



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

LA POSICIÓN MATERNA Y SU INFLUENCIA EN EL EXPULSIVO

Alumno/a: Espinosa de la Torre, Alejandro

Tutor/a: Prof. D. Juan Miguel Martínez Galiano

Dpto.: Enfermería

Marzo, 2022



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

LA POSICIÓN MATERNA Y SU INFLUENCIA EN EL EXPULSIVO

MATERNAL POSITION AND ITS INFLUENCE ON EXPULSION

Alumno/a: Espinosa de la Torre, Alejandro

Tutor/a: Prof. D. Juan Miguel Martínez Galiano

Dpto.: Enfermería

Marzo, 2022

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por enseñarme el significado de cuidar, que es la esencia de la Enfermería.

A mi padre, por acompañarme en este camino y enseñarme a ser quien soy.

A Rubén, a Mónica y a Carmen, por ser mis pilares estos cuatro años y dar cada paso a mi lado.

A Eva, por ser la mejor madrina y mi salvavidas universitario.

A Francisco y a Yolanda, por compartir sueños y porque los lograremos juntos.

A mi tutor, Juanmi, por todo el apoyo, la pasión y el amor por su profesión; y por ser referente para mí.

A todos los que han creído que era capaz cuando yo mismo no lo hice, gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<u>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</u>	Pg. 03
<u>ABSTRACT AND KEY WORDS</u>	Pg. 04
1. <u>INTRODUCCIÓN</u>	Pg. 05
1.1. <u>Marco teórico</u>	Pg. 05
1.2. <u>Antecedentes históricos de la atención en el parto</u>	Pg. 10
1.3. <u>Posiciones durante el parto</u>	Pg. 12
1.4. <u>Complicaciones en el parto</u>	Pg. 13
2. <u>OBJETIVOS</u>	Pg. 15
3. <u>JUSTIFICACIÓN</u>	Pg. 15
4. <u>METODOLOGÍA</u>	Pg. 16
4.1. <u>Diseño</u>	Pg. 16
4.2. <u>Criterios de selección</u>	Pg. 17
4.3. <u>Estrategia de búsqueda</u>	Pg. 17
5. <u>RESULTADOS</u>	Pg. 21
6. <u>DISCUSIÓN</u>	Pg. 36
6.1. <u>Desgarros perineales y realización de episiotomías</u>	Pg. 36
6.2. <u>Nivel de dolor que la mujer manifiesta</u>	Pg. 37
6.3. <u>Sangrado posparto</u>	Pg. 38
6.4. <u>Duración de la fase del expulsivo</u>	Pg. 38
6.5. <u>Experiencia de parto</u>	Pg. 39
6.6. <u>Limitaciones</u>	Pg. 39
7. <u>CONCLUSIONES</u>	Pg. 40
8. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	Pg. 41

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: El parto es un proceso fisiológico que se ve influenciado por diferentes factores como la anatomía de la pelvis, las fuerzas de gravedad o las contracciones uterinas. A lo largo de la historia, las mujeres han adoptado diferentes posiciones durante el parto en función de la cultura y del contexto social de la época. En la actualidad, la mayoría de las mujeres dan a luz en posición de litotomía o supina, pese a que la evidencia científica muestra que esta no es la más fisiológica para tal fin.

Objetivos: Estudiar la influencia de la posición materna durante el expulsivo sobre los desgarros perineales, el dolor manifestado por la mujer, el sangrado posparto, la duración del expulsivo y la satisfacción con la experiencia de parto.

Metodología: Para esta revisión narrativa se realizó una búsqueda en cuatro bases de datos internacionales y una nacional. Los criterios de inclusión fueron artículos originales sobre mujeres con un solo feto, con embarazo sin complicaciones a término. Estos debían estar publicados en los últimos diez años, a texto completo y en español, inglés o francés. En la búsqueda en las bases de datos se identificaron un total de 1.113 referencias de las cuales se incluyeron 15 artículos que fueron elegidos de acuerdo con los criterios de selección.

Resultados: Cabe destacar que a pesar de que la posición de litotomía sea la más empleada en la actualidad, presenta más complicaciones y genera menos satisfacción. Todas las posiciones tienen ventajas e inconvenientes de manera que no es posible establecer que unas sean mejores que otras. El estudio se ha visto limitado por la falta de acceso a artículos a texto completo, el idioma y la carencia de literatura acerca de la satisfacción materna.

Conclusión: No podemos concluir que unas posiciones sean mejores que otras, por lo que la labor de enfermería debe estar enfocada al asesoramiento sobre los pros y contras de las mismas y al acompañamiento en la toma de decisiones.

Palabras clave: Complicaciones, expulsivo, postura, satisfacción.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction: Childbirth is a physiological process that is influenced by different factors such as the anatomy of the pelvis, the forces of gravity and uterine contractions. Throughout history, women have adopted different positions during childbirth depending on the culture and social context of the time. Today, most women give birth in the lithotomy or supine position, although scientific evidence shows that this is not the most physiological position for this purpose.

Objetives: To study the influence of maternal position during labour on perineal tears, women's reported pain, postpartum bleeding, length of labour and satisfaction with the birth experience.

Metodology: For this narrative review we searched four international and one national database. Inclusion criteria were original articles on women with a single foetus, with uncomplicated pregnancy at term. These had to be published within the last ten years, in full text and in Spanish, English or French. A total of 1,113 references were identified in the database search, of which 15 articles were included and chosen according to the selection criteria.

Results: It should be noted that although the lithotomy position is currently the most commonly used, it has more complications and generates less satisfaction. All positions have advantages and disadvantages so it is not possible to establish that one is better than another. The study has been limited by lack of access to full text articles, language and lack of literature on maternal satisfaction.

Conclusion: We cannot conclude that some positions are better than others, so the nursing work should be focused on advising on the pros and cons of these positions and accompanying the decision making process.

Keywords: Complications, delivery, posture, satisfaction.

1. INTRODUCCIÓN

1.1.Marco teórico

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el parto como el proceso de expulsión del feto que se encuentra en el útero al exterior del organismo de manera fisiológica (1).

Para objetivar que una mujer se encuentra de parto, debemos realizar una exploración de la misma para comprobar (2):

- a) **La existencia de actividad uterina regular:** Se considera el parto establecido cuando existe una frecuencia de 2 contracciones moderadas a intensas cada 10 minutos. Podemos realizar palpación abdominal para observar el endurecimiento del útero.
- b) **La dilatación del cuello del útero:** Mediante tacto vaginal aséptico, debemos comprobar que hay más de 3 centímetros de dilatación.
- c) **Progresión en la dilatación del cuello uterino:** En el proceso de parto, se produce la dilatación de 1-2 cm/h del cuello del útero.

Podemos dividir el trabajo de parto en tres etapas (3):

1. **Fase de dilatación:** “Es el período que comprende desde el inicio de las primeras contracciones hasta que se completa la dilatación” (4). En ella diferenciamos dos etapas:
 - **Fase latente:** Existen contracciones de duración e intensidad variables con un proceso lento de borramiento cervical y dilatación hasta los 3-4 cm (3,4). Debemos diferenciar esta etapa de los pródromos, que se dan con anterioridad a la misma y en ellos aparecen contracciones de baja intensidad que preparan el útero para la fase latente y activa (3).
 - **Fase activa:** En ella la frecuencia e intensidad de las contracciones aumenta de 2 a 3 cada diez minutos, por lo que se consigue una rápida progresión hacia los diez centímetros de dilatación. Es en esta fase cuando se considera iniciado el parto (3).

Si bien la duración de la fase de dilatación difiere en cada mujer (4), clásicamente se ha empleado la curva de Friedman (Figura 1) para mostrar los

tiempos que se espera que cumpla la dilatación, y que por tanto, se consideran normales; estos son 20 horas en nulíparas y 14 horas en multíparas (5).

De este modo, la fase activa de dilatación debe dividirse en una fase de aceleración con una rápida progresión en la dilatación, y una segunda de desaceleración en el momento en que se alcanzan los 9-10 cm de dilatación (6).

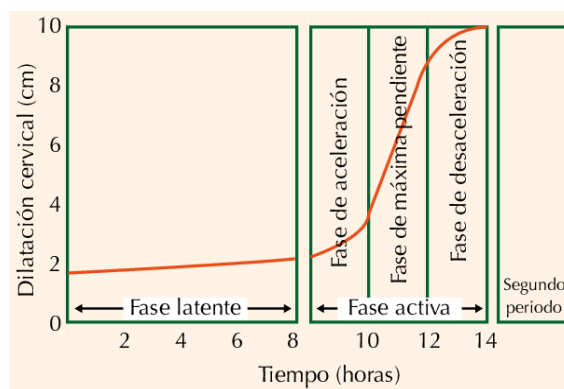


Figura 1: Curva de Friedman. (Fuente: Moreno-Santillán AA, Celis-González C, Posadas-Nava A, Martínez-Adame LM, Villafan-Cedeño L. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex. 2018 junio) (6)

2. **Fase de expulsivo:** Comprende desde que se consigue la dilatación cervical completa hasta que se produce el nacimiento del feto (3). En la misma, también diferenciamos dos subetapas (7):

- **Fase temprana, no expulsiva o pasiva:** El cuello uterino ha alcanzado la dilatación completa (10 cm), pero no se presenta necesidad de empujar.
- **Fase avanzada, expulsiva o activa:** Se sienten ganas de empujar con cada contracción puesto que la presentación fetal está por debajo de las espinas isquiáticas. Podemos tomar como guía el plano IV de Hodge (3).

En la Tabla 1, observamos un resumen de la duración normal de expulsivo:

	FASE PASIVA	FASE ACTIVA
NULÍPARAS	Hasta 2 horas tanto con epidural como sin ella.	Hasta 1 hora si no tienen epidural y hasta 2 horas si tienen anestesia epidural.
MULTÍPARAS	Hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y 2 horas si tienen epidural.	Hasta 1 hora tanto si tienen como si no tienen anestesia epidural

Tabla 1: Duración normal de la etapa de expulsivo (Fuente: Elaboración propia) (3).

3. **Fase de alumbramiento:** Es el período que comprende desde el nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta (3).

El tamaño del útero se ve reducido tras el expulsivo debido a las contracciones uterinas. Sin embargo, la superficie placentaria mantiene su tamaño, de manera que se separa de la pared del útero (8).

La placenta puede desprenderse desde su centro (Mecanismo de Baudelocque-Schultze) o desde la zona periférica (Mecanismo de Duncan). Es importante tener en cuenta estos mecanismos que en el mecanismo de Duncan aparece pérdida sanguínea desde el momento en que se desprende la placenta y en el de Baudelocque-Schultze no la encontraremos hasta que se desprenda completamente la placenta (7).

De este modo, encontramos dos posibilidades ante el manejo del alumbramiento (7):

- **Manejo expectante:** Aquel en el que el profesional espera el alumbramiento de forma espontánea con ayuda de la gravedad, los pujos maternos y la estimulación del pezón (9).
- **Manejo activo:** Consiste en la administración de un uterotónico, el clampaje y corte del cordón umbilical y tracción controlada del cordón (9).

Actualmente, la evidencia científica (3, 7, 8) recomienda el manejo activo en la fase de alumbramiento ya que se ha demostrado que se obtienen mejores resultados y se disminuye el riesgo de complicaciones como la hemorragia posparto, la cual es una de las principales causas de mortalidad materna prevenible con un tratamiento adecuado (7). Se recomienda administrar 10 UI IV lenta para prevenir la hemorragia posparto tras pinzar el cordón umbilical (3).

Durante el parto, se produce la interacción de diferentes componentes biológicos y mecánicos (10). Debemos destacar los siguientes aspectos:

1. Dimensiones pélvicas

Viene influenciada por los movimientos de nutación y contranutación sacra. En la nutación del sacro se produce el descenso del promontorio del sacro hacia adelante mientras que las tuberosidades isquiáticas se separan y se produce la rotación hacia

atrás de las alas ilíacas (11). De este modo se abre el estrecho inferior (Figura 2). En la contranutación del sacro se produce el proceso contrario con la apertura del estrecho superior mediante el cual se facilita la entrada de la cabeza del feto en este estrecho (11), tal y como podemos ver en la Figura 2.

De este modo se consigue ampliar el diámetro de la pelvis hasta en 10 mm, aumentando por los movimientos de hiperflexión e hiperextensión de las caderas (10).

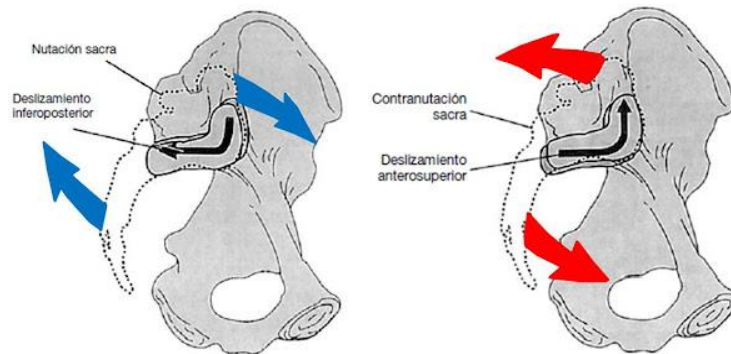


Figura 2: Movimientos de nutación y contranutación del sacro respecto al iliaco (Fuente: Zas IG. El subsistema muscular longitudinal profundo (II), el subsistema oblicuo posterior (III) y la articulación sacroilíaca: Los subsistemas musculares de estabilización lumbo-pélvica) (12)

2. Orientación de la pelvis y acción de la columna vertebral

La mecánica del parto se ve afectada por la posición tanto de las piernas como de los muslos y la columna vertebral. Con una posición óptima se puede disminuir la protuberancia del promontorio del sacro mejorando el descenso fetal gracias a la reducción del ángulo entre el axis de la pelvis y la horizontal (10) (Figura 3).

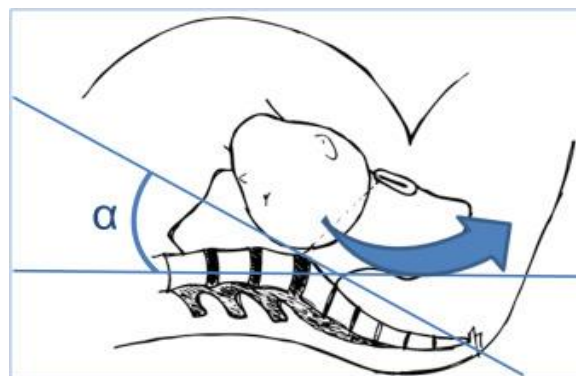


Figura 3: Ángulo entre el axis de la pelvis y la horizontal (Fuente: Deseauve David, Fradet Laetitia, Lacouture Patrick, Pierre Fabrice. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology) (10)

3. Tejidos blandos

Los músculos del suelo pélvico ejercen un papel mixto durante el parto: debido a las fuerzas que ejerce activo en la orientación de la presentación fetal y debido a la deformación que sufre, pasivo (10).

En el proceso del expulsivo, cabe destacar el papel que desempeña el músculo elevador del ano (10). Esta estructura está implicada en funciones básicas como la micción, la defecación o la continencia (13). Durante el parto, consigue estirar hasta 3,26 veces su longitud (10) consiguiendo de esta forma que el feto pueda pasar a través del canal del parto (13).

4. Contracciones uterinas

Las contracciones uterinas modifican la presión intrauterina, de tal forma que se consigue facilitar el movimiento fetal mediante la fuerza que ejercen (10). Las contracciones forman parte del motor de parto y mediante ellas se alarga el ovoide uterino y disminuyen los diámetros horizontales, de modo que se presiona el eje fetal hacia la pelvis y se facilita de dilatación cervical (14). Así, el segmento uterino superior se hace más grueso y con mayor presión de manera que impulsa al feto hacia el segmento inferior (14).

5. Fuerza de la gravedad

Las posiciones horizontales disminuyen las fuerzas de gravedad, comprometiendo así la capacidad de progresión del feto a través del canal del parto (10). Se calcula que la carga que actúa sobre el suelo pélvico es de 37N en reposo horizontal, disminuyendo hasta 19N en supino (15).

A estas fuerzas se unen las de las contracciones uterinas que generan una fuerza de hasta 54N y las del empuje voluntario de hasta 120N (15).

De esta forma, se concluye que el papel de la gravedad durante el parto es limitado durante los pujos puesto que es la menor de todas las fuerzas (10, 15).

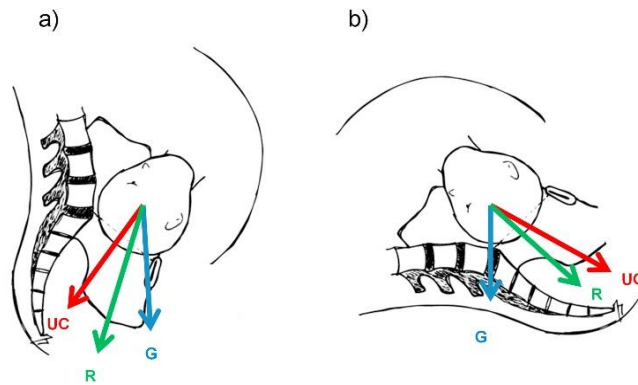


Figura 4: Resultado de la interacción entre las fuerzas de gravedad y las contracciones uterinas en posición vertical (a) y posición horizontal (b) (Fuente: Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*) (10).

1.2. Antecedentes históricos de la atención en el parto

El origen de la asistencia a los partos se remonta a los orígenes de la historia (16). En sus inicios, solo estaban presentes las mujeres siendo según la mitología una acción propia de las diosas, aunque en algunas comunidades eran los hombres los encargados de cortar el cordón umbilical (17).

En Egipto, encontramos en el papiro de Ebers (1550 a. C.) información médica referente al parto que también era atendido por mujeres (17). Las mujeres bebían cerveza para mitigar el dolor durante el parto (18, 19). Es en esta época, hacia el 1500 a. C. cuando aparecen las primeras prácticas higiénicas (17). El parto se realizaba en cuclillas, sentada o sobre ladrillos. (17, 19).

En el imperio azteca, la mujeres daban a luz boca abajo, de rodillas y con las manos en el suelo y el recién nacido era recibido desde atrás por la matrona (18).

Sorano de Éfeso (98-138 d. C.) escribió “Sobre las Enfermedades de las Mujeres”, en el que incluía un tratado sobre el parto usado durante más de quince siglos. En este se describe la atención del parto en presentación podálica, el manejo de las distocias, la protección del periné de forma similar a la actualidad así como instrumentos para extraer fetos muertos pero no vivos (17, 18). En esta época, la atención al parto era solo permitida a las mujeres, necesitando una formación específica (16).

Durante la Edad Media (476-1492 d.C.) no se consiguen avances sobre lo ya conocido puesto que ganó peso la superstición, la astrología y la religión. Se consideraba indecoroso examinar a las mujeres para el parto (17). En esta época los conocimientos sobre la atención al parto eran tradicionalmente transmitidos de madres a hijas. Es a finales de esta época, durante el S.XV, cuando la matrona recupera su consideración. Destaca el uso de sillas de parto, puesto que el parto en la cama era poco usado para respetar la fisiología del proceso (16, 19). También se realizaban partos con la mujer sentada, en cuclillas o arrodillada ante la matrona (16).

En la época del Renacimiento aparecen nuevos manuscritos sobre la atención de las mujeres en el parto, especialmente acerca de la presentación podálica y de la cesárea, apareciendo en el S.XVII el primer caso del que se tiene constancia en una mujer viva (17).

Es en el S.XVII cuando aparece el fórceps obstétrico, ya que con anterioridad solo se habían desarrollado instrumentos para la extracción de fetos muertos (17). En Francia, se comienzan a atender partos, por parte del obstetra Mauriceau, con las mujeres acostadas para poder aplicar este instrumento resultando además esta posición más cómoda para atender el parto (17, 19). Es durante esta época cuando se comienza a usar la cesárea en casos de desproporción cefalopélvica, aparecen nuevos fórceps, se desarrollan técnicas para medir los diámetros de la pelvis, se introduce el decúbito lateral izquierdo para el parto y aparece la episiotomía profiláctica (17).

En el S.XVIII se desarrollan numerosos manuales sobre la atención al parto y la obstetricia (16), continuando durante el S.XIX un desarrollo exponencial de la obstetricia, que se separa de la ginecología. Así, se realiza el primer parto prematuro artificial y se establece el cálculo de la edad gestacional y de la fecha probable de parto. También durante este siglo comienza a usarse la anestesia para aliviar el dolor en el parto. Cabe también destacar que fueron descritos tanto el rombo de Michaelis como las contracciones de Braxton Hicks (17).

Durante todo el S.XX hasta llegar a la actualidad prosiguen numerosos avances en el campo de la obstetricia en relación al manejo del dolor, la mejora en las condiciones de asepsia, la aparición de procedimientos novedosos como la amnioscopia, la monitorización electrónica fetal o la ecografía. De este modo, se ha conseguido una mejor atención a la mujer y una disminución de la mortalidad maternofetal (17).

De cara al futuro, los nuevos objetivos en la atención al parto marcados por la Organización Mundial de la Salud van dirigidos a proporcionar a la mujer la capacidad de decidir en qué posición dar a luz basándose en la información objetiva proporcionada por los profesionales sanitarios (19).

1.3. Posiciones durante el parto

A lo largo de la historia ha existido una gran diversidad a la hora de adoptar posiciones durante el parto en función de la cultura y del momento histórico (16, 17, 18, 19). Sin embargo, la opción de parto horizontal en posición de litotomía experimenta un auge durante el S.XVII, más por interés de los obstetras que por la comodidad o el deseo de las mujeres (17, 19).

En la actualidad, la posición de litotomía es la que se adopta con más frecuencia con el 87,4%. Esto puede indicar la dificultad de cambiar rutinas de trabajo (20).

No obstante, en 1985 la OMS publica una serie de recomendaciones en la atención al parto que desaconsejan la posición dorsal durante el expulsivo, y recomienda la libre elección de la mujer (21).

Algunas de las posiciones a las que la mujer puede optar durante el expulsivo son (22):

1. Posiciones horizontales

1.1. Litotomía o decúbito supino

La mujer tiene la espina dorsal apoyada en horizontal o con alguna inclinación (22). Se puede conseguir aumentar el diámetro superior de la pelvis mediante la flexión máxima de las caderas (23).

1.2. Decúbito lateral o posición de Sims

Variando el grado de flexión de la cadera a través de los movimientos de la pierna que queda arriba, se facilitan los movimientos de nutación/contranutación y anteversión/retroversión. Una variante de ésta es la posición de Sims, donde el apoyo se produce en el lado izquierdo con la rodilla y muslos contrarios flexionados y levantados (23). Con estas posiciones se evita comprimir la aorta y la vena cava inferior (19).

2. Posiciones verticales

2.1. De pie

Si se encuentra completamente en vertical, las caderas se encuentran en extensión con lo que los movimientos pélvicos se ven condicionados. Por ello, se recomienda inclinar el tronco hacia delante para conseguir la semiflexión de las caderas (23).

2.2. Cuclillas

Favorece la retroversión pélvica y la nutación del sacro, aumentando así los diámetros pélvicos (23). Su principal problema es la dificultad de mantener la posición durante todo el período del expulsivo, por lo que se recomienda apoyo, entrenamiento o acompañamiento (19, 23).

2.3. Sentada en silla de partos

Varía mediante la flexión de la cadera. Las sillas de parto pueden llegar a ser muy útiles, pero se recomienda que el diseño de las mismas permita el libre movimiento de la pelvis que facilite una posición cómoda en función del momento del descenso fetal (22).

3. Cuadrupedia

La cadera tiene libertad de movimientos si se mantiene la espalda en horizontal. Si la posición es genupectoral (espalda inclinada hacia delante) se consigue retroversión de la pelvis y contranutación del sacro. Existe la teoría de que favorece la colocación de la cabeza fetal si tiene presentación posterior (22).

1.4. Complicaciones en el parto

Algunas de las complicaciones que pueden experimentar las mujeres durante el parto son (24):

- 1. Desgarros perineales:** Después del parto se debe hacer la inspección del perineo, ya que si no se repara un desgarro pueden aparecer problemas como hemorragias, abscesos, incontinencia anal... Podemos clasificarlos de la siguiente manera (25), representados en la Figura 5:

- a) **Primer grado:** Afecta a la piel perineal y la mucosa.
- b) **Segundo grado:** Afecta a mucosa, tejido conjuntivo y músculos subyacentes.
- c) **Tercer grado:** Sección completa del esfínter anal.
- d) **Cuarto grado:** Afectan a la mucosa rectal.

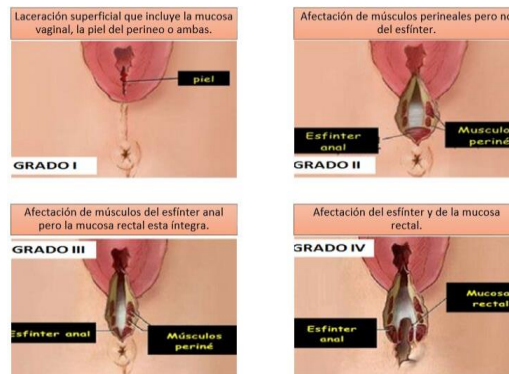


Figura 5: Desgarros perineales (Fuente: Physical Med. Episiotomía o desgarro obstétrico - Clínica de fisioterapia en Madrid) (26).

2. **Sangrado excesivo:** Se trata de un sangrado de 500 ml o más, siendo grave cuando el volumen es mayor de 1000 ml (25). Se recomienda realizar un alumbramiento activo durante el proceso de alumbramiento para prevenir las hemorragias posparto por atonía uterina (3, 7, 8, 25).
3. **Dolor elevado:** El estado emocional de la mujer puede influenciar en el dolor de la mujer (25). Se encuentra muy extendido el uso de analgesia epidural como método de alivio, siendo este el más eficaz pese a sus riesgos. Durante la fase de dilatación el fármaco más usado es la meperidina (27). También pueden emplearse métodos no farmacológicos como son el acompañamiento, acupuntura, masajes o pelotas de goma (27, 28). Debe emplearse la Escala Numérica o la Escala Visual Analógica para la evaluación del dolor (27).
4. **Trabajo de parto que no progresa:** El cuello del útero no se dilata más de 4 cm tras ocho horas de contracciones regulares. También se puede manifestar como trabajo de parto de más de 12 horas o pujos que no consiguen el descenso fetal pese a la dilatación completa (25).

2. OBJETIVOS

Principal

- Conocer la influencia de la posición materna durante el expulsivo sobre distintos parámetros del proceso de parto.

Específicos

- Analizar si existe relación entre la postura materna y la aparición de desgarros perineales y la realización de episiotomías.
- Conocer la importancia de la posición materna en el nivel de dolor que la mujer manifiesta.
- Determinar la importancia de la postura durante el trabajo de parto en la presencia de hemorragias.
- Establecer si existe relación entre la postura de parto y la duración de la fase de expulsivo.
- Identificar cómo influye la postura durante el expulsivo en la experiencia de parto de la mujer.

3. JUSTIFICACIÓN

La experiencia del parto es uno de los momentos más importantes de la vida de muchas mujeres y los profesionales de enfermería desempeñan un papel crucial en el correcto desarrollo del mismo.

A día de hoy, aún se mantiene una fuerte tendencia a la medicalización del parto en nuestro país que se manifiesta a través de diferentes parámetros como por ejemplo un alta tasa de cesáreas (22,2%), que duplica a la recomendada por la OMS que se encuentre entre un 10 y 15% (29).

La evidencia científica demuestra que el uso de tecnología en el parto sin la necesidad del mismo es fuente de iatrogenia, aumenta la tasa de cesáreas innecesarias y la instrumentalización de los partos y dificulta el vínculo materno-filial (29).

Otro de los indicadores que muestran que aún existe un excesivo control sobre el parto es la posición en el mismo. La gran mayoría de mujeres da a luz en posición de litotomía (20) pese a que la OMS desaconseja esta posición y recomienda la libre elección de la mujer en este momento de su vida (19, 21). Esto se debe a que la posición de litotomía imposibilita los movimientos de nutación y contranutación que modifican los diámetros de la pelvis (11), no disminuye la protuberancia del promontorio del sacro y las fuerzas de gravedad que actúan son menores (10).

Con el objetivo de seguir las recomendaciones de la OMS y de dar un servicio de calidad que proporcione una experiencia satisfactoria a las mujeres en su parto, la enfermería debe proporcionar a la mujer un papel activo en este momento y hacerla partícipe en la toma de decisiones.

De este modo, la presente revisión narrativa no pretende encontrar cuál es la mejor posición para la mujer en su parto ya que debe ser ella quien tome esta decisión, sino conocer cómo diferentes parámetros se ven influenciados por la postura con el objetivo de asesorar a las mujeres y de acompañarlas en el proceso de la toma de decisiones.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Para la realización de este Trabajo Fin de Grado se ha optado por realizar una revisión narrativa. En palabras de Zillmer et al (30), esta se caracteriza por “explorar, describir y discutir un determinado tema, de forma amplia, considerando múltiples factores desde un punto de vista teórico y de contexto”. A través de las revisiones narrativas se describe ampliamente un tema con el manejo de habilidades críticas por el investigador mediante la definición de conceptos y la obtención de estudios sobre dicho tema (30).

De acuerdo con esto, se ha realizado una revisión narrativa de la literatura científica acerca de las posiciones maternas durante el parto y su influencia en diferentes parámetros.

4.2. Criterios de selección

Por un lado, los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta a la hora de realizar esta revisión narrativa han sido:

- **CI 1:** Estudios realizados en los últimos diez años.
- **CI 2:** Estudios a texto completo gratuito.
- **CI 3:** Estudios publicados en inglés, español, francés o portugués.
- **CI 4:** Estudios originales (se incluyen ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuantitativos de casos y controles, estudios de cohortes o estudios descriptivos).
- **CI 5:** Embarazos de un solo individuo, con edad gestacional entre 37 y 42 semanas y sin problemas durante la gestación o el parto.

Por otro lado, los criterios de exclusión seleccionados han sido:

- **CE 1:** Revisiones sistemáticas.
- **CE 2:** Estudios que no cumplieran con los criterios de inclusión citados anteriormente.
- **CE 3:** Estudios a los que se no se pudiera acceder a través de las bases de datos o de la Biblioteca Virtual de la Universidad de Jaén.

4.3. Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas nacionales, como es el caso de Cuiden Plus, y en bases de datos internacionales, tales como Pubmed, Web of Science, Scopus o Cinahl.

Esta búsqueda se llevó a cabo entre los meses de diciembre de 2021 y enero de 2022.

Como se puede ver en la tabla 1, en cada base de datos se realizaron cadenas de búsqueda con términos estandarizados a través de los portales Mesh/DeCS, uniendo los mismos mediante el uso de los operadores booleanos AND y OR.

Estos términos estandarizados a los que nos referimos son los siguientes:

- **MESH:** “Posture”, “Labor Stage, Second”, “Postpartum Hemorrhage”, “Labor Pain”, “Lacerations”, “Patient Satisfaction”.
- **DeCS:** “Birth Positions”, “Maternal Pushing Positions”, “Delivery Positions”, “Birthing Positions”, “Labor Stage, Second”

Tras la elaboración de las cadenas de búsqueda en las diferentes bases bibliográficas se encontraron un total de 1.113 artículos, tal y como podemos ver en la Tabla 1, de los cuales 224 pertenecían a Pubmed, 375 artículos a Web of Science, 324 a Scopus, 05 artículos a Cuiden Plus y 185 pertenecían a Cinahl.

En primer lugar se aplicaron una serie de filtros en las bases de datos de manera que se eliminaron 985 artículos que no cumplían con los criterios de selección. De este modo, la primera selección fue de 128 artículos, que tras eliminar los duplicados, quedaron en 83 artículos que fueron leídos a título y resumen. Tras ello, se eliminaron otros 51 artículos, de manera que a texto completo fueron leídos 32 artículos, de los cuáles se incluyeron finalmente en esta revisión narrativa 15 artículos. En la Figura 1 podemos observar el proceso de recopilación de artículos.

Base de datos	Palabras clave	Cadena de búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos excluidos	Nº artículos incluidos
PUBMED	“posture” “position” “labor stage, second”	((“Posture”[Mesh] AND “Labor Stage, Second”[Mesh])	53	52	01
	“postpartum hemorrhage” “labor pain” “lacerations” “perineum” “patient satisfaction”	((“Postpartum Hemorrhage”[Mesh] OR “Labor Pain [Mesh] OR “Lacerations” [Mesh] OR “Patient Satisfaction” [Mesh]) AND (“Posture” [Mesh])	171	169	02

WEB OF SCIENCE	“supine position” “labor pain”	“Supine Position” AND “Labor Pain”	47	46	01
	“second labor, stage” “birth position”	“Supine Position” AND “Labor Stage, Second”	80	79	01
		“Birth Position” AND “Labor Stage, Second”	248	246	02
SCOPUS	“Birth position” “Labor stage, second”	“Birth Position” AND “Labor Stage, Second”	324	321	03
CUIDEN PLUS	“Satisfacción materna” “Posición” “Postura	(“Satisfacción materna” AND (“Posición” OR “Postura))	05	04	01
CINAHL	“Birth positions” “Maternal pushing positions” “delivery positions” “birthing positions” “Labor Stage, Second”	((“Birth positions” OR “maternal pushing positions” OR “delivery positions” OR “birthing positions”) AND “Labor Stage, Second”	185	181	04
Tabla 2: Resumen de la búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia			1.113	1.098	15

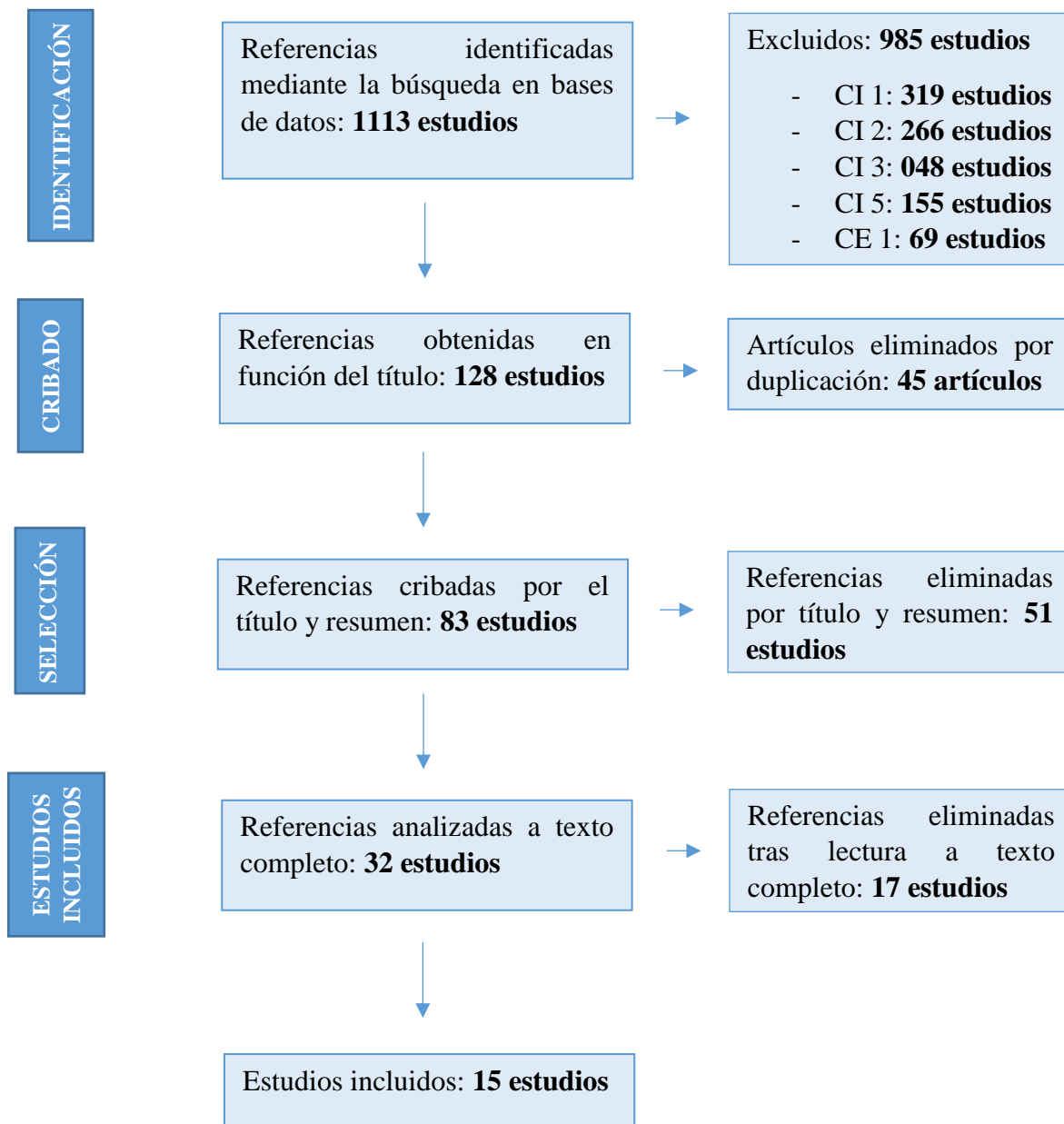


Figura 6: Diagrama de flujo (Fuente: Elaboración propia)

5. RESULTADOS

Título del artículo, año	Tipo de estudio, muestra, país, criterios selección, intervención.	Objetivo del estudio	Resultados	Conclusiones
A prospective randomized trial of postural changes vs passive supine lying during the second stage of labor under epidural analgesia (31). (2017)	<p>Tipo de estudio: Ensayo aleatorio prospectivo N= 150 mujeres. País: España</p> <p>- Criterios inclusión: embarazo a término, bajo riesgo, inicio parto espontáneo, epidural. - Criterios exclusión: Cesáreas previas, parto inducido, HTA por embarazo, CIR o dificultad comprender instrucciones.</p> <p>Intervención: - GC (N= 77): Mujer en decúbito supino durante expulsivo. - GE (N= 73): Libertad de cambio de posición que debían mantener entre 5-30 min.</p>	Revelar si la intervención de un equipo multidisciplinar de enfermería que incluya un fisioterapeuta durante la segunda fase del parto mejora el resultado obstétrico en parturientas con analgesia epidural.	<p>La duración de la segunda fase del parto (expulsivo) fue significativamente menor en el GE (124.30 min vs 94.66 min, $p < 0,001$).</p> <p>Las episiotomías fueron significativamente más frecuentes en el GC (31.2% vs 17.8%, $p < 0,05$).</p> <p>Los desgarros de primer grado fueron significativamente más frecuentes en el GE (55.7% vs 32.9%, $p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en los desgarros de segundo y tercer grado, aunque no hubo ninguno en el GE frente a 5 en el GC.</p>	<p>El cambio de posiciones durante la fase de expulsivo del parto guiadas por un fisioterapeuta proporciona una duración de la fase expulsiva del parto más corta que la posición decúbito supino.</p> <p>En cuanto a los desgarros perineales los de primer grado son más frecuentes en el grupo con libertad de movimiento, y no hubo diferencias significativas en los de mayor grado. En cuanto a las episiotomías, fueron más frecuentes en las mujeres en decúbito supino.</p>

<p>A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China (32). (2017)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado por estratificación. N= 1400 mujeres. País: China</p> <p>- Criterios inclusión: Embarazo normal sin condicionantes médicos, a término con feto único.</p> <p>- Criterios de exclusión: Embarazo con complicaciones, ruptura prematura de membranas, presentación no cefálica, prematuros o gestaciones <37 s o >42s.</p> <p>Intervención:</p> <p>- GE: Mujeres en posición de manos y rodillas sobre cojines en el expulsivo con el cabecero de la cama elevado 30-60° durante 15-30' y descanso de 5'. - GC: Posición supina para la fase activa del expulsivo.</p>	<p>Examinar las diferencias de los resultados maternos y neonatales entre mujeres que dan a luz en decúbito supino y en posición manos-rodillas.</p>	<p>La posición manos-rodillas tuvo una tasa de episiotomía más baja que las mujeres en supino siendo la diferencia significativa (1.8% vs 37.7%, p<0,001).</p> <p>En comparación con el GC, el GE tuvo una tasa más alta de periné intacto (14.8% vs 33.2%) y de desgarros de primer grado (41.8% vs 56.3%, p< 0,001). La tasa de desgarros de segundo grado en ambos grupos no fue estadísticamente significativa.</p> <p>La duración del expulsivo en el GE fue más larga que en el de control (45.3min vs 32.1min, p< 0,001).</p> <p>La diferencia de sangrado posparto entre ambos grupos no fue significativa, y no hubo casos severos en ningún grupo.</p>	<p>Las mujeres en posición manos rodillas tuvieron tasas más bajas de episiotomía. En cambio, tuvieron una tasa de periné intacto y de desgarros de primer grado más alta y una duración más larga del expulsivo. En los desgarros de segundo grado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>No hubo diferencias entre ambos grupos en el caso de los sangrados.</p>
--	--	--	---	---

<p>A hospital-based randomized controlled trial – comparing the outcome of normal delivery between squatting and lying down positions during labour (33). (2021).</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo prospectivo controlado y aleatorizado. N= 212 mujeres. País: India</p> <p>- Criterios inclusión: Gestación >37s y <41s, sin historial de embarazos de alto riesgo y con feto único. Firma del consentimiento informado.</p> <p>- Criterios de exclusión: Embarazos de alto riesgo, rechazar participar en el estudio.</p> <p>Intervención:</p> <p>- GA: Pacientes en cuclillas (se usó silla de partos). - GB: Posición de litotomía con la espalda apoyada.</p>	<p>Comparar los resultados de los partos normales en las posiciones de cuclillas y tumbadas y evaluar los riesgos y beneficios de ambas.</p>	<p>La duración de la segunda fase del parto fue significativamente menor en el GA (25.35min vs 35.50min; p< 0.05).</p> <p>La pérdida de sangre en el GA fue significativamente mayor que en el GB (335.89ml vs 323.84ml; p< 0.05)</p> <p>El 39.6% de las mujeres en el GA requirió episiotomía frente al 54.7% del GB, aunque esta diferencia no fue significativa p>0,05.</p> <p>La puntuación media de la Escala Visual Analógica (EVA) para el dolor en la segunda fase del parto fue significativamente menor en el grupo A tanto en la fase latente (2.52 vs 5.31) como en la fase activa (6.16 vs 7.54) (p<0,05).</p>	<p>Con la posición de cuclillas se consiguió una duración más corta del expulsivo y puntuación en la escala EVA más baja en las dos etapas del expulsivo. También se realizaron menos episiotomías en esta posición aunque la diferencia no fue significativa.</p> <p>La pérdida de sangre fue mayor en la posición cuclillas que en la de litotomía.</p>
---	--	--	---	---

<p>Assessing feasibility and maternal acceptability of a biomechanically - optimized supine birth position. A pilot study (34). (2021)</p>	<p>Tipo de estudio: Estudio prospectivo. N= 20 mujeres. País: Suiza</p> <p>- Criterios inclusión: Mujeres cuyo feto no entraba en la pelvis tras 1h de dilatación cervical. - Criterios de exclusión: Contraindicaciones médicas, enfermedades concomitantes, incapacidad juicio, problemas de comprensión, problemas fetales, sangrado anormal.</p> <p>Intervención: A las mujeres con una segunda etapa del parto prolongada se les pidió que adoptarían posición de McRoberts 20'. Aquellas que aguantaron ese tiempo se dividieron en dos grupos en función de la satisfacción para analizar otras variables.</p>	<p>Evaluar la viabilidad y aceptación de la posición supina optimizada (posición de McRoberts) en mujeres con una segunda fase del parto prolongada.</p>	<p>El 85% de las participantes pudieron mantener la posición durante 20 minutos, con una puntuación media de satisfacción de 8 sobre 10, medida con la escala visual analógica del dolor. La duración del parto fue de 20 min en el grupo de satisfacción <8 y de 25 en el de >8, sin embargo la diferencia no fue significativa (p= 0,3). El 25% de las mujeres con puntuación <8 manifestaron dolor, mientras que las que tuvieron >8 no lo reportaron, aunque la diferencia tampoco fue significativa (p= 0,08). En cuanto a los desgarros tampoco hubo diferencias significativas entre ambos grupos en ninguno de los grados (p= 0,25).</p>	<p>La posición de McRoberts fue bien tolerada y las participantes consiguieron una experiencia de parto satisfactoria. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en los resultados obstétricos.</p>
--	---	--	--	---

<p>Childbirth in supported sitting maternal position (35). (2012)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. N= 200 mujeres. País: India</p> <p>- Criterios inclusión: Primíparas a término, inicio espontáneo de parto, feto en posición anterior y con mínimo cinco controles prenatales.</p> <p>- Criterios de exclusión: Primíparas con problemas obstétricos, ginecológicos y psiquiátricos, complicaciones fetales en el embarazo o parto.</p> <p>Intervención:</p> <p>- Grupo control: Posición supina de litotomía.</p> <p>- Grupo experimental: Posición de parto sentada con la espalda apoyada formando un ángulo de 60°.</p>	<p>Comparar los resultados obstétricos y la experiencia de parto de mujeres que dan a luz en posición sentada con apoyo y en posición de litotomía.</p>	<p>Las mujeres que dieron a luz en posición sentada con apoyo tuvieron un expulsivo más corto (56min vs 67min, t= 14.403), menos manifestaciones de dolor insoportable (15% vs 58%, t= 10.390) y una diferencia insignificante en la pérdida de sangre (340ml vs 330ml, t= 1.649).</p> <p>En cuanto a las experiencias de parto, las mujeres del grupo experimental manifestaron estar más cómodas para dar a luz (92% vs 54%), más seguras (94% vs 60%) y manifestaron tener un papel activo en su parto (92% vs 23%).</p>	<p>El grupo de mujer que tuvo un parto sentadas con la espalda apoyada formando un ángulo de 60° tuvo una segunda fase del parto más corta, un parto menos doloroso y experiencias de parto más satisfactorias. En cuanto a la pérdida de sangre las diferencias fueron insignificantes.</p>
---	--	---	---	--

<p>Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor (36). (2016)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. N= 96 mujeres. País: Irán</p> <p>- Criterios inclusión: Primíparas a término con un solo feto en presentación cefálica, con dilatación de 8 cm.</p> <p>- Criterios exclusión: Patrones fetales anormales, parto que no progresa, problemas obstétricos.</p> <p>Intervención: Las mujeres debían mantener la posición asignada hasta la completa expulsión de la placenta, que podía ser:</p> <p>- Litotomía: Supino con cabeza elevada 30° y rodillas dobladas.</p> <p>- Sentada: en silla de parto.</p> <p>- Cuclillas: La planta del pie en el suelo y las rodillas más altas que las caderas.</p>	<p>Conocer cómo influye en la manifestación de dolor las posiciones de litotomía, sentada y cuclillas.</p>	<p>En la fase latente del expulsivo la escala visual analógica (EVA) para el dolor mostró una puntuación media menor en los grupos en litotomía (2.27) y en cuclillas (2.48) comparados con el grupo sentado (5.33) $p=0,001$. La diferencia entre cuclillas y litotomía no fue significativa $p=0,79$.</p> <p>El dolor en cuclillas (6.14) en la activa fue significativamente menor que en los otros dos grupos (7.41 en litotomía y 7.59 sentadas) $p=0,024$. La diferencia entre los grupos de litotomía y sentada, de nuevo no fue significativa $p=0,74$.</p>	<p>Las mujeres que tuvieron un parto en cuclillas o en litotomía tuvieron menos dolor que las que tuvieron un parto sentadas durante la fase latente del expulsivo. Entre la posición de cuclillas y la de litotomía la diferencia no fue significativa.</p> <p>En la fase activa el dolor fue menor en el grupo en cuclillas que en los otros dos. Entre los grupos sentada y litotomía no hubo diferencias significativas.</p>
---	---	--	---	--

<p>Comparison of maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees and supine delivery positions (37). (2016)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. N= 886 mujeres. País: China</p> <p>- Criterios inclusión: Embarazo a término sin complicaciones, un solo feto en presentación cefálica, IMC < 30 kg/m².</p> <p>- Criterios de exclusión: Complicaciones en el embarazo, parto pretérmino, presentación de nalgas, ruptura prematura de membranas, contraindicaciones médicas.</p> <p>Intervención:</p> <p>- GE: Posición manos rodillas en el expulsivo durante 15-30' y descansar en decúbito lateral 5'.</p> <p>- GC: Posición de decúbito supino.</p>	<p>Conocer los beneficios que presenta la posición manos-rodillas sobre la tradicional posición de decúbito supino.</p>	<p>Las mujeres en posición manos-rodillas tuvieron mejores tasas de periné intacto (33.2% vs 14.8%, p< 0,001), tasas de desgarro de primer grado más altas (56.3% vs 41.8% p<0,001) y tasas de episiotomía más bajas (1.8% vs 37.7%, p< 0,001). La diferencia en la tasa de desgarros de segundo grado no fue estadísticamente significativa (p= 0,078).</p> <p>La cantidad de sangrado posparto no fue significativa entre los dos grupos (189ml vs 193ml) p = 0,52. No se observaron hemorragias severas.</p>	<p>La posición de manos-rodillas tuvo tasas significativamente más altas de periné intacto y desgarros de primer grado del mismo modo que menor tasa de episiotomías que el grupo que estuvo en decúbito supino. Los desgarros de segundo grado no difirieron significativamente entre ambos grupos.</p> <p>En cuanto al sangrado, tampoco hubo una diferencia significativa entre ambos grupos.</p>
--	---	---	--	--

<p>Does gente assisted pushing or giving birth in the upright position reduce the duration of the second stage of labour? A three - arm, open - label, randomised controlled trial in South Africa (38). (2018)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. N= 1158 mujeres. País: Sudáfrica</p> <p>- Criterios inclusión: Nulíparas mayores de edad, >35 semanas de gestación, feto único con presentación cefálica. - Criterios de exclusión: Mujeres con enfermedades crónicas o complicaciones obstétricas.</p> <p>Intervención: - GAP: De rodillas o cuclillas con matrona rodeando a la mujer, los brazos debajo de las axilas y las palmas sobre el fondo uterino aplicando presión 30'' en las contracciones. - Posición vertical: De rodillas, en cuclillas o agazapada. - Práctica rutinaria: recostada, decúbito supino.</p>	<p>Comparar el empuje suave asistido en posición vertical con la posición vertical en solitario y las prácticas rutinarias en la duración del expulsivo y los resultados maternos y neonatales.</p>	<p>No se encontraron diferencias significativas entre los grupos que componían el estudio en cuanto a la duración de la fase del expulsivo (GAP 24,1min vs posición vertical 24,6min vs práctica rutina 25min) $p= 0,07$</p> <p>No se encontraron diferencias en los diferentes grupos ni en la realización de episiotomías ni en los desgarros perineales de segundo o mayor grado.</p> <p>Se encontraron diferencias significativas en el malestar materno durante el expulsivo. El malestar fue mayor tanto para la GAP RR=2.36 (1.51-3.67) como para la posición vertical RR=2.93 (1.91-4.51) en comparación con la posición rutinaria, similar entre la GAP y la vertical RR=0.80 (0.59-1.09).</p>	<p>La posición vertical y la vertical con presión suave asistida (GAP) no mostraron diferencias significativas con la posición tradicional de parto en cuanto a la duración de la fase de expulsivo.</p> <p>Tampoco se encontraron diferencias significativas en los resultados maternos a excepción del malestar en el parto, que fue mayor en las posiciones de presión suave asistida (GAP) y vertical.</p>
---	---	---	--	--

<p>Efficacy of an ergonomic ankle support aid for squatting position in improving pushing skills and birth outcomes during the second stage of labor: a randomized controlled trial (39). (2018)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico multicéntrico. N= 168 mujeres. País: Taiwán</p> <p>- Criterios inclusión: Primíparas mayores de 18 años entre 38 y 42s de gestación, sin enfermedades y con un solo feto.</p> <p>- Criterios de exclusión: Anestesia epidural, >200 kg o necesidad de cesárea urgente.</p> <p>Intervención:</p> <p>- Grupo experimental (GE): Posición de cuclillas con dispositivo de apoyo y sujeción de tobillo.</p> <p>- Grupo A: Posición de cuclillas sin dispositivos de apoyo.</p> <p>- Grupo B: Posición semirrecostada (litotomía).</p>	<p>Comparar las experiencias de parto y los resultados del proceso entre tres grupos en diferentes posiciones de empuje en la segunda fase del parto.</p>	<p>La duración entre el inicio de los pujos y el nacimiento del bebé fue 21.28 min menor en el grupo experimental que en el grupo A y 25.21 min menor que en el grupo B (F=6.14, p=0.003).</p> <p>El grupo experimental obtuvo puntuaciones medias en la escala visual analógica (EVA) y la escala de respuesta verbal (VRS) significativamente menores que los otros grupos (F=42.67 y F=18.12, p<0,001).</p> <p>Las participantes del grupo de parto en cuclillas con apoyo en el tobillo tuvieron mejor experiencia de parto que los otros grupos (F = 14,69, p< 0.001), con una puntuación en el GE de M=35.95 frente a 30.53 en el grupo A y 30.15 en el grupo B, siendo medida con el cuestionario de experiencia de pujos en el parto (LPEQ).</p>	<p>En comparación con los grupos de posición en cuclillas y posición semirrecostada (litotomía), la posición cuclillas con sistemas ergonómicos para soporte de los tobillos reduce la duración de la fase de expulsivo, disminuye la percepción del dolor y proporciona mejores experiencias de parto.</p>
--	---	---	--	---

<p>No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparus women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial (40). (2011)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. N= 1002 mujeres. País: Suecia</p> <p>- Criterios de inclusión: Mujeres nulíparas, que entiendan la lengua sueca, embarazo normal con feto único en presentación cefálica e inicio espontáneo del parto. Edad gestacional entre 37-41⁺⁶ semanas, IMC<30.</p> <p>Intervención:</p> <p>- Grupo experimental: Las mujeres en fase activa del expulsivo se sentaban durante no más de 20 minutos en una silla de parto.</p> <p>- Grupo control: Cualquier otra posición diferente al uso de la silla de partos.</p>	<p>Comprobar si el uso de la silla de parto durante el expulsivo disminuye el número de parto instrumentalizados y puede contrarrestar el aumento de traumatismo perineal y la pérdida de sangre.</p>	<p>El 42,8% de las mujeres del grupo experimental y el 35,4% del grupo control perdieron entre 500ml-1000ml, con una diferencia significativa $p=0,007$ $RR=1.2$ (1.03-1.41). Un 14,7% tuvieron hemorragias de más de 1000ml, pero sin diferencias significativas ($p=0,225$).</p> <p>El 10% de las participantes en el estudio tuvieron una episiotomía aunque no hubo diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.301$). Tampoco hubo diferencia entre los grupos en los diferentes grados de desgarros perineales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer grado: 69.4% vs 67.5%; $p=0.304$ - Segundo grado: 17.0% vs 14.9%; $p=0.214$. - Tercer grado: 4.6% vs 6.0%; $p=0.978$ 	<p>Las mujeres que dieron a luz en una silla de partos tuvieron más hemorragias posparto entre 500 y 1000 ml que las que adoptaron otras posiciones. Para sangrados de mayor volumen no hubo diferencia significativa.</p> <p>No hubo diferencias significativas en los diferentes grados de desgarros entre los grupos ni en el uso de episiotomía.</p>
---	---	---	--	--

<p>Satisfacción materna en el ensayo clínico “Eficacia de la postura materna en partos con malposición occipitoposterior” (41). (2013)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico multicéntrico. N= 135 mujeres. País: España</p> <p>- Criterios inclusión: Gestación no gemelar a término con diagnóstico de posición fetal occipitoposterior.</p> <p>- Criterios de exclusión: Situaciones que impidieran adoptar las posturas del estudio, no poder mantener la postura 30 min, dificultad con el idioma.</p> <p>Intervención:</p> <p>- Grupo MR: Mujeres debían adoptar la posición manos-rodillas.</p> <p>- Grupo DL: Mujeres debían adoptar posición decúbito lateral hacia la espalda fetal.</p>	<p>Analizar la satisfacción de las mujeres acerca de la eficacia de las posturas manos-rodillas y decúbito lateral hacia la espalda fetal.</p>	<p>La experiencia del parto fue más satisfactoria en el grupo MR (92.1%) que en el grupo DL (87.2%) con OR ajustada a las variables obstétricas = 5.18; IC 95%: 1.08-11.14).</p> <p>La satisfacción en el parto se incrementó cuando:</p> <p>- La mujer estaba satisfecha con los resultados de parto OR= 21.43; IC 95%: (1.72 - 266.95).</p> <p>- Las necesidades físicas estaban cubiertas por la matrona OR= 21.43; IC 95%: (1.72 - 266.95).</p> <p>- La mujer estaba satisfecha con el número de personas en el parto OR= 12.16; IC 95%: (2.0 - 73.88).</p> <p>- Se fomentó el papel activo del acompañante por parte de la matrona OR= 12.16; IC 95%: (2.0 - 73.88).</p>	<p>La satisfacción materna fue muy elevada en ambos grupos, pero superior en el grupo que adoptó la posición manos-rodillas. Esta experiencia satisfactoria está influenciada por la satisfacción con los resultados de parto, los cuidados prestados por la matrona, la cantidad de personas presentes en el parto y el papel activo del acompañante.</p>
--	--	--	---	--

<p>The effectiveness of delivery ball use versus conventional nursing care during delivery of primiparae (42). (2019)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. N= 110 mujeres. País: China</p> <p>- Criterios inclusión: Mujeres primíparas, gestación a término, con un solo feto, parto vaginal natural y presentan consentimiento informado.</p> <p>- Criterios de exclusión: Complicaciones del embarazo, enfermedades mentales o patologías previas.</p> <p>Intervención:</p> <p>- Grupo de control (GC): Mujeres dieron a luz con medidas tradicionales (recostadas).</p> <p>- Grupo observacional (GO): Mujeres con libertad de posición para el parto y uso de balón de parto.</p>	<p>Analizar el efecto del balón de partos y la libertad de posición en el expulsivo en mujeres nulíparas.</p>	<p>El dolor se evaluó con grado 0 para no dolor, grado 1 dolor leve, grado 2 moderado y grado 3 severo. No hubo casos de dolor 0 y no hubo dif. signif. en el dolor 3. Las mujeres en GO tuvieron más dolor grado 1 (72.7% vs 40%, $p < 0,05$), y las del GC más dolor grado 2 (27.3% vs 56.4%, $p < 0,05$).</p> <p>La puntuación de confort en el GO fue 103.49 frente a 85.38 en el GC, siendo la diferencia significativa $p < 0,05$.</p> <p>El sangrado posparto en el GO fue menor que en el GC (272.5ml vs 224.45ml; $p < 0,05$).</p> <p>La fase del expulsivo en el GO fue más corta que en el GC (30.8min vs 47.6min; $p < 0,05$).</p> <p>En cuanto a la sensación de control (escala LAS) el GC tuvo una puntuación de 123.61 frente a 169.38 del GO ($p < 0,05$).</p>	<p>El grupo de mujeres que usaron el balón de parto y tuvieron libertad de posición tuvieron generalmente un nivel de dolor más bajo (grado 1) que las que dieron a luz con medidas tradicionales (grado 2). Las diferencias en los grados 0 y 3 no fueron significativas.</p> <p>Además las mujeres que tuvieron libertad de posición y usaron balón de parto tuvieron mayor nivel de confort y de sentido de control, menor volumen de sangrado posparto y una segunda fase del parto más corta, siendo todas estas diferencias significativas.</p>
---	--	---	---	---

<p>The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women (43). (2016)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. N= 102 mujeres. País: Turquía</p> <p>- Criterios inclusión: Mujeres primíparas con un solo feto en presentación cefálica entre 37 y 42 semanas en fase activa de parto que no han recibido anestesia epidural.</p> <p>- Criterios de exclusión: Embarazos complicados, malformaciones congénitas, cesáreas previas.</p> <p>Intervención:</p> <p>- Grupo control (GC): Mujeres en posición supina de litotomía combinada con semi Fowler.</p> <p>- Grupo experimental (GE): De pie durante 5-10' pasando a cuclillas cuando sintieran los pujos.</p>	<p>Conocer los efectos en los resultados maternos y neonatales de la posición de cuclillas con barras y posición supina durante la segunda fase del parto en mujeres nulíparas.</p>	<p>La duración de la fase del expulsivo fue más corta en el grupo experimental que en el de control (21.02min vs 55.40 min; $p < 0,001$).</p> <p>La posición supina en el expulsivo se asoció con niveles más altos de dolor. El 36% de las mujeres en cuclillas tuvo una puntuación de 1-5 y el 64% tuvo una puntuación 5-10, frente al 100% de mujeres en supino que tuvo una puntuación 5-10. En ambos intervalos $p < 0,001$.</p> <p>No hubo diferencias significativas entre los grupos en el uso de episiotomías (25% en el GC vs 22% en el GE)</p>	<p>El grupo que tuvo un parto en cuclillas presentó un expulsivo más corto y niveles de dolor más bajos que el grupo en posición supina. En cuanto al uso de episiotomías, las diferencias no fueron significativas entre ambos grupos.</p>
---	--	---	---	---

<p>Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial (44). (2017)</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado. N= 3093 mujeres. País: Reino Unido</p> <p>- Criterios inclusión: Mujeres mayores de 16 años, a término, nulíparas, feto único con presentación cefálica, baja dosis de epidural in situ.</p> <p>- Criterios de exclusión: Embarazos complicados, malformaciones congénitas, cesáreas previas.</p> <p>Intervención:</p> <p>- Grupo vertical: Cualquier posición que mantenga la pelvis en un plano vertical (sentada en la cama, arrodillada...) tanto tiempo como fuera posible.</p> <p>- Grupo horizontal: Decúbito lateral, con el cabecero de la cama elevado 30°.</p>	<p>Determinar si la posición vertical en el expulsivo aumenta la probabilidad de parto vaginal espontáneo en comparación con la posición horizontal, así como comparar otros resultados obstétricos y neonatales.</p>	<p>Las mujeres en posición horizontal tuvieron una duración de la fase activa de 75min frente a 80,9min grupo vertical GMR 1.08, IC 95%: (1.01 - 1.15). Se realizaron 914 episiotomías en el grupo vertical y 838 en el horizontal, aunque la diferencia no fue significativa (IC 95%: 0.99 - 1.16). Tampoco fue significativa en los desgarros perineales IC 95%: (0.87 - 1.04). En cuanto a hemorragias posparto que necesitaron transfusión no se encontró diferencia significativa ya que RR= 1.20 (0.75-1.93). La satisfacción materna fue similar en ambos grupos, sin embargo solo la mitad de las mujeres manifestaron poder moverse tanto como les gustaría (568 en la posición vertical frente a 589 en la horizontal).</p>	<p>La fase activa del expulsivo fue más corta en las mujeres que tuvieron un parto en posición horizontal. No se encontraron diferencias significativas en los resultados obstétricos entre ambos grupos.</p> <p>La satisfacción con el parto fue similar entre los dos grupos del estudio, aunque la mitad de las participantes manifestó que no pudieron moverse tanto como les hubiera gustado.</p>
--	--	---	--	--

<p>Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy (45). (2014)</p>	<p>Tipo de estudio: Estudio observacional de cohortes. N= 225 mujeres. País: Italia</p> <p>- Criterios inclusión: Mujeres primíparas con embarazos no complicados y feto único en presentación cefálica, IMC <30. - Criterios exclusión: Cesáreas previas, parto inducido.</p> <p>Intervención:</p> <p>- Grupo A: Más del 50% de su parto recostadas (supino o lateral). - Grupo B: Posición alternativa (46.1% de pie contra una silla o compañero, 21.1% sentada, 16.6% cuclillas, 16.2% manos-rodillas).</p>	<p>Comparar las posiciones recostadas y alternativas en términos del proceso de parto, tipo de parto y bienestar fetal.</p>	<p>La puntuación media de dolor en el grupo A fue de 7.1 frente a 3.7 en el grupo B, $p < 0,001$.</p> <p>La duración de la fase expulsiva del parto fue de 84.4min en el grupo A y de 34.4min en el grupo B, con una $p < 0,001$ por lo que la diferencia fue significativa.</p> <p>Se realizó episiotomía al 100% de las mujeres del grupo A frente al 32.7% del grupo B ($p < 0,001$); mientras que los desgarros perineales de primer y segundo grado ocurrieron, respectivamente, en el 5.9% frente al 49% de los casos ($p < 0,001$).</p>	<p>La posición alternativa a la tradicional (supino o lateral) consiguió puntuaciones de dolor más bajas, una segunda fase del parto más corta, menores tasas de episiotomía y mayor de desgarros perineales de primer y segundo grado que la posición supina.</p>
--	--	---	--	--

Tabla 3: **Resultados de la búsqueda bibliográfica** (Fuente: Elaboración propia).

6. DISCUSIÓN

La presente revisión narrativa comparó un total de quince artículos científicos de diferente tipo, siendo 13 de ellos ensayos clínicos aleatorizados (ECA), un estudio prospectivo y un estudio de cohortes. En ellos se observó cómo influían las distintas posiciones de parto en diversos parámetros, como son: los desgarros perineales, el nivel de dolor que la mujer manifiesta, el sangrado posparto, la duración del expulsivo y la satisfacción con el proceso.

Así, se observó que todas las posiciones tienen ventajas e inconvenientes; de manera que aquellas que favorecen un parámetro, suponen un obstáculo para otros. A continuación, se comparan los artículos.

6.1. Desgarros perineales y realización de episiotomías

Los estudios que midieron las tasas de desgarros perineales y de episiotomías en un grupo de mujeres en posición manos-rodillas (32, 37), mostraron un menor número de episiotomías y tasas más altas de desgarros de primer grado y de periné intacto en estas que en las que tuvieron la posición habitual de litotomía. Ambos estudios, además, mostraron que las diferencias en desgarros de segundo grado no fueron significativas.

Por su parte, el estudio de Simarro et al (31) mostró mayor número de episiotomías en las mujeres que mantuvieron posición de litotomía frente a las que tuvieron libertad de movimiento, aunque estas últimas tuvieron más desgarros de primer grado. En los desgarros de un grado mayor no hubo diferencias significativas.

No se encontraron diferencias en la realización de episiotomías en los estudios que compararon la posición en cuclillas (33, 43), rodillas o cuclillas con la matrona ejerciendo presión suave mantenida sobre el fondo uterino (38) o la silla de partos (40) con la posición supina. Del mismo modo, tampoco hubo diferencias en los desgarros perineales de segundo grado o superior en los estudios de Hofmeyr et al (38) y Thies-Lagergren et al (40).

Hubo dos estudios (44, 45) que compararon la posición supina con cualquier otra, mostrando el Brocklehurst (44) que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos aunque el de Gizzo et al (45) sí que mostró mayor número de episiotomías y de desgarros de segundo grado en el grupo en supino.

6.2. Nivel de dolor que la mujer manifiesta

Diferentes estudios estudiaron la influencia de la posición de cuclillas en el dolor que manifestaron las mujeres durante el parto (33, 36, 39, 43). La escala EVA mostró valores más bajos (menores niveles de dolor) en la posición cuclillas en tres de estos artículos (33, 36, 39). Cabe destacar que en el artículo de Lin et al (39) se emplearon apoyos en los tobillos en un grupo de mujeres en cuclillas, mostrando mejores resultados en cuanto al dolor que las mujeres que estaban en litotomía o en cuclillas sin apoyo. El estudio de Moraloglu et al (43) midió el dolor con una escala del 1 al 10, consiguiendo también mejores resultados las mujeres en posición de cuclillas.

Un artículo estudió a mujeres sentadas durante el expulsivo (35), mostrando estas también menos dolor que las que dieron a luz en posición de litotomía. En el estudio de Wang et al (42) las mujeres que dieron a luz en litotomía o recostadas tuvieron un nivel de dolor moderado frente a las que tuvieron libertad de movimiento ayudadas de un balón que tuvieron dolor leve. El estudio de Gizzo et al (45), también concluyó que las mujeres en posición recostada tuvieron niveles de dolor más alto que las que se encontraban en cualquier otra postura.

6.3. Sangrado posparto

Dos estudios compararon los sangrados de un grupo en posición manos-rodillas frente a un grupo en posición supina (32, 37) y en ambos se encontró que no hubo diferencias significativas entre ambos grupo en el número de hemorragias posparto. Además, tampoco hubo hemorragias severas (más de 1.000 ml) en estos estudios.

No se encontraron diferencias significativas en otros dos estudios; uno que estudiaba a mujeres sentadas (35) y otro que comparaba cualquier posición vertical con cualquier posición horizontal (44).

El estudio que recogía a mujeres en cuclillas (33) mostró que estas tuvieron mayor volumen de sangrado que las que estaban en posición de litotomía. Así mismo, las que tenían libertad de movimiento y usaban un balón de parto tuvieron menor volumen de sangrado que las que estaban en litotomía (42).

Las que dieron a luz en una silla de partos (40) tuvieron más casos de hemorragia posparto que las que tuvieron cualquier otra posición, aunque en sangrados superiores a 1.000 ml no hubo diferencias.

6.4. Duración de la fase del expulsivo

De manera general los artículos de esta búsqueda bibliográfica han mostrado que las mujeres que tienen su parto en posición de litotomía pasan por una fase de expulsivo más larga. De este modo, un estudio afirmó que cualquier posición alternativa a la litotomía favorece un expulsivo más corto (45).

Además, dos estudios muestran que en posición de cuclillas esta fase es más corta (33, 43). Cabe destacar, que un estudio (39) mostró que las mujeres que usaron la posición de cuclillas con apoyos para los tobillos tuvieron un expulsivo más corto que las que no lo hicieron.

Con la libertad de movimiento (31), la posición manos-rodillas (32), la posición sentada (35) y el uso del balón de parto (42) también se consiguieron expulsivos más breves.

Solo dos artículos mostraron resultados que contradicen a los anteriores. Por un lado, el estudio de Hofmeyr (38) no encontró diferencias significativas entre la duración del parto con presión asistida, en posición vertical o con la posición rutinaria. Por otro lado, el artículo de Brocklehurst (44) mostró un expulsivo más corto en las posiciones horizontales que en las verticales.

6.5. Experiencia de parto

Los resultados obtenidos en lo referente a la experiencia de parto fueron muy diversos. En general, podemos afirmar que las mujeres que dieron a luz en posición supina tuvieron experiencias de parto menos satisfactorias (35, 39, 41, 42). El artículo de Ganapathy (35) muestra que las mujeres en posición sentada estuvieron más cómodas, más seguras y tuvieron un papel más activo en el parto. Estos resultados también se encontraron en el artículo de Molina (41) y de Wang (42).

La posición de McRoberts fue bien tolerada y las mujeres quedaron satisfechas con ella (34). Por otro lado, las mujeres que tuvieron un parto en cuclillas con apoyos en los tobillos tuvieron mejor puntuación en la escala de la experiencia de parto que las que no tuvieron sistemas de sujeción o que las que tuvieron un parto en posición de litotomía según el cuestionario de pujos en el parto “LPEQ” (39).

Un artículo (41) mostró que la satisfacción de la experiencia de parto en las mujeres estaba incrementada cuando la mujer estaba satisfecha con los resultados de parto y el número de personas presentes, cuando sus necesidades estaban cubiertas por la matrona y cuando el fomentó el papel activo del acompañante por parte de la matrona.

Solo el artículo de Hofmeyr et al (38) mostró mayor malestar en las mujeres que no se encontraban en posición de litotomía. Por su parte, el artículo de Brocklehurst (44) no encontró diferencias entre las mujeres que dieron a luz en posición horizontal y vertical, aunque es reseñable que el 50% del total de participantes en el estudio no tuvieron libertad de movimiento.

6.6. Limitaciones

La presente revisión narrativa se ha visto limitada principalmente por la presencia de artículos en las bases bibliográficas que no disponían de formato en Free Full Text, es decir, que no estaban disponibles en abierto por lo que al aplicar los criterios de inclusión han sido descartados.

Además no se han podido incluir los artículos que no se encontraban redactados en alguna de las lenguas de elección (español, inglés o francés).

La evidencia acerca de la satisfacción de la mujer en el proceso de parto es muy escasa, por lo que no se ha podido seleccionar entre una gran variedad de artículos relacionados con el tema como si se ha podido hacer con el resto de parámetros.

7. CONCLUSIONES

De la presente revisión narrativa, se extraen las siguientes conclusiones:

- La aparición de desgarros perineales de primer grado aumenta en la posición de manos-rodillas y en las mujeres con libertad de movimiento. En el resto de grados de desgarro no hay diferencias entre las posiciones. Las episiotomías pueden prevenirse en posición manos-rodillas.
- Las mujeres en posición de litotomía manifiestan más dolor en el expulsivo que las demás. En cambio, las que se presentan en posición de cuclillas o sentadas sienten menos dolor.
- Se presentan hemorragias posparto de mayor volumen en mujeres en cuclillas y sentadas. Es un factor protector frente a las hemorragias posparto dar a luz con libertad de movimiento ayudada con un balón de parto.
- El expulsivo aumenta su duración cuando la mujer se presenta en posición de litotomía y se reduce cuando se encuentra en cuclillas, sentadas, en posición manos-rodillas y cuando tienen libertad de movimiento.
- Las mujeres tienen una mejor experiencia de parto cuando dan a luz sentadas, cuando pueden moverse libremente, con el uso de sistemas de apoyo en la posición de cuclillas y empleando la maniobra de McRoberts. Sin embargo, la experiencia es peor cuando se da a luz en posición de litotomía.

De este modo, podemos concluir que todas las posiciones en el parto tienen sus ventajas e inconvenientes. Es por ello que nuestro papel como enfermeras debe enfocarse a asesorar a las mujeres y acompañarla en sus decisiones, en lugar de ejercer un papel paternalista en el proceso de parto. Así mismo, se hace necesario proseguir con las investigaciones acerca de cómo influye la posición en el parto, especialmente de qué factores hacen que la mujer se encuentre más satisfecha con este momento de su vida ya que es el aspecto del que se ha encontrado menos información.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet] Segeo.es [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://sego.es/mujeres/Inicio_parto.pdf
2. Rodríguez-Pastor O, López M, Buforn G, Buforn Galiana A, Altabaca C, Paloma V. Técnica de Asistencia al Parto [Internet]. www.medynet.com [citado el 26 de enero de 2022] Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/tecnica.pdf>
3. Servicio Extremeño de Salud. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Servicio Extremeño de Salud. Documento de adhesión a la EAPN del SNS y Protocolos de aplicación práctica [Internet]. www.elpartoesnuestro.es [citado el 26 de enero de 2022] Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_servicio_extremeno_de_salud.pdf
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet] Segeo.es [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://sego.es/mujeres/Periodo_dilatacion.pdf
5. De R. Curva de Friedman: qué es, para qué sirve, fases, alteraciones [Internet]. Lifereder. 2021 [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.lifereder.com/curva-friedman/>
6. Moreno-Santillán AA, Celis-González C, Posadas-Nava A, Martínez-Adame LM, Villafan-Cedeño L. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex. 2018 junio; 86(6):368-373. [citado el 26 de enero de 2022] Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/328826020>
7. Martínez Galiano JM. Manual de asistencia al parto. 1ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2013. 41-72.
8. Martínez-Galiano JM, Servicio M, Complejo P, De Jaén H, Martínez-Galiano JM. Prevention of the postpartum hemorrhage implementing active management during delivery [Internet]. Federacion-matronas.org. [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n4pag20-26.pdf>

9. Pacheco Adamuz MJ, Corral Segade ME, García M. Hospital Universitario Virgen de las Nieves [Internet] Granada: www.huvn.es [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: http://3_tercera_fase_del_parto.pdf
10. Desseauve David, Fradet Laetitia, Lacouture Patrick, Pierre Fabrice. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. ejog.org [citado el 02 de febrero de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>
11. Jiménez Jaén F. Hospital Universitario Virgen de las Nieves [Internet] Granada: www.huvn.es [citado el 03 de febrero de 2022]. Disponible en: http://LA_PELVIS_Y_SUS_MOVIMIENTOS_DURANTE_EL_PARTO.pdf
12. Zas IG. El subsistema muscular longitudinal profundo (II), el subsistema oblicuo posterior (III) y la articulación sacroilíaca: Los subsistemas musculares de estabilización lumbo-pélvica [Internet]. Blogspot.com. [citado el 03 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://temadeporte.blogspot.com/2016/06/el-subsistema-muscular-longitudinal.html>
13. El músculo elevador y implicación en el parto [Internet]. Mutuaterrassa.com. [citado el 03 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://mutuaterrassa.com/blogs/es/suelo-pelvico-ecografia/musculo-elevador-implicacion-parto>
14. Tipo de Sesión: Seminario Embarazo, Parto y Puerperio Normal: Mecanismos del parto en diferentes presentaciones y posiciones. Clínica y asistencia al parto en las diferentes presentaciones y posiciones. [Internet]. Chospab.es. [citado el 03 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20120411_1.pdf
15. Ashton-Miller JA, Delancey JOL. On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae. Annu Rev Biomed Eng [Internet]. 2009 [citado el 03 de febrero de 2022]; 11 (1): 163–76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC2897058/>
16. Valle Racero J. I. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas Profesión 2002; 9: 28-35. [citado el 03 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol3n9pag28-35.pdf>

17. Sedano M. Reseña histórica e hitos de la Obstetricia. Revista Médica Clínica las Condes 2014; 25(6) 866-873. [citado el 03 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/04-sedano.pdf
18. Salas Fuentes, B. (Coord.), Casso-López Pérez, C. (Coord.) y Espinosa Torres Torija, L. Parto: mecanismo, clínica y atención (2a. ed.). México D.F: Editorial El Manual Moderno, 2017. [citado el 03 de febrero de 2022] Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/ujaen/100401?page=30>
19. Botell ML, Marieta D, Bermúdez R. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura The labor in different positions through the science, the history and the culture [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 07 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog121o.pdf>
20. Gob.es. [citado el 08 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
21. Ascalema.es. [citado el 08 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>
22. Narváez Traverso N, Medina Gil A, Martínez León J. Atención a la gestante durante el período expulsivo. En: Martínez Galiano JM, coordinador. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 41-51.
23. Benito González E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la Posición Ginecológica. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alfonso X el Sabio. [citado el 09 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV05_003.pdf
24. ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes durante el trabajo de parto y el parto? [Internet]. <https://espanol.nichd.nih.gov/>. [citado el 09 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/labor-delivery/informacion/complicaciones>
25. Pan American Health Organization. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetrices y médicos: Guia Para Obstetrices Y Medicos. 2a ed. Pan American Health Organization; 2020.

26. Physical Med. Episiotomía o desgarro obstétrico - Clínica de fisioterapia en Madrid [Internet]. Clínica de fisioterapia en Madrid. 2021 [citado el 11 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://physicalmed.es/episiotomia-o-desgarro-obstetrico/>
27. Valoración y manejo del dolor en el parto y puerperio. Protocolo consensuado 2017. Gerencia de Atención Integrada de Albacete [Internet]. Chospab.es. [citado el 11 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/5098f7032b67219d0ca9da2f69d86815.pdf>
28. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Saludcantabria.es. [citado el 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ESTRATEGIA%20ATENCION%20PARTO%20NORMAL%20SNS.pdf>
29. S. Iglesias Casás, M. Conde García, S. González Salgado. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Pr [Internet]. 2009; 10 (2): 5–11. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n2pag5-11.pdf>
30. Zillmer JGV, Díaz-Medina BA. Revisión Narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. J Nurs Health [Internet]. 2018 [citado el 25 de enero de 2022];8(1). Disponible en: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13654/8387>
31. Simarro M, Espinosa J, Salinas C, Ojea R, Salvadores P, Walker C, et al. A prospective randomized trial of postural changes vs passive supine lying during the second stage of labor under epidural analgesia. Med Sci (Basel) [Internet]. 2017;5(1):5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medsci5010005>
32. Zhang H, Huang S, Guo X, Zhao N, Lu Y, Chen M, et al. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. Midwifery [Internet]. 2017;50:117–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.022>
33. Shedmake PV, Wakode SR. A hospital-based randomized controlled trial-comparing the outcome of normal delivery between squatting and lying down positions during labour. J Obstet Gynaecol India [Internet]. 2021;71(4):393–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s13224-021-01439-4>

34. Bouille L, Sichitiu J, Favre J, Desseauve D. Assessing feasibility and maternal acceptability of a biomechanically-optimized supine birth position: A pilot study. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(9):e0257285. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0257285>
35. Ganapathy T. Childbirth in supported sitting maternal position. *International Journal of Nursing Education* [Internet]. 2012;7;4(2):87–91. Disponible en: <https://ijone.org/scripts/IJONE%20JOURNAL.July-Dec%2012.pdf#page=93>
36. Valiani M, Rezaie M, Shahshahan Z. Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2016;21(4):372–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/1735-9066.185578>
37. H.-Y. Zhang, Y. Shu, N.-N. Zhao, Y.-J. Lu, M. Chen, Y.-X. Li, et al. Comparison of maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees and supine delivery positions, *International Journal of Nursing Sciences* [Internet]. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.05.001>
38. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Singata M, Habib NA, Landoulsi S, Gülmezoglu AM. Does gentle assisted pushing or giving birth in the upright position reduce the duration of the second stage of labour? A three-arm, open-label, randomised controlled trial in South Africa. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2018;3(3):e000906. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000906>
39. Lin Y-C, Gau M-L, Kao G-H, Lee H-C. Efficacy of an ergonomic ankle support aid for squatting position in improving pushing skills and birth outcomes during the second stage of labor: A randomized controlled trial: A randomized controlled trial. *J Nurs Res* [Internet]. 2018;26(6):376–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000262>
40. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2011;11(1):22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-11-22>
41. Molina Reyes CY, Gutiérrez B, Morales H, García M, Ibáñez C. Satisfacción materna en el ensayo clínico “Eficacia de la postura materna en partos con malposición fetal occipitoposterior. *Metas Enferm*. 2013;16(9):60-67.

42. Wang J, Lu X, Wang C, Li X. The effectiveness of delivery ball use versus conventional nursing care during delivery of primiparae: Clinical effect of delivery ball. *Pak J Med Sci Q* [Internet]. 2020;36(3):550–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.36.3.1440>
43. Moraloglu O, Kansu-Celik H, Tasci Y, Karakaya BK, Yilmaz Y, Cakir E, et al. The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2017;30(2):245–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2016.1169525>
44. Brocklehurst P. The Epidural and Position Trial Collaborative Group. Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2017;j4471. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4471>
45. 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. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014;2014:638093. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/638093>