencias, costumbres y creencias.⁵

Duración: Tiempo que transcurre entre el principio y el fin del parto en la posición deseada.²⁴

Uso de medicación: la utilización de algún medicamento que influye en el parto.³⁰

VARIABLE	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
VARIABLES DEPENDIENTES				
RESULTADOS MATERNOS	PERCEPCION	CUALITATIVA	ORDINAL	MALA
				REGULAR
				EXCELENTE
	DOLOR	CUALITATIVA	ORDINAL	NADA
				POCO
				BASTANTE
				MUCHO
DURACION	CULITATIVA	ORDINAL	CORTA	
			MEDIA	
			LARGA	
USO DE MEDICACION	CUALITATIVA	NOMINAL	SI	
			NO	
VARIABLES INDEPENDIENTES				
POSICION DEL TRABAJO DE PARTO	CUALITATIVA		NOMINAL	HORIZONTAL
				VERTICAL

CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La metodología en esta investigación es de revisión sistemática porque presenta evidencias e investigaciones descriptivas para analizar, interpretar y determinar la asociación entre las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto y los resultados maternos desde el año 2017 hasta la actualidad.

3.2. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la elaboración de este trabajo de investigación se realizó la búsqueda y recopilación de artículos especializados publicados entre los años 2017 hasta 2021, en base de datos electrónicas, como: PubMed, Dialnet, Cochrane, ScienceDirect, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs) y Google Scholar. Asimismo, se consideraron todos los tipos y diseños de estudio que contienen información de acuerdo a los objetivos de la investigación.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

La población estuvo conformada por 100 estudios encontrados en las bases de datos electrónicos en relación a las posiciones de la gestante en la segunda etapa del trabajo de parto y los resultados maternos

La muestra está determinada por 30 estudios especializados que se encontraron en internet y que ejecuten los criterios de inclusión establecidos en la presente tesis.

En la figura 1 se detalla la selección de artículos que se utilizaron en la revisión sistemática

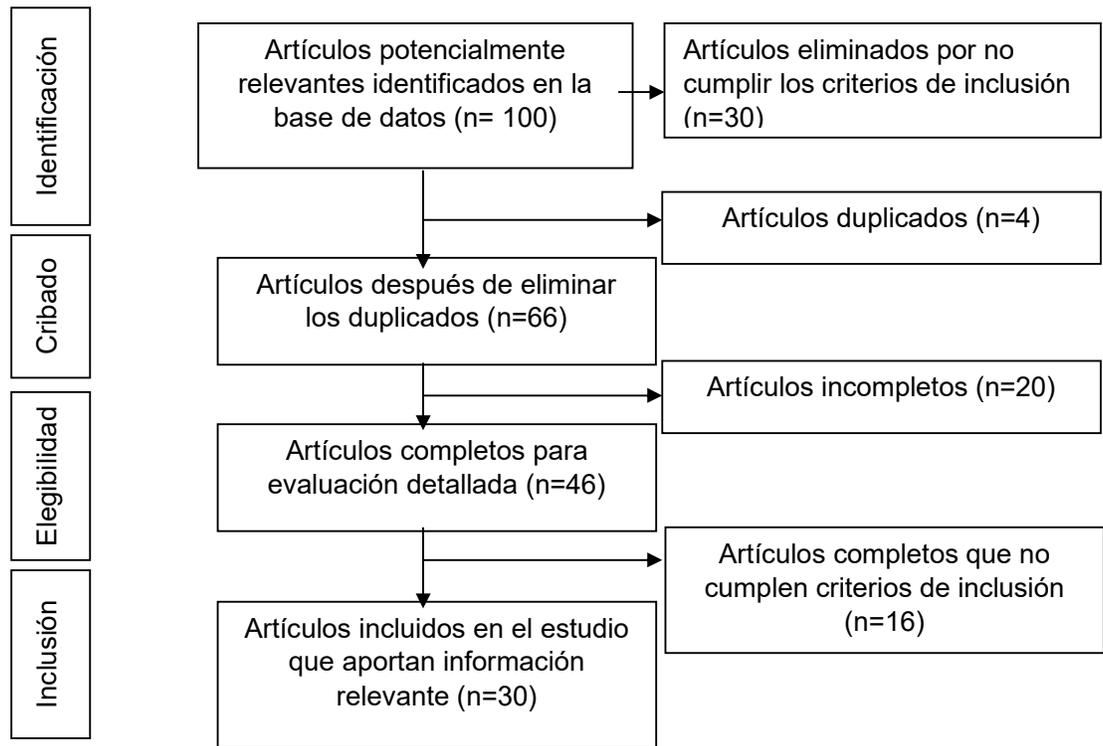


Figura 1: Diagrama de selección de artículos

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos de internet que mencionen la percepción, el dolor, la duración y el uso de medicamentos en la segunda etapa del trabajo de parto.
- Artículos de internet que contengan resultados maternos con respecto a las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto.
- Estudios completos que se adapten al contenido de la búsqueda.
- Estudios que se encuentran entre el año 2017 hasta la actualidad.
- Artículos de libre disponibilidad sin ningún costo.

3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Artículos de internet que mencionen tipos de parto
- Artículos de internet que no estén dentro de los últimos 5 años
- Estudios que mencionen gestantes de alto riesgo
- Artículos y estudios de internet con dificultad para descargar y con costo.

3.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante la búsqueda electrónica en base de datos seguros y confiables que contienen estudios originales; y a través de repositorios nacionales e internacionales, asimismo, se escogieron las palabras clave para la búsqueda en idiomas español e inglés, en combinación con el operador booleano *AND*, entre ellas: Posiciones maternas, segunda etapa del parto, resultados maternos.

Tabla 2 Estrategia de búsqueda para recaudación de datos

ESPAÑOL	INGLES	PORTUGUES
Posiciones maternas	<i>“Maternal positions”</i>	<i>Posições maternas</i>
Segunda etapa del parto	<i>“Second stage of labor”</i>	<i>Segundo estágio do parto</i>
Parto horizontal	<i>“Horizontal delivery”</i>	<i>Entrega horizontal</i>
Parto vertical	<i>“Vertical birth”</i>	<i>Entrega vertical</i>
Dolor y parto	<i>“Pain and labor”</i>	<i>Dor e trabalho de parto</i>
Duración y parto	<i>“Duration and delivery”</i>	<i>Duração e entrega</i>
Percepción y parto	<i>“Perception and delivery”</i>	<i>Percepção e entrega</i>
Medicamento y parto	<i>“Medication and delivery”</i>	<i>Medicação e entrega</i>

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Primero: Se realizó una búsqueda inicial de información en las diferentes bases de datos de PubMed, Dialnet, Cochrane, ScienceDirect, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), Google Scholar y repositorios digitales de Universidades Internacionales y Nacionales publicados desde el año 2017 hasta 2021. Para la búsqueda de información se utilizaron las palabras claves en diferentes idiomas: inglés, español y portugués.

Segundo: Se realizó el filtro de publicaciones especializados, lo cual se consideraron todos los tipos y diseños de estudios que además contengan los criterios de inclusión para la investigación.

Tercero: Para el análisis de datos se elaboró tablas con las características generales, el cual contienen información como: autor(es), año, país, tipo de estudio, muestra, título de investigación y resultados de cada estudio.

Cuarto: Finalmente en esta etapa, de acuerdo a criterios establecidos, se realizó una evaluación crítica e intensiva de cada estudio, a partir de ello se diseñó una tabla clasificando la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación para cada estudio, a través del Sistema *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), en este sistema la calidad de la evidencia se clasifica, inicialmente, en alta o baja, según provenga de estudios experimentales u observacionales; posteriormente, según una serie de consideraciones, la evidencia queda en alta, moderada, baja y muy baja. La fuerza de las recomendaciones se apoya no solo en la calidad de la evidencia, sino en una serie de factores como son el balance entre riesgos y beneficios, los valores y preferencias de pacientes y profesionales, y el consumo de recursos o costes.³⁵

3.6. ASPECTOS ETICOS

La investigación estuvo dirigida dentro de los parámetros deontológicos que ordenan nuestra profesión médica, por esta razón se respetó la fuente legítima citándola de manera completa; igualmente, se consideró los principios bioéticos como: la autonomía, beneficencia, la no maleficencia y la justicia; protegiendo cada uno de ellos.

3.7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La investigación no presenta limitaciones pues se cuenta con una cantidad significativa de base de datos de artículos en español e inglés donde recolectar información.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Se realizaron búsquedas bibliográficas en base de datos electrónicos, como: PubMed, Dialnet, Cochrane, ScienceDirect, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Google Scholar, con los términos en inglés, español y portugués: “Posiciones maternas”, “Segunda etapa del parto”, “Parto horizontal”, “Parto vertical”, “Dolor y parto”, “Duración y parto”, “Percepción y parto”, “Medicamento y parto” de los últimos 5 años desde el año 2017 hasta el 2021, identificando 100 resultados en total. Se filtraron los artículos según los criterios de inclusión, descartando los estudios que no se relacionan al tema de investigación.

Se seleccionaron 30 estudios basados en títulos y resúmenes lo cual contengan posiciones en la segunda etapa del trabajo y resultados maternos. Por consiguiente, se revisó de manera completa los 30 estudios seleccionados, con los que se diseñaron las tablas donde contienen el autor, año, país de publicación, título de investigación y resultados de cada estudio. Como resultado se encontraron 30 estudios que fueron evaluados y analizados completamente que presentan calidad de evidencia alta y moderada según el Sistema de GRADE.

