



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Determinación de los beneficios y complicaciones del parto en libre posición
con respecto al parto en posición de litotomía

Trabajo de Titulación para optar al título de Médico

Autores:

Alvarez LLivisaca, Joel Alexander

Naula Yuquilema, Edison Moises

Tutor:

Dr. Pablo G. Alarcón A.

Riobamba, Ecuador. 2025

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros Alvarez Llivisaca Joel Alexander con cédula de ciudadanía 0605003334 y Naula Yuquilema Edison Moises con cédula de ciudadanía 0605232289, autores del trabajo de investigación titulado: “Beneficios y complicaciones del parto en libre posición con respecto al parto en posición de litotomía: revisión bibliográfica de la literatura”, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, a la fecha de su presentación.



Alvarez Llivisaca Joel Alexander

C.I: 0605003334



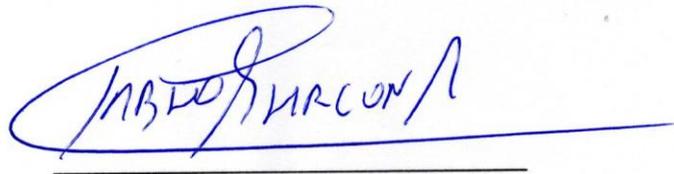
Naula Yuquilema Edison Moises

C.I: 0605232289

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: "**Determinación de los beneficios y complicaciones del parto en libre posición con respecto al parto en posición de litotomía**", bajo la autoría de Alvarez Llivisaca Joel Alexander con cédula de ciudadanía 0605003334 y Naula Yuquilema Edison Moises cédula de ciudadanía 0605232289, por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

De conformidad a la normativa aplicable firma en Riobamba, 04 julio 2025



Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade

C.I:1709250730

Especialista en ginecología y Obstetricia

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

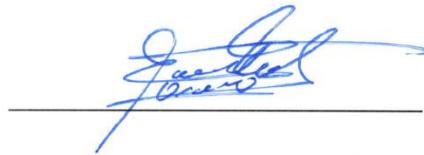
Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado del trabajo de investigación “Determinación de los beneficios y complicaciones del parto en libre posición con respecto al parto en posición de litotomía”, presentado por Alvarez Llivisaca Joel Alexander con cédula de ciudadanía 0605003334 y Naula Yuquilema Edison Moises con cédula de ciudadanía 0605232289, bajo la tutoría de Dr. Pablo Guillermo Alarcon Andrade certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 15 de Julio del 2025.

Dr. Washington Patricio Vásquez Andrade
Presidente del Tribunal de Grado



Dr. Danilo Javier Orozco Gaguancela
Miembro del Tribunal de Grado



Dra. Biviana Del Carmen Luna Salinas
Miembro del Tribunal de Grado





CERTIFICACIÓN

Que, **ALVAREZ LLIVISACA JOEL ALEXANDER** con CC: **0605003334**, estudiante de la Carrera **MEDICINA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**DETERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO EN LIBRE POSICIÓN CON RESPECTO AL PARTO EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA**", cumple con él 3%, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 08 de julio de 2025

Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade

TUTOR



CERTIFICACIÓN

Que, **NAULA YUQUILEMA EDISON MOISES** con CC: **0605232289**, estudiante de la Carrera **MEDICINA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**DETERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO EN LIBRE POSICIÓN CON RESPECTO AL PARTO EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA**", cumple con el 3%, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 08 de julio de 2025



Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade
TUTOR

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de tesis, fruto de años de esfuerzo, entrega y vocación, a quienes han sido el motor que impulsó cada uno de nuestros pasos.

A Dios y nuestras familias, cuyo apoyo incondicional y amor constante nos han sostenido en los momentos más difíciles y celebrado cada pequeño avance. Han sido nuestro refugio, nuestra fuerza y nuestra mayor motivación.

A nuestros padres, por enseñarnos con su ejemplo el valor del trabajo honesto, la perseverancia y la fe en los sueños. Este logro también es suyo, porque lo hemos alcanzado con el impulso de su guía y confianza.

A nuestros maestros, quienes con paciencia, compromiso y pasión sembraron en nosotros no solo conocimiento, sino también humanidad. Gracias por formar no solo profesionales, sino personas conscientes de su responsabilidad con la vida y la salud.

Con gratitud y profundo cariño, Joel y Edison

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestra más profunda gratitud a todas las personas e instituciones que, de una u otra forma, hicieron posible la realización de esta tesis y han sido parte esencial de nuestra formación como médicas.

En especial, agradecemos a nuestro tutor de tesis, por su invaluable acompañamiento, orientación paciente y compromiso constante a lo largo de este proceso. Su experiencia y dedicación fueron fundamentales para guiarnos con firmeza y confianza en cada etapa del camino.

A Dios y nuestras familias, por ser nuestra base, nuestro refugio y nuestro mayor respaldo. Gracias por el amor, la comprensión y los sacrificios silenciosos que han hecho posible que hoy alcancemos esta meta. Su fe en nosotras ha sido el impulso que nos sostuvo en los momentos más exigentes.

A nuestros amigos, compañeros incansables en esta travesía, por su apoyo sincero, su compañía incondicional y por estar presentes en los momentos de cansancio, duda y también de alegría. Gracias por caminar a nuestro lado.

Finalmente, a nuestros docentes, quienes han dejado una huella imborrable en nuestra formación. Gracias por compartir no solo conocimientos, sino también principios, compromiso y humanidad, pilares que guiarán nuestra labor como profesionales de la salud.

Con aprecio y gratitud, Joel y Edison

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA

DICTÁMEN FAVORABLE DEL TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN.....	14
1.1.	ANTECEDENTES	14
1.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.3.	JUSTIFICACIÓN.....	18
1.4.	OBJETIVOS.....	18
1.4.1.	Objetivo general	18
1.4.2.	Objetivos específicos.....	18
II.	MARCO TEÓRICO	19
2.1.	PARTO	19
2.1.1.	Fisiología.....	20
2.1.2.	Historia y evolución de las posiciones de parto	22
2.1.3.	Tipos de parto.....	23
2.1.4.	Parto en libre posición.....	25
2.1.5.	Parto en posición de litotomía.....	27
2.1.6.	Formación y capacitación del personal sanitario	29
III.	METODOLOGÍA.....	31
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.2.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	31
3.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31
3.3.1.	Criterios de inclusión	31

3.3.2. Criterios de exclusión.....	31
3.4. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	31
3.5. CUESTIONES ÉTICAS.....	32
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
4.1. RESULTADOS.....	33
4.1. DISCUSIÓN.....	38
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
5.1. CONCLUSIONES.....	41
5.2. RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evaluación materna y fetal durante el progreso del parto	19
Tabla 2. Partos disfuncionales	21
Tabla 3. Posiciones de parto	24
Tabla 4. Beneficios del parto en libre posición	25
Tabla 5. Complicaciones del parto en libre posición.....	26
Tabla 6. Beneficios del parto en litotomía.....	28
Tabla 7. Complicaciones del parto en litotomía.....	29
Tabla 8. Hallazgos característicos del parto libre posición y en litotomía.....	36
Tabla 9. Nivel de evidencia acorde a la Scottish Intercollegiate Guidelines Network	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Posición supina y de litotomía	28
Figura 2. Variaciones de la colocación de Litotomía	28
Figura 3. Esquema de búsqueda estratégica de las bibliografías.....	32

RESUMEN

Introducción: Las posiciones del parto se refieren a las diversas posturas que puede adoptar una gestante en el momento del alumbramiento. Hay una variedad de buenas posiciones para dar a luz que una paciente puede adoptar cuando llega el momento de la expulsión, y no siempre tiene que ser necesariamente la posición supina.

Objetivo: Describir la información científica existente acerca de los beneficios y complicaciones del parto en libre posición con respecto al parto en posición de litotomía.

Metodología: El estudio optó por una revisión literaria, documental, descriptiva y retrospectiva; fue adquirida a través de bases científica como: Pubmed, Science Direct, Scielo y Elsevier, dando una muestra final de catorce estudios bibliográficos publicados entre el 2019 al 2025.

Discusión: En la mayoría de investigaciones se determinó que la libre posición durante el parto ofrece más beneficios que la litotomía, reduciendo la duración del proceso, las tasas de cesáreas y sangrados, y brindando una experiencia más controlada. Los profesionales deben ofrecer a las madres la oportunidad de moverse libremente. La litotomía, si bien es usada por conveniencia del personal, conlleva más complicaciones. La elección de la posición debe basarse en el bienestar materno-fetal.

Conclusión: La posición libre durante el parto otorga más beneficios que la litotomía. Esta práctica asegura una reducción del proceso en sus dos etapas, un trabajo de parto más corto, disminución del sangrado y menor tasa de episiotomías e intervenciones médicas con una involución uterina más rápida en el posparto. En simultáneo, brinda una experiencia más controlada, lo que favorece a la disminución de la percepción del dolor y, en muchos casos, a la no necesidad de analgesia. Mientras que las complicaciones en la litotomía se reportaron desde dolores lumbares, casos de hemorragia, una mayor incidencia de desgarros perineales.

Palabras claves: Litotomía, parto libre posición, episiotomías, dolor perineal.

ABSTRACT

Introduction: Birthing positions refer to the various postures that a pregnant woman can adopt at the time of delivery. There are a variety of good birthing positions that a patient can adopt when it is time to push, and it does not always have to be the supine position.

Objective: To describe the existing scientific information about the benefits and complications of free position delivery compared to lithotomy position delivery.

Methodology: The study opted for a literary, documentary, descriptive, and retrospective review; it was acquired through scientific databases such as Pubmed, Science Direct, Scielo, and Elsevier, resulting in a final sample of fourteen bibliographic studies published between 2019 and 2025.

Discussion: Most studies determined that free position during childbirth offers more benefits than lithotomy, reducing the duration of the process, cesarean section and bleeding rates, and providing a more controlled experience. Professionals should offer mothers the opportunity to move freely. Lithotomy, although used for the convenience of staff, carries more complications. The choice of position should be based on maternal-fetal well-being.

Conclusion: The Free positioning during labor provides more benefits than the lithotomy position. This practice ensures a reduction in the duration of both stages of labor, leading to a shorter labor process, decreased bleeding, and lower rates of episiotomies and medical interventions, along with a faster uterine involution in the postpartum period. At the same time, it offers a more controlled experience, which contributes to a reduced perception of pain and, in many cases, eliminates the need for analgesia. In contrast, complications associated with the lithotomy position have been reported, including lower back pain, cases of hemorrhage, and a higher incidence of perineal tears.

Keywords: Lithotomy, free position delivery, episiotomies, perineal pain.



Reviewed by: Alison Varela

ID: 0606093904

I. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

Las posiciones del parto se refieren a las diversas posturas que puede adoptar la gestante en el momento del alumbramiento y el parto. Hay una variedad de posiciones para dar a luz que la paciente puede adoptar cuando llega el momento de pujar, y no siempre tiene que ser necesariamente la posición de litotomía. Las posiciones alternativas para el parto vaginal, que incluyen estar recostada, en cuclillas, sentada o acostada de lado, tienen ventajas psicológicas y fisiológicas claras con respecto a la postura convencional (1).

En Dinamarca, Kjeldsen et al., (2) describieron el uso de diversas posiciones entre las gestantes a través de un estudio de cohorte dirigido a 94 gestantes con una media de 29 años. El estudio reportó entre sus hallazgos que la mayoría de las gestantes tuvieron un parto vaginal espontáneo (71.3%) y un 13,8% por cesárea. En el grupo de parto sacro no flexible (de posición acostada y/o sentado) un 21,3% terminaron intervenidas por cesárea, mientras que de las mujeres del grupo flexible (en parto por posición de pie) un 6,4% requirieron cesárea. Más del 90 % optaron por posiciones no flexibles del sacro, solo una tuvo un parto en el agua y otra en posición de litotomía. Por otro lado, el 31,6% recibieron analgesia epidural (EDA) como alivio del dolor, y un número significativamente mayor recibieron EDA en el grupo de posición no flexible en comparación del grupo de posición flexible (42,6% frente a 21,3%). Concluyendo que las gestantes pasaron el 80% del tiempo en posiciones con el sacro no flexible durante las últimas 24 horas antes del parto. En el momento del parto, más del 90 % dio a luz en posiciones con el sacro no flexible.

En Iran, Rezaie et al., (3) determinaron el efecto de tres posiciones diferentes durante el parto: sobre el sangrado posparto, el estado del perineo y las complicaciones. Aplicaron una metodología de ensayo clínico dirigido a 96 gestantes distribuidos en grupos de parto por litotomía, sentada y en cuclillas. Entre los hallazgos evidenciaron que, entre las complicaciones presentadas, el volumen medio de sangrado posparto en el grupo de litotomía fue aproximadamente 200 cc menor que en los otros dos grupos, es decir, que no hubo diferencias significativas. Por otro lado, tampoco hubo diferencias significativas en el estado perineal (desgarro y episiotomía) y la altura del útero. Concluyendo que el uso de diferentes posiciones de parto en función del estado de la madre puede tener diferentes efectos en los resultados de la madre.

