

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA
LAS POSICIONES MATERNAS DURANTE
EL PARTO: UNA VISIÓN DIFERENTE
DESDE LA ENFERMERÍA

María García Hernández y

Celia Jiménez Sánchez

Universidad Autónoma de Madrid.

Facultad de Medicina.

Grado en Enfermería.



Tutorizado por Belén Cabello Tarrés

Curso 2016/2017

Imagen portada: Modificado de Quintana C, Etxeandia I, Rico R, Armendariz I, Fernández del Castillo, Isabel. Atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como sus acompañantes y familiares. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	4
2. METODOLOGÍA	12
3. RESULTADOS	15
4. CONCLUSIONES	27
5. AGRADECIMIENTOS	31
6. BIBLIOGRAFÍA.....	32
7. ANEXOS.....	39

RESUMEN

Objetivo: Analizar y comparar los beneficios e inconvenientes que tienen las diferentes posiciones que las mujeres pueden adoptar durante la primera y segunda etapa del trabajo de parto, además de explorar la influencia de los profesionales en su adopción y las consecuencias de su actuación.

Metodología: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Cinahl, Cochrane, Cuiden, Encuentra y el repositorio Dialnet. Se limitó a documentos publicados en los últimos diez años en idioma inglés y español. Se utilizó lenguaje libre y controlado (MeSH y palabras clave) combinando los términos de búsqueda empleados a través del operador booleano «AND».

Resultados: Se seleccionaron 24 documentos que se encuadraron en 5 unidades de análisis: beneficios y posibles complicaciones de las posiciones verticales y horizontales, influencia de las posiciones en la percepción del dolor, influencia de los profesionales en la adopción de las diferentes posiciones y posibles consecuencias de su actuación e influencia de las posiciones en la experiencia de parto en madres y padres, al ser los aspectos considerados más relevantes tras el análisis de los documentos incluidos.

Conclusiones: Múltiples estudios muestran los beneficios de adoptar posiciones verticales en lugar de horizontales durante el parto, siendo las primeras muy relevantes en la percepción de dolor materno y para facilitar el parto. También influyen positivamente en la experiencia de parto en padres y madres, así como la actuación de los profesionales sanitarios, que adecuadamente formados generen sentimiento de control, fomenten la participación activa y la toma de decisiones.

Palabras clave: parto, posiciones en el parto, primera etapa del parto, segunda etapa del parto, trabajo de parto, dilatación, expulsivo.

ABSTRACT

Aim: Analyze and compare the advantages and disadvantages about different positions which womans can adopt during the first and second stage of childbirth, as well as, explore the professionals influence in their adoption and the consequences of their interventions.

Methodology: A review was realized by the databases: PubMed, Cinahl, Cochrane, Cuiden, Encuentra and Dialnet repository. Documents were limited to the last 10 years and English and Spanish language. We used controlled and free language (MeSH and keywords) combining the terms through the boolean operator «AND».

Results: 24 papers were selected, estabilishing as units of analysis: benefits and possible complications of vertical and horizontal positions, influence of positions on pain perception, influence of professionals in the adoption of different positions and possible consequences of their interventions and influence of positions in the childbirth experience in mothers and fathers, being considered the most relevant aspects after the paper analysis.

Conclusions: Multiple studies show the benefits of adopting vertical positions rather than horizontal positions during childbirth, which are very relevant in mother's pain perception. They also have a positive influence in childbirth experience in mothers and fathers, as well as the health professionals actuation, which adequately trained, can generate a sense of control, encourage active participation and decision making.

Keywords: “childbirth”, “posture”, “labor stage, first”, “labor stage, second”, “childbirth”, “labor, obstetric”, “delivery, obstetric”.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia la atención al parto se ha ido modificando, desde los profesionales que lo asisten, hasta la actitud mostrada por las mujeres. Antiguamente, la mayoría de mujeres parían en posiciones verticales, es decir, en cuclillas, de rodillas, de pie, sentadas, etc., adoptando libremente diferentes posiciones guiándose por su instinto. El parto, era un proceso en el que primaba la libertad de movimiento de la madre y en el que ella decidía su posición en cada momento.

Remontándonos a la época egipcia, ya encontramos jeroglíficos representando mujeres pariendo agachadas o sentadas. En la cultura greco-latina, encontramos también representaciones de mujeres pariendo arrodilladas e incluso se tienen abundantes datos de la América precolombina, en la que el parto se desarrollaba comúnmente en posiciones verticales. De igual forma encontramos documentación sobre el parto en posición vertical en África, Asia y Oceanía¹.

Sin embargo, actualmente, la posición que generalmente se utiliza en los partos es la posición horizontal de litotomía, con la mujer acostada con las piernas sobre dos estribos y que según datos del Informe de Atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud², recogidos en el año 2012, se adopta en el 87,4% de partos en España. Esta posición es tan utilizada generalmente por lo cómoda que resulta para los profesionales enfermeros y médicos que atienden el parto, dejando de lado los deseos de la mujer^{3,4,5}. La introducción de esta posición para parir es relativamente reciente en nuestra historia, ya que el primer parto desarrollado en litotomía del que se tiene constancia ocurrió en 1663 en Francia, cuando el rey Luis XIV quiso estar presente en el parto de una de sus amantes. Fue la primera mujer asistida por un hombre, Julien Clément, quién creyó que la mejor posición para que el rey pudiese presenciar el nacimiento del niño sería tumbando a la mujer sobre su espalda en una cama. Hasta entonces, los partos siempre habían sido atendidos únicamente por mujeres, en ellos no estaba presente ningún hombre, ni siquiera el padre del niño. Además, en este mismo siglo, el famoso obstetra François Mauriceau publicó en 1668 un tratado en el que explicaba que la mejor posición para atender los partos era la posición horizontal, ya que hacía más fácil el uso del fórceps, instrumento que apareció en esta época y se puso de moda. A partir de entonces, la utilización de esta posición se fue extendiendo al resto de Europa y, en las familias de

clase alta, las mujeres empezaron a parir en posición horizontal y asistidas por médicos, en lugar de matronas (o comadronas). Parir en posiciones verticales se consideraba de clase baja. La posición horizontal comenzó a utilizarse, por tanto, para aportar mayor comodidad a los profesionales. Por el contrario, a la mujer se le hizo adoptar una actitud pasiva durante el nacimiento, perdiendo todo el control en algo tan íntimo como su propio parto¹.

En el siglo XIX, en el año 1850 se desarrolló el estetoscopio, instrumento que permitía escuchar el latido del corazón del bebé, pero que hacía necesario que la mujer estuviese tumbada, en posición horizontal, limitando su movilidad⁶.

En la actualidad, para la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) existen dos opciones; una de ellas es la monitorización continua, que mide este parámetro durante todo el trabajo de parto y que solo debería ser necesaria en los partos de alto riesgo y en algunas ocasiones durante el expulsivo. Por otro lado, la monitorización intermitente, que mide la FCF únicamente en momentos puntuales, siendo la más indicada en los partos normales o de bajo riesgo ya que permite libertad de movimiento a la mujer y que adopte la posición que más confortable le resulte en cada etapa⁷.

La monitorización continua, es una de las prácticas que durante la primera etapa del parto o dilatación y la segunda etapa del parto o expulsivo, impiden libertad de movimiento y adoptar la posición en la que las mujeres se sientan más cómodas. Esta técnica, comenzó a realizarse en la década de los 60, cuando empezaron a utilizarse en el parto los ultrasonidos Doppler, que hacían posible escuchar y controlar el corazón fetal desde cualquier posición que la madre adoptase, lo que permitía que la mujer pudiera movilizarse, según sus preferencias durante el parto⁶. Este dispositivo, sin embargo, tiene ciertos límites, ya que el cableado deja poco margen de movimiento; la mujer solo puede estar en bipedestación o en posición horizontal en la cama. Una alternativa al Doppler es la telemetría, un tipo de monitorización continua interna, que permite total libertad de movimientos a la madre, incluso la deambulación, pero que se utiliza menos al ser más invasiva, ya que es necesario colocar un electrodo en la cabeza del bebé, lo que conlleva la obligada rotura de la bolsa amniótica, una práctica que se encuentra en controversia actualmente.

También en los años 60 se produjo un gran cambio y crecimiento de la infraestructura, la orientación y las prestaciones hospitalarias, lo que supuso el desplazamiento de la atención al parto del ambiente domiciliario al hospitalario. En la actualidad, la atención al parto supone una gran parte de la práctica asistencial hospitalaria, de hecho, un 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias están relacionadas con este tema; además es la única atención asistencial que trabaja con población sana y en la que el resultado de la hospitalización es un evento natural y biológico³.

A esto se suma el avance tecnológico de los últimos años que se puede considerar algo tanto positivo como negativo; positivo, pues ha contribuido a mejorar los resultados perinatales de alto riesgo, disminuyendo la morbilidad y mortalidad pero, sin embargo, hay una fuerte tendencia a tratar de igual forma tanto los partos de alto como los de bajo riesgo, por lo que decimos que es negativo, ya que contribuye a un mayor intervencionismo, medicalización y gasto sanitario muchas veces no justificados⁴.

Al cambio de orientación en la posición de parto de vertical a horizontal, que limitó la movilidad de la mujer, se añade este intervencionismo y medicalización, que ha generado aún más pérdida de intimidad, protagonismo y capacidad de decisión en la mujer y/o su pareja o acompañante durante su parto. En los últimos años, se está generando cierta controversia en todo lo relacionado con la posición materna durante el parto, cuestionando la posición de litotomía como idónea para este proceso y proponiendo que sea la mujer la que decida la posición que quiere adoptar en cada momento.

Todo el tecnicismo y control que existe alrededor del parto hoy en día, hace que este se trate muchas veces como si fuera una enfermedad en lugar de un proceso fisiológico, lo que desemboca en que en los partos normales se intervenga, en ocasiones, de manera excesiva, en lugar de dejar que se desarrollen de manera natural, sin actuar si no es necesario.

El “parto normal” es un concepto que vamos a tratar durante todo el trabajo, por lo que consideramos necesario definirlo. A continuación, mostramos algunas de las definiciones que nos parecen más relevantes actualmente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996, el parto normal es de *“Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas*

37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”⁵.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, *“el parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones.*

La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales”⁸.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el parto normal como el *“trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que, como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal”⁷.*

Existe, igualmente, el concepto de parto no intervenido o sin medicalizar, que según la SEGO es el *“trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)”⁷.*

Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), el parto normal *“Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”⁴.*

Tras revisar todas las definiciones anteriores, nos vamos a centrar en este trabajo en las definiciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y en la de la FAME, que son muy similares entre sí. Desde nuestro punto de vista y basándonos en todas las fuentes consultadas, consideramos de igual importancia en el parto tanto la parte fisiológica como la psicológica, emocional y sociocultural de la mujer y su familia. Por lo tanto, elegimos estas dos definiciones como las más adecuadas por considerar todos estos factores.

Es importante recalcar que vamos a basarnos en estas dos definiciones, ya que se acercan más a nuestra idea de parto normal, pero, de cualquier manera, eso no significa que no vayamos a tener en cuenta información procedente de organismos tan importantes como lo son la OMS o la SEGO, entre otras, que nos parecen sumamente relevantes y de gran interés.

