

# Efectividad de la posición decúbito lateral sobre la rotación de la cabeza fetal en gestantes en trabajo de parto portadoras de catéter epidural

Domínguez-Mejías, M. Falcón-Carvajal, L. "Efectividad de la posición decúbito lateral sobre la rotación de la cabeza fetal en gestantes en trabajo de parto portadoras de catéter epidural". SANUM 2021, 5(3) 52-58

## AUTORAS

**María Domínguez Mejías**

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil. Málaga.

**Laura Falcón Carvajal**

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil. Málaga.

## **Autora de correspondencia:**

**María Domínguez Mejías**

 mariamatronamálaga@gmail.com

## **Tipo de artículo:**

Artículo de revisión

## **Sección:**

Obstetricia y ginecología

**F. recepción:** 03-03-2021

**F. aceptación:** 17-05-2021

## Resumen

La principal distocia por anomalías de la posición fetal es la posición en occipito posterior, que a su vez está considerada como la malposición más frecuente en el momento del expulsivo. Al evaluar la posición fetal mediante ecografía se observa que el 36% de los fetos estaban en occipito posterior al menos en alguna exploración vaginal. Puede suceder que no se realice ninguna rotación, permaneciendo la sutura sagital en un diámetro oblicuo, sin tender a girar ni hacia el pubis ni hacia el sacro materno. Al suceder esto, nos encontramos ante las denominadas posiciones occipito posteriores persistentes. En el 1.8-6% se han encontrado posiciones en occipito posteriores persistentes en las que la cabeza fetal no rota de forma espontánea. Aunque la incidencia de partos en occipito posterior persistente es baja, las complicaciones que le acompañan han hecho que se consideren una serie de métodos que intenten favorecer la rotación de la cabeza fetal y así mejorar los resultados materno-fetales.

El uso de los cambios posturales es uno de los métodos que se emplea para intentar que el occipucio rote de una posición posterior a anterior. En nuestro ámbito una de las posiciones más usadas es la posición materna en decúbito lateral. Este es un procedimiento propio y habitualmente utilizado por las matronas en el manejo del parto y que a su vez es destacable por su sencillez, seguridad y bajo coste.

## Palabras clave:

Distocia;

Feto;

Trabajo de Parto;

Rotación.

# Effectiveness of the lateral decubitus position on the rotation of the fetal head in pregnant women in labor with epidural catheters

## Abstract

*The main dystocia due to fetal position abnormalities is the posterior occipital position, which is considered the most frequent malposition at the time of delivery. When evaluating the fetal position by ultrasound, it was observed that 36% of the fetuses were in the posterior occiput at least in some vaginal examination. It may happen that no rotation is performed, the sagittal suture remaining in an oblique diameter, without tending to rotate towards the pubis or towards the maternal sacrum. When this happens, we are faced with the so-called persistent occipital posterior positions. In 1.8-6%, persistent posterior occipital positions have been found in which the fetal head does not rotate spontaneously. Although the incidence of persistent occipital posterior deliveries is low, the accompanying complications have led to the consideration of a series of methods that attempt to favor the rotation of the fetal head and thus improve maternal-fetal outcomes.*

*The use of postural changes is one of the methods used to try to rotate the occiput from a posterior to an anterior position. In our setting, one of the most used positions is the maternal position in lateral decubitus. This is a procedure of its own and commonly used by midwives in the management of childbirth and which in turn is notable for its simplicity, safety and low cost.*

### Keywords:

*Dystocia;  
Fetus;  
Labor, Obstetric;  
Rotation.*



Instituto  
Lectura Fácil

PARA LA PROMOCIÓN  
Y UNIVERSALIZACIÓN  
DE LA LECTURA FÁCIL  
Y DE LA ACCESIBILIDAD  
COGNITIVA



[www.institutolecturafacil.org](http://www.institutolecturafacil.org)

## Introducción

El término distocia hace referencia a un parto de evolución anormal como consecuencia de alteraciones, simultáneas o independientes, en alguno de los elementos que interaccionan en el parto: el motor, el canal y el objeto del parto<sup>1</sup>. La posición occípito posterior (OP) está considerada como la principal distocia por anomalía de la posición fetal<sup>1-3</sup>.

