

Posición de litotomía en la segunda etapa del parto

En gestantes sin anestesia epidural, no se recomiendan las posiciones horizontales como la litotomía durante la segunda fase del parto de forma rutinaria como única posición posible

Septiembre 2023

- En gestantes sin anestesia epidural, no se recomienda únicamente la posición de litotomía durante la segunda fase del parto, puesto que las posiciones verticales también muestran beneficios.
- La gestante debe poder elegir la posición más cómoda.
- Las posiciones verticales disminuyen la probabilidad de parto instrumentado, la duración del trabajo de parto, la tasa de episiotomías, los patrones desfavorables de frecuencia cardíaca y el dolor reportado por las mujeres.
- Las posiciones horizontales disminuyen el riesgo de sangrado y, probablemente, los desgarros de segundo grado.

¿Cuál es la práctica clínica de poco valor y por qué?

La adopción de posiciones horizontales, como la posición de litotomía durante la segunda etapa del parto en mujeres sin anestesia epidural de forma rutinaria como única opción, es una práctica clínica de poco valor. El motivo es que las posiciones verticales, en comparación con las horizontales como la litotomía, han demostrado ciertos beneficios, tanto a nivel clínico como de experiencia de las mujeres.⁽¹⁻³⁾

La posición de litotomía cuenta con referencias históricas desde hace más de tres siglos a consecuencia del desarrollo de la obstetricia, pero no se ha basado en una investigación científica sólida para verificar la idoneidad de la posición en el parto fisiológico.⁽⁴⁾

¿Qué dice la evidencia sobre la práctica clínica de poco valor?

Los estudios que evalúan las posiciones maternas durante la segunda etapa del parto hacen distinción entre las mujeres con y sin anestesia epidural, dado que la anestesia epidural limita la libertad de movimiento.⁽⁵⁾

En mujeres sin anestesia epidural, dar a luz en posiciones verticales, en comparación con las posiciones horizontales, reduce de manera significativa la tasa de partos instrumentados (evidencia de calidad moderada), la tasa de episiotomías (evidencia de muy baja calidad), los patrones de frecuencia cardíaca fetal anormales o patológicos (muy baja calidad) y el dolor reportado por las mujeres.^(1, 2)

En cambio, las posiciones horizontales, en comparación con las verticales, disminuyen el riesgo de sangrado de más de 500 ml (evidencia de moderada calidad) y pueden disminuir los desgarros de segundo grado (evidencia de baja calidad), aunque sigue existiendo incertidumbre al respecto.^(1, 2)

Teniendo en cuenta la evidencia disponible, las guías de práctica clínica y las sociedades científicas coinciden en que se debe alentar a las mujeres sin anestesia epidural a adoptar una posición para dar a luz que sea de su elección, incluyendo las posiciones verticales.^(3, 6-10) En este sentido, son precisamente las posiciones verticales las que suelen ser las más cómodas para ellas.^(3, 5-11)

En consecuencia, los profesionales de la salud deberían favorecer los cambios de posición durante el trabajo de parto para mejorar la comodidad de la madre, garantizando el bienestar del bebé y adecuando las instalaciones con los espacios y equipamientos adecuados para facilitarlos.^(5, 8)

¿Cuál es el alcance de la práctica clínica de poco valor en nuestro contexto?

Actualmente, no tenemos datos en Cataluña de las posiciones maternas en la segunda etapa del parto. Sin embargo, se ha encontrado un estudio realizado en Italia con 1.050 mujeres, donde un 69,3% de los partos utilizaron la posición de litotomía por elección del profesional de la salud, a pesar de que los datos no están estratificados por el uso de anestesia epidural.⁽¹²⁾

¿Qué eventos adversos se asocian a la práctica clínica de poco valor?

No se encuentran estudios sobre los eventos adversos de la posición de litotomía en la segunda etapa del parto, pero sí existe evidencia sobre los efectos beneficiosos de la posición vertical en comparación con las posiciones horizontales.⁽¹⁻³⁾

¿Existen excepciones?

La posición de litotomía estaría indicada en ciertos procedimientos como sería la instrumentación del parto.⁽⁹⁾ Sin embargo, la posición debe permitir que se pueda acceder rápidamente a un tratamiento en caso de una complicación repentina de forma inesperada como podría ser el colapso materno o la distocia de hombros.⁽¹³⁾ Asimismo, es importante que la posición posibilite una adecuada monitorización del bebé.⁽⁸⁾ Por eso, en estos supuestos, el profesional de la salud podría pedir a la mujer que cambiara de posición, comunicando claramente su motivo.⁽⁸⁾

Por lo que respecta a las mujeres con anestesia epidural, al comparar las posiciones verticales frente a las horizontales, ninguna de las dos opciones muestra unos beneficios claros respecto a la otra (recomendación fuerte).⁽³⁾ Según la última revisión sistemática no hubo ninguna diferencia significativa respecto al parto vaginal instrumentado, parto por cesárea, hemorragia posparto o la duración de la segunda etapa del parto.⁽¹⁴⁾ Sin embargo, el análisis de sensibilidad de los estudios con bajo riesgo de sesgo indicó que las posiciones reclinadas pueden reducir la necesidad de partos instrumentados y cesáreas. Asimismo, resumió que las madres podían estar más satisfechas con su experiencia del parto adoptando una posición reclinada. Los estudios de esta revisión analizaron las posiciones laterales izquierda o derecha y semiestiradas.⁽¹⁴⁾

Estos datos son aparentemente contrarios respecto a la posición en mujeres sin epidural. Ante esta incertidumbre, las guías de práctica clínica recientes apoyan los cambios de posición que desee la mujer para mantener la comodidad materna y mantener el seguimiento adecuado, cuando ésta utiliza anestesia epidural (recomendación fuerte).^(5, 7, 8)

En conclusió

En gestantes sin anestesia epidural, no se recomiendan las posiciones horizontales como la litotomía durante la segunda fase del parto de forma rutinaria como única posición posible, ya que las posiciones verticales han mostrado beneficios, así como que pueden ser posiciones más cómodas para las mujeres. Las mujeres deben poder elegir la posición que consideren más confortable.

Con la colaboración de

- Grup de Recerca en Atenció de la Salut Sexual i Reproductiva

Con el apoyo de

- Associació Catalana de Llevadores
- Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia
- Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) d'Atenció Primària

Fuentes

1. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Posición en el segundo estadio de labour para las mujeres sin epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD002006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28539008/>
2. Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Zhao Y, Ren L. Benefitos y riesgos de posiciones superiores durante el segundo periodo de labour: Overview de systematic reviews. *Int J Nurs Stud*. 2021;114:103812. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33217662/>
3. Gimovsky AC, Berghella V. Evidencia-based labor management: second stage of labor (parte 4). *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2022;4(2):100548. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34871779/>
4. Gupta JK, Nikodem C. Maternal posture in labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000;92(2):273-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10996693/>
5. Wright A, Nazar AH, Viser G, Ramasauskaite D, Theron G, Motherhood FS, et al. FIGO good clinical practice paper: management of second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;152(2):172-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33340411/>
6. Murphy DJ, Strachan BK, Bahl R, Royal College of O, Gynaecologists. Assisted Vaginal Birth: Green-top Guideline No. 26. *BJOG*. 2020;127(9):e70-e112. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32346983/>
7. National Institute for Health and Care Excellence. Appendix A: Summary of evidence from surveillance. 2019 supervisión de Intrapartum care para las mujeres y las babies (2014) NICE guideline CG190. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evid>

- ence/appendix-a-summary-of-evidence-from-surveillance-pdf-6713845022
- World Health Organization (WHO). WHO Recomendaciones: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva (Switzerland): WHO; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
The Royal College of Midwives. Midwifery care in labour guidance para all women in all settings. RCM Midwifery Blue Top Guidance No.1 2018. <https://pdf4pro.com/view/midwifery-care-in-labour-guidance-for-all-women-in-all-6ba1es.html>
 - Lee L, Dy J, Azzam H. Management of Spontaneous Labour en Term in Healthy Women. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(9):843-65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27670710/>
 - Ducarme G, Pizzoferrato AC, Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Perineal prevención y protección en obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019;48(7):455-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30553051/>
 - Lazzerini M, Valente EP, Covi B, Semenzato C, Ciuch M. Use de WHO estándares para improvisar calidad de maternal y novedoso hospital care: a study collecting both maters' y staff perspective en tertiary care hospital en Italy. BMJ Open Qual. 2019;8(1):e000525. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30997420/>
 - The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricianos and Gynaecologists. Provision de rutina intrapartum care in la ausencia de pregnancy complications. 2017.
 - Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal posición en el segundo periodo de labour para el hombre con epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2018;11(11):CD008070. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30411804/>

Enlaces de interés

- Funai EF, Norwitz ER. Labor and delivery: Management de la second stage normal. UpToDate; 2022. <https://www.uptodate.com/contents/labor-and-delivery-management-of-the-normal-second-stage>
 - Secretaría de Salud Pública de Cataluña. Protocolo de Atención y Acompañamiento al Nacimiento en Cataluña. Barcelona: Departamento de Salud; 2020. https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/Embaras-part-i-puerperi/Protocol-de-part-i-puerperi/
- Queensland Clinical Guidelines. Normal birth Guideline No. MN22.25-V4-R27. Queensland Health; 2022. https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf

Recomendaciones relacionadas

- [Cesárea electiva en gestantes con cesárea previa](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/cesaria-electiva-gestants-cesaria-previa). 2023. Disponible en: <https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/cesaria-electiva-gestants-cesaria-previa>
- [Tactos vaginales durante el parto](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/tactes-vaginals-part). 2023. Disponible en: <https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/tactes-vaginals-part>
- [Epidural y oxitocina en gestantes de parto](https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Articulo/epidural_oxitocina_part). 2023. Disponible en: https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Articulo/epidural_oxitocina_part

Recomanació **E**ssencial

- [Episiotomía y parto vaginal](https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Articulo/episiotomia_part_vaginal). 2021. Disponible en:
https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Articulo/episiotomia_part_vaginal
- [Cesárea electiva antes de la semana 39](https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/cesaria_electiva_setmana39). 2020. Disponible en:
https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/cesaria_electiva_setmana39

Esencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones para evitar su realización. Esta ficha es una recomendación para la ayuda en la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Si desea recibir más información sobre el proyecto, puede contactar con: esencial.aquas@gencat.cat

Visítanos en la web essencialsalut.gencat.cat