TABLA N°3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

AUTOR (ES)	AÑO Y PAIS	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	NOMBRE DE LA INVESTIGACION	DOI	RESULTADOS
Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M (7)	2019, Etiopía	Revisión sistemática y metaanálisis	1985 mujeres	“Efecto de las posiciones de parto de la madre sobre la duración de la segunda etapa del trabajo de parto: revisión sistemática y metaanálisis”	10.1186/s12884-019-2620-0 (PubMed)	Indicó una disminución en la duración de 3.2 a 34.8 minutos en la segunda etapa del trabajo de parto en las mujeres que su parto fue en una posición del sacro flexible.
Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X (8)	2020, China	Revisión sistemática y metaanálisis	3397 mujeres	“Efectos de las posiciones flexibles del sacro durante la segunda etapa del trabajo de parto en los resultados maternos y neonatales: una revisión sistemática y un metaanálisis”	10.1111/jocn.15376 (PubMed)	Las posiciones flexibles del sacro en la segunda etapa del trabajo de parto podrían reducir el, parto vaginal instrumental, cesárea, episiotomía, traumatismo perineal severo, dolor intenso y acortar la duración de la fase de empuje activo en la segunda etapa del trabajo de parto.
Smith A, Laflamme E, Komaneck y C	2021, EE. UU	Revisión Narrativa		“Manejo del dolor en el trabajo de parto”	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33719377/ (PubMed)	El apoyo continuo, la inmersión en agua y la posición erguida durante la etapa del trabajo de parto se asocian con una disminución del uso de analgesia farmacológica.

(9)						
Mselle LT, Eustace L. (36)	2020, Tanzania	Diseño descriptivo, cualitativo	16 puérperas y 7 enfermeras parteras	“¿Por qué las mujeres asumen una posición supina al dar a luz? Las percepciones y experiencias de las madres postnatales y las enfermeras parteras en Tanzania”.	10.1186/s12884-020-2726-4 (PubMed)	Las mujeres adoptaron la posición supina según las instrucciones de las parteras; ya que ellas comúnmente deciden las posiciones para las mujeres en partos y la posición supina es la posición de parto más conocida.
Crespo AD (11)	2018, Ecuador	Observacional, comparativo, transversal	160 mujeres	“Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al centro de salud de Biblián 2018”.	10.23857/pc.v4i12.1188 (Dialnet)	El 81,9% de las mujeres encuestadas mencionan que al parto vertical lo perciben más cómodo, más rápido y menos doloroso, tuvieron la satisfacción de ver la salida de su bebé.
Albuquerque N, Dantas C, Bezerra A, Lins B, Melo R. (37)	2018, Brasil	Cualitativo, exploratorio y descriptivo	14 puérperas	“La percepción de las madres en el parto verticalizado”.	10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1114 (LILACS)	Surgieron 3 temas relevantes: papel de la mujer; La falta de preparación para la entrega y aprobación de la posición. la percepción del parto verticalizado fue vista como positiva, no obstante, existe la necesidad de educación en la preparación prenatal, el embarazo y el puerperio.
Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP (38)	2017, Reino Unido	Ensayos controlados aleatorizados	32 estudios 9015 mujeres	“Posición durante el período expulsivo para mujeres sin anestesia epidural”.	10.1002/14651858.CD002006.pub4 (Cochrane)	En todas las gestantes estudiadas, en comparación con las posiciones supinas, la posición vertical se relacionó con una reducción en: la duración del periodo expulsivo; los partos asistidos, las episiotomías y un leve aumento de los desgarros perineales.

Garcia H.M. y Jimenez S.C. (10)	2017, España	Revisión sistemática	24 artículos	“Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería”.	http://hdl.handle.net/10486/680296	Los estudios indican que el parto vertical otorga mayores beneficios en comparación a la posición horizontal, como: la percepción de dolor materno y para facilitar el parto.
Camino C.K. y Duchimaza A.G. (39)	2020, Ecuador	Revisión Bibliográfica		“El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto”.	http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5206	El parto humanizado resulta beneficioso a nivel psicosocial y fisiológico, entre los más importantes se encuentran: la disminución del sufrimiento fetal, el parto sin uso de instrumentos, disminución de la episiotomía y el alivio del dolor sin uso de fármacos.
Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. (12)	2019, Reino Unido	Revisión sistemática, cualitativa	58 artículos	“Experiencias de las mujeres con los métodos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y el parto: una revisión sistemática cualitativa”.	10.1186/s12978-019-0735-4 (PubMed)	Los estudios dieron como resultado 5 temas relevantes: Los 'deseos de alivio del dolor', "Impacto sobre el dolor", “Influencia y experiencia de apoyo”, “Influencia en el enfoque y las capacidades”, éste último indica que los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor eran menos efectivos de lo previsto y, por último, el "impacto en el bienestar y la salud" menciona que el uso de métodos farmacológicos para aliviar el dolor se asocia con complicaciones.
Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Zhao Y, Ren L (40)	2020, China	Revisión sistemática	7 artículos	“Beneficios y riesgos de las posiciones erguidas durante la segunda etapa del trabajo de parto: una descripción general de las revisiones sistemáticas”.	10.1016/j.ijnurstu.2020.103812 (PubMed)	El estudio informa que las posiciones verticales reducen: el parto vaginal instrumental, la segunda etapa del trabajo de parto, las episiotomías, y anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, Sin embargo,

						aumentaron la pérdida de sangre (>500ml) y desgarros perineales.
Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Ren L, Li C (41)	2020, China	Metaanálisis de ensayos controlados aleatorios	12 estudios (4314 mujeres)	“Efectos de las posiciones erguidas durante la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres sin analgesia epidural: un metaanálisis”.	10.1111/jan.14587. Epub 2020 (PubMed)	Las posiciones verticales reducen el parto vaginal instrumental, acortan la fase del expulsivo con una duración de 8-16 min. y disminuyen el uso episiotomías, pero aumentó la tasa de traumatismo perineal de segundo grado.
Salazar HT y Maximi VM (42)	2019, Ecuador	Observacional, transversal, prospectivo	105 pacientes	Importancia y beneficios que ofrece el parto vertical humanizado en gestantes adolescentes.	http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/45633	El 59 % de los pacientes duraron 15 minutos en el período de expulsivo y el 75 % de los recién nacidos alcanzaron el puntaje óptimo en la valoración del Apgar.
Flores GM, Salazar CKL (43)	2018, Ecuador	Cuantitativo comparativo, transversal	100 puérperas	“Estudio comparativo del parto vertical versus parto horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018”.	http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8863	Como resultado tenemos que en el parto vertical hay una disminución del dolor con una escala de intensidad de 5, la duración en el periodo de expulsión fue de 5 minutos, el sangrado se encuentra entre 200 a 250 ml, en comparación al parto horizontal la escala de dolor fue de una intensidad de 10, la duración del expulsivo fue de 15 minutos y el sangrado fue de 300 ml.
Zurita PMK (13)	2020, Ecuador	Revisión de literatura científica	7 artículos	“Ventajas obstétricas y perineales del parto vertical versus parto supino”.	http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15781	La posición erguida podría reducir el parto quirúrgico, parto vaginal instrumental, episiotomía, traumatismo perineal severo, dolor severo y acorta la duración de la fase de pujo activo en la segunda etapa del

						parto.
Cuy CL, Salamanca JDR, Riaño CDM, Camargo VGE, Sanchez CN y Soto BR. (14)	2021, Colombia	Revisión de literatura	50 artículos	“Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: revisión exhaustiva de literatura”.	10.24267/238973 25.601	La posición vertical se asoció a una menor duración del trabajo de parto, dolor referido y necesidad de episiotomía, sin embargo, esta posición puede incrementar la incidencia de hemorragia postparto y daño perineal.
Moncayo GVA (44)	2018, Ecuador	Descriptiva, cuantitativa de corte transversal.	94 pacientes	“Efectos maternos y neonatales de las variantes de la posición vertical para el parto en pacientes atendidas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús”.	http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31734	La posición vertical más optada es la de cuclillas anterior, la menos optada fue en posición sentada, el nivel de satisfacción de las pacientes que adoptaron el parto vertical fue 67.02%. En cuanto a los efectos el parto vertical ha mostrado mejores resultados vs posición horizontal, presentando menos cuadros hemorrágicos, menor tiempo de expulsión, desgarro perineal superficial y en algunos casos nulo.
Sarango QS y González EJ. (45)	2019, Colombia	Cuantitativo de corte transversal	54 parturientas	“Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro”.	http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/22016	En relación a la percepción sobre la sala de parto vertical, la mayoría destacaron que el ambiente era adecuado, pues estaba iluminado y cálido, las ventanas estaban protegidas, la cama estaba ubicada en posición de la salida del sol. El