Esta posición puede definirse como la orientación de la sutura sagital, coincidiendo con un diámetro oblicuo o anteroposterior de la pelvis materna y dirigiendo la fontanela menor hacia la parte posterior de la pelvis materna. De esta forma la fontanela menor puede quedar cerca de la articulación sacroilíaca izquierda (OIIP), de la articulación sacroilíaca derecha (OIDP) o del sacro (OS) de la madre<sup>4</sup>. Está considerada como la malposición más frecuente en el momento del expulsivo<sup>5</sup>.

Se observan una serie de factores o complicaciones, tanto maternas como fetales, derivadas de la aparición de un feto en posición occípito posterior<sup>6</sup>.

Las posiciones OP están asociadas a un bajo nivel de parto espontáneo, sólo el 29% de las primíparas y el 55% de las multíparas lo consiguen<sup>7</sup>. Esto conlleva una mayor probabilidad de parto instrumental y cesárea<sup>8,9</sup>. Por otro lado, se aprecia un incremento en el número de desgarros perineales de tercer y cuarto grado debidos, en parte, a la alta tasa de partos instrumentales<sup>6,7,10-12</sup>.

Otras complicaciones maternas que pueden derivar de un parto en posición OP son la corioamnionitis, la infección puerperal y una mayor tasa de episiotomías y de pérdida hemática materna<sup>10-11</sup>.

También han sido estudiadas complicaciones fetales como la presencia de líquido amniótico teñido por meconio, los traumatismos del parto, el ingreso en unidades de atención neonatal y una estancia hospitalaria neonatal más prolongada<sup>10,13</sup>.

La posición OP diagnosticada durante la primera etapa del trabajo de parto conlleva un manejo expectante cuando el patrón de frecuencia cardíaca fetal es tranquilizador y el trabajo de parto va progresando. La intervención es innecesaria porque la posición OP en esta etapa es un mal predictor de la necesidad posterior de un parto por cesárea y ninguna intervención ha demostrado ser beneficiosa<sup>14</sup>.

Debido a las complicaciones asociadas existen diversos métodos para intentar rotar la cabeza

fetal. Nos centraremos en el cambio de posición materna, concretamente en la posición decúbito lateral, por tratarse de un procedimiento propio y habitualmente utilizado por las matronas en el manejo del parto. Además, es una técnica que puede llevarse a cabo en gestantes portadoras de catéter epidural teniendo en cuenta que su uso está muy extendido entre las gestantes que ingresan de parto. Igualmente destaca por su sencillez, seguridad y bajo coste.

## Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas sanitarias tanto internacionales como Cochrane library, Pub-Med y Lilacs como nacionales, Cuiden. El objetivo inicial de la búsqueda era todo artículo relevante, en lengua hispana o inglesa, incluido desde el año 2014, aunque se ha incluido alguno más antiguo por su relevancia con el estudio y por la escasez de estudios científicos sobre este tema. Los descriptores utilizados han sido: posición materna, decúbito lateral, posición occípito posterior, rotación fetal, combinados con el operador booleano "AND".

## Resultados

Se han encontrado estudios que analizan distintas variedades de adoptar la posición de decúbito lateral; en un ensayo controlado multicéntrico se evalúa si la posición en decúbito lateral de forma asimétrica facilita la rotación a posiciones occípito anteriores. Esta posición se lleva a cabo colocando la pierna inferior en el mismo eje que el cuerpo y la pierna superior hiperflexionada (espinilla-fémur, tobillo menor a 90 grados) apoyada sobre la pernera. El decúbito lateral se llevó a cabo hacia el lado opuesto donde se encontraba la columna vertebral fetal. Las mujeres que pertenecían al grupo control adoptaron una posición dorsal recostada durante la primera hora, tras esto, podían adoptar cualquier otra posición que les resultara cómoda excepto la de decúbito lateral asimétrico<sup>15</sup>.

Una vez se compararon ambos grupos, se evidenció que no hubo diferencias significativas en la rotación fetal de OP a OA tras una hora de intervención (21.9% para el grupo intervención vs 21.6% para el grupo control). Por tanto, los autores remarcaron como conclusión la necesidad de futuras investigaciones sobre este tema que amplíen el campo de estudio a otras posiciones maternas que puedan facilitar la rotación del feto<sup>15</sup>.