El parto se divide, generalmente, en tres etapas: dilatación, expulsivo y alumbramiento. En esta revisión vamos a tratar aspectos sobre la primera y segunda etapa, ya que la influencia de la posición adoptada por la mujer en los resultados del parto, es especialmente relevante en estas dos, y no lo es tanto en la tercera etapa del parto o alumbramiento. La primera etapa o dilatación comienza cuando las contracciones son regulares y finaliza con la dilatación completa del cuello uterino (10 cm); la segunda etapa o expulsivo comienza cuando se alcanzan la dilatación completa y termina con la salida del bebé.

Ya desde 1985, la OMS⁹ recomienda ponerse de pie o tumbarse de lado durante la primera etapa de parto. Sin embargo, en España, llevamos más de 20 años de retraso en la implantación de estas recomendaciones sobre los Cuidados en el Parto Normal⁵; es más, prácticas declaradas como perjudiciales o ineficaces e incluso clasificadas por las mujeres como desagradables, molestas e invasivas como son el enema de limpieza, el rasurado púbico o la rotura artificial de bolsa en la primera fase del parto, entre otras, se siguen realizando en nuestra práctica asistencial, y, sin embargo, aquellas calificadas como beneficiosas o útiles, como son la monitorización fetal intermitente y la libertad de movimiento y posición de la madre no son práctica habitual en nuestro entorno hospitalario¹⁰. El cuidado perinatal tecnológico inapropiado sigue siendo una realidad en todo el mundo, a pesar de las múltiples evidencias disponibles donde se demuestra que muchas de las intervenciones llevadas a cabo durante el parto no parecen estar

justificadas. La OMS demuestra que la conducta activa (rotura artificial de la bolsa, administración de oxitocina, etc.) durante el parto no mejora los resultados obstétricos ni disminuye la tasa de cesáreas. Sin embargo, si se permite que el parto siga su curso normal, sin intervenir si no es necesario, disminuyen de forma evidente las complicaciones derivadas de la medicalización e intervención en el parto¹¹, como por ejemplo, los desgarros maternos, episiotomías, cesáreas, necesidad de epidural, pérdida de bienestar fetal (PBF), etc.

Según la Estrategia al parto normal del Ministerio de Sanidad y Consumo³, toda intervención en un parto normal debe estar justificada, es decir, debe existir una razón válida para esa intervención. Es más, el hecho de intervenir en un parto normal, hace que deje de ser de bajo riesgo pudiendo dar lugar a complicaciones.

Desde hace unos quince años, han aparecido movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto normal menos intervencionista y en defensa también de los derechos de la mujer, acompañante y recién nacido, así como de los deberes de los profesionales sanitarios⁴:

En Reino Unido apareció el Informe Changing Childbirth¹², con el que se propuso un gran cambio en la asistencia al parto, que fue uno de los documentos que se han tomado como modelo en los cambios que se han producido en la asistencia al parto y ha sido seguido por la mayoría de países de nuestro entorno. En el año 2010, se publicó *Guidelines for midwifery led care in labour*¹³, la primera guía sobre el cuidado al parto dirigido por matronas en Inglaterra. Más tarde, en el 2005, la Asociación Europea de Matronas (AEM) aprobó la definición de “salud sexual y reproductiva” en la que hace referencia en la asistencia al parto, señalando y dando especial importancia al trato de este como un proceso fisiológico normal¹⁴. En este mismo año, el Royal College of Midwives¹⁵ inició la campaña “Campaign for normal birth” dirigida a matronas, donde se dan consejos para una buena asistencia al parto; en ella, se inspiró la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) para realizar “La iniciativa al parto normal” en el año 2011⁴.

De la misma forma que en otros países, en España han aparecido en estos años asociaciones de mujeres que piden una asistencia al parto más acorde con las recomendaciones de la OMS^{5,9}. Un ejemplo de ello es la asociación “El parto es nuestro”,

que nació en el año 2003, para prestar apoyo psicológico a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos, en esta asociación además de colaborar las mujeres están presentes matronas, otros profesionales sanitarios y profesionales liberales¹⁰. En el año 2006, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) publicó su postura en relación a la atención al parto a favor de la episiotomía selectiva y a la no realización del rasurado perineal de forma sistemática⁴. Un año más tarde, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la guía de “Estrategia de atención al parto normal en el SNS”³, desarrollada por profesionales sanitarios y asociaciones de mujeres, entre ellas la ya mencionada “El parto es nuestro”. En este documento se habla del parto como un proceso espontáneo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento y, por ello, el hecho de hacer cualquier intervención no es preciso a no ser que haya una razón que lo justifique. Más tarde, se elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al parto normal, dirigida a profesionales¹⁶, y también la Guía de Atención al Parto Normal dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares⁸; se hizo sobre la base de la Estrategia del Ministerio³ y con la colaboración de otras entidades, entre ellas, el Instituto de Salud Carlos III, el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) del Ministerio de Sanidad y Consumo también abordó la atención al nacimiento en el Segundo Foro de Mujeres, Salud y Género y en el tercero, trató de los indicadores de embarazo, parto y puerperio. El Ministerio de Sanidad, a su vez, elaboró el Plan de parto y Nacimiento¹⁷, en el año 2011. En él se tratan la mayoría de prácticas y técnicas que se pueden llevar a cabo durante el parto, basándose en la Estrategia de Atención al Parto Normal³.

Asimismo, Comunidades Autónomas como Andalucía, Valencia, Islas Baleares, Cataluña y Cantabria disponen de documentos y leyes propias para la atención al parto normal y respeto a los derechos de las madres y recién nacidos. Entre ellos, querríamos destacar el Proyecto de Humanización de Atención Perinatal de Andalucía, desarrollado entre los años 2006 – 2011, cuyo principal objetivo es establecer un modelo de atención al parto más humanizado en el que la tecnología que garantiza el bienestar y seguridad maternal y del bebé no sustituya la participación de la mujer y su acompañante¹⁸.

En el Plan de Parto y Nacimiento¹⁷, desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se pone de manifiesto la importancia de las posiciones maternas durante

el parto. En él, la mujer puede dejar constancia de sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto. Tiene que rellenarlo antes de ponerse de parto y las semanas idóneas para hacerlo son entre la 28 y la 32 semana. En este documento se explica a la mujer que no hay una posición óptima, sino que hay una gran diversidad de alternativas entre las que elegir en cada momento del parto siempre que este sea normal (Ver Anexo 2). En caso de ser aconsejada por los profesionales para adoptar una determinada postura deberán explicarle el motivo, como queda recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁹.

La posición durante el parto no es importante únicamente por comodidad o confort materno, sino que lo es porque determinadas posiciones mejoran algunos aspectos del trabajo de parto^{4,5}, mientras que otras conllevan un mayor intervencionismo y medicalización del parto normal. Así, hay otros grupos o escuelas obstétricas que recomiendan algunas posiciones como mejores. Como alternativa a la posición de litotomía encontramos entre una gran variedad, las posiciones verticales, ya mencionadas y las posiciones en decúbito lateral. En el Anexo 1 se puede observar una imagen en la que se presentan diferentes alternativas a la posición de litotomía. Nuestro interés se centra en conocer si realmente los partos pueden realizarse en posiciones diferentes a la posición de litotomía, sin pérdida de bienestar materno-fetal.

Por esta razón y por todo lo anteriormente expuesto, se propone una revisión narrativa con el objetivo de analizar y comparar los beneficios e inconvenientes que tienen las diferentes posiciones que las mujeres pueden adoptar durante la primera y segunda etapa del trabajo de parto, además de explorar la influencia de los profesionales en su adopción y las consecuencias de su actuación.

2. METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión narrativa, se efectuó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de Ciencias de la salud: PubMed, Cuiden, Cochrane, CINAHL y Encuentra. También ha sido utilizado el repositorio de la Universidad de la Rioja (Dialnet). Se ha usado lenguaje controlado en aquellas bases que lo admitían, por ejemplo el tesoro MeSH, y también el lenguaje libre.

El idioma empleado para la búsqueda ha sido el inglés y el español. Los términos empleados para la búsqueda en español fueron: “parto”, “parto normal”, “parto eutócico”, “parto natural”, “parto humanizado”, “posturas” y “posiciones en el parto”; en inglés se utilizaron las palabras clave: “childbirth”, “natural childbirth”, “parturition”, “posture”, “lithotomy position”, “delivery, obstetric”, “labor, obstetric”, “labor stage, first”, “labor stage, second”, “first stage of labor”, “second stage of labor”, “effects”, “mothers”.

Los términos fueron combinados a través del operador booleano « AND ».

La búsqueda se limitó a una antigüedad de los últimos 5 años. En dos bases de datos se han aceptado 5 artículos de mayor antigüedad, dada su especial relevancia y por ser mencionados por diferentes autores como pilares de sus trabajos. En algunas bases de datos se utilizaron otros límites, como “humanos” en PubMed. No se ha limitado la búsqueda por tipo de trabajo excepto en CINAHL y en DIALNET, por la necesidad de acotar la búsqueda.

Para la selección de los documentos, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión

- Artículos que contemplasen el parto eutócico a término (37 – 42 semanas).
- Textos relacionados con partos con y sin analgesia epidural.
- Artículos relacionados con la posición en el parto, tanto en la primera como en la segunda etapa de este.
- Artículos a texto completo.
- Documentos que abordasen tanto mujeres multíparas como nulíparas.

Criterios de exclusión

- Artículos que trataran partos pretérmino o postérmino.
- Textos que incluyesen partos distócicos.
- Documentos que incluyesen embarazos patológicos.
- Artículos relacionados con las posiciones en la tercera etapa de parto
- Literatura gris.

Se obtuvieron 180 documentos de los que se hizo una lectura preliminar del título y resumen para comprobar que se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión, eliminándose los que no cumplían con el objetivo de nuestro trabajo. Finalmente, con los documentos restantes, que fueron 24, se realizó una lectura en profundidad, para extraer los temas más relevantes e identificar aquellos que aparecían más frecuentemente.

Con los resultados obtenidos tras la lectura de los documentos, se han establecido 5 unidades de análisis, que desarrollaremos en el siguiente apartado del trabajo.

En la siguiente tabla (Tabla 1) se muestra la estrategia de búsqueda y los artículos seleccionados.

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica y artículos seleccionados.