						75,9% tuvieron acompañamiento familiar, el 81,5% utilizaron vestimenta propia y el 92,6% consumió alimentos y bebidas propias de su comunidad.
Wang S. (46)	2018, EE. UU	Diseño documental		Los efectos de El Parto Vertical en la salud materna en Perú y las consecuencias de la respuesta de las ONG a estas tendencias.	https://openscholarship.wustl.edu/wuurd_vol13/218	El parto vertical otorga múltiples beneficios como apertura la pelvis para facilitar con el nacimiento, asimismo, la fuerza de gravedad ayuda al bebé a descender el canal de parto con disminución de la presión sobre la madre para empujar, y muchos otros. Sin embargo, Perú sigue siendo uno de los países líderes en mortalidad materna.
Tentes C, Vasconcellos S, Silva R, Amorim A, Gonzalez M y Tochika S. (47)	2018, Brasil	Cuasi experimental	280 púerperas y 42 profesionales	“Implementación de las prácticas basadas en evidencias en la asistencia al parto normal”	DOI: 10.1590/1518-8345.2177.2988	Con respecto a la percepción de las púerperas se evidenció un aumento significativo de la presencia del acompañante en el trabajo de parto de la posición vertical o cuclillas, también una reducción significativa de amniotomía, posición de litotomía y oxitocina intravenosa. Por otro lado, con respecto a la perspectiva de los profesionales, hubo reducción significativa de la prescripción/administración de oxitocina para el parto.
Vargas LV. Rodriguez CJ.	2016, Colombia	Revisión integrativa de literatura	15 estudios	“Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la	https://doi.org/10.11144/Javeriana.ice20-1.vdpv	Se encontraron las siguientes ventajas: disminución en el tiempo en la segunda etapa, menos desgarros de

Corredor AM. y Vallejo AN. (48)				literatura”.		tercer y cuarto grado, menor edema vulvar, menor uso de instrumentación, menor necesidad de episiotomía, menor dolor, mejor percepción de la materna y mejores resultados fetales y neonatales. Como desventaja menciona mayor sangrado.
Arimuya PF, Fuentes PJD (16)	2021, Perú	Muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple	300 puérpas	“Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal”.	http://hdl.handle.net/20.500.12840/4456	En total se analizaron 300 gestantes donde se evidenció que el expulsivo en la posición horizontal fue mayor con 15 min y en la posición vertical fue de 9.9 min., asimismo, el sangrado fue mayor en el parto horizontal (304.2 vs 259.9). El parto vertical disminuye el uso de episiotomía, con respecto a las complicaciones neonatales se evidenció que el Apgar de 1 minuto tuvo puntaje mayor en el parto vertical a comparación del horizontal (8.9 vs 8.8).
Rodríguez PD. (15)	2018, Perú	Descriptivo, correlacional de corte transversal	60 mujeres	“Complicaciones materno perinatales relacionadas a la posición materna durante el parto. Centro de salud San Marcos. Cajamarca. 2018”.	http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2714	68,3% dieron a luz en posición horizontal y 31% en posición vertical. Asimismo, se detalla que el 1,67% de gestantes con parto horizontal presentaron hemorragia posparto por atonía uterina, 15% y 30% de gestantes que dieron a luz en posición vertical y horizontal sufrieron desgarros perineovaginales, respectivamente; 11,67% y 3,33% de

						primigestas que dieron a luz en posición horizontal y vertical tuvieron un expulsivo mayor a 50 minutos, 1,67% de recién nacidos en el parto horizontal presentó líquido amniótico meconial.
Julcamoro SM. (18)	2018, Perú	Descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal	60 puérperas	“Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018”.	http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2298	se obtuvo los siguientes resultados según las 4 dimensiones: 1) El trato profesional, 36,7% respondió a calidad de atención regular, 2) Acompañamiento, el 86,7% respondió a calidad de atención regular, 3) Libre elección de la posición para el parto, el 40,0% respondió a calidad de atención regular, 4) En manejo del dolor de parto, corresponde a calidad de atención regular con 55,0%.
Trigozo DL. y Huaman GB. (49)	2017, Perú	Descriptiva cuantitativa, prospectiva, correlacional, comparativo de corte transversal.	74 profesionales	“Parto vertical en el i y ii nivel de atención en salud: conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de obstetricia de la provincia de San Martin, periodo enero-julio 2017”.	http://hdl.handle.net/11458/3092	Las profesionales del II nivel poseen un nivel medio (79,2%) en relación a las que laboran en el I nivel (78,4%); el 33,3% de las profesionales del II nivel de atención tienen una actitud favorable en relación a las del I nivel (11,3%). El 58,5% de los profesionales de obstetricia del I nivel de atención tienen una práctica adecuada frente a la atención del parto vertical, mientras que el 100,0% de las obstetras del II nivel de atención no han practicado este tipo de atención.

Atau GP y Serpa DM (17)	2017, Perú	Prospectiva, cualitativa, de corte transversal.		“Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron atención de parto vertical con adecuación intercultural en el Centro de Salud de Huancarani Cusco 2017”.	https://hdl.handle.net/20.500.12557/1202	En el parto vertical la posición que más predomina es de rodillas seguida por cuclillas, también, mencionan con frecuencia el acompañamiento durante el parto. Por lo tanto, las vivencias, experiencias y percepciones son positivas en la atención de sus partos, de esa manera el parto vertical tendrá mayor aprobación por las pacientes ya que también presenta menores complicaciones.
Lozano HCA y Huamaní GR (19)	2020, Perú	Artículo de revisión		“Parto humanizado: inicio de una nueva vida”	10.26722/rpmi.2020.54.189	El parto humanizado debe ser fomentado y reforzado en los centros de salud por profesionales capacitados como obstetra o Ginecólogo desistiendo del uso excesivo de medicamentos, instrumentación. Por otro lado, permitir que las pacientes decidan el acompañamiento y apoyo de sus familiares para el parto.
De la Cruz CEL y Aguilar GII. (50)	2018, Perú	Descriptivo, prospectivo de corte transversal	30 mujeres	“Parto vertical intercultural, satisfacción de la atención en usuarias del programa SIS en el Centro de Salud de Tambo, enero, junio 2018.”	https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26463/aguilargi.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Satisfacción con respecto a “recepción con amabilidad y respeto” 77 % “bueno”, respecto al “Ambiente de sala de parto, amplio, fuera de ruido” 70% reporta satisfacción “bueno”, con respecto si “Motivan la participación de la pareja madre, hermana para apoyar a la hora del parto” 46% refiere satisfacción “buena”. Al “Uso

						de fuerza con manos en sogas, pies en suelo, apoyo de fuerza por un familiar desde la espalda”, 33% reporto “buena y 46% “regular”.
Alama C, C y Morán MM (20)	2018, Perú	Descriptivo retrospectivo de corte transversal.	70 puérperas	“Percepción del parto humanizado en las pacientes atendidas en el hospital regional de tumbes, marzo 2018”	http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/258	Con una muestra de 70 puérperas encuestadas. La percepción general del parto humanizado fue positiva con un 58,57%, percibiendo favorablemente el trato en la atención por parte del profesional y medianamente favorable la comodidad durante el parto y el manejo del dolor.
Casas J, Yallico M, Palomino Y, Yallico L. (51)	2019, Perú	Revisión narrativa de la literatura	205 documentos	“Revisión narrativa de las evidencias a favor del parto vertical y otras prácticas relacionadas con el parto humanizado.”	https://cliic.org/pdf/Revista%20Synergia%20Latina,%20Vol.%202%20N%C2%B0%202.pdf#page=68	El parto vertical se relaciona a una menor duración y dolor del segundo estadio del parto; menor número de patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal; menor probabilidad de realizarse una episiotomía medio lateral; pérdida de sangre mayor a 500 cc. Además, se ha comprobado que el parto en posición vertical reduce el dolor en la región lumbar disminuyendo así el uso de analgesia.

TABLA N°3 Se presentan evidencias científicas que demuestran la asociación entre las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto y los resultados maternos, además, la tabla muestra las características generales de los estudios seleccionados, autor, año, país de publicación, método y diseño, muestra, tema de investigación y resultados.

TABLA N°4: EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS SEGÚN LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA, EMPLEANDO SISTEMA GRADE.

TÍTULO/DISEÑO DE ESTUDIO	CONCLUSIONES	CALIDAD DE EVIDENCIAS (SEGUN SISTEMA GRADE)	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	PAÍS
“Efecto de las posiciones de parto de la madre sobre la duración de la segunda etapa del trabajo de parto: revisión sistemática y metaanálisis”	La duración de la segunda etapa se redujo en los casos de posición de parto flexible del sacro. Aunque la reducción en la duración varía entre los estudios, el metaanálisis principal se ajustó al modelo de efectos aleatorios para obtener la media combinada.	Alto	Fuerte	Etiopia
“Efectos de las posiciones flexibles del sacro durante la segunda etapa del trabajo de parto en los resultados maternos y neonatales: una revisión sistemática y un metaanálisis”	Las posiciones flexibles del sacro son superiores para promover el bienestar materno durante el parto. Sin embargo, varios resultados requieren una interpretación cuidadosa.	Alto	Fuerte	China
“Manejo del dolor en el trabajo de parto”. Revisión Narrativa	El apoyo continuo durante el trabajo de parto, la inmersión en agua y la posición erguida en la primera etapa del trabajo de parto se relacionan con una disminución del uso de analgesia farmacológica.	Moderado	Fuerte	EE. UU
“¿Por qué las mujeres asumen una posición supina al dar a luz? Las percepciones y experiencias de las madres postnatales y las enfermeras parteras en Tanzania”. Observacional.	La experiencia de las mujeres en Tanzania en torno al uso de la posición supina durante el parto parece ser un resultado directo del conocimiento y la experiencia profesional de sus parteras.	Moderado	Fuerte	Tanzania
“Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al centro de salud de Biblián 2018”. Observacional.	El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.	Alto	Fuerte	Ecuador
“La percepción de las madres en el parto verticalizado”. Observacional.	La posición vertical fue vista de manera positiva, sin embargo, todavía hay necesidad de educación para la salud en	Moderado	Fuerte	Brasil