En 2013 se publicó un ensayo clínico aleatorizado realizado en el Hospital Nord de Marsella con una muestra de 220 gestantes. El objetivo era evaluar qué posición materna facilita la rotación de posiciones OP fetales. En el grupo control las gestantes llevaron a cabo el trabajo de parto en decúbito supino y en el grupo de intervención adoptaron posiciones en función del plano de Hodge en que se encontraba la cabeza fetal. De las tres posiciones propuestas en el grupo intervención, la utilizada con más frecuencia (78,2% de los casos) fue la de decúbito lateral debido a las condiciones obstétricas de las participantes. Los autores concluyen que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el tipo de parto entre el grupo control y el grupo de intervención, así como tampoco en el porcentaje de rotación de la cabeza fetal en cada uno de los grupos (78,2% en el grupo de intervención frente al 76,4% en el grupo control)<sup>16</sup>.

En un ensayo clínico aleatorizado del año 2018 se compararon dos grupos, usando la posición de Sims modificada para el grupo intervención y la libre elección de posición para el grupo control, exceptuando el uso de la posición de estudio<sup>8</sup>.

La posición de Sims modificada consiste en colocar a la gestante en decúbito lateral sobre el mismo lado de la columna fetal. La pierna superior queda apoyada en la pernera, realizando una flexión de la rodilla de 90°, al mismo tiempo que se realiza una ligera rotación interna, mientras que la pierna está extendida. De esta forma se logra una posición pélvica asimétrica, aumentando el

diámetro de la pelvis media e inferior. Además, en esta posición el sacro presenta libertad de movimiento<sup>8</sup>.

Esta postura fue adoptada durante al menos 40 minutos ininterrumpidos, pudiendo cambiar a otras posiciones durante 20 minutos si lo deseaban, pero no se les permitía adoptar posiciones en las que se encontraran hacia el lado opuesto del dorso fetal para evitar factores de confusión<sup>8</sup>.

Finalmente, en el grupo intervención se obtuvo un porcentaje de rotación a una posición anterior del 50,8%, frente al 21,7% del grupo control, obteniendo como conclusión que la posición de Sims modificada es una postura materna que ha demostrado eficacia para rotar posiciones occipito posteriores persistentes, además de considerarse una posición cómoda y bien tolerada por las gestantes<sup>8</sup>.

## Discusión

Al realizar la búsqueda bibliográfica, se pone de manifiesto la escasez de artículos que hay en relación al tema seleccionado, durante los últimos años. En la actualidad tan solo la posición de Sims ha demostrado eficacia a la hora de rotar la cabeza fetal desde una posición OP a occipito anterior. Esta variante de la posición decúbito lateral se caracteriza porque la gestante debe acostarse sobre el lado en el que se encuentre el dorso fetal. Además, destaca por tratarse de una posición cómoda y fácil de adop-

## DISTRIBUIMOS A LOS PRINCIPALES PUNTOS DE VENTA

¡Pregunta en tu librería de confianza!

**eRodio**  
*Formación para el empleo*



tar por parte de las gestantes que son portadoras de un catéter epidural.

El resto de estudios analizados arrojan datos que muestran que no hay evidencias significativas y por este motivo sus investigadores alertan de la necesidad de futuros proyectos de investigación que amplíen este campo de estudio.

Otro aspecto a tener en cuenta es el momento en el que se procedería a realizar la intervención, pues teniendo en cuenta que un alto porcentaje de las mismas rota de forma espontánea durante el proceso de dilatación<sup>5</sup>, resultaría interesante esperar hasta alcanzar la dilatación completa o cercana a la misma para así dejar actuar al propio mecanismo fisiológico del parto.

Además, también es importante resaltar el tiempo mínimo que debe mantenerse la posición para que resulte ser efectiva y se produzca el resultado deseado, en este caso el estudio que demostró obtener resultados significativos estableció que la gestante debía adoptar la posición durante al menos 40 minutos. Otros estudios consultados demuestran que la efectividad de la posición aumenta transcurridos 30 minutos.

## Discussion

*When carrying out the bibliographic search, the scarcity of articles in relation to the selected topic in recent years is revealed. At present, only the Sims position has been shown to be effective in rotating the fetal head from OP to occiput anterior. This variant of the lateral decubitus position is characterized by the fact that the pregnant woman must lie on the side with the fetal back. In addition, it stands out for being a comfortable and easy position to adopt by pregnant women who are carriers of an epidural catheter.*

*The rest of the studies analyzed yield data that show that there is no significant evidence and for this reason their researchers warn of the need for future research projects that expand this field of study.*

*Another aspect to take into account is the moment in which the intervention would be carried out, since taking into account that a high percentage of them rotate spontaneously during the dilation process<sup>5</sup>, it would be interesting to wait until full dilation is reached or close to it in order to allow the physiological mechanism of childbirth to act.*