Base de datos	Límites	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed	5 años, Humanos, Español, Inglés	("Labor, Obstetric"[Mesh]) AND "Posture"[Mesh]	31 (2 repetidos)	8
		("Posture"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]	20 (3 repetidos)	2
		("Labor Stage, first"[Mesh]) AND "Posture"[Mesh]	5*	0
		("Labor Stage, second"[Mesh]) AND "Posture"[Mesh]	12*	0
		("Posture"[Mesh]) AND "Natural Childbirth"[Mesh]	5	0
		("Posture"[Mesh]) AND "Mothers"[Mesh]	0	0

Cochrane	2012-2017 Español, Inglés	[Delivery, Obstetric] AND [Posture]	12 (4 repetidos)	2
		[Parturition] AND [Posture]	5 (2 repetidos)	0
		[Labor Stage, First] AND [Posture]	1*	0
		[Labor Stage, Second] AND [Posture]	2*	0
Cuiden	2010 – 2017 Español, Inglés	[cla="Parto"] AND [cla="Posturas"]	16	8
		[cla=Parto eutócico])AND([cla=Posturas]	1	0
		[cla=Parto natural])AND([cla=Posturas]	0	0
		[cla=Parto humanizado])AND([cla=Posturas]	0	0
Encuentra	Español, Inglés	Parto + pclave [postura]	13	1
CINAHL	2011-2017, humano, review-best balance, nursing. Español, Inglés	Lithotomy position AND effects	2 (1 repetido)	0
		Lithotomy position AND childbirth	8 (4 repetidos)	1
		Lithotomy position AND first stage of labor	1	0
		Lithotomy position AND second stage of labor	5 (4 repetidos)	0
		Delivery, obstetric AND posture	6 (1 repetido)	1
Dialnet	Artículos de revista, textos completos, ciencias de la salud (enfermería). Español, Inglés	Posiciones en el parto	35	1

Fuente: Elaboración propia.

*Todos repetidos.

3. RESULTADOS

El número final de documentos seleccionados fue de 24, de los cuales 13 estaban escritos en inglés y 11 en español. Con respecto a su tipología se incluyeron 6 revisiones narrativas, 7 revisiones bibliográficas, 5 investigaciones cualitativas, 4 investigaciones cuantitativas, 1 investigación cualicuantitativa y 1 proyecto de investigación.

Sus principales características se detallan en la Tabla 2 del Anexo 3.

Después de realizar una lectura comprensiva de todos ellos, se decidió realizar cinco unidades de análisis: beneficios y posibles complicaciones de las posiciones verticales en el trabajo de parto, beneficios y posibles complicaciones de las posiciones horizontales y laterales en el trabajo de parto, influencia de las posiciones adoptadas en la percepción del dolor en la mujer, influencia de los profesionales en la adopción de las diferentes posiciones durante el parto y posibles consecuencias de su actuación e influencia de las diferentes posiciones en la experiencia de parto en madres y padres.

BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LAS POSICIONES VERTICALES EN EL TRABAJO DE PARTO.

Como ya se ha comentado en la Introducción, lo más habitual en la actualidad en España con respecto al parto, es que la mujer permanezca desde su ingreso acostada la mayor parte del tiempo y en posición de litotomía en el momento del expulsivo. Esto es debido a diversos factores como son la monitorización fetal continua, la utilización de analgesia epidural, las infusiones intravenosas, el desconocimiento por parte de la mujer y, además, la comodidad de los profesionales, entre otros. Todo ello contribuye a la limitación de la movilidad de la mujer durante el parto^{20, 21, 22}. Sin embargo, en otros países y culturas, se facilita de forma natural a las mujeres el poder adoptar las posiciones que ellas prefieran, muy frecuentemente las verticales²¹, como son de pie, de cuclillas, de rodillas, apoyada de manos y rodillas y sentada.

Uno de los beneficios de las posiciones verticales es su influencia en la duración del parto. Aunque no hemos encontrado unanimidad en los documentos revisados, sí que hay una gran mayoría que refieren un efecto positivo de las posiciones verticales en la disminución de la duración de este, pues, debido a la gravedad, la presión que ejerce la cabeza del niño

sobre el cuello uterino es mayor, facilitando los pujos maternos y que las contracciones uterinas sean más efectivas²²⁻²⁵. Según Nilsen et al.,²⁶ Gizzo et al.,²³ Hollins Martin et al.,²⁷ Lawrence et al.²⁴ y Lagares et al.,²² las contracciones en posición vertical son más frecuentes, intensas y eficientes gracias a esa presión ejercida por la cabeza fetal que aumenta la producción de oxitocina. Por ello, varios autores^{21, 26, 28} afirman que la administración de oxitocina fue menor en posiciones verticales como la silla de partos, de rodillas, de pie²⁸ y en cuclillas²¹. El hecho de que las contracciones sean más efectivas es fundamental para que el curso del parto se desarrolle de forma más rápida. Así, algunos autores abordaron solo la primera etapa del parto mientras que otros, la segunda. Con respecto a la primera etapa del parto, Lawrence et al.²⁴ y Hollins Martin et al.²⁷, coincidieron en que la adopción de posiciones verticales y la deambulaci3n de la mujer, acortan la duraci3n de esta. En cuanto a la segunda etapa del parto, varios autores^{24, 26, 29-31} tambi3n refieren una menor duraci3n con la mujer en posici3n vertical. Otros estudios muestran el mismo resultado en la segunda etapa pero centr3ndose en posiciones concretas como son: de pie²², de cuclillas^{21, 22}, sentada^{22, 32}, semisentada²⁶ y de rodillas²². P3rez Valverde et al.³³ se refiri3 3nicamente a la posici3n de cuclillas como reductora del tiempo total de parto.

Por el contrario, hay otros documentos^{23, 24, 26, 34} que no han encontrado diferencias significativas en la duraci3n del parto comparando posiciones verticales con horizontales.

Con respecto al di3metro p3lvico, son muchos los estudios^{21-23, 25, 33} que coinciden en que las posiciones verticales o no supinas aumentan el di3metro de la pelvis durante el parto. Algunos de estos estudios solo han incluido en sus investigaciones posiciones concretas como la posici3n de cuclillas^{23, 25}, de rodillas²⁵, sentada y apoyada de manos y rodillas²³. Tambi3n una revisi3n narrativa relaciona el uso de la pelota de parto con el aumento del di3metro p3lvico ya que “aumenta la movilidad de los iliacos y el sacro”³³. En relaci3n a lo anterior, con el aumento del di3metro p3lvico, la alineaci3n y el descenso de la cabeza fetal, tambi3n mejoran. Son varios los estudios que lo corroboran^{23, 33, 34}. P3rez Valverde, et al.,³³ aborda las posiciones sentada, de pie y de cuclillas que favorecen este proceso y adem3s mejoran los resultados acido-base del beb3, ya que le proporcionan una adecuada oxigenaci3n durante el parto. La mejor oxigenaci3n fetal durante el parto, se debe, en gran parte, a que, en posici3n vertical, se reduce el S3ndrome de compresi3n de la vena cava, tambi3n conocido como Efecto “poseiro”, debido a que el peso del abdomen

de la embarazada no comprime la vena cava, lo que mejora la irrigación placentaria y por tanto, el aporte sanguíneo al bebé. Además, tampoco compromete la circulación materna, evitando posibles complicaciones ²²⁻²⁴, como la hipotensión, la palidez, la sudoración, las náuseas, los vómitos y la ansiedad e intranquilidad ³⁵.

En relación al bienestar del bebé, varios autores asocian las posiciones verticales adoptadas durante el parto a un menor número de frecuencias cardíacas fetales (FCF) anormales, debido a la mejor irrigación sanguínea materno-fetal ^{21, 23, 28, 31, 34, 35}. Además, un estudio hallado en la Biblioteca Cochrane plus ²⁴, afirmó que los recién nacidos cuyas madres adoptaron posiciones verticales en el parto, tenían menos probabilidad de ingresar en unidades de cuidados neonatales. En cuanto a la puntuación del Apgar al minuto y a los cinco minutos de vida del recién nacido, no se observaron diferencias significativas entre las posiciones verticales y horizontales ^{25, 34}.

Los dos inconvenientes o complicaciones más relevantes que puede ocasionar adoptar posiciones verticales durante el parto, son los desgarros perineales y un aumento de la pérdida sanguínea materna.

Según Meyvis et al.,³⁶ *“los desgarros perineales tienen varios factores de riesgo, algunos de ellos (ej.: el estado nutricional, el índice de masa corporal materno, el origen étnico y el peso o posición del bebé), no son modificables por los profesionales. Otros factores (ej.: posición materna) pueden ser modificados por los profesionales, lo que puede reducir el daño perineal”*. Hay cuatro grados de desgarros vaginales. El desgarro de primer grado se limita a la piel o pared vaginal, el de segundo grado se extiende a la musculatura perineal vaginal, el de tercer grado en función de su afectación, puede ocasionar lesiones en el esfínter anal interno, en el externo, o en ambos y el desgarro de cuarto grado, que es el menos frecuente, ocasiona lesiones en el esfínter anal y en la mucosa rectal. En los partos llevados a cabo en posición vertical, los desgarros más frecuentes son los de segundo grado ^{21-23, 25, 33, 37}. De manera más específica, Santiago Vasco et al. ²⁹ y Johansson et al. ²⁸, asocian la silla de partos con mayores desgarros de segundo grado. Por otro lado, los de tercer grado apenas aparecen, y cuando se producen la incidencia es mucho mayor en posiciones verticales que no cuentan con apoyo como son las cuclillas, de rodillas o de pie ²².

Hay otros autores que no especifican el grado de desgarro producido, pero sí hacen referencia a posiciones determinadas. Así, Kopas³¹ y Shorten et al., citado en una revisión narrativa de Priddis et al.,²⁵ relacionan la posición de cuclillas con la mayor tasa de daño perineal. En el mismo texto de Priddis et al.,²⁵ según Jonge et al., la posición sentada tuvo mayor daño perineal que la semi tumbada y Pérez Valverde et al.,³³ relaciona el parto “de pie” con el desgarro perineal.

De forma aislada, un único estudio australiano de Soong y Barnes nombrado en una revisión narrativa²⁵ y en una revisión bibliográfica²⁹, señala que la posición apoyada de rodillas y manos reduce el daño perineal.

En cuanto a la segunda complicación, las pérdidas hemáticas maternas, un gran número de autores coinciden en que las posiciones verticales se relacionan con un aumento de la pérdida sanguínea estimada mayor de 500 ml^{21, 22, 25, 28, 31, 32, 35}. Nilsen et al.,²⁶ así como Jonge et al., en la revisión *What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature*²⁵, refieren que en posiciones verticales la hemoglobina materna postparto se vio disminuida. Sin embargo, estas pérdidas hemáticas no fueron perniciosas para la salud materna^{22,32}. Es importante saber que no está claro el porqué de la mayor incidencia de hemorragia en posiciones verticales, aunque se piensa que puede ser por el aumento de la presión arterial y venosa, del edema perineal, por el aumento del daño perineal, por un mecanismo biológico o debido a la propia verticalidad que hace que el sangrado sea mayor, además de ser su medición y objetivación más sencilla²⁵.

BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LAS POSICIONES HORIZONTALES Y LATERALES EN EL TRABAJO DE PARTO.

Como se ha mencionado en la Introducción, las posiciones horizontales son muy utilizadas en la actualidad, siendo la de litotomía la que se adopta en un 87,4% de los casos¹¹. En esta unidad de análisis pretendemos recoger la repercusión de la adopción de posiciones horizontales en el parto, pues desde que se comenzó a cuestionar la posición de litotomía, se han ido demostrando los inconvenientes que esta posición presenta frente a los beneficios de las posiciones verticales y laterales²².

En cuanto a la duración del trabajo de parto, varios autores coinciden en que las posiciones horizontales alargan el tiempo de parto, lo que aumenta el intervencionismo ^{23, 26, 35}. Esto es debido a que las posiciones horizontales dificultan que el parto se desarrolle de forma más fisiológica, haciendo, normalmente que avance a menor velocidad y como consecuencia, se necesitan más intervenciones para conseguir que el parto se desarrolle en un tiempo considerado óptimo y no entrar en peligro tanto para la madre como para el bebé.

En posición de litotomía, las contracciones son menos efectivas y más débiles ya que la presión ejercida sobre el cuello del útero por la cabeza del feto es mucho menor, debido a que la gravedad no actúa. El hecho de que las contracciones sean más débiles, aumenta el trabajo de parto ²³⁻²⁵ y, además, debido a la horizontalidad se puede producir el Síndrome de la vena cava ²³.

La alineación y el descenso de la cabeza fetal ocurren con mayor dificultad cuando la mujer adopta una posición horizontal, pues además de que se reduce el diámetro del canal del parto, el cóccix queda apoyado sobre la superficie elevándose e impidiendo su rotación hacia atrás; el feto tiene que sobrepasar el promontorio del sacro, lo que hace que el expulsivo se prolongue ³⁵.

En relación al daño perineal en las posiciones horizontales, los datos recogidos afirman, en su gran mayoría, que la posición lateral es la que menos tasa de daño perineal causa ^{21, 25, 29, 30, 36}. Únicamente Bueno Montero et al. ³⁵, Meyvis et al. ³⁶ y Santiago Vasco et al.,²⁹ exponen lo contrario, asociando las posiciones laterales con un mayor índice de desgarros de primer y segundo grado. La gran mayoría de autores relacionan menos desgarros con las posiciones horizontales, pero también encontramos algunos autores que relacionan estas posiciones con mayor tasa de desgarros perineales ^{22, 25, 26, 29}. Con respecto a las hemorragias maternas, Nilsen et al. ²⁶ y Jonge et al., nombrado en una revisión narrativa encontrada en la base de datos PubMed ²⁵, concluyen que la pérdida sanguínea materna es menor en posiciones laterales u horizontales que en verticales, con unos niveles de hemoglobina postparto más altos.

INFLUENCIA DE LAS POSICIONES ADOPTADAS EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN LA MADRE.

Con respecto al dolor, son muchos los autores que coinciden en afirmar que adoptar posiciones verticales durante el parto, se asocia con una disminución de la percepción del dolor en la mujer ^{21-24, 31, 32, 35}. Así, Nilsen et al.²⁶ señala que si las mujeres adoptan una posición supina o de litotomía durante el parto, se aumenta la intensidad de dolor percibido. De hecho, en posiciones supinas la necesidad de analgesia es mayor, siendo la diferencia de un 25% ²³. Sin embargo, la posición de decúbito lateral, considerada como posición de decúbito, disminuye el dolor percibido ^{26, 33}. Únicamente se encontró un artículo proveniente de Brasil, en el que la posición de litotomía se asoció con una disminución del dolor percibido por la mujer ²⁶. Dentro de las posiciones verticales algunos autores señalan determinadas posiciones como las mejores en cuanto a la percepción de dolor por parte de la mujer. Así, Nilsen et al. ²⁶ afirmó que la posición de rodillas era la mejor en cuanto a términos de confort y dolor; sin embargo, determinó que la posición sentada fue la peor; Golay et al., Nasir et al., y Bodner-Alder et al., de la revisión bibliográfica *Estudio de las posiciones de parto en la fase de expulsivo* ²¹, verificaron una disminución significativa en la necesidad de analgesia epidural cuando las mujeres adoptaban la posición de cuclillas y según Pérez Valverde et al., ³³ la posición apoyada de manos y rodillas también es beneficiosa en cuanto al dolor dorsal y lumbar, ya que reduce la presión del peso del tronco sobre las vértebras.

Se ha visto también que la esferodinámica, conocida más como el uso de la pelota de partos, hace que la percepción del dolor pélvico sea menor y permite la relajación de los músculos de la espalda ³³. Además, el uso de la pelota de partos permite adoptar posiciones consideradas más fisiológicas que la posición de litotomía, como son las verticales ³¹.

Lo más utilizado para el alivio del dolor en nuestra práctica asistencial es la analgesia epidural, cuyo inicio comenzó a mediados del siglo XX ³⁸. En la actualidad, según un estudio realizado en el Hospital Universitario de San Juan, de Alicante, la administración es del 40% en partos espontáneos y asciende al 68% en los que son inducidos ³⁴. Uno de los principales inconvenientes de la analgesia epidural convencional es que limita la movilidad materna y la adopción de posiciones verticales se hace imposible ^{34, 35, 39}. Una

alternativa a la epidural convencional, que se está utilizando en la actualidad, es un tipo de analgesia conocida como “walking epidural”, que consiste en la administración de bajas dosis de medicación anestésica o analgésica, que consiguen disminuir el dolor sin anular el resto de sensaciones, lo que permite a la mujer adoptar durante el parto la posición que quiera, además de poder caminar, algo imposible con la epidural habitual. Este nuevo tipo de epidural se asocia con una mayor eficiencia de la acción uterina, partos con menor duración y además permite y mejora el descenso de la cabeza fetal gracias a la gravedad ^{39, 40}.

Debido a la disminución de movilidad materna que produce la epidural convencional, aumenta el riesgo de producirse un parto instrumental ya que puede provocar: malposición de la cabeza fetal ^{23, 24, 40}, aumento de la segunda etapa del parto ^{24, 40}, lo que incrementa el riesgo de sufrir acidosis respiratoria fetal y hemorragia postparto materna ⁴⁰, ausencia de sensación de pujo ³⁸, así como variaciones en la forma de empujar y también influye en la dinámica de la contractilidad uterina pues se debilita si disminuye su irrigación ³⁰. Por ello, Ballesteros Meseguer et al. ³⁰, explica que es importantísimo mantener la presión sanguínea y colocar a la mujer en decúbito lateral. Todos estos efectos colaterales de la analgesia epidural hacen que aumente el número de partos instrumentales y de cesáreas ^{30, 34, 35, 38, 40}. Sin embargo, en mujeres con analgesia epidural, adoptar una posición de decúbito lateral, se asoció con una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo que la posición sentada, encontrándose menores índices de partos instrumentales y episiotomías ²². Además, un estudio ³⁵ comparó a mujeres en posición supina y vertical, ambas con epidural, y se observó una menor duración del parto en posiciones verticales, lo que resalta el beneficio de estas posiciones.

Todo ello no contraindica el uso de la analgesia epidural para todas aquellas mujeres que lo deseen, pues tiene más ventajas que inconvenientes. Con la reducción del dolor, la tranquilidad y el confort maternos aumentarán, lo que se transmitirá al feto. Además, la colaboración será también mayor. Lo ideal sería la combinación de técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el parto ³⁸.

INFLUENCIA DE LOS PROFESIONALES EN LA ADOPCIÓN DE LAS DIFERENTES POSICIONES DURANTE EL PARTO Y POSIBLES CONSECUENCIAS DE SU ACTUACIÓN.

Según diversos estudios ^{23, 24, 32, 35} las posiciones verticales están asociadas con un menor intervencionismo gracias a sus ventajas ya mencionadas. Si hablamos de la posición supina o de litotomía, hay mayor consenso y la mayoría de los estudios concluyen que la posición de litotomía está vinculada a un mayor número de intervenciones por parte de los profesionales ^{23, 26, 40}. No se encuentra unanimidad en lo que se refiere a la posición lateral de la mujer, ya que algunos autores ^{34, 36} coinciden en que las posiciones laterales disminuyen las intervenciones por parte de los profesionales, pero, sin embargo, Kemp et al. ⁴⁰ relaciona la posición lateral con un mayor intervencionismo.

Abordando el tema del intervencionismo, en el cual los profesionales tienen un papel fundamental, una de las prácticas más controvertidas actualmente es la episiotomía. De tal forma que en un estudio de Meyvis et al.,³⁶ se vio que el periné intacto en partos llevados a cabo por matronas ascendió al 60% mientras que, en partos a cargo de médicos, descendió a un 30%. En el caso de que se produjera un daño perineal, las matronas consideran un desgarro mucho menos dañino, con una mejor y menos dolorosa cicatrización y menores secuelas que una episiotomía, por lo que optan menos por estas a expensas de que puedan producirse desgarros. En este mismo estudio ³⁶, los profesionales de enfermería realizaron episiotomías en un 2% de los casos, mientras que los médicos lo hicieron en más de un 30%.

Existe bastante unanimidad al determinar que, adoptando posiciones verticales durante el parto se reduce el número de episiotomías realizadas ^{24, 25, 29, 35, 37}. La posición supina parece ser la que más episiotomías ocasiona, comparada con las posiciones laterales ³⁶, que se alza como la posición con mayor tasa de perinés intactos ^{26, 29}, a expensas de causar más desgarros. Cebrián Rodríguez et al. ²¹ en una revisión bibliográfica, señala que Nasir et al., comparó la posición de litotomía con la de cuclillas y Kemp et al. ⁴⁰ y Martín de Vega et al., ³⁹ lo hicieron con la posición de litotomía con otras posiciones horizontales y verticales. En las conclusiones de todos estos trabajos, la posición de litotomía se asoció con un mayor número de episiotomías.

Dentro de lo relacionado con el intervencionismo, también podemos hablar de los partos instrumentales, que son aquellos que requieren la utilización de instrumentos externos como fórceps, espátulas o ventosa, utilizados para ayudar a la extracción fetal. Estos partos no están tampoco exentos de complicaciones, sino todo lo contrario, suponen un aumento de las pérdidas de sangre maternas y un mayor daño perineal, además de mayor probabilidad de precisar anestesia general. También hay riesgos para el bebé, ya que pueden producirse hemorragias intracraneales, cefalohematomas y hemorragias retinianas ²². Una revisión encontrada en la Biblioteca Cochrane Plus ⁴⁰, expone que los partos instrumentales se asocian con incontinencia urinaria, prolapso y dispareunia.

Varios autores ^{22-24, 31, 35} afirman que las mujeres que adoptan posiciones verticales durante el trabajo de parto, tanto durante la dilatación como en el expulsivo, tienen menos partos instrumentales que en posición de litotomía, que es la que más partos de este tipo produce. En cuanto a la posición de decúbito lateral, también considerada horizontal, Cervera Perales et al. ³⁴ realizó un estudio experimental comparando la posición de decúbito lateral modificada con la posición de litotomía, ambas durante el expulsivo, concluyendo que la tasa de partos intervenidos fue menor en la posición de decúbito lateral modificada, teniendo las mujeres que parían en esta posición, ocho veces más posibilidades de tener un parto eutócico.

Aunque se sabe que las posiciones verticales son favorables para conseguir un parto vaginal espontáneo, no hay consenso sobre cuál es la mejor postura vertical para ello. Según Johansson et al.,²⁸ hay menos partos instrumentales si la mujer se coloca de rodillas, de pie o en una silla de partos; Nasir et al. y Golay et al. citados en una revisión bibliográfica de Cebrián Rodríguez et al.,²¹ manifiestan que la mejor posición es la de cuclillas, mientras que Gizzo et al. ²³ resalta las posiciones de sentada, de pie, apoyada de manos y rodillas e incluso utilizando la pelota de partos como las mejores para disminuir los partos instrumentales. En una revisión narrativa de Priddis et al.,²⁵ hay controversia: este refiere que según Lawrence et al., no hay diferencias significativas en los resultados comparando posiciones verticales con horizontales y, por el contrario, cita a Gupta y Hofmey, quienes apuntan que las posiciones verticales sí que reducen el número de partos instrumentales.

Otra práctica controvertida actualmente, son los tactos vaginales llevados a cabo por el personal sanitario durante el curso del parto. Si estos se realizan de forma sistemática y frecuente, suelen condicionar a la mujer a la adopción de posiciones horizontales, ya que resultan más cómodas para los profesionales ^{24, 35}. Sin embargo, la evidencia indica que estos tactos deben realizarse únicamente cuando sean estrictamente necesarios, no de forma sistemática.

INFLUENCIA DE LAS DIFERENTES POSICIONES EN LA EXPERIENCIA DE PARTO EN MADRES Y PADRES.

Los sentimientos y emociones que las madres viven durante sus partos son multidimensionales, es decir, durante este proceso es tan importante la parte física como la psicosocial, ya que la unión de ambas es lo que terminará conformando la experiencia de parto de cada una de las madres, personal y diferente para cada una de ellas ²⁵.

Según Green et al., citado por Priddis en su revisión narrativa ²⁵, uno de los sentimientos más importantes durante el parto es el de sentimiento de control por parte de la madre. Son muchos los autores que coinciden en afirmar que adoptar posiciones verticales durante el parto, está asociado con una mejor experiencia de parto de las madres y padres, ya que les proporciona un mayor sentimiento de control durante el proceso de parto y una participación activa en él ^{22, 25, 26, 29, 32, 34, 41}. Además, las mujeres refieren un mejor control al realizar los pujos en posición vertical, probablemente debido al efecto de la gravedad ^{28, 33}. A todo esto, se suma la sensación de mayor control por parte de las madres cuando la duración del parto es menor, que como ya se ha mencionado, disminuye adoptando posiciones verticales ²⁸. Sin embargo, Priddis et al.,²⁵ en su revisión narrativa, apunta que Ragnar et al. relaciona la posición sentada con un aumento de la percepción del dolor, alargamiento de la segunda etapa del parto y con ello, aumento de los sentimientos de vulnerabilidad del padre y la madre.

Otro de los factores que influyen en la experiencia de parto materna, es el acompañamiento durante el proceso. La mujer durante el parto, debe tener acceso no restringido y libertad en la elección de la persona que quiere que le acompañe, siendo normalmente la pareja; de esta forma, la experiencia de dolor de la mujer disminuye si cuenta con un apoyo emocional durante el parto. Por ello es tan importante el ambiente hospitalario, pues un entorno donde el personal sanitario apoye a la mujer y a su

acompañante, animándoles a adoptar un rol activo, influye de forma positiva sobre la embarazada y en la percepción de dolor ²⁵.

Además, Johansson et al. ²⁸ habla de la influencia de la postura adoptada por la madre en la experiencia de parto de sus parejas, concluyendo que cuando las mujeres eligen posiciones verticales, los padres suelen tener una mejor experiencia y están más cómodos durante el proceso, ya que estas posiciones hacen más fácil que ellos puedan colaborar y ayudar, con lo que se sienten mucho más satisfechos. También revela que los padres viven con más ansiedad, nerviosismo, cansancio y negativismo el parto cuánto más se alarga en el tiempo, algo que suele ser más frecuente en los partos en posiciones horizontales. Además, tienen una percepción de la fase de expulsivo más rápida si esta se produce en alguna postura vertical. Por lo tanto, los partos en posiciones verticales serían vividos por los padres con mayor tranquilidad y serenidad. Según Luces Lago et al., ²⁰ las posiciones horizontales generan una percepción negativa de los padres y la movilización se dificulta; definen la posición de litotomía como una postura incómoda y que no ayuda al proceso del parto. Algunas de las muchas desventajas que presentan las posiciones supinas con respecto a la satisfacción materna y paterna en el parto, es que disminuyen la relajación muscular, lo que aumenta la necesidad de analgesia, impiden la movilidad y aumentan la sensación dolorosa en las contracciones ^{23, 41}.

Según Thies Lagergen et al. ³², un 40% de las mujeres durante el parto consideran que lo más importante del cuidado prestado por los profesionales es tener la posibilidad de participar en la toma de decisiones. Una vez llegado el momento del parto, corresponde a los profesionales seguir proporcionando información acerca de las posiciones que pueden ser adoptadas en cada momento, siempre teniendo en cuenta lo que permita el curso del parto ²⁰ y dejando que la mujer decida libremente, teniendo siempre presente que ella es la protagonista de su parto y por tanto, debe elegir la postura que más cómoda le resulte, dentro de las posibilidades ^{22, 35}. Esta libertad les proporciona un mayor control del dolor y del proceso de parto, dando lugar a la sensación subjetiva de acortamiento del tiempo y un mejor recuerdo del periodo expulsivo, generando una mayor satisfacción ^{25, 37, 39}. Kopas ³¹ explica que al sentirse más cómodas al elegir la posición durante todo el proceso de parto, aumenta el flujo de endorfinas, lo que disminuye la sensación dolorosa.

Existen multitud de alternativas a las posiciones horizontales, algunas mejor aceptadas por las madres que otras. Así, la posición de decúbito lateral ^{34, 39} es bien aceptada por las mujeres, ya que con ella apoyan una gran parte de la superficie corporal en la cama, lo que disminuye la tensión muscular y aumentaría el confort de la madre. Un estudio realizado en Boston, incluido en una revisión bibliográfica de Cebrián Rodríguez ²¹, mostró que, si las mujeres tenían libre elección de postura, se decantaban más por las posiciones laterales. Sin embargo, según Jonge et al. y Gupta et al., citados en una revisión narrativa ²⁵, las posturas que las mujeres adoptan sin estar influenciadas por factores externos, parecen ser mayoritariamente verticales. La posición semifowler es la considerada con más frecuencia como la más incómoda ³⁹.

Según Nieuwenhuijze et al. ⁴² y Hernández Herrerías et al.,⁴³ los profesionales deben ofrecer a la mujer diferentes posiciones y permitir que ella elija la que prefiera. Siempre que el bienestar fetal lo permita, las mujeres deberían alternar tanto la bipedestación como el decúbito, lo que favorecería la movilización de la pelvis y la adaptación de la presentación a las modificaciones de los estrechos pélvicos ³⁹. En un estudio holandés, ⁴² se demostró que el consejo de las matronas era el que más influía en las mujeres a la hora de elegir una determinada posición. Además, afirmaba que las matronas ofrecieron mayor variedad de cambios de posición que los médicos. Cuando la comunicación es dinámica y se usa la empatía, ayuda a la madre a expresar sus decisiones. La toma de decisiones conjunta entre el profesional y los padres mejora la experiencia de parto de los padres, y puede incluso, mejorar los resultados finales.

4. CONCLUSIONES

A lo largo de esta revisión narrativa se ha podido observar que las posiciones verticales poseen multitud de beneficios. A nuestro parecer, los más relevantes son una menor duración del tiempo de parto, una mejora de la dinámica uterina, el aumento del diámetro pélvico y un menor dolor percibido por la madre.

Sin embargo, pese a la abundante evidencia bibliográfica y las recomendaciones de la OMS, nos sorprende que las posiciones más recomendadas actualmente por los profesionales en la práctica, siguen siendo las horizontales. A diferencia de nuestro contexto, en otros países se facilita a las mujeres la libertad de elección de las posiciones que ellas prefieran, muy frecuentemente, el decúbito lateral, la posición de Sims modificada (en la que la embarazada descansa sobre el lado izquierdo, con la rodilla y el muslo derecho flexionado y elevado sobre la pernera)³⁰ y las posiciones verticales²¹.

Una de las explicaciones que se encuentra a la utilización en la actualidad de la posición de litotomía es la comodidad del profesional que atiende el proceso de parto, ya que en posición de litotomía la exploración de la madre tanto abdominal como vaginal se facilita. Además, la práctica actual más habitual es la monitorización continua externa a la madre, que obliga a mantenerla cerca del monitor sin posibilidad de deambular y con pocas opciones posturales que no sean laterales o en decúbito supino, adoptando de esta forma un papel pasivo.

Sin embargo, ni siquiera un control de la salud fetal con monitorización justifica la posición de decúbito dorsal o de litotomía pues, se puede auscultar al bebé de forma intermitente, además de existir equipos sin necesidad de cableado²⁵.

Según la revisión realizada, podemos decir que las posiciones horizontales y en concreto la de litotomía, presentan más inconvenientes que las verticales como son: un peor encajamiento y descenso fetal, un mayor intervencionismo y aumento del dolor percibido por la mujer.

Los inconvenientes más frecuentes de las posiciones verticales, por los cuales sigue existiendo cierto miedo a utilizarlas, son los desgarros perineales y el posible aumento en la pérdida hemática materna. Aunque están presentes y está comprobado que el riesgo es mayor en este tipo de partos en comparación a las posiciones horizontales, a nuestro

parecer, somos de la misma opinión que los autores que concluyen que son mayores los beneficios que se obtienen que los riesgos. Por ello, pensamos que debería promoverse más la utilización de las posiciones verticales ya que, actualmente, existe un claro y visible desconocimiento de ellas, por parte tanto de la población como de los profesionales.

Un aspecto que consideramos muy relevante es el dolor percibido por la madre durante el parto, ya que se encuentra en estrecha relación con nuestra profesión, al considerarse como la quinta constante vital. Los profesionales enfermeros representan un rol fundamental en la educación sanitaria en cuanto al dolor en el parto, debiendo proporcionar una información veraz y clara antes y durante el parto, tanto a la mujer como a su pareja, acerca de todas las opciones existentes para su control, tanto farmacológicas como no farmacológicas, respetando siempre los aspectos socioculturales³⁷. Dentro del manejo del dolor no farmacológico durante el parto, llama especialmente la atención el papel tan importante que cobran las posiciones adoptadas por la madre en el nivel del dolor percibido por ella.

Teniendo en cuenta, y siendo conscientes de que cada persona tiene un umbral del dolor diferente, con el análisis de los documentos presentes en esta revisión, pensamos que las posiciones verticales pueden estar muy relacionadas con un menor dolor percibido por la mujer. Por el contrario, las posiciones horizontales parecen tener un efecto inverso y, por ello, aumentan la demanda de analgesia. En la actualidad, lo más utilizado es la analgesia epidural convencional que, como se ha visto, presenta multitud de inconvenientes, entre ellos, la limitación de la movilidad materna. Por ello, nuestra opinión es que siempre que sea posible, se utilice la modalidad de “walking epidural”, en la que la mujer pueda beneficiarse de todas las ventajas que tiene poder deambular durante la primera etapa del parto y poder elegir la posición en la que se sienta más cómoda en cada momento.

Que un parto termine o no de manera instrumental está condicionado por muchos factores, pero se ha visto que uno de ellos es la postura adoptada por la mujer durante el parto, muchas veces influenciada por el profesional que lo atiende. Como hemos podido observar, las posiciones verticales terminan en muchos más partos vaginales espontáneos que las posiciones de litotomía, que suelen producir más partos instrumentales. Con la lectura de los artículos incluidos en esta revisión se ha podido constatar que el personal

médico tiene más tendencia a la instrumentalización de los partos que el personal enfermero. Estas diferencias se observan también entre profesionales de la misma categoría, pues existe mucha variedad en cuanto a la forma de atención; esto puede estar relacionado con una incompleta formación continuada de los profesionales basada en la evidencia, pero también a que está ocurriendo un cambio en la asistencia a los partos, ya que se están empezando a utilizar las posiciones verticales al comprobarse sus beneficios, aunque actualmente hay mucha controversia y falta de consenso sobre las posiciones idóneas en el parto.

Esta nueva orientación en la atención repercute en los profesionales, que están muy familiarizados con la posición ginecológica de litotomía, lo que, como ya se ha comentado en esta revisión, crea la necesidad de formación continuada a los profesionales activos, así como la de proporcionar una información y educación actualizada a los estudiantes en cuanto a estas nuevas posiciones alternativas de parto, siendo conscientes de sus ventajas e inconvenientes y de su impacto en la mujer y en el niño, además de evitar intervenciones innecesarias o no justificadas, independientemente de la posición en la que se esté desarrollando el parto. Así, se conseguiría una atención en igualdad de condiciones sin las diferencias existentes hoy en día.

Que los profesionales tengan una formación adecuada en cuidados basados en la evidencia, repercute de manera directa en la experiencia de parto tanto del padre como de la madre. La mayoría de los padres quieren estar involucrados en el parto y para ello es clave que, anteriormente hayan recibido toda la información necesaria de una forma clara y que también durante el parto sean partícipes de la toma de decisiones e impulsados por los profesionales a adoptar un rol activo. Para que esto sea posible, siempre que el parto lo permita, los profesionales deben ser capaces de atender un parto con la misma calidad y eficiencia en cualquier posición adoptada. Además de esta libertad de movimiento, como hemos visto, también influye en la experiencia de parto materna y paterna, el adoptar posiciones verticales y el acompañamiento durante el parto.

A modo de conclusión, consideramos que, aunque haya desacuerdo, lo que sí se sabe es que las posiciones verticales y la movilización materna no son dañinas, por lo que las mujeres que tengan partos normales deben ser alentadas a adoptar la posición en la que se sientan más cómodas, al igual que moverse y caminar siempre que quieran.

Finalmente, nos gustaría expresar nuestra creencia de que para lograr una excelencia en los cuidados, es imprescindible la investigación constante con la que obtener resultados claros y evidentes que propicien el consenso de los y las profesionales. En este tema, como se ha visto a lo largo de la revisión, todavía existen diferentes opiniones sobre los inconvenientes o beneficios de unas u otras posturas durante el parto. La práctica investigadora, tanto cualitativa como cuantitativa, es la única actuación que puede dar respuesta a los interrogantes que aún permanecen vigentes.

5. AGRADECIMIENTOS

Nuestro más profundo agradecimiento a la profesora Belén Cabello Tarrés, por su paciencia, entrega e implicación en la realización de este nuestro Trabajo Fin de Grado, sin su tiempo y dedicación, no habría sido posible.

También queremos agradecer al personal de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la UAM el habernos guiado en nuestras primeras búsquedas bibliográficas.

Y, por supuesto, agradecemos a nuestros familiares y amigos el apoyo continuo incondicional.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno Á, Jimeno JF. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones [Internet]. Med Natur. 2014 [Consultado 20 Ene 2017]; 8 (1): 23-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4560683>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de Atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 Dic [Consultado 8 Dic 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2007 Nov [Consultado 8 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
4. Herrera Cabrerizo B, Oliver Reche MI, Velasco Juez MC, Costa Sampere D, Margaix Fontestad L, Seguranyes Guillot G. Iniciativa parto normal. Documento de Consenso [Internet]. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2006 [Consultado 10 Dic 2016.]; 5-97. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
5. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996 [Consultado 8 Dic 2016]. Disponible en: http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F20%2F04.Cuidados_parto_normal_OMS.pdf
6. Lippi D, Domizia W. Crouching or lying-down? The reason of a (uncomfortable) delivery position [Internet]. J Matern Fetal Neonatal Med. 2013 Jan [Consultado 20 Ene 2017]; 27 (2): 206 – 208. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23682973>

7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto [Internet]. 2008 Ene [Consultado 8 Dic 2016]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
8. Quintana Pantaleón C, Etxeandia Ikobaltzeta I, Rico Iturrioz R, Armendariz Mántaras I, Fernández del Castillo Sainz, Isabel. Atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como sus acompañantes y familiares [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012 [Consultado 10 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>
9. Organización mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de fortaleza. Tecnología apropiada para el parto [Internet]. Lancet. 1985 Ago [Consultado 8 Dic 2016]; 2: 436-437. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf
10. El Parto es nuestro [Internet]. Madrid: 2003 [consultado 8 Dic 2016]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
11. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica [Internet]. Matronas Prof. 2006 [Consultado 20 Ene 2017]; 7(1): 27-33. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7046/173/asistencia-al-parto-eutocico-recomendaciones-para-la-practica-clinica>
12. Department of Health. Changing Childbirth: Report of the Expert Maternity Group Pt.1. Londres: The Stationery Office Books; 1993 [Consultado 20 Ene 2017].

13. Munro J, Spiby H. Guidelines for midwifery led care in labour [Internet]. Sheffield: The Central Sheffield University Hospital; 2000 [Consultado 20 Ene 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242194516_Guidelines_for_midwifery_led_care_in_labour
14. European Midwives Association. Declaración sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres [Internet]. Septiembre de 2005. [Consultado 18 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.europeanmidwives.org/uk/>
15. The Royal College of Midwives. RCM Normal birth! [Internet]. Londres: The Royal College of Midwives; [Consultado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.rcmnormalbirth.org.uk/>
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010, Oct 1 [Consultado 8 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
17. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento [Internet]. 2011 [Consultado 9 Dic 2016]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
18. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Presentación y memoria de actividad 2006 – 2011. Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía [Internet]. 2011 [Consultado 15 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.perinatalandalucia.es/course/view.php?id=12>
19. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boletín Oficial del estado, nº 274, (15-11-02). [Consultado 18 Dic 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

20. Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Tizón Bouza E, Mouteira Vázquez M. Estoy embarazada, me gustaría saber cuál es la mejor postura para mi trabajo de parto [Internet]. Evidentia 2015 Jul [Consultado 4 Feb 2017]; 12:51-52. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n51-52/ev10157.php>
21. Cebrián Rodríguez P, Ramón Arbués E. Estudio de las posiciones de parto en la fase de expulsivo [Internet]. Educare21 -Esp-. 2011 [Consultado 4 Feb 2017]; 78. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/620612/>
22. Lagares FM, Riquelme R, Lorite C, Moore T, Gutiérrez MM, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto [Internet]. Matronas Prof. 2005 [Consultado 5 Feb 2017]; 6(4):9-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4423876>
23. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy [Internet]. Biomed Res Int. 2014 Jul 15 [Consultado 4 Feb 2017]; 2014(2014):1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24955365>
24. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Abr [Consultado 4 Feb 2017]; 18(8):CD003934. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full>
25. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literatura [Internet]. Women Birth 2012 Sep [Consultado 4 Feb 2017]; 25(3):100-106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21664208>
26. Nilsen E, Sabatino H, Baena de Moraes Lopes, María Helena. The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth [Internet]. Rev Esc Enferm USP -Bra-. 2011 Jun [Consultado 5 Feb 2017];45(3):557. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21710058>

27. Hollins Martin CJ, Martin CR. A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage [Internet]. Complement Ther Clin Pract. 2013 Feb [Consultado 4 Feb 2017]; 19(1):44-49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23337564>
28. Johansson M, Thies-Lagergren L. Swedish fathers' experiences of childbirth in relation to maternal birth position: a mixed method study [Internet]. Women Birth 2015 Dec [Consultado 4 Feb 2017];28(4):140-147. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26164103>
29. Santiago Vasco M, Béjar Poveda C. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales [Internet]. Matronas Prof. 2015 [Consultado 4 Feb 2017]; 16(3):90-85. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/19645/173/metaanalisis-sobre-posturas-maternas-en-el-expulsivo-para-mejorar-los-resultados-perineales>
30. Ballesteros Meseguer C, Barceló Muñoz N, Mora Lorente J, Pagan Marín L, Picón Carmona M, Ruiz Chumilla MÁ. Efectividad de la posición lateral de Sims modificada durante la fase de expulsivo frente a la posición de litotomía en mujeres con anestesia epidural [Internet]. Nure Inv. 2014 Jul [Consultado 4 Feb 2017]; 71. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/64>
31. Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor [Internet]. J Midwifery Womens Health.2014 May 21 [Consultado 4 Feb 2017]; 59(3):264–276. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850283>
32. Thies Lagergren L, Hildingsson I, Christensson Kyllike, Kvist LJ. Who decides the position for birth. A follow-up study of a randomised controlled trial [Internet]. Women Birth. 2013 Jun 27 [Consultado 4 Feb 2017]; 26(4):e99–e104. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932671>

33. Pérez Valverde MC, Sánchez Rueda M, Ramírez Piedra MC, Sánchez Rodríguez Á, Gómez López A, Martínez Bienvenido E. La introducción del uso de la pelota en el paritorio [Internet]. Rev Paraninfo Digital. 2012 [Consultado 4 Feb 2017]; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/pdf/159p.pdf>
34. Cervera Perales M, Vergara López I, Fernández-Pan Astacio V. Rotación y descenso de la cabeza fetal en nulíparas con analgesia epidural en posición decúbito lateral modificada [Internet]. Invest & Cuid. 2010 [Consultado 4 Feb 2017]; 8(17):18-26. Disponible en: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat4/pdf/revista_Invest_y_cuid_n17.pdf
35. Bueno Montero E. La verticalidad durante el trabajo de parto: Una revisión de evidencias [Internet]. Rev Paraninfo Digital. 2013 Nov [Consultado 4 Feb 2017]; 19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/076d.pdf>
36. Meyvis I, Rompaey B, Goormans K, Truijien S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal Position and Other Variables Effects on Perineal Outcomes in 557 Births [Internet]. Birth. 2012 Jun [Consultado 4 Feb 2017]; 39(2):115-120. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23281859>
37. Serati M, Cromi A, Ghezzi F, Di Dedda MC, Uccella S, Bogani G, Lapenna M, Soligo M, Sorice P. Position in the second stage of labour and de novo onset of post partum urinary incontinence [Internet]. Int Urogynecol J. 2016 Feb [Consultado 4 Feb 2017]; 27(2):281–286. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26337426>
38. Pérez Martínez E, Serrano Gómez N, Usabiaga Bustos P, Lombardo Ginés S, Uriol Peralta P, Lobera Acedo I. Manejo del dolor durante el parto [Internet]. Educare21 -Esp-. 2013 Jun 13 [Consultado 4 Feb 2017]; 7(11). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/621148/>

39. Martín de Vega, Rosa Ana, Feijoo Iglesias MB, Magdaleno del Rey G, Rodríguez Ferrer RM, Ruíz Rey Ana, M^a. Ensayo clínico para evaluar el efecto de la postura de Sims modificada sobre la rotación y descenso de la presentación en mujeres nulíparas con analgesia epidural [Internet]. *Nure Inv.* 2011 Dic [Consultado 5 Feb 2017]; 55. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/554>
40. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Oct [Consultado 4 Feb 2017]; 30(1):CD008070. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub2/full>
41. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study [Internet]. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 Sep 5 [Consultado 4 Feb 2017]; 13(1):171. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24007540>
42. Nieuwenhuijze MJ, Low LK, Korstjens I, Lagro-Janssen T. The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor [Internet]. *J Midwifery Womens Health.* 2014 May [Consultado 4 Feb 2017]; 59(3):277-285. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24800933>
43. Hernández Herrerías I, Conde Puertas E, Alonso Escalante I. Evolución de las diferentes posturas durante el parto a lo largo de la historia [Internet]. *Rev Paraninfo Digital.* 2016 Nov [Consultado 4 Feb 2017]; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/pdf/084.pdf>

7. ANEXOS

ANEXO 1: POSICIONES DE PARTO ALTERNATIVAS A LA POSICIÓN DE LITOTOMÍA.



Fuente: Modificado de Quintana C, Etxeandia I, Rico R, Armendariz I, Fernández del Castillo, Isabel. Atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como sus acompañantes y familiares. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>

ANEXO 2: PLAN DE PARTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD.





LÍQUIDOS DURANTE LA DILATACIÓN

Se puede **beber agua o zumo** durante la dilatación. Consultar al personal sanitario si no es posible por alguna circunstancia.

ELECCIÓN DEL LUGAR Y POSICIÓN DURANTE EL PARTO

Hay diversas posturas que se pueden adoptar para el parto (acostada, de pie, en cuclillas, etc.) y **varios posibles lugares** donde dar a luz (en la cama, taburete, en silla de parto vertical, etc.).

En la actualidad no está demostrado cuál es la postura o el lugar más adecuado para facilitar el parto. **La elección depende de cada mujer** y de sus necesidades o deseos en cada fase del parto. Si hay algún motivo para aconsejar una postura, se le explicará el motivo.

Prefiero:

MOVILIDAD DURANTE EL PARTO

Se aconseja que la mujer pueda moverse con libertad durante el parto y **elija lo que prefiera** en cada momento. En caso necesario, el personal sanitario indicará la posición más adecuada para llevarla a cabo.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento [Internet]. 2011 [Consultado 9 Dic 2016]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>

ANEXO 3: TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN NARRATIVA.

Autor	Objetivos del artículo	Diseño	Sujetos/población de estudio	Metodología	Principales hallazgos
Ballesteros Meseguer C, et al. 2014	Analizar la posición tradicional de litotomía frente a la posición de SIMS modificada en la segunda fase del expulsivo, con el objetivo de comparar el trauma perineal ocasionado y de cara a mejorar la calidad asistencial durante la etapa de expulsión fetal en mujeres con analgesia epidural y a valorar su satisfacción con el mismo.	Proyecto de ensayo clínico aleatorizado controlado, con grupos paralelos, monocéntrico y sin enmascaramiento.	La selección de los sujetos se realizará por asignación aleatoria. La clasificación de los sujetos en grupo control o experimental también se hizo de forma aleatoria.		Proyecto de investigación que no se llegó a realizar.
Bueno Montero E. 2013	Dar a conocer las ventajas, basadas en la evidencia científica, de la posición vertical de la madre a la hora del parto, frente a la habitual posición dorsal más empleada hoy día.	Revisión narrativa.		Análisis de 21 estudios y 19 ensayos incluidos y encontrados en PubMed, uptodate, Cochrane, Medline, Scielo y diferentes asociaciones profesionales. Entre 1969 y 2013.	La posición dorsal es la peor postura para el expulsivo, ya que no existe una presión tan efectiva de la cabeza fetal sobre el periné de la mujer. Además, el cóccix de la mujer queda comprimido y disminuye el espacio que tiene el bebé para salir, alargando así el periodo de expulsivo. En posición de litotomía se produce el Síndrome de compresión de la vena cava. Las posiciones verticales, se asocian con una duración menor del expulsivo, menos necesidad de analgesia, reducción de partos asistidos y episiotomías, y menos patrones de FCF anormales.

Cebrián Rodríguez P, et al. 2011	Revisar la evidencia científica actual sobre las distintas posiciones en el segundo periodo del trabajo del parto, sus antecedentes históricos y analizar cuál sería la más beneficiosa para la mujer y el recién nacido.	Revisión bibliográfica.		Análisis de 19 documentos consultados en las bases de datos: PubMed, Scirus, Science Direct, Embase o Dialnet.	La evidencia científica apoya la idea de que las posiciones verticales se imponen por sus beneficios a las horizontales. Los beneficios de las posiciones verticales se deben a la sinergia de la gravedad y a los cambios anatómicos.
Cervera Perales M, et al. 2010	Comparar el efecto de la posición decúbito lateral modificada durante el segundo periodo del trabajo de parto respecto a las posiciones usadas habitualmente (decúbito supino o litotomía).	Estudio experimental verdadero a simple ciego.	51 gestantes nulíparas entre 20 y 40 años con analgesia epidural y dilatación completa en el Hospital Universitario de San Juan y Hospital General Universitario de Alicante entre enero del 2010 y marzo del 2010, distribuidas aleatoriamente en un grupo control y un grupo de intervención.	Análisis estadístico de los datos mediante el paquete estadístico SPSS v. 15.0 para Windows.	La postura de decúbito lateral modificada favorece el parto vaginal eutócico en mujeres nulíparas con analgesia epidural, así como la rotación de la cabeza fetal, pero no reduce el tiempo de expulsivo ni mejora el descenso por el canal de parto.

Gizzo S, et al. 2014	Comparar pacientes que pasaron más del 50% del parto en posición acostada con aquellas que adoptaron posiciones alternativas (verticales) en relación a resultados intraparto, maternos/fetales y neonatales)	Estudio observacional de cohorte cualitativo.	225 mujeres primíparas con embarazos únicos sin complicaciones y en presentación cefálica antes o en el comienzo del trabajo de parto.	Análisis estadístico de los resultados obtenidos de la comparación de dos grupos a estudio: un grupo en posiciones horizontales (supina o lateral) y otro en posiciones verticales.	Las posiciones verticales se asociaron con menos dolor, menor duración del parto y una mejor experiencia y percepción de las mujeres del parto como confortable y satisfactorio. En ausencia de complicaciones preparto e intraparto maternos y fetales, la mujer debe ser animada a moverse y parir en la posición que más cómoda le resulte, preferiblemente en posiciones verticales.
Hernández Herrerías I, et al. 2016	Conocer las posiciones más usadas por las mujeres a lo largo de la historia a través de las diferentes culturas, así como determinar si la posición de litotomía, frecuente en nuestro medio hospitalario, es la más favorecedora para el desarrollo del parto.	Revisión narrativa.	Análisis de los documentos seleccionados encontrados en Cuiden, Teseo, CINAHL, Enfispo y PubMed.	Hasta el siglo XVII las referencias sobre las posiciones maternas durante el parto muestran a la parturienta en una posición vertical, por lo general en cuclillas o de rodillas. La posición de litotomía atiende más a la facilidad del profesional, a pesar de que se ha visto que las posturas adoptadas por las mujeres sin estar influenciadas son verticales. La mujer debería adoptar la postura que le dicte su cuerpo.	

Hollins Martin CJ, et al. 2013	Proporcionar conocimiento a los profesionales sanitarios para poder aconsejar a la mujer embarazada sobre el efecto que su movimiento tendrá en el proceso del parto.	Revisión narrativa.	Análisis de 22 artículos entre 1974 y 2010 de las bases de datos MEDLINE, CINAHL, MIDIRS , CDSR, CENTRAL y el buscador Google.	Se encontraron artículos que decían que la actividad física materna no mostró ningún efecto en la duración de la primera etapa ni perjudicó el trabajo activo y resultó inofensivo para la madre y el feto. Sin embargo, se encontraron de igual forma artículos que defendían que la actividad física materna si tenía un efecto en la duración de la primera etapa del parto. A pesar de esto, como no se encontró ningún daño en la actividad física materna, las mujeres deberían ser apoyadas para moverse y adoptar posiciones cómodas durante el parto.	
Johansson M, et al. 2015	Investigar cómo influye en la experiencia de parto del padre la posición materna durante la segunda etapa de este.	Ensayo controlado randomizado cualitativo.	221 padres se incluyeron en el estudio, cuyas mujeres eran nulíparas sanas que parieron en la silla de partos o en cualquier otra posición entre 2010 y 2012.	Cuestionarios on-line.	Los padres cuyas esposas adoptaron posiciones verticales durante el parto, tuvieron una experiencia de parto positiva, sintiéndose cómodos comparados con aquellas parejas en las que la mujer adoptó una posición horizontal.

Kemp E, et al. 2013	Evaluar los efectos de diferentes posiciones de parto (verticales vs decúbito) durante la segunda etapa del parto y su efecto en resultados maternos y fetales, en mujeres con analgesia epidural.	Revisión bibliográfica.	Análisis de 5 ensayos controlados aleatorizados encontrados a través de las bases de datos: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, Medline, Embase y Biomed Central.	No se encontraron diferencias significativas entre posiciones verticales y acostadas en partos instrumentales o en la duración de la segunda etapa del parto. Tampoco se encontraron diferencias significativas en los recién nacidos, en relación al distrés fetal o al ingreso en unidad de cuidados intensivos neonatales.
Lawrence A, et al. 2013	Evaluar los efectos de alentar a las mujeres a adoptar posiciones verticales diversas (andar, sentada, de pie y de rodillas) en comparación a posiciones acostadas (supina, lateral y semi-acostada) en la primera etapa del parto y cómo influye en la duración del trabajo de parto, el tipo de parto y otros resultados importantes en las madres y bebés.	Revisión bibliográfica.	Análisis de 25 estudios encontrados a través de las bases de datos: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, Medline, Embase, Biomed Central.	Las mujeres que optaron por la posición vertical tuvieron una duración de la primera etapa de parto de una hora y 22 minutos menos en comparación con las posiciones recostadas; además, eran menos propensas a sufrir una cesárea o precisar analgesia epidural. En cuanto a los recién nacidos cuyas madres dieron a luz en posición vertical, tuvieron menor probabilidad de ingresar en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Kopas ML. 2014	Analizar los riesgos y beneficios de las intervenciones de los profesionales en el consejo a las mujeres y la realización de unos cuidados óptimos durante la segunda etapa del parto.	Revisión bibliográfica.	Análisis de 26 artículos obtenidos de diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud.	<p>A menos que la parturienta no tenga la necesidad de pujar, es razonable retrasar los pujos por lo menos dos horas después de la dilatación completa.</p> <p>Si la cabeza del feto está en OP, la evidencia sugiere evitar rotaciones o intervenciones instrumentales, ya que retrasar los pujos da la oportunidad de que se produzca un parto espontáneo vaginal.</p> <p>Con el uso de la analgesia epidural, la duración de la primera y segunda etapa de parto es mayor.</p> <p>Prolongar la segunda etapa del parto está asociado con un aumento de parto vaginal asistido o por cesárea y aumento de la morbilidad neonatal.</p> <p>Las mujeres deben ser animadas a elegir entre una variedad de posiciones, evitando las supinas.</p>
Luces Lago AM, et al. 2015	Conseguir una respuesta basada en evidencia sobre la duda planteada por las embarazadas de cuál es la mejor postura a adoptar en su trabajo de parto y sus beneficios.	Revisión narrativa.	Análisis de 24 documentos seleccionados y encontrados a través de Guías de salud, la Cochrane Library, Cuiden y Medline. Entre 2010 y 2015.	<p>No está demostrado cuál es la mejor postura para facilitar el parto. Sin embargo, se sabe que las posiciones verticales tienen innumerables beneficios frente a la de litotomía (supina), pues es incómoda y puede conllevar riesgo para la madre e hijo.</p> <p>Es la mujer quién debe elegir en qué posición desea parir. Los profesionales tienen el deber de informar a las madres de las diferentes posiciones y los beneficios de estas.</p>

Martín de Vega RA, et al. 2011	Evaluar si la postura de Sims Modificada disminuye la duración del segundo periodo del trabajo de parto y facilita la rotación y el descenso del cilindro fetal por el canal del parto en nulíparas con analgesia epidural.	Ensayo clínico controlado aleatorizado cuantitativo.	157 gestantes nulíparas con analgesia epidural atendidas en el Hospital Universitario La Paz (Madrid) desde enero del 2008 hasta julio del 2009. Fueron divididas de forma aleatoria en un grupo control (sims y semi fowler) y un grupo de intervención (Sims modificada).	Análisis estadístico de los datos con el programa SPSS 9.0 (SPSS Inc.) y el programa SAS Enterprise Guide 3.0.	No se encontraron diferencias entre el tipo de parto y la postura adoptada; mayoritariamente, el parto fue eutócico. El tiempo medio de expulsivo fue similar en los dos grupos. Tampoco se encontró ninguna asociación entre la postura, la rotación y el descenso del cilindro fetal por el canal del parto. Las mujeres atendidas en Sims modificada refirieron mayor comodidad, siendo la postura de semi fowler la percibida como la más incómoda.
Meyvis I, et al 2012	Comparar la posición lateral y la posición de litotomía durante el parto en relación al daño perineal.	Estudio restrospectivo transversal cuantitativo.	557 mujeres que dieron a luz en el hospital de Antwerp en Bélgica, entre noviembre de 2008 y noviembre de 2009. 348 en litotomía y 209 en posición lateral.	Análisis estadístico de los resultados.	Las mujeres que adoptan posiciones laterales son menos propensas a necesitar analgesia epidural y el número de episiotomías es menor en comparación con la posición de litotomía. Sin embargo, la posición lateral está asociada con mayores laceraciones de grado uno y dos. A diferencia de la posición de litotomía, la lateral es una técnica “Hands-off” evitando manipulaciones innecesarias.

Miquelutti MA, et al. 2013	Conocer la diferencia entre la experiencia de parto en mujeres que han recibido un programa prenatal de información y las que no lo han hecho.	Estudio cualitativo.	32 mujeres, divididas en un grupo que asistió al programa prenatal (grupo intervención) y otro grupo que no asistió (grupo control). Entre junio de 2009 y septiembre de 2011 en un hospital universitario del sudeste de Brasil.	Entrevistas semi-estructuradas presenciales y análisis de los datos.	No se obtuvieron diferencias sustanciales en las mujeres que participaron en el programa de preparación al parto en relación con las que no participaron, aunque todas las mujeres, refirieron sentirse más cómodas cuando adoptaban posiciones verticales. Las mujeres que habían participado en programa antenatal, dijeron haber mantenido el control durante más tiempo que las mujeres que no habían participado.
Nieuwenhuijze M, et al. 2014	Explorar cómo afecta la forma en la que se comunican los profesionales sanitarios con las mujeres durante la segunda etapa del parto en la elección y las decisiones sobre la posición adoptada.	Ensayo cualitativo clínico randomizado.	41 mujeres nulíparas con embarazos no patológicos, mayores de 18 años, en Holanda entre 2000 y 2006.	Grabaciones de audio de las mujeres durante la segunda etapa del parto.	El uso de la toma de decisiones compartida entre las mujeres y los profesionales puede tener un efecto positivo en su percepción de la experiencia de parto y puede mejorar los resultados de salud relacionados con la segunda etapa del parto. Las mujeres afirmaron que el consejo de la matrona fue el factor más importante que influyó en su decisión sobre la posición en el parto; las posiciones que más se ofrecieron fueron: de cuclillas y manos-rodillas.

Nilsen E, et al. 2011	Analizar, mediante su propia percepción, la intensidad dolorosa y el comportamiento de las mujeres durante la primera y la segunda etapa del parto en las posiciones de semi sentada, decúbito lateral izquierdo y litotomía.	Estudio descriptivo, transversal y correlacional cualicuantitativo.	558 mujeres con parto natural, sin oxitocina ni medicación analgésica. Entre agosto del 2008 y enero de 2009.	Cuestionarios postparto y análisis estadístico de los datos.	El dolor entre las mujeres que parieron en posición de litotomía fue significativamente menor en comparación a las que parieron en decúbito lateral izquierdo, a pesar de que fueron las mujeres las que eligieron dicha posición.
Pérez Martínez E, et al. 2013	Revisión bibliográfica sobre el control del dolor en el parto y los procedimientos que existen para paliarlo, incidiendo en la eficacia de la anestesia epidural y en técnicas no invasivas aplicables por Enfermería.	Revisión bibliográfica entre 2001 y 2012.	Análisis de 32 documentos obtenidos en Cochrane plus, Medline, Joanna Briggs, Elseiver, Google académico y Encuentra.	Existe eficacia demostrada de la analgesia epidural durante el trabajo del parto frente a otras técnicas de alivio del dolor. Se recomienda, aun con sus riesgos, el uso de la analgesia epidural ya que ha demostrado tener más ventajas que inconvenientes. La tranquilidad de la madre durante el parto se transmite al feto, y con una reducción del dolor, su colaboración será mayor y también su satisfacción. No obstante, una propuesta interesante para un parto cómodo y exitoso sería la posible combinación de técnicas farmacológicas y no farmacológicas.	

Pérez Valverde M^oC, et al. 2012	Describir las diferentes posturas que la mujer puede adoptar con la pelota de parto durante el embarazo y el trabajo de parto, así como analizar las ventajas e inconvenientes de las mismas.	Revisión narrativa.	Análisis de 59 artículos obtenidos y seleccionados a través de las bases de datos Cuiden, Lilacs, Doyma, Bdie, Medline y Cochrane Library. Entre 1994 y 2011.	Se encontraron escasos resultados referentes al uso de la pelota en el trabajo de parto. Sí parecen estar demostradas las ventajas de la libertad de movimiento durante la dilatación y hasta el inicio del expulsivo.
Priddis H, et al. 2012	Llevar a cabo una revisión de la literatura disponible en relación al impacto de las posiciones en el parto en el bienestar materno y perinatal y los factores que facilitan o impiden a la mujer adoptar diferentes posiciones durante la primera y segunda etapa de parto.	Revisión narrativa.	Análisis de 40 artículos publicados y no publicados obtenidos en CINAHL, CIAP, the Cochrane database of systematic reviews, Medline, Biomed central, OVID y Google scholar.	Durante el parto, la mujer siente la necesidad de tener libertad de andar, moverse o cambiar las posiciones. El uso de la posición de litotomía impide adoptar posiciones consideradas más favorables, lo que podría causar efectos adversos. Adoptar posiciones verticales reduce la duración del parto, disminuye las intervenciones, y las mujeres refieren menos dolor y más satisfacción con la experiencia de parto en comparación con la posición recostada o de litotomía. La posición de parto varía también en función de la preferencia de la matrona, siendo las verticales las que se adoptan para el beneficio de la mujer, mientras que las posiciones en decúbito se utilizan para una mayor comodidad del profesional, y no tanto para el bienestar materno.

Lagares FM, et al. 2005	Describir la influencia de las posiciones en el parto con respecto al dolor, el índice de episiotomías y de desgarros de segundo grado, las pérdidas hemáticas, el número de partos instrumentados, el tiempo de expulsivo, y la posición en relación a la analgesia epidural.	Revisión bibliográfica	Análisis de los 15 documentos encontrados en Medline, Cochrane, Cuiden y PubMed. Entre 1993 y 2005.	Las posiciones verticales reducen el dolor, el número de episiotomías, los partos instrumentales, la duración del expulsivo y, además, las contracciones son más fuertes y eficientes. Sin embargo, las posiciones verticales se asocian con el aumento de desgarros perineales de segundo grado, así como laceraciones y desgarros labiales. También hay un riesgo aumentado de pérdidas sanguíneas de más de 500 ml aunque sin consecuencias importantes para la madre.	
Santiago Vasco M, t al. 2015	Determinar la evidencia científica sobre los efectos preventivos de las distintas posiciones que puede adoptar la gestante durante el periodo expulsivo del parto, para reducir la incidencia de lesiones en el periné y su morbilidad asociada.	Búsqueda bibliográfica de estudios aleatorizados.	Metaanálisis de los estudios encontrados.	Las posiciones verticales reducen el número de episiotomías. Comparando la posición de rodillas frente a la sentada, el periné intacto es mayor en posición de rodillas. El decúbito lateral reduce el número de episiotomías pero aumenta el número de desgarros de primer grado, comparada con cualquier otra posición.	
Serati M, et al. 2015	Evaluar por primera vez en la literatura, cómo influyen las posiciones maternas adoptadas durante el expulsivo en el desarrollo de incontinencia urinaria de novo en el postparto.	Estudio prospectivo Cuantitativo.	656 mujeres que parieron en el Departamento de Ginecología de la Universidad de Insubria en Varese, Italia, entre enero y julio del 2014.	Cuestionarios presenciales durante la hospitalización y vía telefónica postparto.	Las posiciones supinas durante la segunda etapa del parto constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia urinaria, en particular, incontinencia de esfuerzo y urgencia.

Thies-Lagergen L, et al. 2013	Investigar los factores asociados con la adherencia a la posición de parto asignada e investigar los factores asociados con la toma de decisiones para la posición de parto.	Ensayo controlado randomizado cualitativo.	289 mujeres divididas en dos grupos, el grupo de adherencia (silla de partos) y el grupo de no adherencia (no silla de partos), entre 2010 y 2011 en Suecia.	Cuestionario on-line.	Las posiciones verticales, cuando son elegidas por las mujeres, les proporcionan un sentimiento de control y conduce a una mayor satisfacción de parto. Las mujeres que parieron en silla de parto refieren haber tenido la oportunidad de elegir dicha posición y haber formado parte de las decisiones.
--------------------------------------	--	--	--	-----------------------	---

Fuente: Elaboración propia.