	las gestantes y puérperas.			
“Posición durante el período expulsivo para mujeres sin anestesia epidural”. ECA.	Los hallazgos de esta revisión sugieren varios posibles beneficios para la postura erguida en mujeres sin anestesia epidural, como una reducción muy pequeña en la duración de la segunda etapa del trabajo de parto.	Moderado	Fuerte	Reino Unido
“Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería”. Revisión Sistemática.	Las posiciones verticales poseen muchos beneficios, los más relevantes son: una menor duración del tiempo de parto, una mejora de la dinámica uterina, el aumento del diámetro pélvico y un menor dolor percibido por la madre.	Alto	Fuerte	España
“El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto”. Revisión Bibliográfica	El parto humanizado resulta beneficioso a nivel psicosocial y fisiológico, entre los más importantes se encuentran: la disminución del sufrimiento fetal, el parto sin uso de instrumentos, disminución de la episiotomía y el alivio del dolor sin uso de fármacos.	Alto	Fuerte	Ecuador
“Experiencias de las mujeres con los métodos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y el parto: una revisión sistemática cualitativa”. Revisión sistemática.	Las mujeres tienen experiencias mixtas de diferentes métodos de alivio del dolor farmacológicos y no farmacológicos. Las mujeres variaron en su opinión sobre si los diferentes métodos de alivio del dolor eran efectivos para reducir el dolor del parto.	Moderado	Fuerte	Reino Unido
“Beneficios y riesgos de las posiciones erguidas durante la segunda etapa del trabajo de parto: una descripción general de las revisiones sistemáticas”. Revisión sistemática	El estudio informa que las posiciones verticales reducen: el parto vaginal instrumental, la segunda etapa del trabajo de parto, las episiotomías, y anomalías en la frecuencia cardíaca fetal.	Alto	Fuerte	China
“Efectos de las posiciones erguidas durante la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres sin analgesia epidural”. Metaanálisis de ensayos controlados aleatorios	Las posiciones verticales reducen el parto vaginal instrumental, acortan la fase del expulsivo con una duración de 8-16 min. y disminuyen el uso episiotomías.	Alto	Fuerte	China
Importancia y beneficios que ofrece el parto vertical humanizado en gestantes adolescentes. Observacional	El 59 % de los pacientes duraron 15 minutos en el período de expulsivo y el 75 % de los recién nacidos alcanzaron el	Alto	Fuerte	Ecuador

	puntaje optimo en la valoración del Apgar.			
“Estudio comparativo del parto vertical versus parto horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018”. Observacional	Llegó a la conclusión que el parto vertical tiene múltiples ventajas para la madre, con la intervención educativa se pudo evidenciar gran interés de las madres sobre los beneficios de esta posición.	Alto	Fuerte	Ecuador
“Ventajas obstétricas y perineales del parto vertical versus parto supino”. Revisión Sistemática.	Las ventajas obstétricas que presenta el parto en posición vertical, frente a la posición de litotomía, son: Disminución del tiempo de duración de la segunda etapa del parto, menor dolor, mejor progreso en la segunda etapa del trabajo del parto y reducción del parto operatorio.	Alto	Fuerte	Ecuador
“Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: revisión exhaustiva de literatura”. Revisión Sistemática.	La posición vertical se asoció a una menor duración del trabajo de parto, dolor referido y necesidad de episiotomía, sin embargo, esta posición puede incrementar la incidencia de hemorragia postparto y daño perineal.	Alto	Fuerte	Colombia
“Efectos maternos y neonatales de las variantes de la posición vertical para el parto en pacientes atendidas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús”. Observacional	El parto en posición vertical ha mostrado mejores resultados vs posición horizontal, presentando menos cuadros hemorrágicos, menor tiempo de expulsión, desgarro perineal superficial y en algunos casos nulo.	Alto	Fuerte	Ecuador
“Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro”. Observacional	En relación a la percepción sobre la sala de parto vertical, la mayoría destacaron que el ambiente era adecuado, pues estaba iluminado y cálido, las ventanas estaban protegidas, la cama estaba ubicada en posición de la salida del sol.	Moderado	Fuerte	Colombia
Los efectos de El Parto Vertical en la salud materna en Perú y las consecuencias de la respuesta de las ONG a estas tendencias. Diseño documental	El parto vertical otorga múltiples beneficios como apertura la pelvis para facilitar con el nacimiento, asimismo, la fuerza de gravedad ayuda al bebé a descender el canal de parto con disminución de la presión sobre la madre para empujar, y muchos otros.	Moderado	Fuerte	EE. UU
“Implementación de las prácticas basadas en	Con respecto a la percepción de las púérperas se evidenció un	Alto	Fuerte	Brasil

evidencias en la asistencia al parto normal”. Cuasi experimental.	aumento significativo de la presencia del acompañante en el trabajo de parto de la posición vertical o cuclillas, también una reducción significativa de amniotomía, posición de litotomía y oxitocina intravenosa.			
“Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura”. Revisión sistemática.	Esta revisión encontró que el parto en posición vertical tiene más ventajas en contraste a la posición horizontal, lo que beneficia fisiopsicológicamente tanto a la madre como al neonato.	Alto	Fuerte	Colombia
“Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal”. Observacional.	Hubo impacto positivo de la intervención educativa en la mejora de la asistencia a la parturienta, pero el proceso de implementación no fue capaz de obtener suceso completo en la adopción de las evidencias científicas en la asistencia al parto normal en esta institución.	Moderado	Fuerte	Perú
“Complicaciones materno perinatales relacionadas a la posición materna durante el parto. Centro de salud San Marcos. Cajamarca. 2018”. Observacional.	Se concluye que las complicaciones maternas fueron más evidentes en la posición horizontal encontrándose mayor tiempo de periodo expulsivo, hemorragia posparto (atonía uterina) y desgarros perineovaginales; en contraste, solo esta última complicación se evidenció cuando el parto fue vertical.	Alto	Fuerte	Perú
“Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018”. Observacional.	La calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias, en la dimensión trato profesional, acompañamiento, libre elección de la posición para el parto, manejo del dolor de parto y la calidad total, es regular.	Alto	Fuerte	Perú
“Parto vertical en el i y ii nivel de atención en salud: conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de obstetricia de la provincia de San Martín, periodo enero-julio 2017”. Observacional	Existe una correlación positiva baja entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional obstétrico en comparación con la atención del parto vertical ($r = 0,288$, $p = 0,013$) ($p < 0,05$). Y una correlación positiva muy baja entre el nivel de conocimiento y	Alto	Fuerte	Perú

	la práctica realizada por el profesional obstétrico en la atención del parto vertical ($r = 0.103, p = 0.385$) ($p > 0.05$).			
“Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron atención de parto vertical con adecuación intercultural en el Centro de Salud de Huancaraní, Cusco 2017”. Observacional	Las vivencias positivas en la atención de sus partos hacen que el parto vertical sea mejor vista, con menores complicaciones y eso lo transmitirán de generación a generación,	Alto	Fuerte	Perú
“Parto humanizado: inicio de una nueva vida”. Artículo de revisión.	Este modelo del parto humanizado es muy importante ya que instaura el derecho de la mujer en la toma de decisiones y el respeto que se debe tener en la atención de todas las etapas de la gestación.	Alto	Fuerte	Perú
“Parto vertical intercultural, satisfacción de la atención en usuarias del programa SIS en el Centro de Salud de Tambo, enero, junio 2018.” Observacional.	El grado de satisfacción en general es 70% “bueno” respecto a la Atención del Parto Vertical Intercultural en usuarias del Programa del Seguro Integral de Salud (SIS) en el Centro de Salud de Tambo.	Alto	Fuerte	Perú
“Percepción del parto humanizado en las pacientes atendidas en el hospital regional de tumbes, marzo 2018”, Observacional.	La percepción del parto humanizado en el Hospital Regional de Tumbes fue favorable.	Alto	Fuerte	Perú
“Revisión narrativa de las evidencias a favor del parto vertical y otras prácticas relacionadas con el parto humanizado.” Revisión Sistemática.	La posición vertical otorga beneficios, como una duración más corta del segundo período del trabajo de parto, aumento de los diámetros del canal del parto, mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el segundo estadio del parto y menores informes de dolor severo.	Alto	Fuerte	Perú

TABLA N° 4 Se realizó una clasificación de los estudios evaluando la calidad de evidencia según el sistema Grade, donde se evaluó 22 estudios de calidad alta y 8 estudios de calidad moderada.

TABLA N°5: ESTUDIOS SELECCIONADOS QUE DEMUESTRAN LA ASOCIACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES Y LAS POSICIONES EN LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO.