*In addition, it is also important to highlight the minimum time that the position must be maintained to be effective and to produce the desired result, in this case the study that showed significant results established that the pregnant woman had to adopt the position for at least 40 minutes. Other studies consulted show that the effectiveness of the position increases after 30 minutes.*

## Conclusión

La incidencia de esta anomalía en la posición fetal puede encontrarse en el 40% de los partos cuando se trata de una etapa temprana, reduciéndose al 20-30% al alcanzar la dilatación completa.<sup>16</sup> Además, la utilización del estudio ecográfico durante el trabajo de parto ha aportado nueva información mostrando que, las posiciones occipito posteriores son más bien el resultado de un fallo en la rotación que el hecho de partir de una posición posterior primitiva.<sup>5</sup>

Esto se traduce en un parto más laborioso, de mayor duración y en ocasiones más doloroso para la gestante, que a su vez se ve asociado a una serie de complicaciones maternas y fetales por el hecho de que el feto haya adoptado esa posición. Asimismo, se une el hecho de que en ocasiones los profesionales sanitarios encargados del cuidado de la gestante, no conocen qué posición materna presenta mayor probabilidad a la hora de favorecer la rotación de la cabeza fetal.

Teniendo en cuenta que la primera opción estaría basada en propiciar la libertad de movimientos de la gestante, debemos adaptarnos a las necesidades de cada una de ellas y como ya se ha comentado con anterioridad, la tasa de uso de analgesia epidural es alta, limitando por tanto el libre movimiento y teniendo que recurrir a otro tipo de técnicas.

El hecho de conocer posiciones maternas que han demostrado poseer evidencia científica, hace que los profesionales sanitarios las puedan incorporar en su práctica clínica diaria. Especialmente la figura de la matrona que representa un papel fundamental, pues es la encargada de acompañar a la gestante durante todo el proceso.

Por último, resaltar la importancia de seguir ampliando conocimientos dentro del campo de estudio que hace referencia a las posiciones maternas para intentar rotar la cabeza fetal, pues hoy en día sigue existiendo cierta controversia con otras posiciones de estudio que aún no han obtenido resultados significativos por la falta de estudios en este ámbito.

En el caso de que en un futuro se consigan, podrán implementarse protocolos y guías de práctica clínica que orientarán la práctica clínica asistencial diaria de los profesionales, actuando así en base al conocimiento científico existente.

## Conclusion

*The incidence of this anomaly in the fetal position can be found in 40% of deliveries when it is an early stage, reducing to 20-30% when reaching full dilation. 16 Furthermore, the use of the ultrasound study during labor has provided new information showing that occipital posterior positions are more the result of a failure in rotation than the fact of starting from a primitive posterior position. 5*

*This translates into a more laborious, longer and sometimes more painful delivery for the pregnant woman, which in turn is associated with a series of maternal and fetal complications due to the fact that the fetus has adopted that position. Likewise, it is added the fact that sometimes the health professionals in charge of the care of the pregnant woman do not know which maternal position is more likely to favor the rotation of the fetal head.*

*Taking into account that the first option would be based on promoting the freedom of movement of the pregnant woman, we must adapt to the needs of each one of them and as mentioned previously, the rate of use of epidural analgesia is high, limiting by both free movement and having to resort to other types of techniques.*

*Knowing maternal positions that have been shown to have scientific evidence makes it possible for health professionals to incorporate them into their daily clinical practice. Especially the figure of the midwife who plays a fundamental role, as she is in charge of accompanying the pregnant woman throughout the process.*

*Finally, highlight the importance of continuing to expand knowledge within the field of study that refers to maternal positions to try to rotate the fetal head, since today there is still some controversy with other study positions that have not yet obtained significant results due to the lack of studies in this area. In the event that they are achieved in the future, protocols and clinical practice guidelines may be implemented that will guide the daily clinical practice of*

*professionals, thus acting on the basis of existing scientific knowledge.*

## Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

## Fuentes de Financiación

Ninguna.

## Conflicto de Intereses

No existen.

## Publicación

Este trabajo no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada).