En China, Fu et al., (4) tuvieron el objetivo de explorar la influencia de la posición de nacimiento y la experiencia del parto en los resultados neonatales y maternos. Aplicaron una metodología de cohorte prospectivo en Pekín direccionado a 222 mujeres (183 primíparas, 39 multíparas). Entre los hallazgos evidenciaron que 106 de las gestantes eran de la cohorte de posición de parto sentada y 116 en litotomía. Se exhibió una edad media de 30 años con una gestación promedio de 39 semanas. Además también se observó una mayor tasa de partos vaginales espontáneos en el grupo de parto sentada (93,4%) a diferencia del grupo de litotómica (75%). Las lesiones perineales entre las muestras sin episiotomía (en términos de completas y laceraciones) y la hemorragia posparto a las 2 horas no mostraron diferencias

significativas entre las dos cohortes. Concluyeron que las primíparas que dieron a luz en posición sentada tuvieron una duración más corta de la segunda etapa del parto, tasas más elevadas de partos vaginales espontáneos, menos episiotomías y una experiencia más positiva en comparación con aquellas que adoptaron por litotomía.

Es de añadir que, en China, Liu et al., (5) analizaron las intervenciones relacionadas con las posiciones durante el parto. Aplicaron una metodología analítica literaria de ensayos controlados aleatorios evidenciando entre los hallazgos que las clasificaciones de eficacia para reducir la duración de la segunda etapa del parto son las siguientes: posición lateral (62,3%), erguida (87,4%), semi recostada (70%), libre (81,1%), de litotomía (18,8%), sentada (46,6%), de rodillas (18,2%) y en cuclillas (15,5%). Concluyendo que la posición erguida, la libre, la semi recostada y la lateral son las más eficaces para facilitar esta etapa del parto.

En Perú, Camargo et al., (6) se propusieron a comparar desde una perspectiva clínica el comportamiento existente entre el parto horizontal y el vertical. Aplicaron una metodología comparativa, descriptiva y prospectiva en dos centros sanitarios de Cusco. Entre sus hallazgos evidenciaron que de las 212 gestante 106 tuvieron partos verticales a diferencia de 106 mujeres que optaron por una posición litotómica. Entre las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia (1,42%), desgarro vaginal (48,58%) en gestantes que parieron horizontalmente. Concluyeron en su estudio que el alumbramiento vertical ofrece beneficios significativos a comparación con la posición de litotomía puesto que generaba un parto más corto y una mejor involución uterina.

En Machala, Agudo et al., (7) indagaron acerca de la preferencia de posición de parto de las embarazadas atendidas en un centro sanitario del El Oro. Aplicaron una metodología observacional, no experimental, retrospectiva, cuantitativa y descriptiva dirigida a 577 gestantes. Evidenciaron un rango etario entre 15 a 42 años con nacionalidad ecuatoriana en un 98%. Entre los hallazgos se destacó en un 55% la elección de parto vertical a diferencia del 45% que optaron por uno tradicional, entre otros detalles es de enfatizar que un 53% optó por parir sentada frente al 45% que cursó un parto por litotomía. Concluyeron en la indagación que el tipo de parto vertical es más culturalmente aceptado y el más elegido entre las gestantes.

En Morona Santiago, Sánchez et al., (8) indagaron acerca del discernimiento de las gestantes indígenas acerca de la preferencia del parto. Aplicaron una metodología cuali-cuantitativa, dirigida a 119 gestantes entre las cuales se evidenció que un 56,30% parieron en sus residencias, un 42,02% acudieron a una unidad de atención hospitalaria y el 1,68% tuvieron un parto en una finca. Además, de las gestantes un 27,33% tuvieron en la Unidad Anidad del cantón Taisha un parto en posición acostada, mientras que el 31,93% fue en cuclillas. Concluyeron que las gestantes Shuar y Achuar si bien realizaban controles prenatales en una unidad sanitaria, optaron por partos en posiciones verticales (tanto arrodilladas como en cuclillas).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto es un suceso natural y propio del nacimiento de un individuo el cual amerita de la interacción y participación del neonato y la gestante (9). Hay varios elementos que pueden mediar la elección de las gestantes durante el parto. Entre ellos se incluyen constituyentes sociodemográficos, las normas culturales, el entorno del parto, el tipo de profesional sanitario, el nivel de instrucción y la edad (10). En un enfoque internacional, diversos estudios aseveran que existe la necesidad de optimizar el sistema de atención por la cual la OMS refiere que toda mujer tiene derecho a elegir la variante de posición en la cual quiera ser atendida, respetando su derecho a la autonomía. Una posición desfavorable puede acarrear varios problemas que comprometan la vida de la paciente y aumenten la morbimortalidad del recién nacido (11).

Durante el 2023 la OMS detalló que cada día, alrededor de 712 gestantes fallecen alrededor del mundo producto de complicaciones presentadas por el parto o la gestación, el 94% de las mismas predominan en nacionalidades con ingresos financieros bajos, siendo las complicaciones más presentadas la hipertensión gestacional (22,1%), hemorragia (23,1%) y sepsis (8,3%). Asia Meridional y África Subsahariana representan parte relevante del 87% de embarazadas que perecen anualmente, solo África cursó con 182 000 y Asia con 43 mil casos (11).

La mayoría de las gestantes quieren parir de manera fisiológica a un neonato sano, no obstante, la mayoría también reconocen que el proceso del parto puede no desarrollarse como se espera y que pueden ameritar ajustes e intervenciones médicas. Una investigación danesa exteriorizó que la mayoría de las gestantes solicitaban dar a luz en posición vertical (37%) o en el agua (33%). No obstante, en el momento del parto, la mayoría acabaron dando a luz en posición de litotomía (86%) (12).

Aunque el parto en libre posición ha ganado popularidad debido a su asociación con posibles beneficios, como una mayor eficiencia del trabajo de parto y la reducción de intervenciones médicas, persisten interrogantes sobre su seguridad y aplicabilidad generalizada. Teniendo en cuenta los riesgos que conlleva dicha elección, y que debería realizarse en presencia de un profesional de la salud o a su vez con una partera capacitada en asistir en partos en casa. En España se estudió que las mujeres que optaban por dar a luz en sus hogares tenían 3,43 veces más de probabilidad de tener un parto espontáneo y significativamente menos probabilidades de someterse a partos instrumentales. Por el contrario, los partos hospitalarios mostraron un mayor uso de la posición de litotomía y la analgesia epidural (13).

En India alrededor del 92% de las enfermeras que laboraban en salas de parto conocían las posiciones de parto erguidas, y la mayoría de ellas, todas (100%) afirmaron que la posición más manejada para dar a luz era la litotomía, debido a la facilidad y comodidad que supone para los médicos y los profesionales. Se observó una falta implícita de conocimiento sobre varias posiciones pues solo cerca del 50% estaban familiarizadas con la posición en cuclillas, el 23% con la posición lateral, el 37% con la posición sentada, el 23% con la

posición a cuatro patas y el 13% con la posición de pie, entre las diferentes categorías alternativas de posiciones para dar a luz (14).

En un estudio desarrollado en Irán, se puntualizó que no se observa diferencias significativas entre la posición de manos y rodillas frente a la de litotomía, ni en la cantidad de sangrado durante la tercera y cuarta etapas del parto. Tampoco las hubo en los niveles de hemoglobina y hematocrito entre las seis horas posteriores del parto, ni en el momento de la hospitalización, la frecuencia de distocia de hombros, las puntuaciones de Apgar del neonato o el grado de desgarros perineales y episiotomías. El estudio señala que las comadronas y las madres pueden elegir la posición de manos y rodillas sin preocupaciones (15).

A diferencia de los países desarrollados, se ha informado de una proporción significativa de partos en el hogar en los países de ingresos bajos y medios. En estas nacionalidades, con sistemas de salud deficientes y una escasa asignación de servicios de salud pública, las altas tasas de partos en el hogar se han explicado por diferentes preferencias personales y barreras estructurales para el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud. Las muertes maternas y neonatales, así como las complicaciones obstétricas, se han relacionado con los partos en el hogar atendidos por personas no cualificadas y con los partos en los que los trabajadores sanitarios no pueden llegar a los hogares de las gestantes (16).

En América latina, la OPS mencionan un incremento del 15% de mortalidad materna entre 2016 y 2020. Es decir, un promedio de 8400 mujeres fallece cada año a causa de complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio (17). En Brasil, resaltaron que durante la pandemia por el SARS-CoV-2 se evidenció una reducción significativa de las intervenciones no recomendadas durante el parto, como el uso rutinario de la episiotomía (15,73 a 2,09%), la maniobra de Kristeller (16,55 a 0,94%) y la posición de litotomía durante el parto (del 71,23% al 6,54%) por acontecimientos como la pandemia donde los sistemas de salud tuvieron que adaptarse a una crisis de salud pública incierta y sin precedentes (18).

En Honduras establecieron que el 100% de las parteras están a favor del parto vertical y un 53% manifestaron altos niveles cognitivos sobre el mismo. En el mismo estudio se observó que las variantes más cómodas para las gestantes son las posturas sentadas (74%), de rodillas (15%) o en semi cuclillas (11%) (19). En Brasil, evidenciaron en un estudio de 293 gestantes que un 58,36% optaron por partos en posición semisentada y el 41,63% por una posición de litotomía. De estos, el 97,26 % tenían una edad gestacional ≥ 37 semanas; entre las complicaciones más observadas fueron las laceraciones perineales en el 81,97% de los partos asistidos en litotomía y en el 70,76% en posición semisentada (20).

En Ecuador la problemática se enfoca de una diferente manera, en el contexto de que una adecuada variante de posición en el trabajo de parto ayuda a la reducción de complicaciones, la posición de litotomía acarrea varios problemas en el proceso de parto teniendo entre ellos hipoxia materna y fetal, por lo cual la opción de optar por una posición adecuada (en libre posición), y acorde a la elección de la madre es fundamental para reducir

la duración del parto y tener mayor colaboración por parte de la gestante (21). El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) detalló en el 2019 alrededor de 287 609 partos y nacimientos en el país, siendo esta una cifra mucho más elevada en comparación de años previos, pues para el 2016 la cifra bordeaba los 266 464 partos/nacidos vivos, evidenciando de esta forma un crecimiento del 8,1% como la totalidad de 3 años consecutivos, además se presenta también un incremento en los niveles de mortalidad materna y fetal (22).

Con todo lo previamente descrito se plantea las siguientes interrogantes:

¿Qué información existe actualmente acerca de los beneficios y complicaciones del parto en libre posición con respecto al parto en posición de litotomía?

PS1 ¿Cuáles son los beneficios del parto en libre posición y en posición de litotomía?

PS2 ¿Qué información científica existe acerca de la frecuencia de elección del parto en libre posición con respecto a la de litotomía?

PS3 ¿Cuáles son las complicaciones del parto en libre posición y en posición de litotomía?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La relevancia que ha ido adquiriendo el parto en libre posición en el ámbito clínico obstétrico, a relación de la variante de litotomía, se ha convertido en una problemática de mucha investigación. Esto surge de la incorporación de salas de parto con adecuación cultural en los centros de salud. Por ello, el estudio centrado en la analítica de información científica actualmente existente sobre sus beneficios y complicaciones es relevante, puesto que surge de la necesidad de encontrar la mejor variante de posición durante el parto para el beneficio y optimización del proceso de recuperación de la gestante.

Dado el gran número de parturientas que optan por partos en libre posición en los centros sanitarios públicos, esta revisión busca facilitar información valiosa que contribuya a la toma de decisiones informada, tanto para las gestantes como para el personal sanitario, con el propósito de optimizar la atención durante el proceso de parto. Además, permitirá comprender los beneficios o las complicaciones de la posición durante el parto y el impacto que genera, tanto en la experiencia de las mujeres como en su práctica obstétrica segura y personalizada.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Describir la información científica existente acerca de los beneficios y complicaciones del parto en libre posición con respecto al parto en posición de litotomía.

1.4.2. Objetivos específicos

- Analizar la información científica acerca de los beneficios del parto en libre posición y en posición de litotomía.
- Identificar la información científica existente acerca de la frecuencia de elección del parto en libre posición con respecto a la de litotomía.
- Describir las complicaciones del parto en libre posición y en posición de litotomía.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. PARTO

Es considerado como el proceso que culmina la gestación desde el inicio de la primera contracción del útero que finaliza con la expulsión o extracción de la placenta. El parto es uno de los sucesos más significativos en la vida de una mujer y un hecho singular. Por lo tanto, las prácticas afines a ello son trascendentales para el bienestar de la gestante. Las prácticas de parto han cambiado sustancialmente durante el último siglo. El parto se realiza principalmente en hospitales; se utilizan ampliamente técnicas anestésicas seguras; en la mayoría de los partos se emplea oxitocina sintética y monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal; y han aumentado las tasas de cesáreas y de inducción del parto (23).

Las ventajas de estos cambios en los patrones de práctica son controvertidas, pero sirven para enfatizar la importancia de comprender cómo las expectativas cambiantes de las pacientes y los modelos de práctica afectan nuestra interpretación del progreso del parto (Tabla 1). En cada evaluación se valoran el estado físico y emocional de la madre y sus necesidades. Se evalúa cómo está tolerando el feto el parto y se determina la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas. Se examina sistemáticamente el canal del parto, lo que proporciona información considerablemente pertinente. Se determina la probabilidad de que, si el parto continúa por su trayectoria actual, dé lugar a un parto vaginal seguro. Estas predicciones se basan principalmente en datos objetivos, pero implican inferencias sobre muchas variables que interactúan y que influyen en que el parto avance (23).

Tabla 1. Evaluación materna y fetal durante el progreso del parto

Características maternas
Dilatación cervical, borramiento, consistencia y aplicación a la parte presentada.
Características arquitectónicas de la pelvis ósea.
Progreso normal o disfuncional.
Características del feto
Peso estimado.
Presentación.
Posición.
Grado de flexión (actitud).
Sinclitismo.
Grado de moldeado craneal.
Patrón de descenso.

Fuente: Cohen y Friedman, 2020 (23).

Existen factores influyentes en el parto tales como: las culturas, donde la dolencia presenciada por el parto es considerada como una situación natural e inclusive normal y en otras inclusivamente ni son percibidas, solo deben evitarse. En comunidades suelen estar marcados por ceremonias, rituales tradicionales o familiares. Por otro lado, también se presentan elementos psico-afectivos donde se ve al parto como una experiencia con diversidad de sensaciones emocionales o físicas. Desde esta perspectiva, el dolor está

acompañado de temor o ansiedad, también de ilusión y satisfacción, por tanto, estos factores juegan un componente crucial para la gestante y la vivencia del dolor, sobre todo porque puede acrecentar el estímulo doloroso (24).

La respuesta emocional es variable y propio de cada mujer, pero es conocido que emociones negativas o la ansiedad o depresión pueden llegar a afectar directamente la manera en que se procesa la información, es decir, puede repercutir en la tolerancia al dolor o a la fisiología del parto, llegando a generar mayor duración del mismo o la experiencia general del parto. Otro de los factores es a la paridad, aquellas gestantes multíparas no perciben el alumbramiento de la misma forma que una nulípara. El rango etario definitivamente es un influyente del parto y todos los sucesos relacionados al proceso, además es un componente relevante en la morbilidad materna. (24).

2.1.1. Fisiología

El parto vaginal, en general, solo se puede estimar que ha comenzado cuando las contracciones uterinas se regularizan. Cursa con diversas etapas que parten con la dilatación cervical, continua con una segunda fase encabezada por el descenso del feto y la extracción del neonato, en una tercera etapa se presencia la expulsión de la placenta y el parto culmina con la recuperación posparto. Su fisiología y mecánica son tan complejas que es sorprendente que, en la mayoría de los casos, se produzcan sin complicaciones y sin adversidades para la madre o el feto (23).

Esta primera instancia también es considerada como latente, en la que el progreso de la dilatación y la estación es lento o inexistente. Las contracciones uterinas suelen comenzar siendo poco frecuentes y de intensidad leve. Desde el punto de vista mecánico, es un lapso de preparación del cuello uterino para la dilatación y el descenso más rápidos que se producirán posteriormente. Mediante la hidrólisis enzimática del colágeno, las modificaciones de la sustancia fundamental y la relajación del músculo liso, el cuello uterino y el segmento uterino inferior maduran, es decir, se ablandan y pueden comenzar a borrarse y dilatarse lentamente (23).

Su duración es inversamente proporcional al grado de maduración cervical que se ha producido antes del inicio del parto. Es decir, cuanto mayor sea la dilatación, más corta será la fase. La energía de las contracciones se dirige principalmente al cuello uterino y a la parte inferior del útero. Una vez que estos tejidos se han vuelto lo adecuadamente flexibles, las contracciones ejercen una fuerza que dilata el cuello uterino. Mientras tanto, se forman uniones entre las células miométricas, lo que suministra vías de baja resistencia para la comunicación electrofisiológica sistematizada en todo el útero. Cuando se consiguen los escenarios apropiados, se da paso a la etapa activa del parto (23).

Tras el inicio de la fase activa, la dilatación se vuelve más rápida y, tras un breve periodo de aceleración en la velocidad, el patrón forma una línea recta. A medida que el cuello uterino se acerca a la dilatación completa, su progreso parece ralentizarse. Esta fase de desaceleración es un artefacto observado porque el cuello uterino ya no se abre en el plano

transversal de la madre, en el que se mide. Más bien, se está tirando de él hacia arriba, es decir, en paralelo al eje longitudinal de la madre, a lo largo del límite exterior de la cabeza del feto hacia la dilatación completa, momento en el que alcanza el diámetro más ancho de la cabeza (23).

A continuación, el descenso comienza a acelerarse y suele hacerse cada vez más rápido durante el tiempo en que la dilatación alcanza su pendiente máxima. Cuando comienza la fase de desaceleración de la dilatación, el descenso suele haber alcanzado su pendiente máxima y progresa a un ritmo uniforme hasta que se ralentiza justo antes del parto, cuando la cabeza del feto encuentra resistencia en el suelo pélvico y el perineo. Es relevante enfatizar que existen riesgos por partos disfuncionales que pueden requerir de una cesárea (Tabla 2). Las causas específicas de las diversas formas de parto disfuncional no se comprenden completamente. Muchas pueden estar relacionadas con una contractilidad insuficiente o desordenada, pero los cambios en la contractilidad podrían ser la causa o la consecuencia del parto disfuncional (23).

Tabla 2. Partos disfuncionales

Patrones	Caracterización	Terapéutica recomendada	Significado
Trastornos de la dilatación			
Fase latente prolongada	La duración de la fase latente supera las 20 horas (primigestas) o las 14 horas (multíparas)	Oxitocina o sedación.	Mayor riesgo de cesárea.
Fase activa prolongada	La velocidad de progresión de la fase activa es <1,2 cm/h (primigestas) o <1,5 cm/h (multíparas)	Observación, apoyo, a menos que sea causada por factores inhibidores; en ese caso, oxitocina.	El 25 % requiere cesárea por CPD.
Detección de la dilatación	Sin progreso en la fase activa durante 2 h o más	Oxitocina si no es probable que haya CPD. Cesárea si es probable que haya CPD. Aproximadamente el 40 % requiere cesárea por CPD.	Asociado con analgesia excesiva, infección, obesidad, malposición
Fase de desaceleración prolongada	La fase de desaceleración supera las 2 horas (primigestas) o la hora (multíparas)	Oxitocina si es improbable que haya CPD. Cesárea si es probable que haya CPD. Cesárea si existen otros factores de riesgo de distocia de hombros.	Asociado con CPD, distocia de hombros, malposiciones, sedación o analgesia excesivas.

Dilatación precipitada	La dilatación en la fase activa es >5 cm/h (primigestas) o >10 cm/h (múltiparas).	Normalmente es demasiado tarde para tratar cuando se diagnostica. Si el tiempo lo permite, las contracciones uterinas pueden inhibirse con un agente tocolítico.	Predispone a un parto incontrolado, lesiones en el canal del parto, daños fetales y distocia de hombros.
Trastornos del descenso			
Descenso fetal prolongado	La velocidad de descenso activo es <1 cm/h (primigestas) o <2 cm/h (múltiparas)	Observación, apoyo, a menos que sea causado por factores inhibidores. Cesárea si es probable el CPD.	Asociado con CPD.
Retardo del descenso fetal durante el parto	El descenso activo cesa durante 1 hora o más.	Oxitocina, si es poco probable el CPD. Cesárea si es probable el CPD.	Fuerte asociación con CPD.
Fallo del descenso fetal	Sin descenso desde el inicio de la fase activa hasta la fase de desaceleración o la dilatación completa.	Oxitocina si es improbable que haya CPD. Cesárea si es probable que haya CPD.	Fuerte asociación con CPD, especialmente si se produce con oxitocina.
Descenso fetal precipitado	La dilatación en la fase activa es >5 cm/h (primigestas) o >10 cm/h (múltiparas)	Normalmente es demasiado tarde para tratar cuando se diagnostica. Si el tiempo lo permite, las contracciones uterinas pueden inhibirse con un agente tocolítico.	Predispone a un parto incontrolado, lesiones en el canal del parto, daños fetales y distocia de hombros.

Nota: CPD: desproporción cefalopélvica.

Fuente: Cohen y Friedman, 2020 (23).

2.1.2. Historia y evolución de las posiciones de parto

Dado que el parto es un proceso fisiológico normal, las costumbres que lo rodean son fundamentales. La forma en que una gestante puede repercutir significativamente la forma en que el feto se desplaza por medio del canal vaginal, lo que puede perturbar el curso del embarazo en su conjunto. La historia de las posiciones adoptadas durante el parto exhibe claramente que existen diversificaciones en las perspectivas del parto dependiente de cada una de las culturas. Las posiciones maternas durante el parto, se refieren a las posiciones físicas que una mujer embarazada puede adoptar durante el parto (25).

En las sociedades antiguas, la historia de las posiciones de parto en 1882 reveló que las madres embarazadas solían utilizar posiciones verticales, como estar de pie, sentadas o en cuclillas, junto con dispositivos de ayuda como taburetes de parto, cuerdas y diferentes muebles para mantener esa posición vertical durante el proceso de parto. Se puede complementar que, en las representaciones de la mitología egipcia, romana o griega, existía una diosa del parto y la partería, Elyithya, la cual solía surgir dando a luz en una colocación de rodillas. En cambio, para adoptar una disposición de sentada, ya a principios del siglo II se manejaba una silla de parto, aconsejada inicialmente por el ginecólogo Sorano, y que se mantuvo su uso en épocas históricas subsecuentes (25).

En la edad media si bien se conservaba la utilización de la silla, en las familias adineradas esta era decorada y heredada, a diferencia de la gente con escasos recursos donde estas pasaban de una familia a otra cuando era requerido. Tras su creación, esta silla de parto fue adaptada constantemente al punto de poder otorgar una observación del parto más factible y para brindar mejor comodidad a la gestante durante el alumbramiento. Entre los cambios más impactantes se puede mencionar a la construcción de un respaldo ajustable creado por Hendrik en 1679, donde era muy útil dado a que cada parto podría extenderse de dos o más días y con la alternativa de variar la posición de la mujer producto de dicho ajuste, le brindaba a la gestante mayor alivio (25).

Llama la atención que la historia relata que, hasta el siglo XVIII, la silla era parte del equipo imprescindible para todas las comadronas, pero conforme hubo mayor personal médico atendiendo los partos, se inicia a promover, a finales del siglo XVI y comienzos del XVII, la posición horizontal. La historia narra que la aristocracia francesa contribuyó en la forma de pensar hacia las posiciones de parto no horizontales, dado que las mujeres influyentes consideraban que la posición en cuclillas (o vertical) durante el parto estaba asociado a estándares de plebeyos y alejados de la clase social que pertenecían (25).

Esto, junto con la invención de los fórceps obstétricos y otros dispositivos que facilitaban el control del parto dieron lugar a la popularización de la posición horizontal como la más conveniente, especialmente para el personal médico. En este punto es necesario resaltar que con la invención de la anestesia redujo la capacidad de las gestantes para participar activamente en el proceso del alumbramiento, lo que les obligaba a acostarse para parir. Desde su llegada, las posiciones que se adaptaban más cómodamente a la conveniencia del obstetra se convirtieron en la opción preferida para parir (25).

2.1.3. Tipos de parto

La clase de posiciones alternativas para el parto proporcionan una intervención no farmacológica para acelerar su progreso. Las gestantes pueden emplear distintas posturas, tanto horizontales como no supinas, cuando se les dé la opción (Tabla 3). Por lo tanto, el médico debe contribuir con las embarazadas para que puedan hallar la posición más conveniente, lo que puede circunscribir una perspectiva erguida en lugar de exigir a adoptar la posición supina habitual.

Tabla 3. Posiciones de parto

Posiciones	Descripción
En cuclillas	Sentada con las extremidades inferiores completamente flexionadas por las articulaciones de la rodilla y la cadera, con el peso del cuerpo sobre los pies.
Barras de parto	Una barra o asa colocada en la cama de parto cerca de los pies para ayudar a la persona en trabajo de parto a empujar con más eficacia agarrándose a ella. Erguida Incluye varias posturas verticales como estar de pie, caminar, sentarse o inclinarse hacia delante.
Manos y rodillas	Arrodillada e inclinada hacia delante, apoyándose en las palmas de las manos o los puños. A menudo puede ayudar si experimenta dolor e incomodidad en la parte inferior de la espalda más que en la parte inferior del abdomen (barriga) durante el parto.
Con apoyo de una pelota	Usar pelotas es un tipo de parto el cual consta de usarla dicho apoyo entre las piernas mientras estás en supino lateral, permitiendo con ello ensanchar la pelvis, ayudar a acortar el parto, reducir las posibilidades de una cesárea y disminuir el dolor de las contracciones.
En cuatro puntos	La gestante opta por arrodillarse en una colchoneta, se apoya hacia el frente de la cama o su acompañante. Probablemente en el parto amparará una disposición más reclinada con el propósito de proveer el control del parto, la recepción del feto se efectúa por detrás de la mujer.
Semisentada/ semi recostada	Sentarse en un ligero ángulo, normalmente con el respaldo de una superficie reclinada, como una cama o una silla; las rodillas pueden estar dobladas y colocadas según la comodidad. Lateral Acostarse sobre el lado izquierdo o derecho con las caderas y las rodillas flexionadas; la pierna superior se coloca delante de la inferior.
Supina	Posición boca arriba con los brazos a los lados.
Litotomía	Situación boca arriba con las piernas flexionadas por las articulaciones de la cadera y la rodilla, apoyadas en reposa piernas y correas.
Taburetes/ sillas de parto	Se utiliza una silla o taburete de parto para apoyar a la mujer en una postura erguida o semi erguida durante el parto. Pelota de parto/pelota suiza Una pelota inflable grande que se utiliza para mantener diferentes posiciones durante el parto, como sentarse, rebotar o apoyarse en la pelota.
Parto en el agua	Parir parcial o totalmente sumergida en agua caliente, normalmente en una piscina o bañera de parto diseñada para el parto y el alumbramiento.

Fuente: Das y Kaur, 2025 (26).

Actualmente hay una tendencia hacia posiciones de parto verticales y, por lo tanto, más fisiológicas; sin embargo, debido a la débil evidencia con respecto a los resultados clínicos, la mayoría de las pautas priorizan los deseos de la mujer. En Alemania se efectuó un estudio donde analizaron los factores que influyen en la elección de la posición al momento del parto, evidenciando que, entre las 761 respuestas de las 804 gestantes que dieron a luz por vía vaginal sin el uso de instrumentos, un 77,5% parieron en posición supina. Lo interesante de dichos hallazgos no solo va en que la posición horizontal predominó frente la dorsal (74,7%) y la lateral (25,3%), sino en el hecho que del 39,0 % y el 30,5 % de las mujeres respectivamente que parieron así, afirmaron que la colocación de parto no fue elegida voluntariamente (27).

Entre la razón más usual que dieron las mujeres para no poder elegir libremente fue en un 54,2% que receptaron instrucciones puntuales del personal médico y un 26% indicó que cursaron con restricciones de la movilidad debido a la epidural. Es de puntualizar que la posición más frecuentemente asignada por el personal fue supina u horizontal (73,1 %), seguida de la lateral (19,7 %) (27).

2.1.4. Parto en libre posición

En similitud de todas las acciones otorgadas por los servicios de salud, durante el parto es relevante conservar e implementar un enfoque intercultural, humanitario y de derechos con el propósito de que el cuidado de la gestante y el neonato sea completamente bajo las normas y procedimientos acorde a los requerimientos culturales de la población, que sean empleados por el personal de salud de todos los establecimientos del sistema sanitario (28).

Las posiciones tradicionales, como parir en cuclillas o de pie, ofrecen ciertas ventajas, ya que permitir a las mujeres encontrar la posición más cómoda para ellas aumenta su sensación de participación en el proceso del parto. Las colocaciones erguida y lateral, han demostrado beneficios como menores tasas de intervención, menor duración del parto y mayor satisfacción de la madre (Tabla 4). A pesar de ello, su incorporación en la práctica clínica puede enfrentarse a diversos retos (29).

Tabla 4. Beneficios del parto en libre posición

Aspecto valorado	Colocación en el parto	Mecanismo
Anticipar el parto	Cuclillas	Contracciones más energías y eficaces.
	Sentada	Acrecentamiento del diámetro pelviano
	Vertical	Resultado de la gravedad
Alivio del dolor	Cuclillas	Previene que el peso incurra en la cintura de la gestante
	Sentada	Reduce el trabajo de parto
	Vertical	Reduce el trabajo de parto
	Semisentada	Significativa sensación de control y mayor autosuficiencia

Reducción del trauma perineal	4 puntos	Proporciona una excelente perspectiva del periné y ocasiona que se reduzca la presión del mismo
	De rodillas	Otorga un movimiento más liberal y suprime toda presión externa que pueda caer en la pelvis
Promover el bienestar fetal y del recién nacido	Lateral	
	Vertical	Previene la compresión de la circulación intrabdominal
Manejo de complicaciones obstétricas	Lateral	Optimiza la rotación de la cabeza del feto
	4 puntos	Deslizamiento del hombro impactado

Fuente: Sánchez et al., 2022 (30).

Tabla 5. Complicaciones del parto en libre posición

Hipoxia materna posiblemente progresiva a hipoxia fetal (31).
Hipotensión materna con posible progresión a alteraciones significativas de la frecuencia cardiaca del feto (31).
Reducción de la eficacia de las contracciones (31).
Reducción de la formación de oxitocina por falta de presión suficiente en el cuello uterino (31).
En cuclillas se presenta hinchazón de las partes íntimas debido a la presión sobre las membranas del parto (32).
En posición de cuatro puntos se da un acrecentamiento de desgarros en la vagina, sangrados pospartos (hemorragias). También implica una complicación para el profesional se le dificultaría un óptimo acceso, mientras que, para las gestantes, dicha posición no es bien tolerada puesto que no existe un apoyo determinado (33).

Fuente: Elaboración propia

Se puede delimitar entre otras barreras o limitantes que no facilitan los partos en libre posición van desde las tradiciones y/o normas culturales donde muchos entornos y profesionales están influenciados por prácticas tradicionales y normas culturales que promueven determinadas posiciones para dar a luz. La introducción de posiciones alternativas puede encontrar resistencia debido a estas prácticas establecidas. También es de enfatizar la existencia de falta de instrucción y formación con ello resaltan la posibilidad que los profesionales sanitarios no estén adecuadamente formados para facilitar posiciones alternativas durante el parto. La falta de formación puede dar lugar a una falta de confianza y competencia a la hora de ayudar a las mujeres en estas posiciones (34).

Otras de las barreras influyente son las políticas y directrices institucionales puesto que en ciertos establecimientos sanitarios tienen políticas y directrices que favorecen posiciones específicas durante el parto debido a preocupaciones sobre la responsabilidad o la estandarización. Estas políticas pueden restringir las opciones disponibles para las mujeres durante el parto. Por otro lado, se puede recalcar las limitaciones de infraestructura, es decir, la distribución física de las salas de parto que pueden estar diseñada principalmente para la

comodidad de los profesionales médicos, lo que dificulta la adopción cómoda de posiciones alternativas. Esto va de la mano con las preocupaciones percibidas sobre la seguridad, en este punto puede haber inquietudes sobre las posiciones alternativas por las gestantes (34).

En entornos sanitarios muy concurridos, la escasez de personal puede dificultar la prestación del apoyo y la orientación necesarios para que las mujeres exploren y mantengan posiciones alternativas para el parto. Por otro lado, también es posible que las gestantes no conozcan las posiciones alternativas ni los beneficios que ofrecen. Esta falta de concienciación puede impedirles defender estas posiciones durante el parto. Es de añadir también entre las limitaciones existentes están los entornos clínicos sin infraestructura adecuada para acomodar posiciones alternativas. Las salas de parto abiertas o las salas de parto pequeñas pueden impedir que las mujeres se muevan libremente (34).

Finalmente, los profesionales sanitarios pueden asociar las posiciones alternativas con un mayor riesgo, a pesar de que las pruebas sugieren lo contrario. El miedo a las complicaciones puede desalentar la adopción de estas posiciones. A esto se le suma la ausencia de protocolos estandarizados para implementar posiciones alternativas durante el parto puedan dar lugar a prácticas inconsistentes en los diferentes entornos sanitarios (34).

En una indagación resaltaron que casi 18 mujeres en el posparto informaron haber adoptado libres y diversas posiciones durante el parto. Pasar de la posición en cuclillas a la semi cuclillas durante el parto es la práctica más común en los partos prolongados para evitar lesiones y mortalidad materna y neonatal. Cuatro de las gestantes explicaron que pudieron completar el parto de forma segura con la ayuda de sus suegras y parteras tradicionales, aunque tuvieron dificultades para expulsar la placenta. Sin embargo, adoptar una posición de parto en cuclillas con respiración constante y más larga ayudó a expulsar la placenta (32).

La importancia de la posición en cuclillas, según se desprende de las entrevistas individuales con madres en el posparto, reveló que las parteras tradicionales aconsejan dicha posición como el método más convincente. Es de enfatizar que las parteras tradicionales acotaron que la posición de media cuclillas es la más segura para las gestantes en trabajo de parto que soportan dolores de parto más prolongados. Esta posición ayudó a acortar la duración del parto de dos a tres horas en cuclillas a entre 20 y 40 minutos (32).

2.1.5. Parto en posición de litotomía

La posición litotómica se direcciona a la posición específica del cuerpo para realizar procedimientos quirúrgicos o determinados exámenes médicos. El paciente se coloca en posición supina (es decir, boca arriba con la cara y el torso hacia arriba) con las piernas separadas entre 30 y 45 grados de la línea media. La mesa de exploración está diseñada específicamente para sostener las caderas y las rodillas, que suelen flexionarse unos 90 grados mediante estribos o soportes para las piernas similares a botas (Figura 1). La posición litotómica y sus variaciones permiten un mejor acceso a determinadas zonas anatómicas, como los órganos pélvicos y perineales (Figura 2) (35).

Figura 1. Posición supina y de litotomía



Fuente: Fogle, 2023 (36).

Figura 2. Variaciones de la colocación de Litotomía



Fuente: Fogle, 2023 (36).

Se utiliza habitualmente durante las exploraciones o intervenciones quirúrgicas ginecológicas, rectales y urológicas ya que proporciona ciertos beneficios (Tabla 6). Por el contrario, cuando se permanece en la mesa de exploración durante mucho tiempo, especialmente cuando se supera las dos horas, se debe tener precaución con respecto a las posibles complicaciones (35).

Tabla 6. Beneficios del parto en litotomía

Facilita el acceso a estructuras anatómicas específicas, como los órganos del sistema urinario y reproductivo, así como el recto y el ano.

Es una posición comúnmente seleccionada en cirugías uretrales, cirugías de colon y extracción de cálculos vesicales.

Es considerada como una posición conveniente y favorable en el manejo profesional del paciente.

Posición que proporciona mayor amplitud de los diámetros pélvicos para el parto.

Fuente: Moreno et al., (37).

Los pacientes sometidos a cirugía deben colocarse de forma óptima en la posición quirúrgica en función del lugar de la intervención, el procedimiento y el método de anestesia. Sin embargo, los pacientes están expuestos a diversas complicaciones posoperatorias relacionadas con la posición quirúrgica (Tabla 7). Otra complicación relevante es el síndrome compartimental tras la litotomía, en el que la presión dentro del compartimento muscular cubierto por la fascia aumenta debido a afecciones como el edema y la hemorragia, lo que provoca alteraciones micro circulatorias que inervan los músculos y los nervios (38).

Diversas indagaciones en Colombia y Ecuador, reflejaron que el parto en vertical exhibía menor duración (entre 6 a 50 minutos) a diferencia de la colocación horizontal. Entre otras cualidades resaltaron que se presentaba menor dolencia o requerimientos de episiotomía e instrumentación durante el parto, no obstante, diversas investigaciones no fueron del todo concluyentes ante dicha variable. Al detallar acerca de fallecimientos perinatales, complicaciones neonatales o hemorragias posparto, no se mostraron diferencias entre las diversas nacionalidades estudiadas. Aun así, se puntualizó que el sangrado se evidenciaba en gestantes cuyos partos habían sido sentadas o semisentadas (39,40).

Tabla 7. Complicaciones del parto en litotomía

Alteraciones nerviosas	Por compresión, especialmente del nervio femoral, safeno o del peroneo. Afección del nervio ciático por rotación externa o flexión de la cadera.
Alteraciones circulatorias	Por alteración del retorno venoso lo cual puede desencadenar mayor riesgo de trombosis venosa. Lesiones por aplastamiento.
Dolencia o malestar	Con predominio en áreas glúteas, lumbares, pies, piernas producto de la tensión de la musculatura ejercida en los tejidos. Puede exteriorizarse parestesia o dolor en el pie.
Musculoesquelético	Rigidez, dolencias musculares, lesiones por movilidad inadecuada previo o posterior a la colocación de la paciente en la posición de litotomía.
Otras complicaciones	En cirugías prolongadas y en personas con múltiples comorbilidades, especialmente del sistema cardiovascular, puede causar edema pulmonar y agotamiento del músculo cardíaco.

Fuente: Armata (35) y Medina (41).

2.1.6. Formación y capacitación del personal sanitario

Las enfermeras y las comadronas están en primera línea de la atención sanitaria durante el parto, y desempeñan un papel primordial en los efectos fisiológicos y psicológicos de la experiencia de la gestante. Es relevante explorar los juicios y el entendimiento de las profesionales sobre las disposiciones de parto, ya que permite percibir la práctica clínica actual y distinguir si la atención materna está basada en pruebas científicas. Es de puntualizar que la colocación supina se ha vuelto tan habitual que ni los profesionales o las gestantes la consideran ahora como una intervención. Además, la presencia de la cama de parto en las salas de parto indica implícitamente a las mujeres que la posición supina es frecuente (10,14).

La comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios y las gestantes es fundamental para explorar y facilitar posiciones alternativas durante el parto. Cuando estas no se pueden llevar a cabo, ya sea por barreras lingüísticas o la falta de comunicación pueden problematizar este proceso. Las intervenciones médicas, como la monitorización fetal continua o las vías intravenosas, pueden circunscribir la capacidad de la mujer para desplazarse libremente y adoptar posiciones alternativas durante el parto. No obstante, es de puntualizar como los profesionales sanitarios suelen trabajar con horarios muy ajustados, lo que puede limitar el tiempo disponible para discutir y probar posiciones alternativas para dar a luz con las mujeres en trabajo de parto (34).

Entre todo el equipo de salud, la enfermería posee un deber y una responsabilidad mayor, sobre todo en partos donde el colocar a la paciente y encontrar un equilibrio entre la flexibilidad y las rutinas estrictas constituye un reto. En ocasiones, su responsabilidad hacia el paciente y la atención integral podían verse cuestionadas. A diferencia de los cirujanos, quienes pueden mostrarse reacios a bajar las extremidades (piernas) para su reperusión, a las enfermeras de quirófano les resulta bastante difícil considerar esta necesidad, y las relaciones de poder pueden ser uno de los problemas (42).

Las enfermeras de quirófano se enfrentan a retos diarios en lo que respecta al posicionamiento de los pacientes. Para lograr una atención de calidad, se requiere tanto experiencia como rutinas. Dado que la posición de litotomía es habitual para obtener un acceso óptimo durante diversas intervenciones quirúrgicas, se le debe prestar especial atención. Por ello es aconsejable que para prevenir complicaciones como el síndrome compartimental que puede generarse a causa de la colocación en litotomía, es recomendable cambiar de la posición de litotomía a la posición de piernas abiertas; basar la restricción de la elevación de las extremidades inferiores en la altura de la aurícula derecha. También se ha destacada el prevenir la compresión en el punto de contacto de la parte inferior de la pierna y proporcionar cuidados de enfermería (43).

Tomando a consideración en el alivio del dolor los enfermeros durante el parto de la gestante es esencial y abarca una diversidad de intervenciones y tácticas proyectadas para proveer confort, soporte y mejoría durante el alumbramiento. Los enfermeros especialistas en obstetricia representan una labor crucial en la ejecución y promoción de prácticas no farmacológicas para el empleo de la dolencia, trabajando en conjunto con la gestante para avalar una práctica de parto segura y apacible (44,45).

Por ello es óptimo proporcionar un medio de soporte y juicio que promueva la confianza y la tranquilidad en la gestante, lo que circunscribe establecer una relación terapéutica consistente con la mujer y su familia, proponiendo instrucción acerca de las opciones de manejo del malestar y ayudando a la gestante a elegir de forma consciente su atención. Esto puede implicar ayudar a la mujer a adoptar diferentes posiciones para aliviar la presión y la incomodidad, proporcionar masajes o asistencia con la respiración y brindar apoyo emocional y físico constante durante todo el proceso, para generar una atención holística y un parto más humanizado (46,47).

III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio implementó una indagación de tipo descriptiva y retrospectiva, examinando investigaciones publicadas y que analicen acerca del parto en libre posición y en disposición de litotomía. Esto con el propósito de evidenciar y agrupar las narrativas y perspectivas teóricas, resultantes observadas y deducción de cada investigador, con ello se otorga un análisis crítico y detallado de los datos informativos alcanzados a lo largo de su búsqueda y revisión.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La indagación optó por una revisión literaria y documental con enfoque cualitativo lo cual permitió revisar las conceptualizaciones recientes acerca de la problemática. En esta situación en específico se procuró de establecer complicaciones y beneficios del parto en litotomía respecto a la libre posición. Con ello se pudo constituir juicios unificados acerca del parto y la frecuencia de elección en libre posición o en litotomía.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Todas las indagaciones en cada artículo selecto del presente estudio cursaron por criterios incluyentes y excluyentes asociados a la problemática y la temática abordada, los cuales se puntualizan a continuación.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Se consideraron las fuentes narrativas publicadas entre el 2019 al 2025.
- Investigaciones acerca del parto como tema principal y que se centren en el parto en litotomía y en libre posición.
- Se consideraron a todos los artículos cuya información fue completa y gratuitamente accesible.
- Estudios relatados y publicados en inglés o español.

3.3.2. Criterios de exclusión

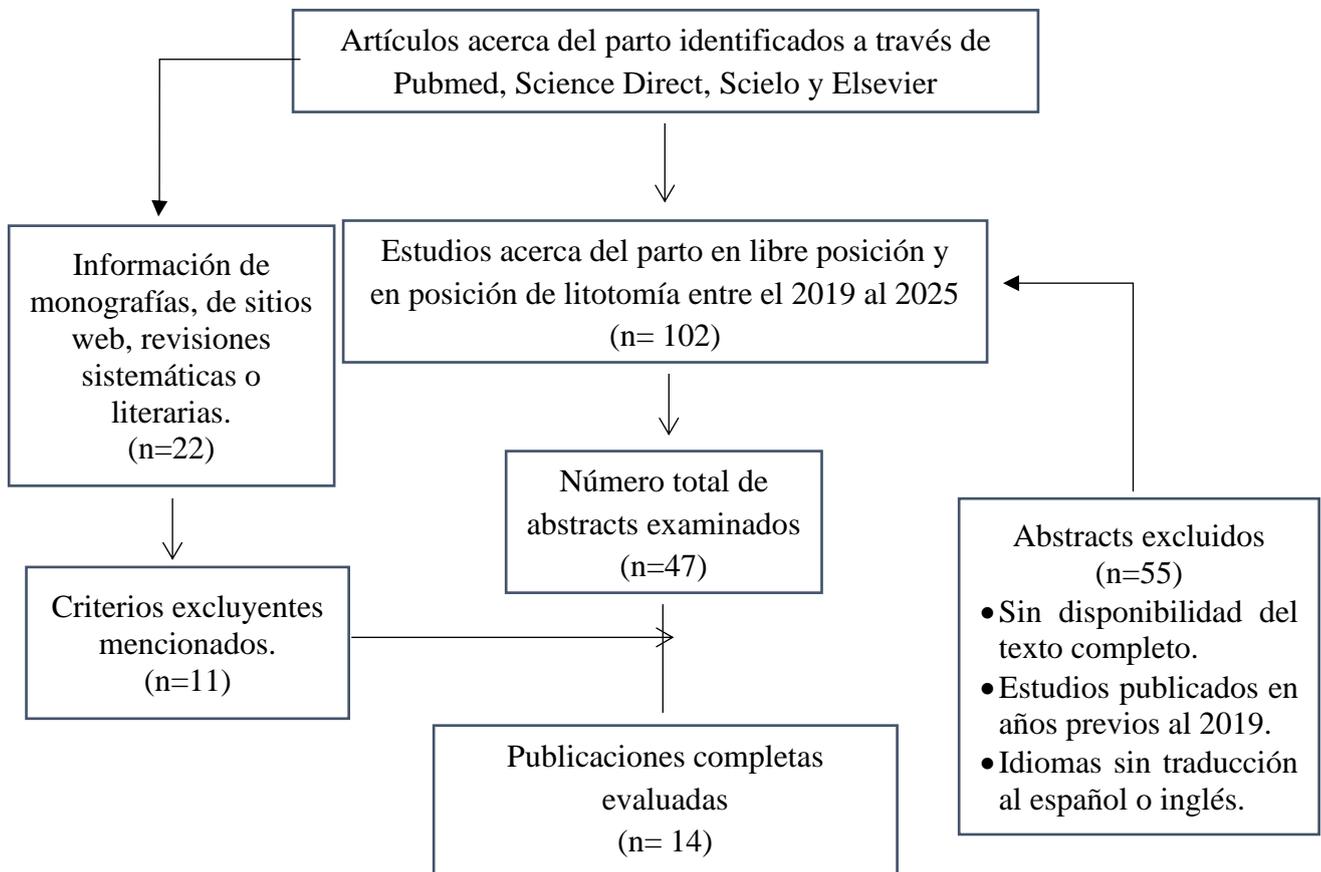
- Toda investigación cuyos datos informativos no sean consistentes o no se asocie con la problemática o tema principal.
- Investigaciones ambiguas, monografías, de sitios web, revisiones bibliográficas o literarias.
- Artículos publicados en épocas previas al 2019.

3.4. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La investigación en su totalidad fue adquirida a través de bases científica como: Pubmed, Science Direct, Scielo y Elsevier. Se analizaron cada artículo en inglés o español y se complementaron con operadores booleanos como AND (“Lithotomy” OR “Childbirth”) AND (“free position during childbirth” OR “Lithotomy childbirth”). Se adecuó la exploración para Pubmed con nomenclatura MeSH (Medical Subject Headings), de la

Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos de Salud (EE. UU), en la página web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Los estudios finales fueron agrupados para un mejor entendimiento de la información examinada dando una muestra final de catorce estudios bibliográficos que cumplieron con los criterios empleados en el estudio (Figura 3).

Figura 3. Esquema de búsqueda estratégica de las bibliografías.



3.5. CUESTIONES ÉTICAS

El desarrollo investigativo demandó la revisión y alcance de estudios publicados de fuentes científicas en los gestores de búsquedas previamente relatados. Toda la información adquirida se mantuvo en completa reserva y se empleó solo con fines analíticos y para contrastación de datos. Por ello, la indagación no ameritó participación y/o autorización de terceras partes, considerando que se optó por examinar bases de datos libres de acceso y se implementaron las correspondientes referencias y citas bibliográficas.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Entre los hallazgos evidenciados en la literatura, Kibuka et al., (48) se observó una diferencia media significativa (DM) en la duración de la primera etapa del parto 1 hora y 22 minutos y una reducción en las tasas de cesáreas en el grupo de parto en posición vertical en comparación con el horizontal. Además, hubo una diferencia estadísticamente significativa en la duración (minutos) de la segunda etapa del parto y una reducción en las tasas de partos vaginales asistidos en el grupo en posición vertical en comparación con el grupo en posición horizontal sin analgesia epidural. Esta revisión encontró variaciones entre el efecto contradictorio de la posición en cuclillas con cojín, silla y taburete en relación con la posición horizontal en cuanto a la duración del parto, el parto vaginal asistido, durante la segunda etapa del trabajo de parto. La causa de las variaciones en los resultados de estos desenlaces no está clara.

Por otro lado, Camargo et al., (6) evidenciaron la elección del parto vertical en un 39,1% predominando la colocación semisentada. Si bien el 91,51% ya poseía un parto previo (sin antecedentes), las gestantes con una edad mínima de 15 años elegían parir en posición de litotomía a diferencia del parto vertical que fue más electo por gestantes con más de 45 años. Entre las complicaciones, en la litotomía se exhibieron tres situaciones con una hemorragia de máximo de 2500ml y si bien en el parto vertical también cursaron con sangrados, se dio en menor volumen. Los desgarros reportados fueron frecuentes en ambas posiciones en el 48,5% a diferencia de las involuciones uterinas (a las 6, 12 y 24 horas) y la velocidad en que se dio el parto, donde ambas predominaron en el vertical frente a la litotomía

En cambio, Sánchez et al., (49) revelaron en su indagación que si bien el 44% eligieron una posición libre (LE) para parir un 56% manifestaron ser forzadas a escoger la litotomía (LF). Las gestantes que eligieron la libre posición cursaban con una media de edad de 31 años, el 20,5% de edades avanzadas, con una gestación de 39 semanas, el 61,4% eran nulíparas, con un acrecentamiento ponderal del 10,66 kg. Por otro lado, en colocación de litotomía la edad media fue de 29 años con un 10,7% de madres con edades avanzadas, la semana gestacional del parto no varió, pero las madres nulíparas fueron menores (35,7%). Conforme al manejo durante el trabajo de parto, en las madres de posición libre cursaron el 75% a libre evolución, el 18,2% tuvieron conducción y un 6,8% fueron inducciones; el uso de anestesia fue dado en el 4,5%, la duración del parto fue de 62,7 minutos. Mientras que en el grupo de gestantes por litotomía el 64,3% estuvieron en conducción, 33,9% a libre evolución y un 1,8% fueron inducidas a parir y con un destacado 58,9% de gestantes anestesiadas. Es de añadir que el periodo expulsivo, fue de 63 minutos en litotomía, el tiempo máximo observado fue de 180 minutos. Al comparar los sitios de localización de los desgarros, describieron que en libre posición no se hallaron, pero en litotomía se presentaron en un 8,6%. Considerando los desgarros en más de una localización, fue reportado en el 13,6% de las madres que parieron por libre colocación comparado el 19,6% de casos en Litotomía. Finalmente, en ambos grupos, la combinación de perineal con parauretral fue

predominante.

Es de añadir que Berta et al. (50), exhibieron que la duración de la segunda etapa del parto en los estudios incluidos osciló entre 3,2 y 34,38 minutos. La diferencia media ponderada combinada con el modelo de efectos fijos fue de 23,47 minutos, es decir, el uso de una posición flexible del sacro puede reducir la duración de la segunda etapa del parto en 21,12 minutos. La reducción se debió principalmente al parto en posición flexible del sacro y la posición en cuclillas, que redujeron la duración en 25,9, 29,7 y 34,38 minutos, respectivamente. La reducción de la duración de la segunda etapa tiene mayores ventajas tanto para la madre como para el bebé, ya que disminuye las intervenciones innecesarias para la madre y reduce las anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, la hipoxia neonatal y la acidosis. Tener esta oportunidad de elegir podría hacer que las mujeres se relajaran y se sintieran cómodas. También podría facilitar la rotación y el descenso de la cabeza del bebé y, por lo tanto, contribuir a la reducción de la duración de la segunda etapa del parto.

Mselle et al., (10) detallaron en su estudio que generalmente son las parteras las que suelen decidir las posiciones para dar a luz de las mujeres en trabajo de parto y la posición supina es la posición para dar a luz más conocida. Las madres en posparto también creían que la posición supina facilitaba a la partera la realización de los partos, ya que les permitía observar el proceso de nacimiento mientras asistían a la madre durante la segunda etapa del parto. Por otro lado, las gestantes creían que otras posiciones para parir, como la lateral y la en cuclillas, no eran adecuadas para la mujer que daba a luz. Por lo tanto, pocas gestantes posparto cambiaron de posición para aliviar el dolor que sentían mientras estaban en posición supina. Curiosamente, las posiciones lateral y erguida han sido eficaces para corregir la mala posición del feto, contrariamente a lo que percibían las participantes en el estudio. Además, se narró que la posición lateral es eficaz para aliviar el agotamiento materno debido al parto prolongado y también aumenta la tasa de integridad perineal.

Es de agregar también los hallazgos de Kjeldsen et al., (12) quienes describieron que la posición más frecuente fue la de libre posición con predominio en estar acostada, con una mediana de 659 minutos de duración del parto lo que equivale a 11 horas y, por lo tanto. Las gestantes que eligieron libremente una posición sentada duraron 7,3 horas, las madres más activas, que optaron por caminar fue menos frecuente que estar de pie, con una mediana de tiempo de 46 a 180 minutos. Las mujeres pasaron 1152 (687;1369) minutos en posiciones no flexibles del sacro, lo que equivale a 19,2 horas o al 80 % de las últimas 24 horas antes del parto. Más del 90% dio a luz en una posición no flexible del sacro. Las que pasaron más tiempo en posiciones no flexibles del sacro receptaron más analgesia epidural que las mujeres que pasaron más tiempo en posiciones flexibles del sacro.

Verastegui et al., (51) exteriorizaron que, si bien la movilidad y los cambios de posición de las personas en trabajo de parto mejoren los resultados del parto en personas con analgesia epidural en dosis bajas, ya que se han observado grandes beneficios en aquellas que no reciben este tipo de analgesia. No obstante, en su metaanálisis mostraron que no existen diferencias significativas en las medidas de resultado estudiados. Cabe señalar que

no se observaron efectos perjudiciales, por lo que la libertad de movimiento de las personas en trabajo de parto con analgesia epidural debe apoyarse como una opción segura. Además, puntualizaron que, las técnicas de analgesia epidural en dosis bajas minimizan el bloqueo motor al tiempo que proporcionan un alivio eficaz del dolor, lo que ha demostrado un alto grado de satisfacción de las gestantes. Pero a pesar de haberse descrito que las posiciones erguidas y el movimiento durante el parto en personas con analgesia epidural pueden disminuir la duración del parto debido a la movilidad pélvica, en su estudio, este resultado no fue significativamente diferente entre las posiciones del estudio.

Zang et al., (52) en su metaanálisis reflejaron que las posiciones verticales redujeron significativamente la tasa de partos vaginales instrumentales, acortaron la fase de pujar activa, redujeron la tasa de traumatismos perineales graves y de episiotomías, pero acrecentó significativamente la tasa de traumatismos perineales de segundo grado. No obstante, no se observaron diferencias significativas en la duración de la segunda etapa del parto ni en la hemorragia posparto. Indicaron que la colocación en litotomía tiene efectos negativos en los resultados del parto, como el incremento del riesgo de parto asistido. Aunque señalan que es posible que se haya sobreestimado la ventaja de las posiciones verticales para acortar la segunda etapa del parto. No obstante, considerando la fase de pujar activa, se mostraron que las posiciones erguidas acortaban significativamente la misma, especialmente la posición en cuclillas ya que acrecentaba la dimensión pélvica.

Crespo et al., (53) quisieron resaltar el parto humanizado ante lo cual examinaron gestantes de un centro sanitario donde el rango etario de las mujeres fue entre 18 a 20 años, un 58,3% ya habían parido previamente (multíparas) y donde predominó un tipo de parto en posición libre: en postura sentada en un 34,2%, de rodillas en el 25%, de pie y decúbito lateral en el 12,5% y en cuclillas en el 15,8% de los partos. En esta posición las gestantes puntualizaron que si cursaban con menos dolores (68,3%), su duración del parto fue menor a 6 horas en las primerizas (23,5%) y de 4 horas en multíparas (45,8%). Si bien destacaron también que el 80,8% no recurrió a ninguna clase de anestesia, hubo un 19,2% que independientemente de la clase de posición elegida si utilizaron analgésicos. En simultaneo, destacaron que el 69,2% no exteriorizaron ninguna clase de desgarro, considerando que el 60% habían sido atendidas con favorablemente.

Arévalo et al., (54) reflejaron en su estudio una variabilidad de rango etario entre las gestantes (18 a 42 años) destacando que el 10,8% prevalecía en 20 años y solo el 0,6% cursaba entre los 41 a 45 años. Un 64,2% eran multíparas y entre la posición más elegida en un 99,5% fue la libre posición con predominio de un parto sentado frente a la litotomía. En la indagación también se puntualizó que un 29,1% presentaron complicaciones, entre ellos se requirió episiotomía (14,9%), se evidenció hemorragia posparto (6%) o cursaron con un desgarro perineal (0,1%).

Narea et at., (55) evidenciaron que gestantes eligieron un tipo de parto en posición libre: en postura semisentada en un 35,6%, sentada en el 30,6%, cuclillas en el 17,8%, de rodillas en el 10% y colgada de sogas en el 6,1% de los partos. En esta posición las gestantes

puntualizaron que si cursaban con desgarro perineal en el 60,6% cuyo mayor grado de lesión fue del primero (28,3%) a pesar que el 39,4% no presenciaron mayor complicación. Los autores profundizaron en la problemática y destacaron que entre los riesgos más asociados a esta complicación fue la presencia de un periné rígido (21,1%), un feto grande (9,4%) o un parto precipitado (16,1%). En simultaneo, destacaron que el 33,3% exteriorizaron dolores, un 13,3% dispareunia y un 7,2% incontinencia fecal o urinaria.

Deliktas y Kukul (56) determinaron que la posición vertical solo tenía un efecto significativo sobre la incidencia de partos instrumentales, no obstante, era eficaz para reducir significativamente el riesgo de episiotomía. Por otro lado, señalaron que está libre posición en gestantes sin analgesia epidural rutinaria puede aumentar ligeramente la proporción de hemorragias posparto.

Por otro lado, Medina (41) describió que las complicaciones de la litotomía yacen en la duración que cursa la gestante en dicha posición lo cual repercute en los nervios periféricos resultando en sintomatología como hormigueo, entumecimiento o lesiones permanentes o temporales. De la mano va la alteración y dificultad del retorno venoso, complicando la circulación de las extremidades y ocasionando hasta trombosis. Si no vasta todo ello, la incomodidad de la gestante, el dolor lumbar y las lesiones son otras de las complicaciones que se pueden presentar dada la tensión de la musculatura y la presión ejercida en diversos tejidos.

Finalmente, Fu et al., (4) exploraron los efectos tanto de la posición sentada frente a la litotomía revelando que las primíparas que optaron por una colocación sentada tuvieron una duración más corta del parto, tasas más elevadas de partos vaginales espontáneos, menos episiotomías o requerimientos para intervenciones quirúrgicas y una mejor experiencia al parir, lo que también condujo a puntuaciones más bajas de dolor perineal en comparación con la litotomía. No obstante, cabe señalar que no hubo diferencias significativas en las lesiones perineales, ni en la hemorragia posparto a las 2 horas entre ambas posiciones.

Tabla 8. Hallazgos característicos del parto libre posición y en litotomía.

Hallazgos	Parto en libre posición	Parto por litotomía
Gestantes	Rango etario de 18 a 45 años con una media de 31 años (6,49,54,53).	Rango etario de 15 a 29 años (6,49). El 10,7% eran de mayores edades (49).
	Un 61,4% fueron nulíparas (49) y un 64,2% multíparas (54,53).	35,7% fueron nulíparas (49).
Tipo de parto	De rodillas (53,55). Sentada o semisentada (6,49,53,55). De pie (12,53). Cuclillas (53,55). Colgada de soga (55).	
Duración del parto	Reducción significativa (media de 1	Prolongado (48).

	hora y 22 minutos) (48).	
	Periodo expulsivo con una reducción significativa de 21 a 34 minutos (50) con una duración promedio de 62 minutos (49). En las primíparas fue más corta en posición sentada (4). La fase de pujo fue más corta (52) con una duración de 6 horas o menos en primigestas (23,5%) y hasta 4 horas en multíparas (45,8%) (53).	Periodo expulsivo de 63 minutos hasta un máximo de 180 minutos (49).
Inducción/Conducción del parto	Si bien en el 75% el parto cursó con una evolución libre, otro 6,8% fue inducido y un 18,2% requirieron conducción (49).	Inducción en el 1,8%, mientras que la conducción en el 64,3% (49).
Procedimientos requeridos	Reducción de tasas de intervención por cesárea y/o partos vaginales asistidos con instrumentales (48).	Mayor intervención quirúrgica (cesárea) y/o partos vaginales asistidos con instrumentales (48,52).
Uso de analgesia	El empleo de la misma fue en el 4,5% a diferencia del 80,8% no requirió.	Hubo una mayor recepción de analgesia, en el 58,9% de gestantes.
Episiotomías	Se evidenció una reducción significativa (4,52,56).	Ameritaron en un 14,9% de los casos (54).
Involución del útero	Rápido (6).	Prolongado (6).
	Se evidenciaron menor volumen de sangrado (hemorragia) (6). No obstante, puede acrecentarse los sangrados en gestantes que no hayan recurrido a la epidural (56).	Mayor volumen de hemorragia de hasta 2500 ml (6).
Complicaciones	Los desgarros perineales son habituales hasta en el 48,5% de los casos (6). Si bien en ciertas indagaciones no se hallaron desgarros (69,2%) (6,53), el 13,6% se presentaron en más de una localización (49). En esta posición hubo mayor riesgo de traumatismo perineal de segundo grado (52).	Los desgarros fueron frecuentes en hasta un 8,6% de las pacientes (6,49). Se reportaron una incidencia del 19,6% de desgarros en más de 1 ubicación (49). Hay mayor riesgo de manifestarse

Por otro lado, Narea et al., (55) detallaron que el 60,6% de sus gestantes cursaron con desgarro perineal y de ello el 28,3% fue de grado 1.	traumatismos de gravedad (52).
Un 68,3% manifestaron pocos dolores (4,53).	Hubo dolor, tensión en la musculatura y manifestaron incomodidad (41).
Alteraciones circulatorias o nerviosas no se mencionaron (41).	Mayor riesgo de lesiones en nervios, alteraciones en el retorno venoso, trombosis, hormigueo o entumecimiento (41).

Fuente: Elaboración propia.

4.1. DISCUSIÓN

El estudio ha examinado la información científica acerca de los beneficios y complicaciones del parto en libre posición y de litotomía acorde a los niveles de evidencia que se describen a continuación:

Tabla 9. Nivel de evidencia acorde a la Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Caracterización de la evidencia literaria	Nivel
Meta-análisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo	1++
MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.	1+
MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.	1-
RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.	2++
Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.	2+
Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.	2-
Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.	3
Opinión de expertos.	4

Los beneficios evidenciados por la literatura resaltaron los propuestos por Kibuka et al (1++) y Sánchez, et al (2+) destacaron que la libre posición ofrecía una menor duración del parto (aproximadamente 1 hora) y una reducción en las tasas de cesáreas en comparación con el horizontal. Además, de una diferencia estadísticamente significativa en la duración (minutos) de la segunda etapa del parto y una reducción en las tasas de partos vaginales

(48,49). Fu et al., (2++), Crespo et al., (2+) y Berta et al., (1++) concuerdan con lo previamente narrado y enfatizan que la posición libre durante el parto tiene un efecto en la reducción de la duración, con una variación considerable ya que reduce las intervenciones innecesarias para la madre y las anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, la hipoxia neonatal y la acidosis (4,53,50).

Entre otros beneficios que otorga está menos probabilidades de requerir episiotomías o cesárea y una mejor experiencia al parir, lo que también condujo a puntuaciones más bajas de dolor perineal en comparación con la litotomía (4,50). Curiosamente, Mselle y Eustace (2+) resaltaron que las posiciones lateral y erguida han sido eficaces para corregir la mala posición del feto, contrariamente a lo que percibían las participantes en el estudio. Además, se narró que la posición lateral es eficaz para aliviar el agotamiento materno debido al parto prolongado y también aumenta la tasa de integridad perineal (10).

Hay que mencionar que al considerar la frecuencia de elección del parto en libre posición con respecto a la de litotomía se observó que Kjeldsen et al., (2+) y Arévalo et al., (2+) destacaron que la posición más elegida fue la libre posición, con predominio de un parto sentado frente a la litotomía (12,54). Esto es secundado por Camargo et al (2+) junto a Kibuka et al., (1++) resaltaron un mayor apego al parto vertical en un 39,1%, predominando la colocación semisentada, sobre todo en gestantes de edades avanzadas (6,48). A diferencia de las madres de 15 años que elegían parir en posición de litotomía, Sánchez, et al., (2+) difieren y resaltan que, si bien el 44% eligió una posición libre para parir, un 56% de las gestantes manifestaron ser forzadas a escoger la litotomía. De esta última, la edad media de las participantes era de 29 años, con un 10,7% de madres con edades avanzadas, resaltando que, en ocasiones esta posición no implica una elección consciente de la gestante sobre todo entre las más jóvenes (49).

Narea et al., (2+) no solo respalda que la colocación de parto frecuentemente elegida es en libre posición, también resalta entre ello las posturas más elegidas, tales como: la semisentada en un 35,6%, la sentada en el 30,6%, en cuclillas en el 17,8%, de rodillas en el 10% y colgada de sogas en el 6,1% de los partos (55). Es de añadir que Sánchez, et al (2+) detallaron que generalmente son las parteras las que suelen decidir las posiciones para dar a luz de las mujeres en trabajo de parto y la supina es la posición más conocida para dar a luz (49).

Las madres en posparto también creían que la posición supina facilitaba a la partera la realización de los partos, ya que les permitía observar el proceso de nacimiento mientras asistían a la madre durante la segunda etapa del parto. Por otro lado, las gestantes creían que otras posiciones para parir, como la lateral y la en cuclillas, no eran adecuadas para la mujer que daba a luz (10). Esto contrasta con lo estudiado por Verastegui et al., (1+) quienes detallaron que, si bien la movilidad y los cambios de posición de las gestantes en trabajo de parto mejoran los resultados, esto no necesariamente es significativamente diferente entre las posiciones libre o de litotomía (51).

Finalmente, Medina (2-) evidenció que las complicaciones de la litotomía yacen en la duración que cursa la gestante en dicha posición lo cual repercute en los nervios periféricos resultando en sintomatología como hormigueo, entumecimiento o lesiones permanentes o temporales. De la mano va la alteración y dificultad del retorno venoso, complicando la circulación de las extremidades y ocasionando hasta trombosis. Si no basta todo ello, la incomodidad de la gestante, el dolor lumbar y las lesiones son otras de las complicaciones que se pueden presentar dada la tensión de la musculatura y la presión ejercida en diversos tejidos (41).

Esto concuerda con Camargo et al., (2+) quienes reportaron mayores casos de hemorragia a diferencia del parto en libre posición donde era en menor volumen (6). Por otro lado, Fu et al., Fu et al., (2++) difieren con ello y señalaron que no hubo diferencias significativas en las lesiones perineales, ni en la hemorragia posparto a las 2 horas entre ambas posiciones (4). Mientras que Zang et al., (1+) resaltaron que las posiciones verticales redujeron significativamente la tasa de partos vaginales instrumentales, acortaron la fase de pujar activa, redujeron la tasa de traumatismos perineales graves y de episiotomías. Aunque señalan que es posible que se haya sobreestimado la ventaja de las posiciones libres para acortar la segunda etapa del parto. No obstante, mostraron que las posiciones erguidas acortaban el puje, especialmente la posición en cuclillas ya que acrecentaba la dimensión pélvica (52).

Mientras que Deliktas y Kukulcu (1+) determinaron que la posición vertical solo tenía un efecto significativo sobre la incidencia de partos instrumentales, no obstante, era eficaz para reducir significativamente el riesgo de episiotomía (56). Kibuka et al., (1++) concuerdan y detallaron variaciones entre el efecto contradictorio de la posición en cuclillas con cojín, silla y taburete en relación con la posición horizontal en cuanto a la duración del parto, el parto vaginal asistido, durante la segunda etapa del trabajo de parto. Sánchez, et al., (49) por el contrario resaltaron que esta posición si cursa con complicaciones puesto si bien no se hallaron sitios de localización de desgarros, hubo casos con más de una localización hasta en un 13,6% de las madres que parieron por libre colocación (48). Finalmente, los hallazgos científicos destacaron que la posición libre durante el parto otorga más beneficios, tiene menos complicaciones y es considerada como una mejor opción frente a la litotomía.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Tras la analítica efectuada de la literatura científica considerada en el estudio, se concluye que:

- La posición libre durante el parto otorga más beneficios que la litotomía, ya que promueve una mejor experiencia de la madre. Esta práctica asegura una reducción del proceso en sus dos etapas, un trabajo de parto más corto, disminución del sangrado y menor tasa de episiotomías e intervenciones médicas con una involución uterina más rápida en el posparto. En simultaneo, brinda una experiencia más controlada, lo que favorece a la disminución de la percepción del dolor y, en muchos casos, a la no necesidad de analgesia. Además, contribuye a un mejor bienestar fetal por la disminución de patrones anormales en la frecuencia cardiaca fetal. Por ello, los profesionales que acompañan a las madres en trabajo de parto deben ofrecerles la oportunidad de moverse libremente y deben considerar la amplia variedad de posiciones que pueden adoptar a lo largo de todo el proceso.
- El parto en libre colocación es cada vez más usual, superando en diversos contextos a la litotomía. En varias indagaciones, una significativa parte de las gestantes optaron por posiciones verticales (tanto sentada como semisentadas), en cuclillas, arrodilladas e incluso el empleo de componentes de apoyo. Mientras que la posición de litotomía está relacionada con intervenciones preferenciales del personal de salud, quienes la distinguen como la posición que proporciona una mejor vigilancia del parto.
- Las complicaciones fueron diversas, en la litotomía, se reportaron desde dolores lumbares, casos de hemorragia, una mayor incidencia de desgarros perineales, repercusiones negativas en los nervios periféricos hasta sintomatología como hormigueo o entumecimiento, y dificultar el retorno venoso, lo que puede llevar a problemas circulatorios e incluso trombosis. Mientras que la libre posición, aunque generalmente se asocia con menos episiotomías, factores como un feto grande, un periné rígido o un parto precipitado pueden acrecentar los desgarros.

5.2. RECOMENDACIONES

Considerando las conclusiones del presente estudio investigativo, se recomienda:

- Se recomienda a los profesionales sanitarios que prestan asistencia durante el parto que determinen la posición adecuada teniendo en cuenta los elementos de riesgo individuales de las mujeres (corporales, emocionales y psicológicos). En simultaneo es recomendable identificar las posiciones que hacen que las mujeres dependan de una cama, de acuerdo con las directrices basadas en la evidencia, y reduzcan las barreras u obstáculos que puedan surgir en las preferencias de posición.

- Concientizar, animar y apoyar a las gestantes a adoptar posiciones libres que puedan facilitar el parto fisiológico y acrecentar la sensación de control de las madres durante el parto sin comprometer su seguridad o la del feto.
- Se recomienda expandir las investigaciones centradas en la valoración del impacto psicológico que la litotomía, frente a la libre movilización, puede tener en las gestantes durante el parto, con o sin analgesia epidural. Incluso, efectuar trabajos orientados en el movimiento de las mujeres como un analgésico que puede influir en la experiencia del dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Satone P, Tayade S. Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. *Cureus*. [en línea]. 2023.[citado 2 de junio del 2025]; 15(4): p. 1-11. DOI 10.7759/cureus.37943.
2. Kjeldsen L, Læssøe U, Bendix JM. Maternal positions in childbirth – A cohort study of labouring women’s movements and body positions the last 24 hours before birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*. [en línea]. 2025.[citado 2 de junio del 2025]; 43: p. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101059>.
3. Rezaie M, Dakhesh S, Kalavani L, Valiani M. A Comparative Study on the Effect of Using Three Maternal Positions on Postpartum Bleeding, Perineum Status and Some of the Birth Outcomes During Latent and Active phase of the Second Stage of Labor. *Cyprus J Med Sci*. [en línea]. 2020.[citado 2 de junio del 2025]; 5(1): p. 57-65. <https://doi.org/10.5152/cjms.2020.790>.
4. Fu L, Huang J, Li D, Wang H, Xing L, al e. Effects of Using Sitting Position versus Lithotomy Position during the Second Stage of Labour on Maternal and Neonatal Outcomes and the Childbirth Experience of Chinese Women: A Prospective Cohort Study. *Healthcare*. [en línea]. 2023.[citado 2 de junio del 2025]; 11(22): p. 2996. doi: 10.3390/healthcare11222996.
5. Liu H, Li L, Wang X, Zhu X, Sun L, al e. Effectiveness of nulliparous women’s different childbirth positions during the second stage of labor: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. [en línea]. 2025.[citado 2 de junio del 2025]; 12(3): p. 268-275. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2025.04.006>.
6. Camargo G, Güzgüan J, Sánchez N, Barragán J, Huamanga B, Soto R. Comportamiento clínico del parto vertical y en posición de litotomía en dos centros de salud de Cusco, Perú. *Ginecol Obstet Mex*. [en línea]. 2022.[citado 2 de junio del 2025]; 90(3): p. 222-233. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.7133>.
7. Agudo B, Arévalo T, Agudo X, Ojeda A. Preferencia de posición del parto, en el Centro de Salud “Velasco Ibarra”. *Conference Proceedings UTMACH*. [en línea]. 2021.[citado 2 de junio del 2025]; 5(1): p. 78-84. <https://doi.org/10.48190/cp.v5n1a1>.
8. Sánchez S, Ureta L, Mata V, al e. Percepción del parto respetado en gestantes indígenas shuar y achuar del cantón taisha, año 2018-2019. *Más Vida*. [en línea]. 2022.[citado 2 de junio del 2025]; 4(2): p. 140–159. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0129>.
9. Colmenares J, Ramírez B. Volvamos al parto humanizado. *Rev Obstet Ginecol Venez*. [en línea]. 2024.[citado 1 de julio del 2025]; 84(3): p. 316-328. <https://doi.org/10.51288/00840313>.
10. 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*. [en línea]. 2020.[citado 2 de junio del 2025]; 20(36): p. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4>.
11. OPS: Organización Panamericana de la Salud. [en línea]. Washington:OPS. [Online];

- 2025.[citado 2 de junio del 2025].Salud materna. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>.
12. Kjeldsen L, Dahlen H, Maimburg R. Expectations of the upcoming birth – A survey of women’s self-efficacy and birth positions. *Sexual & Reproductive Healthcare*. [en línea]. 2022.[citado 2 de junio del 2025]; 34: p. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100783>.
 13. Alcaraz L, Escuriet R, Palau R, Leon F, Robleda G. Midwife-attended planned home births versus planned hospital births in Spain: Maternal and neonatal outcomes. *Midwifery*. [en línea]. 2024.[citado 2 de junio del 2025]; 136: p. 1-12. doi: 10.1016/j.midw.2024.104101.
 14. Yadav A, Kamath A, Mundle S, Baghel J, al e. Exploring the perspective of nursing staff or caregivers on birthing positions in Central India. *J Family Med Prim Care*. [en línea]. 2021.[citado 2 de junio del 2025]; 10(3): p. 1149-1154. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_2066_20.
 15. Nikoukar F, Dadkhahtehrani T, Valiani M, Movahedi M. Comparison of Maternal and Fetal Outcomes Between Lithotomy with Hands and Knees Positions for Childbirth: A Randomized Clinical Trial. *J Nurs Midwifery Sci*. [en línea]. 2023.[citado 2 de junio del 2025]; 10(2): p. e135325. <https://doi.org/10.5812/jnms-135325>.
 16. OMS: Organización Mundial de la Salud. [en línea]. Washington: OMS. [Online]; 2024.[citado 2 de junio del 2025]. Newborn mortality. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>.
 17. OPS: Organización Panamericana de la Salud. [en línea]. Washington: OPS. [Online]; 2023.[citado 2 de junio del 2025]. Parteras tradicionales: salvar vidas conjugando los saberes de las medicinas ancestral y occidental. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/parteras-tradicionales-salvar-vidas-conjugando-saberes-medicinas-ancestral-occidental>.
 18. De Menezes F, Da Silva T, Felisbino M, Dos Santos L, al e. Influence of the COVID-19 pandemic on labor and childbirth care practices in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. [en línea]. 2023.[citado 2 de junio del 2025]; 23(1): p. 91. doi: 10.1186/s12884-023-05358-2.
 19. Medina R. Parto vertical a partir de los conocimientos de las parteras de la comunidad de Ilanga, Trujillo, Colón, años 2002-2022. *Revista Médica Sinergia*. [en línea]. 2024.[citado 2 de junio del 2025]; 9(4): p. 2-11. <https://orcid.org/0000-0002-1825-0097>.
 20. Da Cruz M, Oliveira M, Rabelo M. Laceraciones y resultados perineales inmediatos de nacimientos asistidos en las heces de nacimiento y posición semi-sentada. *Brazilian Journal of Health Review*. [en línea]. 2021.[citado 2 de junio del 2025]; 4(1): p. 1736-1747. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-143>.
 21. Laica S, Ramos R, López M. Parto de libre posición en la humanización del parto en Ecuador. *Univ. Méd. Pinareña*. [en línea]. 2023.[citado 2 de junio del 2025]; 19: p. 1-7. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8248677>.
 22. Ordoñez G. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de

- usuarias parturientas de una comunidad de Latacunga, Ecuador. *Ocronos*. [en línea]. 2020. [citado 2 de junio del 2025]; 3(8): p. 14.
23. Cohen W, Friedman E. Clinical evaluation of labor: an evidence- and experience-based approach. *J Perinat Med*. [en línea]. 2020. [citado 6 de junio del 2025]; 49(3): p. 241-253. doi: 10.1515/jpm-2020-0256.
 24. Dorado A. Influencia de las diferentes posiciones maternas durante el parto y los resultados del mismo. *NPunto*. [en línea]. 2022. [citado 6 de junio del 2025]; 5(53): p. 4-22.
 25. Donel J, Radhakrishnan A. Historical Evolution of Birthing Positions and Factors Hindering the Trial of Alternate Birthing Positions. *J Nurse Midwifery Matern Health*. [en línea]. 2023; 9(2): p. 103-109. DOI: <http://dx.doi.org/10.21088/jnmmh.2454.7506.9323.3>.
 26. Das D, Kaur G. Various birthing positions and their effects on fetomaternal outcome during labour: a comprehensive review. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. [en línea]. 2025. [citado 5 de junio del 2025]; 14(3): p. 997-1004. DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20250550>.
 27. Scholten N, Strizek B, Okumu M, Demirer I. Birthing positions and mother`s satisfaction with childbirth: a cross-sectional study on the relevance of self determination. *Arch Gynecol Obstet*. [en línea]. 2025. [citado 6 de junio del 2025]; 311(3): p. 591-598. doi: 10.1007/s00404-024-07770-1.
 28. Cevallos L. Factores asociados en cumplimiento del parto intercultural una revisión sistemática. [Tesis de pregrado]. [en línea]. Cañar: Universidad Católica de Cuenca. 2022. [citado 7 de junio del 2025]. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/711815f9-83fe-4bbc-ba3c-8d5dcf4423db/content>.
 29. Gediya K, Gokhale A, Agarwal S, Hindocha J, kondhia A, al e. Alternative birthing position and its outcome in labour. *Indian Obstetrics & Gynaecology*. [en línea]. 2022. [citado 5 de junio del 2025]; 12(2): p. 1-5.
 30. Sánchez S, Sánchez R, Arvizu J, González P, Rodríguez C. Influencia de la posición libremente escogida comparada con litotomía durante la atención de parto en los resultados maternos y neonatales. *Acta Med GA*. [en línea]. 2022. [citado 5 de junio del 2025]; 20(1): p. 43-49. <https://dx.doi.org/10.35366/103555>.
 31. Bonfil B, Sánchez J, Landin C. Posición anatómica vertical durante el parto. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [en línea]. 2022. [citado 30 de junio del 2025]; 6(5): p. 1461-1478. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3166.
 32. Samakya S, Pati S, Kumar S. The Vertical Birthing Positions and Their Perinatal Outcomes in Hilly Tribal Home Birth Settings: A Qualitative Observational Study. *Nursing & Midwifery Research Journal*. [en línea]. 2024. [citado 5 de junio del 2025]; 20(1): p. 39-50. <https://doi.org/10.1177/0974150X241236654>.
 33. Leon K. Posiciones en la segunda etapa del trabajo de parto y su asociación con los resultados maternos. [Tesis de pregrado]. [en línea]. Lima: Universida Norbert

Wiener.2022.[citado 6 de junio del 2025].<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1e7b92c0-06cb-4f39-9c55-17d9618f1c52/content>.

34. Shalu S, Devi A. Obstacles in Facilitating Alternative Birthing Positions: Indian Current Scenario. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*. [en línea]. 2023.[citado 5 de junio del 2025]; 12(5): p. 340-344.
35. Armata N. [en línea]. [Online]; 2025.[citado 6 de junio del 2025].Lithotomy Position. Disponible en: <https://www.osmosis.org/answers/lithotomy-position>.
36. Fogle L. [en línea]. [Online]; 2023.[citado 6 de junio del 2025].The Ultimate Guide to Lithotomy Position. Disponible en: <https://www.steris.com/healthcare/knowledge-center/surgical-equipment/lithotomy-position-guide>.
37. Moreno A, Sancho C, Carbonel A, Veltre S. Posición ginecológica, posición genupectoral y posición raquídea. *Revista Sanitaria de Investigación*. [en línea]. 2023.[citado 1 de julio del 2025]; 1: p..<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/posicion-ginecologica-posicion-genupectoral-y-posicion-raquidea/>.
38. Hara K, Ichihara K, Yamaguchi M, Takeshita H, Kuroki T. Effect of intraoperative operating table rotation on lower limb perfusion index in patients in the lithotomy position. *Medicine*. [en línea]. 2022.[citado 5 de junio del 2025]; 101(38): p. e30412. doi: 10.1097/MD.00000000000030677.
39. Cuy L, Salamanca D, Riaño D, Camargo G, Sanchez N, Soto R. Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: revisión exhaustiva de literatura. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá*. [en línea]. 2021.[citado 6 de junio del 2025]; 8(1): p. 91-111. doi: <https://doi.org/10.24267/23897325.601>.
40. Zurita M, Agudo B. Ventajas obstétricas y perineales del parto vertical versus parto supino. [Tesis de pregrado]. [en línea]. Machala: Universidad Técnica de Machala.2020.[citado 6 de junio del 2025].https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/15781/1/E-11669_ZURITA%20PE%c3%91A%20MISHELL%20KATHERINE.pdf.
41. Medina S. Posición de litotomía: prevención de complicaciones y cuidados de Enfermería. *Ocronos*. [en línea]. 2024.[citado 23 de junio del 2025]; 7(6): p. 1061.<https://doi.org/10.58842/IWHK6637>.
42. Susanne J, Asa H. Preventing well leg compartment syndrome among patients in the lithotomy position-Operating room nurses' perspectives: A qualitative study. *Nurs Open*. [en línea]. 2023.[citado 6 de junio del 2025]; 10(10): p. 7092-7101. doi: 10.1002/nop2.1971.
43. Hara K, Kuroki T, Kaneko S, Taniguchi K, al e. Prevention of well-leg compartment syndrome following lengthy medical operations in the lithotomy position. *Surg Open Sci*. [en línea]. 2020.[citado 6 de junio del 2025]; 3: p. 16-21. doi: 10.1016/j.sopen.2020.10.001.
44. Amézquita L. Actuar de Enfermería en el parto: dilemas del deber ser y hacer. *Rev.*

- cienc. cuidad.[en línea]. 2023.[citado 7 de junio del 2025]; 20(2): p. 87-95.<https://doi.org/10.22463/17949831.3531>.
45. Vaca K, Jiménez A. Rol de enfermería en el cuidado y atención del parto humanizado. *Investigación Y Desarrollo*. [en línea]. 2021.[citado 6 de junio del 2025]; 14(1): p. 110-118.<https://doi.org/10.31243/id.v14.2021.1325>.
 46. Chiquito C, Sánchez V. Rol de enfermería en la promoción del parto humanizado. *Brazilian Journal of Health Review*. [en línea]. 2022.[citado 6 de junio del 2025]; 5(4): p. 16786–16800.DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-232>.
 47. Villegas M, Lino A, Cisnero N, Pinargote R. Impacto de los servicios de enfermería en sala de parto. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*. [en línea]. 2022.[citado 6 de junio del 2025]; 8(1): p. 106-120.DOI 10.35381/cm.v8i1.655.
 48. Kibuka M, Price A, Onakpoya I, Tierney S, Clarke M. Evaluating the effects of maternal positions in childbirth. *European Journal of Midwifery*. [en línea]. 2021.[citado 23 de junio del 2025]; 5(57): p. 1-14.DOI: <https://doi.org/10.18332/ejm/142781>.
 49. Sanchez S, Valdez R, Arvizu J, González P, Rodríguez C. Influencia de la posición libremente escogida comparada con litotomía durante la atención de parto en los resultados maternos y neonatales. *Acta Med GA*. [en línea]. 2022.[citado 23 de junio del 2025]; 20(1): p. 43-49. <https://dx.doi.org/10.35366/103555>.
 50. Berta M, Lindgren H, Christensson K, et al. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. [en línea]. 2019.[citado 23 de junio del 2025]; 19(466): p. 1-8.<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>.
 51. Verastegui M, Paz A, Jiménez J, Jiménez I, Ballesteros C. Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*. [en línea]. 2022.[citado 23 de junio del 2025]; 68(1): p. 84-98.<https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>.
 52. 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*. [en línea]. 2020.[citado 23 de junio del 2025]; 76(12): p. 3293-3306. doi: 10.1111/jan.14587.
 53. Crespo D, Narea V, Gómez S, Jaramillo E. Parto humanizado con pertinencia intercultural. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*. [en línea]. 2023.[citado 23 de junio del 2025]; 7(47): p. 156-164.DOI: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol7iss47.2023pp156-164>.
 54. Arévalo T, Romero C, Paredes W, Valencia J. Factores asociados a las complicaciones maternas en el parto vertical Machala - Ecuador, 2020. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [en línea]. 2022.[citado 23 de junio del 2025]; 6(1): p. 4933-4945.https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1841.
 55. Narea V, Pelaez A, Vera I, Paccha M. Parto vertical, complicaciones que se presentan

en pacientes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Recreo II. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación.[en línea]. 2022.[citado 23 de junio del 2025]; 6(42): p. 56-62.DOI: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp56-62>.

56. Deliktas A, Kukulu K. A Meta-Analysis of The Effect On Maternal Health Of Upright Positions During The Second Stage Of Labour, Without Routine Epidural Analgesia. Journal od Advance Nursing.[en línea]. 2019.[citado 23 de junio del 2025]; 74: p. 263–278.DOI: 10.1111/jan.13447.