AUTOR(ES)	AÑO Y PAIS	RESULTADO
Mselle LT, Eustace L.	2020, Tanzania	Las mujeres adoptaron la posición supina según las instrucciones de las parteras; ya que ellas comúnmente deciden las posiciones para las mujeres en partos y la posición supina es la posición de parto más conocida.
Crespo AD	2018, Ecuador	El 81,9% de las mujeres encuestadas mencionan que al parto vertical lo perciben más cómodo, más rápido y menos doloroso, tuvieron la satisfacción de ver la salida de su bebé.
Alburqueque, NL et al.	2018, Brasil	Surgieron 3 temas relevantes: papel de la mujer; La falta de preparación para la entrega y aprobación de la posición; La percepción del parto verticalizado fue vista como positiva, no obstante, existe la necesidad de educación en la preparación prenatal, el embarazo y el puerperio.
Sarango QS y González EJ.	2019, Colombia	En relación a la percepción sobre la sala de parto vertical, la mayoría destacaron que el ambiente era adecuado, pues estaba iluminado y cálido, las ventanas estaban protegidas, la cama estaba ubicada en posición de la salida del sol. El 75,9% tuvieron acompañamiento familiar, el 81,5% utilizaron vestimenta propia y el 92,6% consumió alimentos y bebidas propias de su comunidad.
Vargas LV. Rodríguez CJ. Corredor AM. y Vallejo AN.	2016, Colombia	Se encontraron las siguientes ventajas: disminución en el tiempo en la segunda etapa, menos desgarros de tercer y cuarto grado, menor edema vulvar, menor uso de instrumentación, menor necesidad de episiotomía, menor dolor, mejor percepción de la materna y mejores resultados fetales y neonatales. Como desventaja menciona mayor sangrado.
Julcamoro SM.	2018, Perú	Se obtuvo los siguientes resultados según las 4 dimensiones: 1) El trato profesional, 36,7% respondió a calidad de atención regular, 2) Acompañamiento, el 86,7% respondió a calidad de atención regular, 3) Libre elección de la posición para el parto, el 40,0% respondió a calidad de atención regular, 4) En manejo del dolor de parto, corresponde a calidad de atención regular con 55,0%.
Atau GP y Serpa DM	2017, Perú	En el parto vertical la posición que más predomina es de rodillas seguido por cuclillas, también, mencionan con frecuencia el acompañamiento durante el parto. Por lo tanto, las vivencias, experiencias y percepciones son positivas en la atención de sus partos, de esa manera el parto vertical tendrá mayor aprobación por las pacientes

		ya que también presenta menores complicaciones.
Alama C, C y Morán MM	2018, Perú	Con una muestra de 70 puérperas encuestadas. La percepción general del parto humanizado fue positiva con un 58,57%, percibiendo favorablemente el trato en la atención por parte del profesional y medianamente favorable la comodidad durante el parto y el manejo del dolor.

TABLA N°5 Con respecto al primer resultado materno, es decir, la percepción, los estudios seleccionados nos indica que la mujer percibe positivamente la posición vertical en la segunda etapa del trabajo de parto en comparación a la posición horizontal, ya sea por el ambiente, trato profesional, respeto a la interculturalidad y/o beneficios maternos neonatales.

TABLA N°6: ESTUDIOS SELECCIONADOS QUE DEMUESTRAN LA ASOCIACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DEL DOLOR Y LAS POSICIONES EN LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO.

AUTOR(ES)	AÑO Y PAIS	RESULTADO
Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X	2020, China	Las posiciones flexibles del sacro en la segunda etapa del trabajo de parto podrían reducir el, parto vaginal instrumental, cesárea, episiotomía, traumatismo perineal severo, dolor intenso y acortar la duración de la fase de empuje activo en la segunda etapa del trabajo de parto.
Crespo AD.	2018, Ecuador	El 81,9% de las mujeres encuestadas mencionan que al parto vertical lo perciben más cómodo, más rápido y menos doloroso, tuvieron la satisfacción de ver la salida de su bebé.
Garcia H.M. y Jimenez S.C.	2017, España	Los estudios indican que el parto vertical otorga mayores beneficios en comparación a la posición horizontal, como: la percepción de dolor materno y para facilitar el parto.
Camino C.K. y Duchimaza A.G.	2020, Ecuador	El parto humanizado resulta beneficioso a nivel psicosocial y fisiológico, entre los más importantes se encuentran: la disminución del sufrimiento fetal, el parto sin uso de instrumentos, disminución de la episiotomía y el alivio del dolor sin uso de fármacos.
Flores GM, Salazar CKL	2018, Ecuador	Como resultado tenemos que en el parto vertical hay una disminución del dolor con una escala de intensidad de 5, la duración en el periodo de expulsión fue de 5 minutos, el sangrado se encuentra entre 200 a 250 ml, en comparación al parto horizontal la escala de dolor fue de una intensidad de 10, la duración del expulsivo fue de 15 minutos y el sangrado fue de 300 ml.
Zurita PMK	2020, Ecuador	La posición erguida podría reducir el parto quirúrgico, parto vaginal instrumental, episiotomía, traumatismo perineal severo, dolor severo y acorta la duración de la fase de pujo activo en la segunda etapa del parto.
Cuy CL, Salamanca JDR, Riaño CDM, Camargo VGE, Sanchez CN y Soto B.	2021, Colombia	La posición vertical se asoció a una menor duración del trabajo de parto, dolor referido y necesidad de episiotomía, sin embargo, esta posición puede incrementar la incidencia de hemorragia postparto y daño perineal.
Vargas LV. Rodriguez CJ. Corredor AM. y	2016, Colombia	Se encontraron las siguientes ventajas: disminución en el tiempo en la segunda etapa, menos desgarros de tercer y cuarto grado, menor edema vulvar, menor uso de instrumentación, menor necesidad de episiotomía, menor dolor, mejor percepción de la materna y mejores resultados fetales y neonatales. Como desventaja menciona

Vallejo AN.		mayor sangrado.
Alama C, C y Morán MM	2018, Perú	Con una muestra de 70 puérperas encuestadas. La percepción general del parto humanizado fue positiva con un 58,57%, percibiendo favorablemente el trato en la atención por parte del profesional y medianamente favorable la comodidad durante el parto y el manejo del dolor.
Casas J, Yallico M, Palomino Y, Yallico L.	2019, Perú	El parto vertical se relaciona a una menor duración y dolor del segundo estadio del parto; menor número de patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal; menor probabilidad de realizarse una episiotomía medio lateral; pérdida de sangre mayor a 500 cc. Además, se ha comprobado que el parto en posición vertical reduce el dolor en la región lumbar disminuyendo así el uso de analgesia.

TABLA N°6 Los estudios revisados describen que las mujeres que culminaron su parto en posición vertical percibieron una disminución con respecto a la intensidad del dolor.

TABLA N°7: ESTUDIOS SELECCIONADOS QUE DEMUESTRAN LA ASOCIACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DEL PARTO Y LAS POSICIONES EN LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO.

AUTOR(ES)	AÑO Y PAIS	RESULTADO
Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M	2019, Etiopía	Indicó una disminución en la duración de 3.2 a 34.8 minutos en la segunda etapa del trabajo de parto en las mujeres que su parto fue en una posición del sacro flexible.
Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X	2020, China	Las posiciones flexibles del sacro en la segunda etapa del trabajo de parto podrían reducir el, parto vaginal instrumental, cesárea, episiotomía, traumatismo perineal severo, dolor intenso y acortar la duración de la fase de empuje activo en la segunda etapa del trabajo de parto.
Crespo AD.	2018, Ecuador	El 81,9% de las mujeres encuestadas mencionan que al parto vertical lo perciben más cómodo, más rápido y menos doloroso, tuvieron la satisfacción de ver la salida de su bebé.
Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP.	2017, Reino Unido	En todas las gestantes estudiadas, en comparación con las posiciones supinas, la posición vertical se relacionó con una reducción en: la duración del periodo expulsivo; los partos asistidos, las episiotomías y un leve aumento de los desgarros perineales.
Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Zhao Y, Ren L.	2020, China	El estudio informa que las posiciones verticales reducen: el parto vaginal instrumental, la segunda etapa del trabajo de parto, las episiotomías, y anomalías en la frecuencia cardiaca fetal, Sin embargo, aumentaron la pérdida de sangre (>500ml) y desgarros perineales.
Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Ren L, Li C.	2020, China	Las posiciones verticales reducen el parto vaginal instrumental, acortan la fase del expulsivo con una duración de 8-16 min. y disminuyen el uso episiotomías, pero aumentó la tasa de traumatismo perineal de segundo grado.
Salazar HT y Maximi VM	2019, Ecuador	El 59 % de los pacientes duraron 15 minutos en el período de expulsivo y el 75 % de los recién nacidos alcanzaron el puntaje optimo en la valoración del Apgar.
Flores GM, Salazar CKL.	2018, Ecuador	Como resultado tenemos que en el parto vertical hay una disminución del dolor con una escala de intensidad de 5, la duración en el periodo de expulsión fue de 5 minutos, el sangrado se encuentra entre 200 a 250 ml, en comparación al parto horizontal la escala de dolor fue de una intensidad de 10, la duración del expulsivo fue de 15 minutos y el sangrado fue de 300 ml.