## Agradecimientos

Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as la colaboración desinteresada y la apuesta por el aprendizaje basado en la búsqueda bibliográfica de evidencia científica para tratar problemas que abordamos en la práctica asistencial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lailla Vicens JM, González Bosquet E, del Sol Fernández JR, et al. *Distocias del parto: del motor, del canal y del objeto del parto*. En: González-Merlo J, et al, editores. "Obstetricia". 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 283-300.
2. Albillos Alonso L, Espinilla Sanz B, Tomé Blanco E, et al. *Alteraciones del objeto, del motor y del canal del parto*. En: Espinilla Sanz B, Tomé Blanco E, Sardonil Vicario ME, et al, editores. "Manual de obstetricia para matronas". 4ª ed. Valladolid: Difacil; 2018. p. 317-345.
3. Salvador Sabés B, Isar Malo P. *Parto distócico*. En: Castán Mateo S, Toabajas Homs JJ, editores. "Obstetricia para matronas". Guía práctica. Madrid: Panamericana; 2013. p. 211-220.

4. Bueno-López V, Terré-Rull C, Casellas-Caro M, Fuentelsaz-Gallego C. *El impacto y la corrección de posiciones occipitoposteriores en el parto*. Rev Matronas prof [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 25];16(4):118-123. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/revbibl-posiciones-occipitoposteriores-parto.pdf>
5. Castel P, Bretelle F, D'Ercole C, Blanc J. *Pathophysiology, diagnosis and management of occiput posterior presentation during labor*. Rev Gynecol Obstet Fertil Senol [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 25];47(4):370-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30753901/>
6. Guittier MJ, Othenin-Girard V, de Gasquet B, Irion O, Boulvain M. *Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: A randomised controlled trial*. Rev BJOG [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 25];123(13):2199-207. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26806596/>
7. Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. *Influence of Persistent Occiput Posterior Position on Delivery Outcome*. Rev Obstet Gynecol [Internet]. 2001 [cited 2021 Jan 25];98(6):1027-31. Available from: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2001/12000/Influence\\_of\\_Persistent\\_Occiput\\_Posterior\\_Position.7.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2001/12000/Influence_of_Persistent_Occiput_Posterior_Position.7.aspx)
8. Bueno-Lopez V, Fuentelsaz-Gallego C, Casellas-Caro M, Falgueras-Serrano AM, Crespo-Berros S, Silvano-Cocinero AM, et al. *Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial*. Rev Birth [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 25];45(4):385-92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29537658/>
9. Othenin-Girard V, Boulvain M, Guittier MJ. *Occiput posterior presentation at delivery: Materno-foetal outcomes and predictive factors of rotation*. Rev Gynecol Obstet Fertil Senol [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 25];46(2):93-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366610/>
10. Cheng YW, Shaffer BL, Caughey AB. *The Association Between Persistent Occiput Posterior Position and Neonatal Outcomes*. Rev Obstet Gynecol [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 25];107(4):837-44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16582120/>
11. Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E. *Persistent Fetal Occiput Posterior Position*. Rev Obstet Gynecol [Internet]. 2003 [cited 2021 Jan 25];101(5):915-20. Available from: [https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2003/05000/persistent\\_fetal\\_occiput\\_posterior\\_position\\_.16.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2003/05000/persistent_fetal_occiput_posterior_position_.16.aspx)
12. Hirsch E, Elue R, Wagner A, Nelson K, Silver RK, Zhou Y, et al. *Severe perineal laceration during operative vaginal delivery: The impact of occiput posterior position*. Rev J Perinatol [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 25];34(12):898-900. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24875411/>
13. Dahlqvist K, Jonsson M. *Neonatal outcomes of deliveries in occiput posterior position when delayed pushing is practiced: A cohort study*. Rev BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 25];17(1):377. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1556-5>
14. UpToDate [Internet]. Wolters Kluwer; c1992-2021 [cited 2021 Jan 25]. Occiput posterior position; [aprox. 8 p.]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/occiput-posterior-position?search=occipito%20posterior&source=search\\_result&selectedTitle=1~10&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/occiput-posterior-position?search=occipito%20posterior&source=search_result&selectedTitle=1~10&usage_type=default&display_rank=1)
15. Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Selam N, Dreyfus M, et al. *Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA*. Rev Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 27];215(4):511.e1-511.e7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27242201/>
16. Desbriere R, Blanc J, Le Dû R, Renner JP, Carcopino X, Loundou A, et al. *Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial*. Rev AJOG [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 25];208(1):60.e1-60.e8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.882>



# OPOSICIONES

## Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

[www.edicionesrodio.com](http://www.edicionesrodio.com)