Zurita PMK	2020, Ecuador	La posición erguida podría reducir el parto quirúrgico, parto vaginal instrumental, episiotomía, traumatismo perineal severo, dolor severo y acorta la duración de la fase de pujo activo en la segunda etapa del parto.
Cuy CL, Salamanca JDR, Riaño CDM, Camargo VGE, Sanchez CN y Soto BR.	2021, Colombia	La posición vertical se asoció a una menor duración del trabajo de parto, dolor referido y necesidad de episiotomía, sin embargo, esta posición puede incrementar la incidencia de hemorragia postparto y daño perineal.
Moncayo GVA	2018, Ecuador	La posición vertical más optada es la de cuclillas anterior, la menos optada fue en posición sentada, el nivel de satisfacción de las pacientes que adoptaron el parto vertical fue 67.02%. En cuanto a los efectos el parto vertical ha mostrado mejores resultados vs posición horizontal, presentando menos cuadros hemorrágicos, menor tiempo de expulsión, desgarro perineal superficial y en algunos casos nulo.
Vargas LV. Rodriguez CJ. Corredor AM. y Vallejo AN.	2016, Colombia	Se encontraron las siguientes ventajas: disminución en el tiempo en la segunda etapa, menos desgarros de tercer y cuarto grado, menor edema vulvar, menor uso de instrumentación, menor necesidad de episiotomía, menor dolor, mejor percepción de la materna y mejores resultados fetales y neonatales. Como desventaja menciona mayor sangrado.
Arimuya PF, Fuentes PJD	2021, Perú	En total se analizaron 300 gestantes donde se evidenció que el expulsivo en la posición horizontal fue mayor con 15 min y en la posición vertical fue de 9.9 min., asimismo, el sangrado fue mayor en el parto horizontal (304.2 vs 259.9). El parto vertical disminuye el uso de episiotomía, con respecto a las complicaciones neonatales se evidenció que el Apgar de 1 minuto tuvo puntaje mayor en el parto vertical a comparación del horizontal (8.9 vs 8.8).
Rodriguez PD.	2018, Perú	68,3% dieron a luz en posición horizontal y 31% en posición vertical. Asimismo, se detalla que el 1,67% de gestantes con parto horizontal presentaron hemorragia posparto por atonía uterina, 15% y 30% de gestantes que dieron a luz en posición vertical y horizontal sufrieron desgarros perineovaginales, respectivamente; 11,67% y 3,33% de primigestas que dieron a luz en posición horizontal y vertical tuvieron un expulsivo mayor a 50 minutos, 1,67% de recién nacidos en el parto horizontal presentó líquido amniótico meconial.
Casas J, Yallico M, Palomino Y, Yallico L.	2019, Perú	El parto vertical se relaciona a una menor duración y dolor del segundo estadio del parto; menor número de patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal; menor probabilidad de realizarse una episiotomía medio lateral; pérdida de sangre mayor a 500 cc. Además, se ha comprobado que el parto en posición vertical reduce el dolor en la región lumbar disminuyendo así el uso de analgesia.

TABLA N°7 Los estudios seleccionados refieren que existe una disminución en la duración de la segunda etapa del trabajo de parto en relación a la posición vertical con una media de 3-50 minutos.

TABLA N°8: ESTUDIOS SELECCIONADOS QUE DEMUESTRAN LA ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE MEDICAMENTOS Y LAS POSICIONES EN LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO.

AUTOR(ES)	AÑO Y PAIS	RESULTADO
Smith A, Laflamme E, Komanecky C.	2021, EEUU	El apoyo continuo, la inmersión en agua y la posición erguida durante la etapa del trabajo de parto se asocian con una disminución del uso de analgesia farmacológica.
Camino C.K. y Duchimaza A.G.	2020, Ecuador	El parto humanizado resulta beneficioso a nivel psicosocial y fisiológico, entre los más importantes se encuentran: la disminución del sufrimiento fetal, el parto sin uso de instrumentos, disminución de la episiotomía y el alivio del dolor sin uso de fármacos.
Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo	2019, Reino Unido	Los estudios dieron como resultado 5 temas relevantes: Los 'deseos de alivio del dolor', "Impacto sobre el dolor", "Influencia y experiencia de apoyo", "Influencia en el enfoque y las capacidades", éste último indica que los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor eran menos efectivos de lo previsto y, por último, el "impacto en el bienestar y la salud" menciona que el uso de métodos farmacológicos para aliviar el dolor se asocia con complicaciones.
Tentes C, Vasconcellos S, Silva R, Amorim A, Gonzalez M y Tochika S.	2018, Brasil	Con respecto a la percepción de las púerperas se evidenció un aumento significativo de la presencia del acompañante en el trabajo de parto de la posición vertical o cuclillas, también una reducción significativa de amniotomía, posición de litotomía y oxitocina intravenosa. Por otro lado, con respecto a la perspectiva de los profesionales, hubo reducción significativa de la prescripción/administración de oxitocina para el parto
Lozano HCA y Huamani GR (18)	2020, Perú	El parto humanizado debe ser fomentado y reforzado en los centros de salud por profesionales capacitados como obstetra o Ginecólogo desistiendo del uso excesivo de medicamentos, instrumentación. Por otro lado, permitir que las pacientes decidan el acompañamiento y apoyo de sus familiares para el parto.
Casas J, Yallico M, Palomino Y, Yallico L.	2019, Perú	El parto vertical se relaciona a una menor duración y dolor del segundo estadio del parto; menor número de patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal; menor probabilidad de realizarse una episiotomía medio lateral; pérdida de sangre mayor a 500 cc. Además, se ha comprobado que el parto en posición vertical reduce el dolor en la región lumbar disminuyendo así el uso de analgesia.

TABLA N°8 Los estudios seleccionados describen que la posición vertical en la segunda etapa del trabajo de parto disminuye significativamente el uso de medicamentos como: oxitocina, analgesia epidural y anestesia local.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN

El Ministerio de Salud (2019), emitió la nueva versión con adecuación de contenidos de la “Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural”, con el fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural).⁵

La OMS después de publicar un informe en el 2018, informando que en los últimos tiempos la mayoría de los partos anuales no presentaban complicaciones, sin embargo, las acciones médicas se han elevado de manera significativa ya que buscan iniciar, acelerar y/o finalizar el proceso fisiológico del parto. Por ese motivo, el año anterior (2020), emitió recomendaciones relevantes con el fin de reducir intervenciones innecesarias, por ejemplo: “Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la posición de nacimiento del bebé y la necesidad de pujar, entre otras”.³

Para este trabajo de investigación se identificaron 30 estudios especializados donde evidencian que existe una asociación entre las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto y los resultados maternos, siendo los más resaltantes en esta tesis: La percepción, dolor, duración y uso de medicamentos. Posteriormente, se especifican los resultados de cada estudio seleccionado de acuerdo al tema de investigación.

Referente a la percepción en la atención de las púerperas en relación a las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto en los estudios revisados, **Crespo A.** elaboró un estudio observacional, comparativo, transversal; aplicando un cuestionario de 18 preguntas cerradas a 160 mujeres donde concluye que el parto en posición vertical ofrece a la parturienta un expulsivo más cómodo y más satisfactorio, que coincide con el estudio de **Alama C. et al.** donde concluyen que la percepción fue favorable con un 58,7% enfatizando la comodidad, trato recibido y confianza durante el parto. De la misma forma, **Albuquerque N. et al.** en su estudio cualitativo exploratorio en 14 madres,

concluyen que la percepción del parto verticalizado fue vista como positiva, no obstante, existe la necesidad de educación en la preparación prenatal, el embarazo y el puerperio. Asimismo, **Vargas L. et. al.** realizaron un estudio de revisión literaria el cual concluyeron que la posición vertical otorga mayores ventajas en contraste de la posición horizontal como mejor percepción materna y mejores resultados fetales y neonatales. De igual manera, **Atau G. et. al.** determinaron en su estudio cualitativo experimental que las percepciones tanto las vivencias y experiencias son positivas en la atención de sus partos en posición vertical.

Un resultado similar publicó **Sarango Q.** quien realizó un estudio cuantitativo entrevistando a 54 puérperas y revisando historias clínicas, con respecto a la percepción de la sala de parto vertical, la mayoría de puérperas resaltaron favorablemente el ambiente, el acompañamiento, el uso de vestimenta y el consumo de alimentos y bebidas. De la misma forma, **Julcamoro S.** realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo a 60 puérperas inmediatas, utilizando 4 dimensiones: trato profesional, acompañamiento, libre elección de la posición para el parto, manejo del dolor de parto, en cuyas dimensiones se destacó el acompañamiento con 86.7% y el manejo del dolor con 55%, por lo tanto según la percepción de las entrevistadas, el mayor porcentaje corresponde a calidad de atención regular, con 45,0%; seguido del 28,3% de calidad de atención buena y; el 26,7%, calidad de atención mala. Por otro lado, **Mselle L.** elaboró un estudio de diseño descriptivo cualitativo donde concluye que las mujeres adoptaron la posición supina porque las enfermeras parteras les indican que lo hagan; ya que ellas comúnmente deciden las posiciones para las mujeres en partos, además, la posición supina es la posición de parto más conocida y la prefieren porque les brinda flexibilidad para monitorear continuamente el progreso del trabajo de parto y ayudar al parto de la manera más eficiente.

Con respecto al resultado materno dolor durante la segunda etapa del trabajo de parto, **Flores G. et. al.** realizaron un estudio comparativo cuantitativo aplicando una encuesta de preguntas cerradas a 100 puérperas con el objetivo de comparar el parto vertical versus el parto horizontal, mencionando que uno de los resultados el parto vertical disminuyó el dolor con una escala de intensidad de 5 y en el parto horizontal la escala de dolor fue de intensidad 10, de esa manera, concluyó que el parto vertical posee más ventajas frente al

parto horizontal. Un resultado similar fue el estudio de **Crespo A.** el cual concluyó que el parto vertical es menos doloroso 81,3% y la mayoría de las mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las 160 mujeres). De la misma forma, **Zang Y, Lu H. et al.** elaboraron un artículo de revisión sistemática y metaanálisis, para lo cual incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararon cualquier posición sacra flexible con la posición no flexible del sacro en la segunda etapa del trabajo de parto y concluyeron que las posiciones flexibles del sacro son superiores para conseguir el bienestar materno durante el parto ya que podrían reducir el dolor intenso, que coincide con **Zurita P.** al realizar un estudio para determinar las ventajas obstétricas y perineales del parto vertical versus el parto supino. Concluye que unas de las ventajas obstétricas que presenta el parto en posición vertical, frente a la posición de litotomía es la disminución del dolor en la segunda etapa del parto.

Según **Garcia H. et. al. Alama C. et. al. Casas J. et. al.** a través de sus estudios muestran los beneficios de la posición vertical frente a la posición horizontal en el parto, siendo la más destacada la percepción del dolor materno, enfatizaron que con esta modalidad de parto existen menores informes de dolor severo en la segunda etapa del trabajo de parto, que concuerda con el trabajo de **Camino C, Duchimaza A.** donde indican que los beneficios se aprecian a raíz de la implementación del parto humanizado, en el caso del tipo fisiológico se obtuvo el alivio del dolor por medidas no farmacológicas. Asimismo, **Cuy C, Vargas L. et. al.** concluyen que la posición vertical se asoció a la disminución del dolor referido.

En relación a la duración de la segunda etapa del trabajo de parto con respecto a la posición, **Berta M. et. al.** elaboraron un estudio de revisión sistemática el cual concluyeron que la duración de la segunda etapa se redujo en los casos de posición de parto flexible del sacro, con una media de 3,2 a 34,8 minutos.

Un resultado similar obtuvo **Salazar H. et. al.** realizando una investigación de tipo observacional, prospectivo y aplicada con el objetivo de determinar los beneficios que brinda el parto vertical humanizado, el cual indica que de las 105 pacientes el 59% duraron 15 minutos en el periodo expulsivo. Igualmente menciona **Flores G. et. al.** concluyendo que el expulsivo en el parto vertical es de 5 minutos en comparación con el

expulsivo del parto horizontal fue de 15 minutos, que coincide con el estudio de **Arimuya P. et. al.** dónde realizaron un muestro probabilístico de tipo aleatorio simple de las historias clínicas revisadas, lo cual se analizaron 300 gestantes, concluyendo que el tiempo de expulsión en el grupo de posición vertical fue menor con 9.9 minutos en comparación al grupo en posición horizontal fue mayor con 15 minutos. Asimismo, **Gupta J.** concluye que la posición erguida se asoció con una reducción en la duración de la segunda etapa con una media de 6 minutos. Por otro lado, **Rodríguez P.** elaboró un estudio correlacional de corte transversal, aplicando una encuesta a 60 gestantes, concluyendo que el 11% de las primigestas con el parto en posición horizontal tuvo un expulsivo mayor a 50 minutos, demostrando así mayor duración del expulsivo.

Asimismo, **Zang Y, Lu H, et. al.** realizaron un estudio de ensayos controlados aleatorios, concluyendo que las posiciones verticales disminuyen significativamente la fase de empuje activo (diferencia de medias [DM] = -8,16 min, IC del 95%: -16,29 a - 0,02), Cabe recalcar que cuyos autores realizaron varios estudios en relación a los efectos de las posiciones flexibles del sacro, beneficios y riesgos de la posición erguida y efectos de la posición erguida sin anestesia epidural, mencionando en sus conclusiones la disminución del tiempo en la segunda etapa del trabajo de parto, que concuerda con **Zurita P, Cuy C, Moncayo G. et. al.** quienes mencionan en sus conclusiones que el parto en posición vertical muestra mejores resultados maternos frente a la posición horizontal presentando disminución del tiempo de duración de la segunda etapa del trabajo de parto.

Con respecto al último resultado materno relevante en este estudio, el uso de medicamento y las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto según **Smith A. et. al.** informan en su artículo que la analgesia afecta la experiencia del proceso fisiológico del trabajo de parto de cada paciente y que el acompañamiento, el apoyo y la posición erguida en el trabajo de parto se relacionan con la reducción del uso de analgesia farmacológica. De la misma forma, **Tentes C. et al.** realizaron un estudio de intervención cuasi experimental entrevistando a 42 profesionales y 280 púerperas. En lo cual concluyeron que hubo un impacto favorable de la influencia educativa en las parturientas además determinó que el parto en posición vertical redujo la prescripción/administración de oxitocina.

Asimismo, **Lozano H. et. al.** en su estudio mencionan que el parto humanizado impacta grandemente en la madre y en el bebé, por lo tanto, debe ser fomentado y reforzado en los centros de salud por profesionales capacitados como obstetra o Ginecólogo desistiendo del uso excesivo de medicamentos e instrumentación. Por otro lado permitir que las pacientes decidan el acompañamiento y apoyo de sus familiares para el parto, a cuyo estudio se le suma el aporte de **Camino C.** donde concluye que el parto humanizado resulta beneficioso a nivel psicosocial y fisiológico, entre los más importantes se encuentran: la disminución del sufrimiento fetal, el parto sin uso de instrumentos y el alivio del dolor sin uso de fármacos que coincide con el estudio de **Casas J. et. al** donde mencionan que uno de los beneficios del parto vertical es reducir el dolor en la región lumbar disminuyendo así el uso de analgesia.

Por otro lado, el Ministerio de Salud elaboró la Guía técnica para Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal con el fin de estandarizar los procesos teóricos y prácticos de la psicoprofilaxis obstétrica (PPO), organizado en seis sesiones de lo cual en la cuarta sesión titulado “atención del parto y contacto precoz” menciona claramente el objetivo de brindar información acerca de los tipos y posturas del parto con adecuación intercultural y atención humanizada⁵². Asimismo, en el artículo realizado por **Solís H, Morales S.** mencionan las ventajas de la PPO en la madre, entre ellas, “la disminución en la duración de la fase expulsiva, menor uso de fármacos en general, menor riesgo de un parto instrumentado y mejor percepción con respecto a todo el proceso”, además, manifiestan que “la experiencia del nacimiento pueden ser determinantes de las aptitudes de todo ser humano”⁵³. En forma similar, la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (**ASPPO**) elaboró el Manual de Psicoprofilaxis Obstetrica donde indican que unas de las ventajas del parto vertical es “mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, lo que provoca menos intervenciones obstétricas y menor uso de oxitocina⁵⁴.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

6.1. CONCLUSIONES

1. A partir de las evidencias de literatura científica de la presente investigación se puede concluir que existe asociación entre las posiciones de la segunda del trabajo de parto y los resultados maternos.
2. De acuerdo a las evidencias científicas analizadas, nos indica que la mujer percibe de manera positiva el parto en posición vertical en comparación al parto en posición horizontal, ya sea por el ambiente, trato profesional, respeto a la diversidad cultural y/o beneficios maternos neonatales.
3. Según los estudios revisados, afirman que la intensidad de dolor percibido por las mujeres que culminaron su parto en posición vertical fue menos intenso con respecto al parto en posición horizontal.
4. Existen evidencias científicas que refieren una disminución en la duración de la segunda etapa del trabajo de parto en relación a la posición vertical con una media de 3-50 minutos.
5. En referencia a los estudios seleccionados describen que la posición vertical en la segunda etapa del trabajo de parto disminuye significativamente el uso de medicamentos como: oxitocina, analgesia epidural y anestesia local.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

7.1. RECOMENDACIONES

- 1.** Los obstetras deben brindar información educativa a las gestantes sobre la posición vertical en la segunda etapa del trabajo de parto.
- 2.** Brindar capacitación a los obstetras para complementar sus conocimientos con respecto a las posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto, así garantizar una atención de calidad.
- 3.** Se recomienda la implementación de salas especializadas y diferenciadas en la atención de parto en posición vertical con adecuación intercultural y equipamiento completo, asimismo, ofrecer a las gestantes elegir libre, voluntaria e informada la posición en que desee culminar la segunda etapa de su parto.
- 4.** Se recomienda la publicación de los resultados favorables con respecto a la posición vertical en la segunda etapa del trabajo de parto, de esa manera evitar partos instrumentados y quirúrgicos.
- 5.** Fomentar mayor investigación sobre posiciones de la segunda etapa de trabajo de parto y los resultados maternos a nivel nacional.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Lugones B, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de ginecología y Obstetricia. Cuba. 2012. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>
2. Gupta K, Hofmeyr J. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <https://www.uv.es/jjsanton/Parto/10Cochrane%20posicioneneexpulsivo.pdf>
3. Organización mundial de la salud. Recomendaciones para un parto humanizado. EE.UU. 2020.
4. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R., Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Red Asistencial Rebagliati, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), EsSalud. Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2008; 54:49-57. Perú. 2008. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/A11V54N1.pdf
5. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud para la Atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con Pertinencia Intercultural. Estrategia sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. Lima - Perú. MINSA. 2019.
6. Ministerio de salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Hasta la SE 07 – Lima- Perú. 2021.
7. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Dec 4; 19(1):466. Disponible en: doi: 10.1186/s12884-019-2620-0.
8. Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X. Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. J. Clin Nurs. 2020 Sep; 29(17-18):3154-3169. Disponible en: doi: 10.1111/jocn.15376.
9. Smith A, Laflamme E, Komanecky C. Pain Management in Labor. Am Fam Physician. 2021 Mar 15; 103(6):355-364. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33719377/>

10. Garcia H, Jimenez S. Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería. [trabajo de fin de carrera]. Repositorio digital de la Universidad Autónoma de Madrid. España. 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/680296>
11. Crespo A. Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. Revista científico - profesional, ISSN-e 2550-682X, Vol. 4, Nº. 12, 2019 (Ejemplar dedicado a: Diciembre 2019), págs. 3-21. Disponible en: DOI: 10.23857/pc.v4i12.1188.
12. Thomson G, Feeley C, Moran V, Downe S, Oladapo O. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health*. 2019 May 30; 16(1):71. Disponible en: doi: 10.1186/s12978-019-0735-4.
13. Zurita P. Ventajas obstétricas y perineales del parto vertical versus parto supino. [examen complejo]. Repositorio digital de la Universidad Técnica de Machala. Ecuador. 2020. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15781>
14. Cuy-Chaparro L, Salamanca D, Riaño-Carreño D, Camargo G, Sanchez N, Soto R. Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: Revisión exhaustiva de literatura. *Revista Investigación En Salud Universidad De Boyacá*, 8(1). 2021. Disponible en <https://doi.org/10.24267/23897325.601>
15. Rodriguez P. Complicaciones materno-perinatales relacionadas a la posición materna durante el parto en el centro de salud san marcos. Cajamarca. 2018. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2714>
16. Arimuya R, Fuentes P. Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal. [tesis para obtener título profesional de Médico Cirujano]. Repositorio digital de la Universidad Peruana Unión. Perú. 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12840/4456>
17. Atau G, Serpa D. Vivencias y percepciones de mujeres que tuvieron atención de parto vertical con adecuación intercultural en el Centro de Salud de Huancarani Cusco 2017. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Andina del Cusco. Perú. 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/1202>

18. Julcamoro S. Calidad de atención del parto vertical con adecuación intercultural según la percepción de las usuarias en el Centro Materno Infantil San Marcos durante el periodo Julio – Agosto del 2018. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2298>
19. Lozano H, Huamaní G. Parto humanizado: inicio de una nueva vida. Rev Perú Med Integrativa. 2020; 5(4):162-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26722/rpmi.2020.54.189>
20. Alama C, Moran M. Percepción del parto humanizado en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, marzo 2018 [tesis de licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Nacional de Tumbes. Perú. 2018. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/258>
21. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Sheffield J. Williams Obstetricia 24 edición. Mc Graw Hill. Pág. 433.
22. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Sheffield J. Williams Obstetricia 24 edición. Mc Graw Hill. Pág. 408.
23. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Spong C. Williams Obstetricia 25 edición. Mc Graw Hill. Pág. 411.
24. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Spong C. Williams Obstetricia 25 edición. Mc Graw Hill. Pág. 434.
25. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Sheffield J. Williams Obstetricia 24 edición. Mc Graw Hill. Pág. 416.
26. Pérez A. Las diferentes posiciones maternas en el parto. [trabajo fin de grado]. Repositorio digital de la Universidad de Jaén. España. 2015.
27. Secretaria de Salud. La Atención Intercultural del Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, México 2007- 2012.
28. Paniagua T. Comparación de los beneficios de la posición vertical durante el parto frente a otras posiciones 2016; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17722>.
29. Ministerio de salud. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo. Lima Perú. 2011.

30. Balbin L. Farmacología en el embarazo, parto y lactancia. Seminario. Complejo hospitalario universitario de Albacete. España. 2010.
31. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Sheffield J. Williams Obstetricia 24 edición. Mc Graw Hill. Pág. 523.
32. Da Rocha P, Franco S, Baldin S. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Artículo especial. Brasil. 2011.
33. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Spong C. Williams Obstetricia 25 edición. Mc Graw Hill. Pág. 486.
34. Rufino J. Anestesia Locorregional en Obstetricia, Curso de Actualización en Obstetricia y Ginecología, Granada, 2006; Control Fetal Intraparto, pp: 109-121.
35. Aguayo J, Flores B, Soria V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Vol. 92. Núm. 2. páginas 82-88 (febrero 2014). DOI: 10.1016/j.ciresp.2013.08.002.
36. Mselle L, Eustace L. Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Jan 13;20(1):36. Disponible en doi: 10.1186/s12884-020-2726-4.
37. Alburqueque N, Dantas C, Bezerra A, Lins B, Melo R. La percepción de las puérperas sobre el nacimiento verticalizado. Enfermería en foco, [SI], v. 9, n. 3, nov. 2018. ISSN 2357 707X. Disponible en doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1114>.
38. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. Disponible en: DOI 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
39. Camino C, Duchimaza A. (2020) El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto. [trabajo de titulación de grado]. Repositorio digital de la Universidad Estatal de Milagro. Ecuador. 2020. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5206>
40. Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Zhao Y, Ren L. Benefits and risks of upright positions during the second stage of labour: An overview of systematic reviews. Int J Nurs Stud. 2021 Feb; 114:103812. Disponible en: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103812.

41. Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Ren L, Li C. Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020 Dec; 76(12):3293-3306. Disponible en: doi 10.1111/jan.14587.
42. Salazar H, Maximi V. Importancia y beneficios que ofrece el parto vertical humanizado en gestantes adolescentes. [tesis de Licenciatura]. Repositorio institucional de la Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/45633>
43. Flores G, Salazar C. Estudio comparativo del parto vertical versus parto horizontal de mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Técnica del Norte. Ecuador. 2018. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8863>
44. Moncayo G. Efectos maternos y neonatales de las variantes de la posición vertical para el parto en pacientes atendidas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús. [Proyecto final de trabajo de titulación]. Repositorio digital de la Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31734>
45. Sarango Q. Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro. [tesis de licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad de Loja. Colombia. 2019. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/22016>
46. Wang S. Los efectos de El Parto Vertical en la salud materna en Perú y las consecuencias de la respuesta de las ONG a estas tendencias. Universidad de Washington en St. Louis. Volumen 13. 218. EE.UU. 2018.
47. Tochika S, Junqueira V, Silva S, Amorim F, Gonzalez R, Tentes C. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018 marzo; vol. 26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.
48. Vargas L, Rodriguez C, Corredor A, Vallejo A. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. Artículo de investigación de Enfermería. *Imagen Desarr*. 2018; 20(1) Colombia. 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.vdpv>.
49. Trigozo D, Huaman G. Parto vertical en el I y II nivel de atención en salud: Conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de Obstetricia de la provincia de

- San Martín, periodo enero-julio 2017. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto. Perú. 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11458/3092>
50. De la Cruz E, Aguilar G. Parto vertical intercultural, satisfacción de la atención en usuarias del programa SIS en el centro de salud de Tambo, enero, junio 2018. [tesis de Maestría]. Repositorio digital de la Universidad Cesar Vallejo. Perú. 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26463/aguilar_gi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
51. Casas J, Yallico M, Palomino Y, Yallico L. Revisión narrativa de las evidencias a favor del parto vertical y otras prácticas relacionadas con el parto humanizado. Revista Synergia Latina. Universidad Nacional del Centro del Perú. 2019. Disponible en: <https://cliic.org/pdf/Revista%20Synergia%20Latina,%20Vol.%202%20N%C2%B0%202.pdf#page=68>
52. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal [Internet]. Lima. 2012. [Citado 18 Febrero 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4172.pdf>
53. Solís H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Revista Horizonte Médico [Internet]. 2012. [Citado 18 Febrero 2022], 12(2):50. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_2/Art8_Vol12_N2.pdf
54. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica ASPPO. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. 4ª Edición. Lima. ASPPO. 2016.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
<p>¿Cuáles son las evidencias científicas sobre las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto y su asociación con los resultados maternos?</p>	<p>Objetivo General Determinar las evidencias científicas sobre la asociación de las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto con los resultados maternos.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer la percepción en la atención de las parturientas con respecto a la posición de la segunda etapa del trabajo de parto. 2. Conocer la intensidad del dolor que percibió la parturienta con respecto a la posición de la segunda etapa del trabajo de parto. 3. Conocer la duración del parto con respecto a la posición de la segunda etapa del trabajo de parto. 4. Conocer el uso de medicamentos en la parturienta con respecto a la posición de la segunda etapa del trabajo de parto. 	<p>Variables dependientes:</p> <p>Percepción Dolor Duración Uso de medicamento</p> <p>Variables independientes</p> <p>Posición horizontal Posición vertical</p>	<p>Tipo de investigación: La metodología en esta investigación es de revisión sistemática porque presenta evidencias e investigaciones descriptivas para analizar, interpretar y determinar la asociación entre las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto y los resultados maternos desde el año 2017 hasta la actualidad.</p> <p>Ámbito de la investigación: Para la elaboración de este trabajo de investigación se realizó la búsqueda y recopilación de artículos especializados publicados entre los años 2017 hasta 2021, en base de datos electrónicas, como: PubMed, Dialnet, Cochrane, ScienceDirect, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs) y Google Scholar. Asimismo, se consideraron todos los tipos y diseños de estudio que contienen información de acuerdo a los objetivos de la investigación.</p>	<p>Población: Estuvo conformada por 100 estudios encontrados en las bases de datos electrónicos en relación a las posiciones de la segunda etapa del trabajo de parto y los resultados maternos</p> <p>Muestra: Está determinada por 30 estudios especializados que se encontraron en internet y que ejecuten los criterios de inclusión establecidos en la presente tesis.</p>	<p>Técnica: Análisis documental</p>

ANEXO 2: RESULTADO DE TURNITIN

Tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	1library.co Fuente de Internet	2%
2	www.studocu.com Fuente de Internet	2%
3	bvs.minsa.gob.pe Fuente de Internet	2%
4	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	revistasdigitales.uniboyaca.edu.co Fuente de Internet	1%
9	tribumaterna.com Fuente de Internet	1%

10	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1 %
11	Submitted to Universidad Técnica de Machala Trabajo del estudiante	1 %
12	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
13	www.defensoria.gob.pe Fuente de Internet	1 %
14	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	1 %
15	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	1 %
16	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo