

Treball Final de Grau Infermeria

Avantatges i inconvenients de la
posició de litotomia en el moment del part

Revisió bibliogràfica

Sara Verge Ferrer

Curs 2020/2021

Almerinda Domingo

ÍNDEX

1. RESUM	3
ABSTRACT	4
2. MARC TEÒRIC	5
2.1. Història i cultura del part	5
2.2. Anatomofisiologia del part.....	8
2.3. Posicions durant el part.....	12
2.4. Violència obstètrica	17
3. OBJECTIUS:	20
4. MATERIAL I MÈTODES.....	20
4.1. Tipus d'estudi	20
4.2. Criteris d'inclusió i exclusió	20
4.3. Bases de dades i estratègies	21
5. RESULTATS.....	24
6. DISCUSSIÓ	42
7. LIMITACIONS	45
8. CONCLUSIONS	45
9. BIBLIOGRAFÍA	47

1. RESUM

El part i la cultura que l'envolta té un origen prehistòric que, al llarg dels anys ha anat evolucionant fins al model tecnocràtic actual. Ens trobem amb una àmplia gamma de posicions possibles perquè les mares puguin parir segons la seva voluntat. Avui dia, la gran majoria d'hospitals utilitza la posició de litotomia com a postura recurrent. Es troba dintre de les grans utilitzades tot i les recomanacions per part de l'evidència científica i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) de no utilitzar-la pels inconvenients que suposa.

Objectius: Analitzar els avantatges i inconvenients de la posició de litotomia. Relacionar els parts acompanyats per llevadores amb l'ús de la litotomia, associar la posició de litotomia amb la realització de l'episiotomia, comparar la posició de litotomia amb les posicions verticals i analitzar la percepció materna sobre la posició de litotomia.

Mètode: Es va realitzar una recerca bibliogràfica amb articles dintre dels últims cinc anys entre els mesos de desembre del 2020 i març del 2021 en les bases de dades CINHALL, PUBMED i SCIELO.

Resultats: La posició de litotomia suposa més inconvenients que beneficis per la mare i el nadó. Els parts atesos per llevadores tendeixen a ser menys intervencionistes i amb una millor qualitat assistencial. També es relaciona l'ús de l'episiotomia directament amb la litotomia. Les posicions verticals fomenten el benestar matern i resulten les completes antagonistes de la litotomia. A més a més, les mares refereixen major desconfort davant la litotomia.

Conclusions: La posició de litotomia es troba dintre de les pràctiques que es recomana no realitzar per la font de complicacions i inconvenients que suposa. Es necessita més educació assistencial per poder-la erradicar quan no sigui necessària. També s'ha de respectar sempre l'elecció materna i se li ha d'oferir el gran ventall de postures a utilitzar i per tant, passar a tenir un paper actiu durant el part.

Paraules clau: litotomia, posicions horitzontals, posicions verticals, episiotomia, part, naixement.

ABSTRACT

The birth and the culture that surrounds it has a prehistoric origin that, over the years, has evolved to the current technocratic model. There is a wide range of possible positions so that mothers can give birth according to their will. Today, the vast majority of hospitals use the lithotomy position as a recurring stance. It is among the most widely used, despite recommendations from scientific evidence and the World Health Organization (WHO) not to use due to its inconveniences.

Objectives: Analyze the advantages and disadvantages of the lithotomy position, establish a relationship between births accompanied by midwives involving the lithotomy position, associate the lithotomy position and the performance of the episiotomy, compare the lithotomy position with the vertical positions and analyze the maternal perception of the lithotomy position.

Methods: Bibliographic research with articles dated up to five years old between the months of December 2020 and March 2021 conducted in CINHALL, PUBMED and SCIELO databases.

Results: The lithotomy position has proved to be more detrimental than beneficial for both mother and child. Births involving midwives tend to be less interventionist and with better-assisting quality. The use of episiotomy is related to lithotomy. Vertical positions promote maternal well-being and are the complete antagonists of lithotomy. In addition, mothers report an increase in discomfort with lithotomy.

Conclusion: The lithotomy position is an unrecommended practice due to it being a source of complications and inconveniences. Education efforts must be augmented to eradicate lithotomy in unnecessary cases. The maternal choice must always be respected. The mother must be offered a wide range of postures and so as to take an active role during birth.

Keywords: lithotomy, horizontal positions, vertical positions, episiotomy, childbirth, birth.

2. MARC TEÒRIC

2.1. HISTÒRIA I CULTURA DEL PART

La història de la humanitat és molt extensa i conèixer-la ajuda a aprendre sobre l'actualitat, sobre nosaltres i les nostres arrels. En general es poden dividir les etapes de la història amb les següents: la prehistòria, l'Edat Antiga, l'Edat Moderna i la Contemporània. Aquestes divisions es donen per diferents moments històrics que fomenten l'evolució social (1). Es data l'aparició de la humanitat fa uns 2,5 milions d'anys al continent africà i que mitjançant tres grans migracions, segons l'estudi de la mandíbula d'Atapuerca i altres jaciments (2) es va propagar per tot el planeta terra.

La primera gran migració data de fa 1,8 milions d'anys i va arribar al Caucas representat per l'Eva Africana i l'estudi del DNA mitocondrial (3). D'aquells emigrants segurament van sorgir els *Homo antecessor* d'Atapuerca i els *Homo erectus* de la Xina i Indonèsia. Van sorgir dues emigracions més on l'última va ser la que va evolucionar amb els *Homo sapiens* que van tenir el seu origen a Àfrica fa uns 100.000 anys i es van estendre per Euràsia (4). Analitzant l'herència prehistòrica que han deixat els avantpassats descobrim representacions de la figura de la dona com és el cas de la *Venus de Willendorf* la qual destaca els atributs del cos femení que donen vida i posen en significat la fertilitat. També es creu que el fet d'esculpir aquestes Venus eren un tipus de veneració per protegir la mare i el nadó de l'elevada mortalitat al part (4).



Imatge 1: Venus de Willendorf

Com bé diu el Dr. Clavero a la ponència del 2016, presidida tota per homes, de la Reial Acadèmia Nacional de Medicina sobre la Història del part, la dona prehistòrica molt segurament paria sola, ajudada i aïllada de l'entorn, ja que el part es veia com un fet més biològic que social. Parien soles

molt segurament per les circumstàncies a la que estaven sotmeses tant en l'àmbit meteorològic com orogràfic.

Als assentaments del neolític on es va començar amb el cultiu i per tant a viure amb societat s'han trobat escultures de dones parint a una cadira de parts. Més en concret al poblat de Çatal Hüyük, on es troba actualment Turquia, es va trobar una escultura de la nomenada Deessa Mare. Es tracta d'una Venus nua, obesa asseguda a un tron on es destaquen els trets sexuals i que molts cops s'interpreta que apareixen amb posició de part. Es creia que l'adoració a la Deessa Mare servia per demanar fertilitat i bona esperança al moment del part.



Imatge 2: Deessa Mare neolítica

Les posicions a escala històrica més utilitzades han estat sempre les que afavoreixien en l'àmbit fisiològic el part corresponent l'eix vaginal amb el punt de gravetat, és a dir, ajupides, amb l'esquena recolzada a la paret i les cames flexionades i de genolls o assegudes a la cadira de parts.

Les cadires de parts daten dels egipcis, segons el papir de Westcar (1700 aC). També es parla d'elles a l'Èxode i Hipòcrates de Babilònia ja en fa referència (5). Eren una estructura amb forma de U on la dona s'asseia per poder exercir la força necessària. Aquestes estructures es van anar convertint amb material necessari de la dona d'alta *cuna* quan es casava i van anar prenent modalitats on la llevadora s'asseia davant la partera i el marit o una altra acompanyant



Imatge 3: Cadira de Part

l'agafava de les aixelles per poder ajudar al moment del part. També va anar migrant morfològicament fins i tot convertint-se amb llits obstètrics.

De genolls solien parir les dones de Mongòlia, els zulús de Sud-àfrica, moltes tribus índies de nord Amèrica i Mèxic i també daten de les romanes, àrabs i l'Alemanya medieval, entre altres. Els indis comanxes clavaven una estaca al terra d'on la dona es podia agarrar mentre que ell traccionava la panxa de baix cap a dalt exercint un moviment d'opressió i compressió de l'úter (4).

Una varietat de la posició de genolls és estar asseguda sobre els genolls i recolzada amb l'esquena sobre una altra persona, aquesta es troba citada al Gènesis i amb la que es diu que per als Israelites era un honor que la partera es posés sobre d'ell. També es data de l'antiga Holanda i el Japó on es buscaven homes grans i forts per fer de recolzadors, també anomenats, *homes cadira* (5).

Els parts de peu eren molt típics de les dones de l'Índia, tribus de l'orient africà i de Filipines on la partera es posava dreta però inclinada cap endavant sostenint l'abdomen amb un rotllo de bambú. Les dones de Somàlia ho fan subjectant-se amb una corda en suspensió fins que neix el nadó. Aquestes modalitats encara s'utilitzaven el segle passat a alguns pobles de la Ucraïna rural. A les Illes Fiji, les tribus Siam, entre altres, quan el part es complicava es penjava a la dona a un arbre per sota els braços mentre que dos homes corpulents comprimien l'abdomen per aconseguir expulsar el nadó (4).

Els parts amb la dona ajupida daten de les dones Asteques, de les colònies d'indis nord-americanes, Guatemala i alguns poblats africans. Actualment és una posició molt utilitzada a Israel, l'Índia, la Xina i el Japó. De fet a la Xina, el Dr. G. Formmolt, va observar que les dones que parien ajupides amb ajuda de la llevadora i subjectades per la seva parella, no tenien gairebé dificultats durant el moment del part. (4)

Els parts amb la dona posicionada amb Decúbit Supí daten de l'Antic Egipte on existien, com s'ha nomenat abans, els llits obstètrics eren part fonamental per a l'elevada societat socioeconòmicament, però que posteriorment es va tornar al part vertical. L'any 1598, a França, el metge obstètric Jaques Guillemeau va replantejar les posicions de part optant per un canvi cap a les semireclinades. Posteriorment, l'any 1668, l'obstetra François Mauriceau va publicar l'obra *The Diseases of Women with Child, and Child-Bed*, on es va atribuir la influència amb el canvi de posicions al naixement. Al mateix segle que Mauriceau, al segle XVIII

on el Rei Lluís XIV de França tenia certa predilecció per observar els parts de les seves amants de manera que va incentivar la utilització de la posició de litotomia per poder observar amb més claredat el part i millorar també l'accés del metge a la zona vaginal. (6) Aquesta posició és la que ha perdurat fins ara com la predilecta per donar a llum als hospitals.

2.2. ANATOMOFISIOLOGIA DEL PART

El part és el procés fisiològic per donar a llum on després de la fecundació de l'òvul s'ha portat en gestació durant unes 42 setmanes al fetus. Quan aquest està anatòmicament madur es comença el procés de part.

En el moment del part el motor d'aquest és la contracció uterina i l'objecte és el fetus. Influeixen en l'evolució del part el nombre de fetus, la mesura i l'estàtica amb la qual es disposa la pelvis i el fetus (7).

Les zones de major mesura del fetus són el cap, les espatlles i els malucs. El cap és el de major dificultat durant l'expulsiu. El crani del nadó està format per ossos units per sutures formades de teixit connectiu. Les sutures permeten que durant el descens del nadó pel canal de part els ossos del crani es sobreposin l'un sobre l'altre per propiciar una disminució del diàmetre i afavorir l'adaptació a la pelvis per un bon treball de part.

El canal del part està format pel canal ossi i el canal tou. El Canal Ossi està protagonitzat per la pelvis, dividida en si mateixa per la pelvis menor i la pelvis major. La pelvis menor també anomenada pelvis obstètrica és la que té més protagonisme al moment del part. Es diferencien tres plans per on el fetus descendirà durant el treball els quals són els següents (7):

- Estret superior: És el punt d'entrada real del fetus a la pelvis menor.
- Excavació pelviana: Espai de la pelvis obstètrica on dintre es situa l'estret mitjà.
- Estret inferior: És el pla de sortida del nadó de la pelvis obstètrica.

El canal tou està format pel segment uterí inferior, el coll de l'úter, la vagina i el perineu. La musculatura del sòl pelvià es divideix amb un pla superficial i un pla profund. Els músculs del pla superficial són el bulbocavernós, transvers superficial del perineu, isquiocavernós i l'esfínter extern de l'anús. Els músculs del pla mitjà són el transvers profund del perineu i l'esfínter estriat de la uretra. El múscul del pla profund és l'elevador de l'anús (7).

Etapas del part

El procés de part es divideix amb dilatació, expulsiu i deslliurament. A continuació s'explicarà un part normal que segons la SEGO (8) es denomina part natural al d'una gestant sense factors de risc durant la gestació i que, després d'una evolució fisiològica de la dilatació i el part, acaba amb el naixement del nou-nat normal que s'adapta adequadament a la vida extrauterina. El deslliurament i el puerperi han d'evolucionar també de forma fisiològica normal.

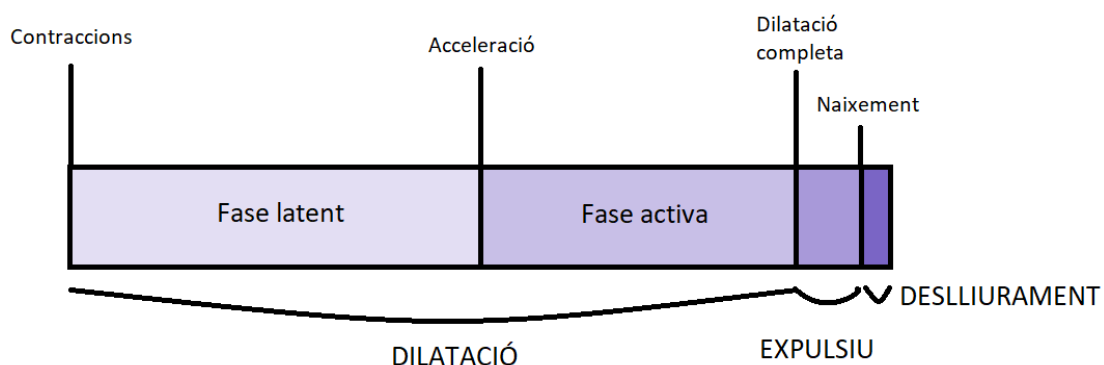


Figura 1. Etapes del procés del part. Font pròpia

La primera etapa del procés de part és la de dilatació la qual es divideix amb dues subetapes anomenades fase latent i fase activa.

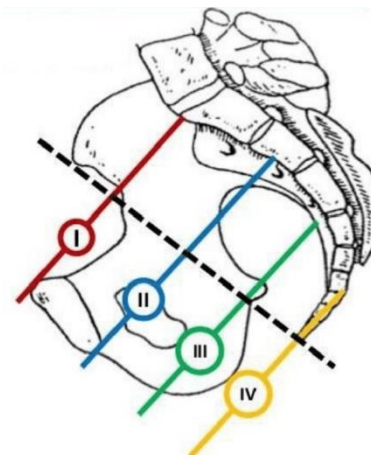
La fase latent és la que consisteix amb l'aparició de contraccions canviant amb temps i intensitat, té lloc l'esborrament cervical i la progressió lenta de dilatació fins als 4 cm. També, a aquesta fase la gestant experimenta tota una sèrie de canvis prodromics com el descens del fons uterí, l'expulsió del tap mucós, l'inici de les contraccions i la maduració de la cèrvix. És difícil establir l'inici del

procés de part com a tal car es poden confondre les contraccions de Braxton-Hicks amb les contraccions de part i per tant es demana a les gestants que fins que no tinguin contraccions regulars (2 en 10 minuts), sagnat vaginal o el trencament de les membranes ovulars no acudeixin a l'hospital (7).

La fase activa de la dilatació és el període descrit que passa entre els 4 cm i els 10 cm de dilatació cervical acompanyat de dinàmica uterina regular tot i que s'accepta com a fase activa si es disposa d'una dilatació menor, però es presenta la dinàmica uterina regular. El temps de duració de la fase activa varia segons si la mare és primípara (de 8 a 18 hores) o múltipara (de 5 a 12 hores). La freqüència de les contraccions ha de ser d'entre 2 o 5 cada 10 minuts. Aquestes s'inicien al fons uterí on són més perllongades i intenses. Les contraccions actuen segons l'anomenat triple gradient descendent. Això vol dir que es propaguen fins al segment uterí i arriben fins al coll de l'úter que exerceix resistència, però que va cedint i es va ampliant la dilatació. Les contraccions també afavoreixen que augmenti el segment uterí inferior, situat entre el cos uterí i la cèrvix (7).

Es denomina fase expulsiva quan s'arriba a la dilatació completa del coll uterí i es desenllaça amb el naixement del nadó. Dintre d'aquesta fase es diferencia la fase passiva i la fase activa. Es considera fase passiva quan el motor del part són únicament les contraccions uterines i fase activa quan és la mare la que ajuda físicament al naixement del nadó. També es considera fase activa quan el fetus és visible. Durant l'expulsiu el nadó ha de passar per les següents etapes (7):

- **Flexió i acomodació del cap a l'estret superior:** Quan comença el descens, el cap del nadó es troba amb certes resistències que causen la flexió màxima cap al tòrax per poder acomodarse a l'estret superior de la pelvis.
- **Descens i encaixament del cap:** Un cop acomodat el cap, amb els dos parietals per igual, a l'estret superior de la pelvis comença l'encaixament que és quan el diàmetre biparietal



Imatge 4: Plans de Hodge

sobrepassa l'estret superior de la pelvis amb els. S'arriba al 3r pla de Hodge.

- **Rotació interna del cap:** Per poder accedir a l'estret inferior de la pelvis el cap del nadó realitza una rotació interna occipitoanterior per tal que el diàmetre fetal quedi presentat amb el suboccipitobregmàtic, és a dir, amb presentació de vèrtex i per tant la més adequada per néixer.
- **Despreniment del cap:** És el moment on el cap queda estès fora de la vagina. Normalment es presenta amb occipitoanterior. L'ideal és que l'expulsió del cap es realitzi amb màxima flexió, entre dues contraccions i protegint el perineu amb la maniobra de Ritgen modificada per evitar esquinçades. Segons com es desprèn el cap fetal, les espatlles queden encaixades amb diàmetre transvers o amb un diàmetre oblic de l'estret superior de la pelvis materna.
- **Rotació externa del cap i interna de les espatlles:** Un cop la cara del nadó es queda mirant cap al sacre, es realitza una rotació externa de forma que el cap queda amb la sutura sagital amb transversal. Així mateix les espatlles realitzen una rotació interna per tal que puguin passar per l'estret inferior de la pelvis i pel diàmetre anteroposterior. El nadó, abans del despreniment de les espatlles ha realitzat una rotació total de 90°.
- **Despreniment de les espatlles i la resta del nadó:** En el punt que les espatlles es troben localitzades amb el diàmetre biacromial (la distància entre els punts més laterals de l'acròmion del nadó) que coincideix amb el diàmetre anteroposterior de l'estret inferior de la pelvis materna, comença el despreniment. Primer que tot es desprèn l'espatlla que es troba sota el pubis matern i posteriorment es desprèn l'espatlla que es troba al còccix matern. Just després de l'expulsió dels braços, surt la resta del nadó.

Un cop el nadó és fora, s'entra amb l'etapa de deslliurament. És el moment que va des del naixement del nadó i l'expulsió de la placenta amb totes les membranes ovulars. Es comença amb una contracció espontània de l'úter la qual fa que es trenquin petits vasos uteroplacentaris per la tensió. Aquesta sang genera una separació marcada entre la decídua esponjosa de la paret uterina i les membranes ovulars. El despreniment placentari pot ocórrer de dues maneres:

- Hematoma retroplacentari (deslliurament tipus Schulze): La placenta es desprèn primer del centre i després dels costats de manera que no es visualitza hemorràgia fins que la placenta surt.
- Hematoma lateral (deslliurament tipus Duncan): La placenta es desprèn primer dels laterals i després del centre de manera que la sang va fluïnt mentre la placenta va sortint.

Quan la placenta se separa de l'úter s'exerceix una tracció sobre les membranes de manera que, gràcies a les contraccions uterines, arrossega les membranes ovulars i la placenta cap al deslliurament.

Un cop s'ha expulsat la placenta, l'úter comença amb les maniobres de Pinard (contracció de les fibres uterines per evitar el sagnat) per formar el pròpiament dit, globus de seguretat. També s'activa la cascada de coagulació, trombosis dels vasos uterins i contracció fixa. (7)

2.3. POSICIONS DURANT EL PART

Hi ha una gran varietat de posicions durant el part que es poden utilitzar. Segons les posicions que s'adopten, afectaran d'una forma o una altra al procés de part. Segons el *Manual de obstetrícia para matronas* (7) la posició més adequada per a l'expulsiu és aquella que la mare triï per estar més còmoda tot i que s'ha de tenir en compte el tipus de bloqueig analgèsic que se li ha administrat i la posició a adoptar que s'haurà de tenir en compte. S'ha comprovat que les posicions verticals ja sigui de peu, asseguda amb inclinació de 60º, ajupida o de genolls juntament amb les posicions laterals tenen una major aportació de beneficis que la posició de litotomia. Dintre d'aquests beneficis es troben la reducció de la segona etapa del part, menor freqüència d'episiotomies, disminució del dolor, una millor freqüència cardíaca fetal, entre altres. En canvi hi pot haver un augment dels estrips de tercer grau i hemorràgies postpart. La posició a quatre grapes permet una reducció del dolor lumbar, el dolor perianal postpart i sol ser la més còmoda per la mare.

A la següent taula (*Taula 1*) hi ha una descripció detallada d'un gran ventall de posicions per poder desenvolupar al moment del part.

Taula 1: Posicions per parir

TIPUS DE POSICIÓ	POSICIONS	DESCRIPCIÓ
Horitzontal	Decúbit supí	Estirada mirant al sostre de manera horitzontal o amb el tronc elevat menys de 45°
	Decúbit lateral	Estirada de costat amb la cama superior propera al pit
	Litotomia	Estirada d'esquenes amb les cames elevades
Vertical	De peu	Posició de peu recolzada a un suport
	Asseguda	Asseguda a una cadira, llit, pilota, suport
	Genolls	De genolls amb el tronc recte o amb les mans al terra/coixí
	Quadrúpeda	Posició boca baix, recolzant genolls i mans
	Ginopectoral	Posició boca baix recolzant el tronc al terra/superfície i els malucs elevats respecte el terra, recolzant els genolls
Font: Lugones M. Y Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012.		

Així mateix, segons un estudi realitzat per l'escola d'infermeria de la Universitat de Pequín (9), es divideixen les posicions maternes de la següent manera:

Posicions horitzontals:

Les posicions horitzontals són les que la dona es situa al llit estirada i a partir d'aquí es modifica la posició del tors i les cames. Aquests tipus de posicions abracen un gran nombre d'avantatges i desavantatges (10).

Avantatges:

- Comoditat i facilitat per als professionals a l'hora d'accedir al canal de part
- Facilitat a l'hora de l'exploració i revisió mèdica
- Facilitat a l'hora d'utilitzar material interventiu com els fòrceps
- Disminució de la pèrdua sanguínia

Desavantatges:

- Respiratòriament, el fet d'estar estirada el pes del contingut embrionari genera un pes al tòrax de manera que es pot arribar a generar fins i tot una hipòxia materna i per tant una hipòxia fetal
- Es pot produir l'efecte *poseiro* que tracta, resumidament, de la pressió de grans vasos, entre ells l'artèria femoral, de manera que es crea una hipertensió materna i una hipercàpnia i tot plegat afecta el fetus generant un descens del pH fetal i un canvi amb la freqüència cardíaca.
- Un augment del dolor respecte a les posicions verticals
- Augment de la duració del part
- Síndrome de la hipotensió supina
- Augment dels parts instrumentats i les episiotomies
- Augment de l'índex de cesàries degudes a la hipòxia materna, ineficàcia de les contraccions i augment de la por de la mare

A continuació s'expliquen les diferents postures per realitzar un part horitzontal (8):

- **Posició de litotomia:** La posició de litotomia és on la mare es troba amb posició supina, però les cames es recolzen a uns elevadors



Imatge 5: Posició de litotomia. Font: Evidence based birth

de manera que els genolls queden amb un angle de 90 graus. Aquesta posició és la que més comunament s'utilitza a les àrees clíniques i hospitalars. També s'utilitza quan la mare demana analgèsia epidural. Tot i la practicitat que aquesta posició suposa per tal de monitorar el nadó, tenir un major control del part per part dels professionals i poder realitzar maniobres específiques en cas que sigui necessari no s'han d'oblidar els riscos que aquesta suposa com és el cas de l'augment de traumes perianals i lesions obstètriques de l'esfínter anal (11) i traduït a l'àmbit clínic, augment d'episiotomies. També està demostrat que genera una accentuació del dolor i un augment del temps emprat a l'expulsiu (12). De fet, l'OMS recomana no utilitzar aquesta posició durant la dilatació ni l'expulsiu (13) i com a alternativa es recomana utilitzar la posició lateral de Sims modificada.

- **Decúbit supí:** La posició supina és quan la mare es troba estirada al llit amb una elevació del tronc d'uns 45 graus i amb les cames amb llibertat de posició. Segons Paniagua Torres (2016), aquesta posició disminueix l'hemorràgia intrapart i postpart.



Imatge 6: Posició supina. Font: Evidence based birth

- **Posició lateral:** La posició decúbit lateral tracta que la dona s'estiri al llit mirant a un costat i amb les cames flexionades. També s'inclou a les posicions laterals la posició de Sims on la dona es recolza sobre el costat esquerre. Es pot tenir un coixí entre les cames, la cama superior lleugerament anticipant la inferior, la superior elevada i recolzada o com la mare se senti còmoda.

Posicions verticals

La posició vertical és aquella definida on la línia imaginària que uneix el centre de les vèrtebres L3 i L5 està en un angle de 90 graus o més respecte a l'horitzontal. En aquest grup s'inclouen els parts de peu, asseguts, ajupits, de genolls o a quatre grapes. Aquests tipus de posició està demostrat que disminueixen el

dolor al part i s'inclouen dintre de l'anomenat part humanitzat on a part d'incloure els parts verticals amb la posició preferent de la mare, també inclou l'opció de poder estar acompanyada i l'opció de poder demanar analgèsia si s'escau (9).

Dintre d'aquestes posicions també es remarquen uns grans pros i contres els quals són els següents:

Avantatges:

- Taxes més baixes de la necessitat de realitzar cesàries, episiotomies, analgèsia i oxitocina
- Disminució del període expulsiu
- Reducció de la compressió aorta-cava i millora de l'àcid base fetal
- Facilita les contraccions uterines fortes i eficients
- Potencia els efectes de la gravetat
- Millora del pas del nadó per la pelvis a causa de l'amplitud d'angle i diàmetre

Desavantatges

- Augment dels esquinçaments perianals de segon grau
- Augment d'hemorràgia superior als 500 ml
- Patrons anòmals amb la freqüència cardíaca fetal

A continuació s'expliquen les diverses posicions per realitzar un part vertical (8):

- **Asseguda:** La mare pot seure de diverses formes ja sigui amb el tronc completament recte, semiasseguda, etc. Pot seure allà on ella se senti còmoda com una cadira de parts, una pilota obstètrica, el llit.



*Imatge 7: Cadira de parts
Font: Evidence based birth*

- **De genolls:** Aquesta posició tracta que la dona es recolza sobre els seus genolls. Pot variar recolzant també les mans sobre el terra (quatre grapes), que la parella estigui a la seva esquena i que ella tingui el seu suport pell amb pell, recolzant-se sobre una superfície tipus un sofà o quelcom per exercir la força des d'aquesta. Aquesta posició permet que la pelvis tingui llibertat de moviment i es puguin adoptar diferents tipus de diàmetres per facilitar l'expulsió del nadó.
- **Ajupida:** Amb aquesta posició el pes de la mare es sustenta pels seus peus, amb els genolls doblegats. La mare pot utilitzar una corda o qualsevol objecte per poder exercir força i encaminar-la cap al punt de gravetat. Un desavantatge d'aquesta posició és la dificultat de les embarassades per quedar-se ajupides.



Imatge 8: Posició de genolls Font: Evidence based birth

2.4. VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA

Actualment vivim amb un sistema biomèdic on el procés de part es veu com una patologia i un afer mèdic tot i ser un procés reproductiu natural. L'ONU defineix la violència obstètrica com el tipus de violència exercida pels professionals de la salut, sobre el cos i els processos productius de la salut (14). Aquesta classe de violència no solament afecta els drets de la dona sinó que també entra en risc la integritat física i psicològica d'aquesta i el seu nadó. Així mateix aquesta és considerada una col·lisió entre violència de gènere i violència institucional (15), ja que no és solament l'obsolets que poden estar els protocols i la realització de mala praxi mèdica sinó que fins i tot s'infantilitza la dona a causa d'un sistema paternalista i vexatori que viu mimetitzat amb la nostra cultura i societat i per tant resulta molt difícil d'identificar. Per tal de poder erradicar la violència obstètrica s'ha establert un pla de part (16) per, així, promoure un part humanitzat.

Tipus de violència obstètrica

- **Primeres intervencions:** Al moment d'ingrés per l'inici del part es poden realitzar diverses intervencions, les quals són els ènemes i rasurats. A nivell protocol·lari de pla de part (16) i *El protocol d'atenció i acompanyament del naixement a Catalunya* (17) no es recomana cap de les dues intervencions, però tot i així es segueixen realitzant a certs centres sanitaris. Els ènemes es realitzen per fer una neteja de còlon per tal que la dona no defeqüi durant el moment de l'expulsiu. S'ha demostrat que no afecta amb res que es realitzi un ènema previ i per tant no és necessari realitzar-lo. Tanmateix amb els rasurats del pèl púbic s'ha demostrat que no són necessaris car es pot seguir amb les intervencions necessàries i no protegeixen contra infeccions com es creia sinó que de fet en poden provocar.
- **Període de dilatació:** Durant el període de dilatació hi ha certes tècniques que s'han pres com a rutina les quals s'ha demostrat que no són necessàries o que fins i tot poden alterar el procés de part (17,18). Aquests tipus de tècniques no recomanades com a rutinàries són l'amniotomia, la col·locació d'un catèter venós perifèric, oxitocina de rutina, tactes vaginals sense ser estrictament necessaris i els rentats vaginals amb clorhexidina. Tampoc és necessària la profilaxi antibiòtica amb parts vaginals no complicats ni tampoc amb dones amb episiotomia. No es recomana la inducció al part a no ser que estigui recomanada per les característiques de l'embaràs. Amb el cas dels tactes vaginals, cada cop que es realitza un s'ha d'informar a la dona el motiu, que hi hagi un consentiment i anotar-se a la història clínica cada vegada que se li proposa. (Llei 41/2002). També es desaconsella totalment el tacte vaginal en absència de contraccions. No es recomana l'ús rutinari de medicaments antiespasmòdics per via intravenosa ni la utilització de fluids intravenosos amb l'objectiu d'escurçar el part. (17)
- **Postura i mobilitat:** L'OMS recomana la mobilitat i les posicions verticals o laterals en dones de baix risc. És recomanable que la dona adopti les postures que consideri més còmodes, incloent-hi les verticals o laterals,

garantint la seva mobilitat sempre, en funció de les seves necessitats individuals (16). De fet, s'ha comprovat que les posicions verticals o laterals, comparades amb la de litotomia, té majors beneficis. Una no explicació de les diverses postures i llibertats de moviments és considerada una privació dels drets humans (7).

- **Episiotomia:** No es recomana la pràctica d'una episiotomia de rutina en dones que tinguin un part vaginal espontani, solament si hi ha necessitat clínica (17).
- **Maniobra de Kristeller:** Està completament contraindicada. Aquesta maniobra consisteix a realitzar una pressió al fons de l'úter durant el període expulsiu amb el fi d'augmentar la possibilitat de part vaginal o reduir la duració de la segona etapa del part. S'ha vist que no compleix amb els objectius que pretén i que a més es tracta d'una maniobra perillosa per la salut de la mare i el fetus (7).
- **Cesàries:** Es recomana realitzar una cesària en cas que el part vaginal no sigui viable. Actualment l'OMS recomana un índex de cesàries estandarditzat d'entre un 10% i un 15%, però a l'hora de la veritat es realitzen moltes més cesàries de tal manera que segons l'IDESCAT, l'any 2019 es van realitzar 13.799 cesàries que equival a un índex del 33%, més del doble del recomanat (19). Així mateix les dades confirmen que es realitzen moltes més cesàries a centres privats que a centres públics. També, a l'Amèrica llatina l'índex de Cesàries augmenta bruscament. I això replanteja si realment s'estan realitzant cesàries per motius justificats o hi ha altres que les motiven.
- **Entorn i tracte:** També és violència obstètrica quan els professionals sanitaris realitzen un maltractament verbal a la mare i/o als acompanyants. Aquest maltractament verbal també inclou la no explicació dels processos realitzats i la falta d'informació cap a la mare. Quant a l'entorn molts cops les sales de parts s'omplen de personal sanitari sense haver preguntat a la mare si realment dóna el consentiment perquè hi hagi tanta gent, per tant no es respecta la seva intimitat i decisió (20).

3. OBJECTIUS:

Objectiu general

- Analitzar els avantatges i inconvenients de la posició de litotomia.

Objectius específics

- Relacionar els parts acompanyats per llevadores amb l'ús de la litotomia.
- Associar la posició de litotomia amb la realització de l'episiotomia.
- Comparar la posició de litotomia amb les posicions verticals.
- Analitzar la percepció materna sobre la posició de litotomia.

4. MATERIAL I MÈTODES

4.1. TIPUS D'ESTUDI

S'ha realitzat una revisió sistemàtica de la literatura científica analitzant els avantatges i inconvenients de la posició de litotomia juntament amb la relació d'aquesta posició amb les episiotomies, benestar matern i fetal i els parts instrumentats realitzada entre els mesos de desembre del 2020 i març del 2021.

Tesaurus MeSH: Birth, childbirth, labor, delivery, parturation, horizontal positions, lithotomy.

Operadors booleans: OR, AND.

4.2. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

Per facilitar la recerca i obtenir uns resultats més precisos i adequats s'han determinats uns criteris d'exclusió i inclusió.

4.2.1. Criteris d'inclusió

Per als criteris d'inclusió es segueix una estratègia jeràrquica on si el primer punt no es complia, l'article quedava exclòs. Els punts són els següents:

1. Any de publicació entre 2016 i 2021.
2. Llengua anglesa, espanyola o portuguesa.
3. Text complet.
4. Articles que parlessin sobre la posició de litotomia relacionada amb el part.
5. Articles que parlen sobre el benestar matern i la posició de litotomia així com la relació amb les episiotomies i els parts instrumentats.

4.2.2. Criteris d'exclusió

1. Estudis que tracten sobre la posició de litotomia, però no la relacionen amb els parts.
2. Articles de baixa evidència científica com les opinions d'experts, estudis de caràcter divulgatiu i individual o projectes d'investigació.
3. Articles que relacionin la posició de litotomia amb un part de risc.
4. Articles que parlin de l'anestèsia epidural i la litotomia.

4.3. BASES DE DADES I ESTRATÈGIES

S'ha realitzat una recerca bibliogràfica a les següents bases de dades: PUBMED, SCIELO i CINAHL. A continuació es detallen les estratègies de recerca realitzades mitjançant la combinació de paraules clau i operadors booleans, filtres d'anys i criteris d'inclusió i exclusió.

PUBMED

La primera recerca realitzada a aquesta base de dades ha estat de la següent manera:

```
(((((((((birth[Title/Abstract]) OR (childbirth[Title/Abstract])) OR (labor[Title/Abstract])) OR (delivery[Title/Abstract])) OR (parturition[Title/Abstract])) AND (horizontal positions[Title/Abstract])) OR (lithotomy[Title/Abstract]))
```

Han sortit 137 resultats dels quals 12 han estat escollits després de llegir el títol. D'aquests 12 se n'han seleccionat 5 després de llegir els articles.

SCIELO

La recerca realitzada a aquesta base de dades ha estat la següent:

```
((((((((horizontal) OR (lithotomy)) OR (supine)) AND (birth)) OR (labor)) OR (childbirth)) AND (delivery)) AND (episiotomy)
```

Han sortit 68 articles sense el filtre dels anys de publicació, un cop aplicat n'han sortit 34. Després de llegir els títols en queden 28. Un cop llegits els articles en queden 5.

CINHAL

La primera recerca en aquesta base de dades ha estat la següent:

```
(Vertical AND Horizontal AND birth)
```

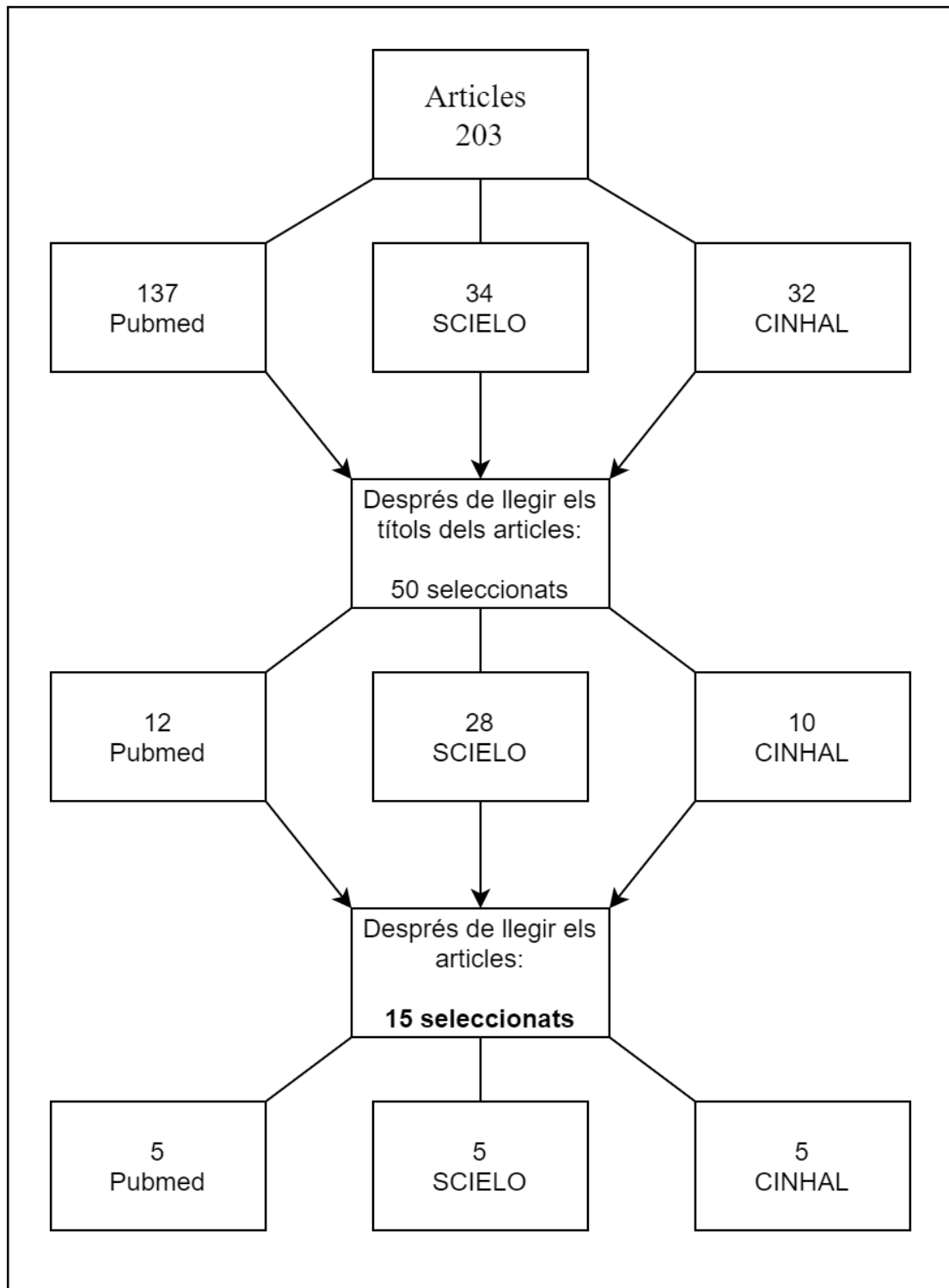
S'han obtingut 15 resultats. Després de llegir els títols dels articles queden 2 articles potencialment vàlids. Un cop llegits els articles, es selecciona 1.

La segona recerca en aquesta base de dades ha estat la següent:

```
(Lithotomy AND birth)
```

S'han obtingut 17 resultats. Després de llegir els títols dels articles queden 8 articles potencialment vàlids. Després d'haver llegit els articles restants, han quedat un total de 4 articles.

A la següent figura (*Figura 1*), es veu d'una forma més gràfica l'estratègia de recerca bibliogràfica:



Esquema 1: Resultats de l'estratègia de cerca bibliogràfica.

5. RESULTATS

A continuació es realitza un resum dels 15 articles seleccionats d'entre 203. D'aquests articles, 5 provenen de la base de dades PUBMED, 5 de SCIELO i 5 de CINHALL. Es troben diferents tipus de tipologies d'estudi com l'estudi transversal, la revisió bibliogràfica, el metaanàlisi, l'estudi quantitatiu i descriptiu, l'estudi quasi-experimental i un model estadístic de regressió lingüística. Els següents articles es mostren ordenats cronològicament del 2016 al 2021. S'ha seguit el model d'evidència del Centre for Evidence-Based Medicine d'Oxford (CEBM) (21) caracteritzat per valorar l'evidència segons l'àrea temàtica o escenari clínic així com el tipus d'estudi que involucra el problema clínic en qüestió.

A continuació es mostra la següent taula (*Taula 2*) de font pròpia on es mostra una síntesi dels articles resultants de la recerca bibliogràfica:

Taula 2: Articles inclosos a la revisió.

AUTORS	ANY	REVISTA	TIPUS	TÍTOL	CONCLUSIONS
A. Sousa, K. Sousa, E. Rezende. (26)	2016	Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem	Estudi transversal V	Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais	La inclusió de llevadores millora la qualitat assistencial.
Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M et al. (25)	2016	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudi descriptiu, transversal i analític V	La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización	La posició de litotomia afavoreix a la realització de l' episiotomia i per tant es recomana la utilització d' altres postures.
F. Diorgu, M. Steen, J. Keeling et al. (24)	2016	Women and Birth	Estudi Exploratori Il·lc	Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study	Les mares tendeixen a tenir u pa-per passiu en el seu part i deixen a l' elecció de les decisions i postures al personal mèdic.
D. Apolinário, M. Rabelo, L. Wolff et al. (23)	2016	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Estudi transversal descriptiu V	Practices in delivery and birth care from mothers' perspective	La litotomia presenta riscos materns i fetals i des de la perspectiva materna es demana la seva eliminació o la utilització amb
S. Gama, E. Viellas, J. Torres et al. (22)	2016	Reproductive Health	Model estadístic de regressió logística il·lc	Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil	El treball conjunt entre ginecòlogues i llevadores fomenta la millora assistencial.

D. Prado, R. Mendes, R. Gurgel et al. (30)	2017	Revista da Associacao Medica Brasileira	Estudi transversal V	Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil	La litotomia s' utilitza tot i no ser necessària en el moment de l' expulsiu i es troba dintre de les pràctiques que no s' haurien de reutilitzar segons l' evidència dels estudis.
O. Vargens, A. Silva, J. Proglanti (29)	2017	Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem	Estudi descriptiu, quantitatiu i transversal V	Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil	Els parts verticals fomenten el benestar matern i la satisfacció. Estan directament relacionats amb la disminució de la realització de l' episiotomia. A més les llevadores treballen d' una forma menys intervencionista.
J. Gupta, A. Sood, G. Hofmeyr et al. (28)	2017	Cochrane Database of Systematic Reviews	Revisió sistemàtica lla	Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia	Les posicions supines fomenten l' ús de l' episiotomia i l' augment de la durada del part entre altres inconvenients. També punten els inconvenients de les posicions verticals.
R. Santos, M. Riesco (27)	2017	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudi Quasi-experimental lla	Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth	Les entrevistes mostren com la litotomia és la gran utilitzada tot i que no es recomana. Es segueix utilitzant per la facilitat que aporta en accedir i ajudar a la mare per al personal sanitari.
V. Vargas, J. Rodriguez, J. Acosta et al. (6)	2018	Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo	Revisió bibliogràfica lla	Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura	El part horizontal suposa un augment de la segona etapa del part i l' aparició d' edema vulvar, major risc d' instrumentalització, major ús d' episiotomies i pèrdua del benestar matern.

G. Lopes, A. Gonçalves, H. Gouveia et al. (35)	2019	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudi transversal V	Attention to childbirth and delivery in a university hospital: Comparison of practices developed after network stork	La litotomia forma part de les pràctiques que són clarament perjudicials i s' haurien d' eliminar. Així doncs durant el transcurs dels anys s' ha anat disminuint l' ús.
M. Musie, M. Peu, V. Bhana-Pema (34)	2019	African Journal of Primary Health Care and Family Medicine	Estudi descriptiu, exploratori i quantitatiu IV	Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital	La litotomia presenta molts inconvenients per al benefici matern. Es relaciona amb les episiotomies i amb l' elecció primàriament dels sanitaris.
M. de Souza, L. Farias, G. Ribeiro et al (33)	2020	Revista da Escola de Enfermagem	Revisió Bibliogràfica lla	Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas	Les posicions horitzontals estan relacionades amb les episiotomies.
A. Alvares, A. De Paula Correa, J. akagawa et al. (32)	2020	Revista da Escola de Enfermagem	Estudi Quantitatiu llib	Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare	Les posicions horitzontals generen més descomfort que les verticals. A més les llevadores fomenten l' ús de les pràctiques humanitzades.
B. Rocha, C. Zamberlan, H. Pivetta et al. (31)	2020	Revista da Escola de Enfermagem da U S P	Revisió sistemàtica i metaanàlisis la	Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis	No es pot afirmar que els posicions verticals fomentin la prevenció de laceracions perineals però la litotomia es considera una pràctica que s' hauria d' utilitzar amb molta cura.

L'article ***Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais*** (26) és un estudi transversal i com a font d'informació la investigació *Nacer en Belo Horizonte: un estudio de parto y nacimiento* realitzada entre el 2011 i 2013. Es van estudiar 230 i 238 dones amb situació de treball de part i expulsiu, respectivament. L'objectiu de la investigació és entrar en detall sobre pràctiques d'atenció al part en les institucions de salut on metges i llevadores treballen juntes. Les entrevistes realitzades van ser obtingudes d'una banda, de les mares que havien parit passades les 6 hores i d'altra banda es van utilitzar les dades mèdiques de les mares donades d'alta o amb cas de mortalitat. S'inclouen les mares que van donar a llum amb més de 22 setmanes de gestació i amb el nadó de més de 500 grams hagi nascut viu o mort i que hagin tingut un part espontani o induït. Es van excloure les cesàries i dones que no eren capaces d'entendre correctament l'estudi ja sigui per barrera idiomàtica, problemes mentals o físics.

Per realitzar l'estudi es va formular un qüestionari organitzat amb les categories següents: pràctiques nocives (ènema, tricotomia, litotomia i maniobra de Kristeller), pràctiques inapropiades diàriament utilitzades (amniotomia, infusió d'oxitocina, analgèsia i episiotomia) i practiques útilment demostrables (dieta oral, llibertat de moviment, analgèsia no farmacològica, presència d'un acompanyant i ús de partograma).

Els resultats de l'estudi mostren com un 67% de les mares van parir amb la posició de litotomia, tot i que no se sap si va ser per elecció pròpia o si va ser el personal mèdic qui va recomanar la postura. L'estudi remarca que la posició de litotomia està social i mèdicament acceptada per al moment de l'expulsiu. No obstant això, s'ha demostrat que els parts atesos per llevadores promocionen les posicions verticals envers la posició de litotomia i gràcies al reforç d'aquestes posicions, les mares ho poden experimentar i obtenir beneficis com la comoditat, la llibertat de moviment i reducció de l'esforç a l'expulsiu.

Com a conclusió de l'estudi, la inclusió de llevadores millora la qualitat assistencial juntament amb l'aplicació de criteris ètics identificant així quines pràctiques són correctes i quines no com és el cas de la posició de litotomia.

L'article ***La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización*** (25) és un estudi descriptiu, transversal i analític realitzat entre 2011 i 2012 a l'*Hospital Virgen de la Arrixaca* de Múrcia amb una mostra de 12.093 parts a un hospital de tercer nivell. L'objectiu és conèixer la taxa d'episiotomies i la relació amb les diverses variables clíniques les quals són la paritat, l'edat gestacional, l'inici del part, l'ús d'analgèsia epidural, l'ús d'oxitocina, la posició durant l'expulsiu, el pes del nou nat i la finalització del part. Els factors d'inclusió foren els parts produïts en àmbit hospitalari i amb les dades de l'estudi completes. Els factors d'exclusió foren cesàries, estudis incomplets, parts extrahospitalaris i dades errònies durant el registre de l'estudi. Tot l'estudi fou revisat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'Hospital.

L'estudi relaciona l'episiotomia amb les següents variables: la primiparitat, la posició de litotomia durant l'expulsiu, l'ús d'analgèsia epidural, el part instrumentat, l'ús d'oxitocina intrapart, la inducció del part i els parts posterna >41 setmanes de gestació.

Els resultats mostren que la posició de litotomia afavoreix a la realització de l'episiotomia i amb les altres postures la tendència és no realitzar-la. Així doncs conclouen que s'hauria de fomentar la lliure elecció de postures alternatives com per exemple supina, asseguda, lateralitzada, de peu, a quatre grapes o a la gatzeneta perquè les dones es puguin trobar més còmodes i evitar, dintre del possible, l'episiotomia.

L'article ***Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study*** (24) és un estudi exploratori realitzat a partir d'una enquesta amb la pregunta principal següent: Quines són les diferències entre les perspectives de les mares i llevadores sobre les posicions del part i el trauma perineal?. L'objectiu principal és identificar les taxes de prevalença de diferents posicions del part i l'episiotomia per explorar les diferències entre les perspectives de les mares i les llevadores sobre el part i el trauma perineal. Aquest estudi es va realitzar a dos hospitals de Nigèria entre l'any 2014 i 2015. Es va aconseguir una mostra de 110 mares i 110 llevadores. L'enquesta a les mares es va realitzar quan assistiren a la cita prenatal de les 6 setmanes i havent

complint els criteris d'inclusió demanats. L'enquesta a les llevadores es va realitzar a condició que complien els criteris d'inclusió i tinguessin interès directe en participar amb l'estudi.

Els resultats de l'estudi mostren com la majoria de les mares van parir amb la posició de litotomia i que aquesta va ser escollida per les llevadores i no per les mares durant el part. Tot i això els resultats suggereixen que les mares estarien disposades a adoptar diferents postures durant el part si se'ls donés l'oportunitat i que a les llevadores els agradaria ensenyar altres postures si s'introduïssin al model d'atenció maternal hospitalària. Mostra també que un gran percentatge de mares consideren que la posició de litotomia no va ser útil durant el treball de part i el moment de l'expulsiu. Un nombre menor de llevadores compartiren la percepció de les mares i l'altra part sosté la seva utilitat per la facilitat que suposa ajudar la mare amb aquesta posició. Refereix que les mares, sent coneixedores d'altres postures, van acceptar la posició de litotomia. Confirma que les llevadores són qui escolliren les posicions i no les mares.

L'estudi conclou que les mares tendeixen a tenir un paper passiu al seu propi part.

L'article ***Practices in delivery and birth care from mothers' perspective*** (23) és un estudi transversal descriptiu realitzat entre 2012 i 2013. L'objectiu fou evidenciar les pràctiques d'atenció al part i el naixement en servei de maternitat des de la perspectiva de la mare. Per la realització de l'estudi es va acomplir un qüestionari basat en les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), on 100 mares ingressades a un hospital públic de Curitiba-PR, Brasil amb estat de postpart van contestar-lo. Els criteris d'inclusió varen ser que les dones fossin majors de 18 anys amb una fase intermèdia del postpart vaginal i ingressades entre l'abril i maig del 2013. Els criteris d'exclusió foren mares que varen tenir experiències de mortalitat neonatal.

Els resultats de l'estudi mostren com el 83% dels parts al moment de l'expulsiu foren amb la posició de litotomia. Demuestra que els parts duts a terme mitjançant una llevadora millora l'atenció rebuda i la sensació de seguretat i humanitat, seguint els criteris de l'OMS.

Durant la discussió s'explica que la posició de litotomia s'utilitza sobretot per la comoditat al professional tot i no afavorir el naixement, ja que actua en contra de la gravetat i és incòmode per la dona. D'aquesta manera, els resultats demostren que les posicions verticals per parir es troben afavorides per la gravetat, disminueix la compressió dels grans vasos, millora la circulació materna i fetal i augmenta el diàmetre del canal de part en un 28%.

La conclusió final és que, des de la perspectiva materna, es demana l'eliminació o la utilització amb cautela de la posició de litotomia durant l'expulsiu. Per finalitzar, remarca l'encoratjament de les dones per ser les veus principals per prendre les decisions als seus parts i no restar en un pla passiu.

L'article ***Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil*** (22) és un model estadístic de regressió logística realitzat a Brasil realitzat entre 2011 i 2012. L'objectiu fou descriure la participació d'infermeres i llevadores amb relació a la cura en el moment del part i analitzar l'acció entre els diferents hospitals amb relació a l'ús de bones pràctiques i la seva influència a reduir intervencions innecessàries, incloses les cesàries. Aquest estudi consta del registre de 23,894 dones amb estat de postpart. Per realitzar l'estudi es van dur a terme mostrejos i entrevistes durant l'estada a l'hospital de les mares així com la recopilació de les dades mèdiques.

Els resultats de l'estudi mostren com la litotomia va ser realitzada en el 92% dels casos.

Les conclusions de l'estudi aboquen als beneficis que suposa el treball conjunt entre metges i llevadores, ja que aquestes aporten una millora amb la bona praxi de les cures i tècniques del part. Llevat d'això tant llevadores com ginecòlogues han utilitzat la litotomia amb més o menys el mateix percentatge tot i haver-se demostrat la seva contraindicació.

L'article ***Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil*** (30) és un estudi transversal realitzat a partir de l'anàlisi de dades de l'estudi "Nascer em Sergipe", un estudi de cohorts realitzats entre els anys 2015 i 2016. L'objectiu de l'estudi és descriure les pràctiques i les intervencions utilitzades durant el treball de part i l'expulsió i els factors associats amb aquestes pràctiques del puerperi a l'estat de Sergipe. Es va utilitzar una mostra de 768 mares admeses a la planta de maternitat havent parit un nadó de mínim 500 grams i 22 setmanes de gestació i foren excloses les mares que no parlaven portuguès i que no fossin localitzables per telèfon durant el temps estipulat. L'adquisició de les dades fou mitjançant entrevistes i dades mèdiques.

Els resultats de l'estudi mostren com en el 95.2% dels expulsius foren mitjançant la posició de litotomia. Aquesta posició es va utilitzar tot i no ser necessària sent parts sense risc i sense anestèsia.

La discussió refereix que durant aquest estudi tan sols en un 30% dels parts es van utilitzar les anomenades "bones pràctiques" en contraposició a les intervencions innecessàries que són sovint utilitzades. Exposa que hi ha certes intervencions que no s'haurien de practicar per l'evidència científica que ho empara, entre elles la posició de litotomia i l'episiotomia.

L'article ***Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil*** (29) és un estudi descriptiu, quantitatiu i transversal desenvolupat en dues maternitats públiques de Ríó de Janeiro entre 2012 i 2013. Es van avaluar els registres de 4.787 parts, dels quals 2.914 (59,73%) foren atesos per llevadores. L'objectiu d'aquest estudi és identificar les pràctiques emprades per les llevadores en l'atenció al part en hospitals públics i la seva contribució per la consolidació de la humanització del part.

Els resultats de l'estudi mostren com les mares de les dues maternitats durant el treball de part van utilitzar la posició horitzontal de litotomia en un 3.74%, les posicions verticals es van utilitzar en un 65.51%, les semiverticals amb un 15.94%, les laterals amb un 9.43% i a quatre grapes amb un 2.95%. En aquest estudi tan sols es van realitzar un 5.24% d'episiotomies. L'estudi relaciona la

sensació de dolor durant el part amb la utilització de posicions horitzontals de manera que es va demostrar que el canvi a una posició vertical està relacionat amb el grau de satisfacció, fet que es pot atribuir directament amb la reducció de la sensació de dolor. El 59.73% dels parts atesos per llevadores està demostrat que se'ls va donar més oportunitat de lliure moviment, ús de la dutxa i la pilota de parts. Refereix també que l'adopció de postures verticals és un factor directament relacionat amb la reducció de l'episiotomia. Els parts atesos per ginecòlegs van tenir un 85.8% de casos d'episiotomies.

L'estudi conclou amb que les llevadores funcionen d'una forma menys intervencionista i més respectuosa amb el curs del part. Tot i això es continuen utilitzant certes tècniques intervencionistes com a reflex de la influència de l'hospital medicalitzat i el model tecnocràtic.

L'article ***Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia*** (28) és una revisió sistemàtica on analitza els assaigs de part de 9015 dones amb l'objectiu de determinar els possibles beneficis i riscos de l'ús de les diferents posicions durant la segona etapa de treball de part sense anestèsia epidural, sobre els resultats materns, fetals, neonatals i del cuidador. Els criteris de selecció varen ser assaigs controlats aleatoris o quasi aleatoris per grups de qualsevol posició vertical o lateral assumida per les dones embarassades durant la segona etapa del part en comparació a les posicions supina o de litotomia.

Els resultats principals, segons l'estudi s'han d'interpretar amb cura, ja que hi ha un risc de biaix dels assaigs. Les comparacions de l'estudi inclouen qualsevol posició vertical, amb tamboret de part, la gatxoneta, coixí de part i cadira de parts versus les posicions supines. En totes les dones estudiades, les posicions supines, inclosa la litotomia, es varen relacionar amb un augment de la durada de la segona etapa del part així com un augment de la realització de les episiotomies. També un augment de patrons anormals de la freqüència cardíaca fetal. Una disminució dels estrips de 2n grau i de la pèrdua de la volèmia hemàtica.

La conclusió final suggereix diversos possibles beneficis per la postura vertical sense anestèsia epidural i per tant contraposa les posicions supines com les de litotomia. Aquests beneficis són la reducció de la duració de la segona etapa del part i la reducció de les taxes d'episiotomia. Existeix un major risc de pèrdua de sang superior a 500 ml i pot haver-hi un major risc d'estirps. En vista del risc de biaix dels assaigs es necessiten assaigs addicionals que utilitzin altres protocols.

L'article ***Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto*** (27) és un estudi quasiexperimental dut a terme a l'Hospital da Mulher Mae-Luzia, Macapà. Es van realitzar 74 entrevistes amb metges i infermeres i 70 entrevistes amb dones que acabaren de parir així com l'elaboració d'anàlisis dels riscos mèdics. L'objectiu d'aquest estudi és implementar pràctiques assistencials per la prevenció i reparació del trauma perineal al part. Els criteris d'inclusió per a les entrevistes al personal sanitari foren tenir un grau d'especialització obstètrica, oferir assistència directa a un part normal i participar en totes les fases de l'estudi. Els criteris requerits per a les dones entrevistades foren que no fossin indígenes, admeses a l'hospital durant la fase activa del part amb una dilatació cervical de 8 centímetres, haver tingut un part vaginal i telèfon accessible per les entrevistes.

Per determinar el grau d'adherència a les recomanacions, les pràctiques obstètriques i les possibles conseqüències al benestar perineal, es van redactar els següents criteris: les posicions maternes, l'expulsiu dirigit, la maniobra de Kristeller, la prevenció del trauma perineal, les episiotomies i les laceracions espontànies, avaluació i classificació de les laceracions, tipus de material i anestèsia per la reparació perineal, dolor perineal durant les activitats bàsiques de la vida diària i el nivell de satisfacció del postpart de la dona amb reparació perineal.

Els resultats de l'estudi mostren com el 52.4% dels professionals sanitaris recomanen sempre o quasi sempre la posició de litotomia durant l'expulsiu i que un 47.6% no la recomana mai o quasi mai. Les entrevistes a les mares mostren com, en canvi, en un 77.1% dels casos s'ha utilitzat la posició de litotomia durant

l'expulsiu i en un 8.6% no. En relació amb la integritat del perineu, un 60% va tenir una laceració espontània, un 34.3% el perineu intacte i a un 5.7% es va realitzar l'episiotomia.

La discussió de l'article mostra com els resultats de les entrevistes assenyalen un augment de l'ús de la posició de litotomia, tot i que hi ha afirmacions que ho contradiuen. Aquest resultat mostra com la intervenció educacional no funciona com hauria, visibilitzant així la manca de promoció de l'ús de les cures basades en l'evidència. La principal causa de seguir utilitzant aquesta posició i resistir l'ús de les pràctiques basades en l'evidència és la bona visibilització i facilitat per accedir al canal de part durant l'expulsiu per al personal sanitari. Els autors conclouen amb primera instància que les posicions verticals estan directament relacionades amb la reducció de les episiotomies i amb segona instància, més dones van reportar l'ús de la posició de litotomia.

L'article ***Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura*** (6) és una revisió sistemàtica publicada entre 2005 i 2015 on es van analitzar 15 estudis després d'haver realitzat el procés de recerca. El principal objectiu és integrar les troballes que informa la literatura sobre els avantatges i inconvenients del part vertical en contrast amb el part horitzontal.

Els resultats d'aquest estudi mostren com el part horitzontal es relaciona amb un augment de temps a la segona etapa del procés de part i un augment de l'aparició d'edema vulvar. L'evidència més rellevant de l'estudi mostra que hi ha més possibilitat d'instrumentalització del part amb aquesta posició. També, amb un part horitzontal s'ha evidenciat una major extensió de l'ús de l'episiotomia així com els casos de retenció placentària. Amb un dels estudis analitzats s'obté que en un 1.3% de casos de part vertical es va utilitzar la maniobra Kristeller i en canvi, amb el part horitzontal es va utilitzar amb un 20%. La percepció materna canvia dràsticament amb la modificació de posició, ja que els parts verti-

cal, segons els estudis, fomenten la comoditat materna, la satisfacció per la millor visibilització de l'expulsiu del nadó, la major participació en el part, millor eficàcia de les contraccions i millor efectivitat de l'esforç uterí.

L'estudi conclou que és important respectar l'elecció de la postura a la mare pel dret d'autonomia i per la seva comoditat.

L'article ***Attention to childbirth and delivery in a university hospital: Comparison of practices developed after network stork*** (35) és un estudi transversal realitzat a Brasil l'any 2012, on es va adherir la *Stork Network* amb 377 dones i es va replicar al cap de 4 anys, 2016, amb 586 dones. L'objectiu principal fou comparar, després de 4 anys d'implementació de la *Stork Network*, les pràctiques obstètriques desenvolupades a un hospital universitari, d'acord amb la classificació de l'OMS. Les dades es van obtenir mitjançant dades mèdiques i un qüestionari estructurat. El qüestionari del 2016 tingué com a criteris d'inclusió que les mares haguessin donat a llum a la institució enquestada i que l'edat gestacional dels nadons fos 37 setmanes o més calculada mitjançant el mètode Capurro. Els criteris d'exclusió de l'estudi foren aquelles dones que tinguessin una cesària electiva amb menys de dues hores de treball de part i que foren hospitalitzades mitjançant una clínica privada. També foren exclosos els casos d'embaràs amb més d'un fetus i el cas de naixement d'un nadó amb malformacions o mort. Les entrevistes foren realitzades 12 hores postpart.

L'estudi separa 4 fonts de resultats amb categories segons l'OMS. La primera categoria és la A i són aquelles pràctiques les quals s'hauria de promoure el seu ús. La segona categoria, la B, són aquelles pràctiques clarament perjudicials que s'haurien d'eliminar. La categoria C tracta aquelles pràctiques que no tenen suficient evidència i per tant s'haurien d'utilitzar amb cura fins que no s'aclarís aquesta. Per finalitzar, la categoria D són aquelles pràctiques les quals s'utilitzen sovint i de manera incorrecta.

S'observa com la posició de litotomia durant l'expulsió se situa a la categoria B. Les estadístiques d'aquesta categoria mostren com s'ha reduït el seu ús passant d'un 81.3% a 64.0% dels parts.

L'estudi conclou que tot i el pas del temps, se segueixen utilitzant pràctiques tant correctes com perjudicials. Tot i això es denota el coneixement de l'evidència científica i la millora de les pràctiques en base aquesta.

L'article ***Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital*** (34) és un estudi exploratori, quantitatiu i descriptiu realitzat a un hospital públic de Tshwane, Pretòria amb l'objectiu d'explorar i descriure els factors que obstaculitzaven la utilització de posicions alternatives durant el treball de part a les llevadores de l'hospital seleccionat. Per la realització de la recerca es van incloure infermeres i llevadores les quals van completar els 4 anys de grau i l'especialització registrades al Consell d'Infermeres de Sud Àfrica. Aquestes llevadores havien de tenir un mínim d'un any d'experiència i estar disposades a participar amb la recerca. Les dades foren recollides mitjançant entrevistes a 20 llevadores.

Introdueix que l'OMS i el Departament Nacional de Salut de la localitat avalen la utilització de posicions alternatives durant el part i la lliure elecció d'aquestes. L'estudi declara les següents afirmacions sobre la posició de litotomia: hauria d'estar abolida a la primera i segona etapa del treball de part. L'ús d'aquesta posició està relacionada amb un desenllaç negatiu tant per a la mare com per al nadó, un dels exemples és que l'úter, per gravetat, comprimeix els vasos abdominals de l'aorta obstruint el reg sanguini cap a l'úter i per tant resulta amb hipotensió materna i reducció de l'oxigenació fetal. Un altre exemple dels perjudicis de la litotomia és que, actuant en contra de la gravetat, el descens fetal queda aturat i per tant s'exposa a la mare a complicacions obstètriques com la prolongació del treball de part i la possibilitat de realitzar una cesària d'emergència o un part instrumentat. Tanmateix, es relaciona la litotomia amb lesions de l'esfínter anal, perineal i augment de l'ús d'episiotomies. Una altra afirmació és que els

nadons nascuts amb aquesta posició tendeixen al risc d'Apgars reduïts, d'asfíxia i risc d'ingressar a l'UCI neonatal.

Exposa com tot i les guies de pràctica clínica que declaren els efectes negatius de la litotomia, aquesta se segueix utilitzant amb molta freqüència.

Els resultats de l'estudi mostren com hi ha predilecció per l'ús de la litotomia pel fàcil accés visual per al personal sanitari, el fàcil monitoratge i la minimització de la tensió física de les llevadores durant el naixement. També explica els desavantatges de la litotomia anteriorment anomenades. Així mateix explica que aquesta posició augmenta la percepció del dolor i que tot i la preferència de les llevadores, hauria d'estar abolida.

Conclou amb l'encoratjament de la inclusió de posicions alternatives per part de les llevadores per millorar el desenvolupament del part.

L'article ***Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study*** (33) és un estudi basant en l'evidència, correlacional, retrospectiu i quantitatiu realitzat a un hospital de maternitat de tercera a l'estat de Ceará entre els anys 2017 i 2018. L'objectiu d'aquest estudi és identificar les associacions entre el desenllaç perineal en primíparas i les intervencions durant el treball de part i l'expulsiu així com el pes del nou nat i la puntuació Apgar. Les variables de l'estudi foren la inducció, l'amniotomia, els mètodes analgèsics no farmacològics, fòrceps, episiotomia, la maniobra de Kristeller, les posicions a l'expulsiu, la distòcia d'espatlles i el pes i Apgar del nounat. Els criteris d'inclusió foren dones primíparas que varen tenir parts vaginals, risc normal de gestació que hagin donat a llum un fetus a terme d'entre 37 i 42 setmanes de gestació amb presentació cefàlica.

Els resultats de l'estudi mostren com es van recollir un total de 226 compleixen els criteris d'inclusió i enfocant aquests resultats amb els objectius del treball de recerca obtenim que el part horitzontal es va utilitzar amb un 80.1% dels casos. Exposa que no hi va haver associació entre el part horitzontal i vertical a la segona etapa del part relacionat amb l'estrip perineal. Ha estat assenyalat que l'adopció

de posicions verticals són un factor important per la reducció de les episiotomies i que per tant, les posicions horitzontals són més favorables amb l'ús de l'episiotomia. Descriu també que el risc relatiu de l'episiotomia relacionada amb la posició de litotomia és d'un 6.4% comparat amb altres posicions. Demostra també que l'ús d'intervencions no recomanades per l'evidència científica com és el cas de la posició de litotomia, es realitzen amb gran nombre tot i els efectes negatius que això suposa.

L'estudi conclou que es va trobar una associació entre la posició horitzontal a l'expulsiu i l'episiotomia i per tant es recomana informar a les dones sobre altres postures per millorar l'experiència del part.

L'article ***Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare*** (32) és un estudi quantitatiu realitzat a la unitat de Prepart, naixement i postpart del *Teaching Hospital* de Brasil l'any 2016. L'objectiu és analitzar l'associació amb les pràctiques de cures realitzades per professionals obstètrics amb nivells de malestar i benestar. L'estudi va incloure a 104 dones amb estat de puerperi que varen tenir un part vaginal. Els criteris d'inclusió foren que les mares hagueren estudiat a l'escola amb un mínim de 4 anys, no tenir complicacions durant l'embaràs i el naixement, haver assistit almenys 4 hores al sector prepart i tenir un nadó sense complicacions. Els criteris d'exclusió foren dones amb algun desordre mental o impediment cognitiu. Es varen realitzar entrevistes entre les 24 i 48 hores següents al naixement. Així mateix algunes dades foren recollides de la història clínica. L'entrevista fou composta per 50 preguntes relacionades amb el nivell socioeconòmic, la història obstètrica, el curs del treball de part, l'expulsiu i el postpart immediat a més a més d'ítems relacionats amb el nounat.

Els resultats mostren com amb aquest cas, l'episiotomia fou realitzada amb un 4.8% dels casos, les posicions utilitzades foren amb un 90.4% les posicions verticals i amb un 5.8% es va realitzar la posició de litotomia. També explica que les dones que van utilitzar les posicions horitzontals durant l'expulsiu varen tenir més desconfort i malestar que aquelles que varen emprar les verticals. Aquells parts

que foren atesos per infermeres obstètriques/llevadores estan directament relacionats amb l'ús de posicions verticals.

L'article conclou que la utilització de pràctiques humanitzades, més freqüentment utilitzades per les llevadores, tenen un major potencial de causar benestar matern.

L'article ***Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis*** (31) és una revisió sistemàtica amb metanàlisis realitzada a les bases de dades LILACS, Medline/PubMed, CINAHAL, *Cochrane Library*, *Web of Science* i *Science Direct and Scious*. L'objectiu d'aquest estudi és investigar si l'adopció de posicions verticals per part de les dones durant el part impedeix les laceracions perineals en comparació amb posició de litotomia.

Pel que fa als criteris d'elecció es van incloure publicacions completes d'estudis primaris, amb o sense un resum disponible, que incloïen dones amb treball de part que adoptaven posicions verticals o posició de litotomia en la segona fase del treball de part i amb prevenció o no de laceracions perineals, independentment de la paritat i l'edat gestacional, sense intervencions com l'analgèsia del part i la inducció amb oxitocina sintètica. Els articles que no explicaven el tipus de disseny metodològic que seguien, els participants, els tipus d'intervencions, el tipus de comparació i resultat així com estudis secundaris, foren exclosos.

Es van seleccionar un total de 26 estudis, de 1341 resultats. D'aquests 26, 4 parlaven sobre la relació de les posicions verticals amb la litotomia. Els primers articles que s'analitzen mostren com no hi ha una diferència significativa amb la relació d'aquestes posicions i el perineu intacte. Així i tot altres estudis demostren com el fet d'adoptar posicions verticals disminueix el risc de sofrir un trauma perineal.

L'estudi discuteix que les posicions verticals són les considerades millors pràctiques per al moment del part i contribueixen amb la humanització i la cura de la mare. La principal raó de defensar aquestes posicions és a nivell gravitacional ja

que contribueix a una millora del descens del fetus pel canal del part. Amb la posició de litotomia el canal de part presenta una curvatura ascendent que dificulta el descens durant l'expulsiu. Pel contrari no tots els resultats mostren diferències significatives entre les posicions, ja que la millor és l'escollida per la mare. Explica també que amb un dels estudis analitzats amb un 100% dels casos es va realitzar l'episiotomia a les mares que varen utilitzar la posició de litotomia. Sembla contradictori explicar que amb les posicions verticals hi ha una major taxa d'estrips perineals, però que les episiotomies es realitzen amb la litotomia. Així i tot segueix posant incís amb la importància i els beneficis, que superen els riscos, de les posicions verticals com és el cas de les reduccions de les episiotomies.

Com a conclusió no va ser possible afirmar que les posicions verticals estan relacionades amb la prevenció de les laceracions perineals en comparació amb les posicions horitzontals per la falta de diferència estadística. Tot i això, la lleugera diferència marca la importància d'adoptar posicions verticals per a l'expulsiu i que poden ajudar a evitar els traumatismes profunds. La posició de litotomia hauria de ser emprada amb molta precaució pels professionals, ja que pot incrementar el risc de lesió perineal severa i intervencions obstètriques innecessàries com l'episiotomia.

6. DISCUSSIÓ

Hi ha una coincidència de resultats bastant consistent entre la gran majoria d'articles consultats. Segons els diferents autors (22–24,26,27,30,34,35), la posició de litotomia resulta ser la més utilitzada en el moment de l'expulsiu. Dels 15 articles seleccionats tan sols 3 (29,32,33) citaven el cas contrari on la posició de litotomia no era la més freqüent. Els articles restants no feien al·lusió a les posicions més emprades.

A continuació s'ordenaran totes les troballes segons els objectius establerts prèviament:

AVANTATGES I INCONVENIENTS DE LA POSICIÓ DE LITOTOMIA

L'article de J. Gupta *et al.*, (28) explica que els avantatges de la litotomia a nivell fisiològic són una disminució dels estrips de 2n grau i la disminució de la pèrdua de volèmia hemàtica. L'autor F. Diorgu *et al.*, (24) mostra com un nombre de llevadores vol mantenir aquesta posició per la facilitat que suposa ajudar la mare. Seguint el mateix corrent, els diversos autors (23,27,34) referencien que s'utilitza aquesta posició sobretot per la comoditat que suposa per als professionals sanitaris ja que facilita la bona visibilitat, la facilitat per accedir al canal de part durant l'expulsiu, la monitorització contínua i la minimització de la tensió física de les llevadores i ginecòlegs durant el naixement.

En relació als inconvenients d'aquesta posició, els articles dels autors D. Apolinário *et al.*, (23) i M. Musie *et al.*, (34) expliquen que la litotomia fomenta les complicacions obstètriques ja que actua en contra del punt de gravetat i perjudica el descens fetal. Es relaciona també amb la compressió de grans vasos provocant una hipotensió materna i hipòxia fetal així com amb la reducció del diàmetre del canal de part, una incomoditat materna i una reducció dels Apgars fetals, amb les conseqüències que això comporta. Aquest últim autor vincula les lesions de l' esfínter anal i perineal amb la litotomia. L'autor O. Vargens *et al.*, (29) relaciona les posicions horitzontals amb l'augment de sensació del dolor i la disminució de la satisfacció en el part. J. Gupta *et al.*, (28) relacionen les posicions supines,

inclosa la litotomia, amb un augment de la durada de la segona etapa del part i un augment de patrons anòmals de la freqüència cardíaca fetal. Vargas Londoño VF *et al.*, (6) relacionen també les posicions horitzontals amb un augment de la segona etapa del procés de part i afegeixen la relació amb l'increment de l'aparició d'edema vulvar. També l'acreixement del risc de part instrumentat i de la utilització de la maniobra Kristeller. L'autor A. Alvares *et al.*, (32) relaciona el malestar i desconfort matern amb la posició de litotomia.

LA LITOTOMIA RELACIONADA AMB LES LLEVADORES

Els autors A. Sousa *et al.*, (26) i A. Alvares *et al.*, (32) fan referència als beneficis que aporta un part atès per llevadores ja que fomenten l'ús de pràctiques humanitzades com les posicions alternatives i no de la litotomia donant pas als beneficis que això comporta. M. Musie *et al.*, (34) fa una crida a les llevadores per que s'encoratgin a incloure altres posicions per millorar el desenvolupament del part. Altres autors com F. Diorgu *et al.*, (24) fan referència a que molts cops són les llevadores / personal sanitari qui escull la litotomia i no les mares. L'autor S. Gama *et al.*, (22) explica que el fet de que metges i llevadores treballin junts fomenta la bona praxis de les cures i tècniques per un bon desenllaç del part però, tot i així es segueix utilitzant la litotomia. Així mateix O. Vargens *et al.*, (29) intervé dient que els parts atesos per ginecòlegs tenen un gran percentatge d'episiotomies i conclou que les llevadores funcionen d'una forma menys intervencionista i més respectuosa durant el curs del part que els metges però que tot i això es segueixen utilitzant tècniques intervencionistes com a reflex de la influència del model tecnocràtic.

LA LITOTOMIA I LES EPISIOTOMIES

Els diversos autors (6,25,27–29,32–34) coincideixen amb que l'ús de posicions supines/horitzontals, entre elles la litotomia, afavoreixen la realització d'episiotomies i per tant estan directament relacionades. Per tant, la utilització de posicions verticals/alternatives propicia la reducció del risc de realitzar episiotomies

i les conseqüències que aquestes desencadenen. No s'ha trobat evidència que digui el contrari.

LA LITOTOMIA I LES POSICIONS VERTICALS

Comparant la posició de litotomia i les posicions verticals obtenim que els avantatges i inconvenients anteriorment nomenats resulten la contraposició a les posicions verticals. Gairebé tots els articles (6,23,34,24–29,32,33) coincideixen amb que les posicions alternatives/verticals es troben dintre de la “bona praxis” ja que són les que permeten major llibertat de moviment, un augment de comoditat i confort per la mare, la disminució de la percepció del dolor, la disminució de la duració de la segona etapa del part, entre altres beneficis anteriorment descrits amb els desavantatges de la litotomia. Tot i així les posicions verticals tenen un risc de major pèrdua hemàtica i d'estrips (28) que la litotomia.

LA LITOTOMIA I LA PERCEPCIÓ MATERNA

L'autor F. Diorgu et al. (24), refereix que les mares tendeixen a tenir un paper passiu amb el seu part, de fet s'accentua amb el moment d'escollir les postures, ja que, tot i ser coneixedores d'altres postures alternatives, accepten la litotomia que era introduïda per la llevadora/ginecòloga. D. Apolinário et al. (23), exposa que les mares demanen l'eliminació de la litotomia o la utilització amb cautela d'aquesta. Altres autors (6,32) fan referència a la incomoditat i insatisfacció que genera la litotomia per les mares sobretot en el moment de l'expulsiu. També es dóna èmfasis a la importància de fomentar la participació de les mares i respectar les posicions escollides.

7. LIMITACIONS

En el moment de realitzar la cerca a les bases de dades em vaig trobar que la litotomia no s'utilitza tan sols en parts sinó que és una posició utilitzada comunament amb cirurgia i per tant la gran majoria d'articles estaven relacionats amb cirurgia i no amb el part.

En el moment de la cerca, no podia utilitzar molta variabilitat de paraules clau per la poca quantitat d'articles que sorgien relacionats amb els meus objectius.

8. CONCLUSIONS

La posició de litotomia es troba dintre de les pràctiques que no s'haurien de realitzar o que s'hauria de moderar i cuidar el seu ús pel fet de tenir més desavantatges que beneficis. Dintre d'aquests inconvenients trobem que, per actuar en contra de la gravetat, el diàmetre del canal de part es troba disminuït, es produeix un alentiment del descens fetal i un augment del temps de part amb les conseqüències que això suposa. També es relaciona amb el risc d'hipotensió matern i la conseqüent hipòxia fetal per la compressió dels vasos materns, la vinculació de la litotomia amb les lesions de l'esfínter anal i perineal, un augment dels patrons anòmals de la freqüència cardíaca fetal i una major incomoditat materna. Els beneficis que suposa la litotomia són una disminució del risc d'estrips de 2n grau juntament amb la disminució de la pèrdua de la volèmia hemàtica. També resulta una posició còmoda per treballar per als professionals sanitaris pel fàcil accés al canal del part i per tant, una major facilitat per ajudar a la mare.

En els parts acompanyats per llevadores, les posicions verticals/alternatives cada cop tenen més protagonisme i per tant, generen més confort i tranquil·litat a la mare. També es relacionen amb la disminució de la instrumentalització del

part. Es recomana el treball conjunt entre ginecòlogues i llevadores per fomentar els parts humanitzats.

Els diversos autors coincideixen amb la relació que té l'ús de la posició de litotomia amb la realització de l'episiotomia ja que al estar estirada el ginecòleg pot accedir directament i realitzar-la sense impediments, en canvi amb les posicions verticals, pel seu difícil accés no es sol realitzar i s'espera a valorar el grau d'estrip.

Comparant la litotomia amb les posicions verticals veiem com tots els desavantatges de la litotomia resulten els beneficis de les posicions verticals i viceversa. És a dir, les posicions verticals suposen un descens fisiològic del nadó pel canal del part de manera que el diàmetre pelvià serà major i per tant totes les conseqüències negatives de la litotomia no es veuran reflectides amb les posicions verticals. Les posicions alternatives suposen una major comoditat materna i una disminució de complicacions. Els desavantatges de les posicions verticals resulten ser un augment de la pèrdua de la volèmia hemàtica i un augment del risc d'estrips de 2n grau tot i així, cada part és un món i no es poden aplicar les conseqüències de l'ús de la litotomia o les posicions alternatives a tots els casos.

Segons els articles podem veure com les mares tenen una idea conjunta enfront la posició de litotomia. Conclouen que els resulta incomoda i que els treu la sensació de benestar sobretot en l'expulsiu. Moltes es troben en un paper passiu davant el seu propi part, fet donat, en part, per la impondència mèdica socialment acceptada. Així i tot, sigui quin sigui el punt de vista sobre la litotomia el més important és respectar l'elecció de la mare per facilitar gaudir el seu part.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Etapas históricas más importantes de la humanidad - ACNUR [Internet]. ACNUR comité español. 2018 [citad 22 desembre 2020]. Disponible a: https://eacnur.org/blog/etapas-historicas-en-el-desarrollo-de-la-humanidad-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
2. Bermúdez de Castro JM, Carbonell E. Descubrimiento de la mandíbula AT-1. El origen de todo [Internet]. 2018 [citad 22 desembre 2020]. Disponible a: <https://www.atapuerca.org/es/ficha/Z8ED4DE6B-B99E-4A6A-324293683D8B5A25/descubrimiento-de-la-mandibula-at1-el-origen-de-todo->
3. Carreton A. La Eva Negra y el origen de la Humanidad [Internet]. Patrimonio Inteligente. 2017 [citad 22 desembre 2020]. Disponible a: <https://patrimoniointeligente.com/eva-negra/>
4. Martínez C, Torrens RM. Enfermería de la mujer I. 3a ed. Mompert MP, Ferrer E, Morán L, Quintero MC, editors. Enfermería 21 Ediciones DAE; 2017.
5. Callau C. Antiguas Costumbres En Los Partos. 2012;16(1):9-28. Disponible a: <https://www.radoctores.es/doc/1V16N1-becerro-partos.pdf>
6. Vargas VF, Rodríguez JP, Corredor MT, Vallejo NM. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. Investig en Enfermería Imagen y Desarro. 2018;20(1).
7. Espinilla B, Tomé E, Sadornil ME, Albillos L. Manual de obstetricia para matronas. 5a ed. Valladolid: Difácil; 2016.
8. Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT. Fundamentos de obtetrícia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte; 2007.
9. Huang J, Zang Y, Ren L-H, Li F-J, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. 2019; Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
10. Moreira A, Salavarría K. Beneficios y riesgos del parto vertical en pacientes atendidas en el hospital de agosto a enero del 2018-2019. Guayaquil; 2019.
11. Peppe MV, Stefanello J, Infante BF, Kobayashi MT, De Oliveira Baraldi C, Brito LGO. Perineal trauma in a low-risk maternity with high prevalence of upright position during the second stage of labor. Rev Bras Ginecol e Obstet [Internet]. 17 juliol 2018 [citad 6 gener 2021];40(7):379-83.

- Disponible a: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1666810>
12. Paredes Ortiz EB. Facultad de ciencias químicas y de la salud carrera de ciencias médicas. Repos Univ Técnica Machala [Internet]. 2019;1-31. Disponible a: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14733>
 13. OMS. Declaración De Fortaleza. Lancet [Internet]. 2001;2:436-7. Disponible a: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext)
 14. Soto-toussaint LH. Violencia obstétrica. Rev Mex Anestesiol [Internet]. 2016;39:55-60. Disponible a: www.medigraphic.org.mx
 15. da-Silva-Carvalho I, Santana-Brito R. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. Enferm Glob [Internet]. 1 juliol 2017 [citad 7 gener 2021];16(3):80-8. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
 16. Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Plan de parto y nacimiento: Estrategia de atención al parto normal. Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva. 2011;1-25.
 17. Departament de Salut S de SP de C. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a catalunya (2a edició). J Chem Inf Model [Internet]. 2020;178. Disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/ca/inici/>
 18. Ministry of Health and Social Policy and Equality. Report on Attention to Delivery and Birth in the National Health System [Spanish]. 2012;103. Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
 19. Idescat. Estadística de naixements. Parts segons l'edat de la mare, tipus de part i maturitat. Catalunya [Internet]. IDESCAT. 2019 [citad 8 gener 2021]. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=5121>
 20. García EM. La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. Univ Autónoma Madrid [Internet]. 2018; Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150511&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=150511>
 21. Delgado CM, Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual Hierarchy of evidence. Levels of evidence and grades of recommendation from current use [Internet]. Vol. 31, Rev Chilena Infectol. 2014 [citad 18 abril

- 2021]. Disponible a: www.sochinf.cl
22. Gama SGN Da, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health* [Internet]. 17 octubre 2016 [citad 31 gener 2021];13(Suppl 3). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27766971/>
 23. Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRRK, Leal GCG. Practices in delivery and birth care from mothers' perspective. *Rev da Rede Enferm do Nord.* 2016;17(1):20.
 24. Diorgu FC, Steen MP, Keeling JJ, Mason-Whitehead E. Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study. *Women and Birth* [Internet]. 2016;29(6):518-23. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.002>
 25. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-Depedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24.
 26. Sousa AMM, Souza KV de, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2016 [citad 20 febrer 2021];20(2):324-31. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 27. Santos RCS Dos, Riesco MLG. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 6 abril 2017 [citad 31 gener 2021];37(spe):e68304. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28403314/>
 28. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia [Internet]. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017 [citad 31 gener 2021]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28539008/>
 29. Vargens OM da C, Silva ACV da, Progianti JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2017 [citad 20 febrer 2021];21(1):20170015. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 30. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, De Carvalho Barreto ID, Bezerra FD,

- Cipolotti R, et al. Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 1 desembre 2017 [citad 31 gener 2021];63(12):1039-48. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489987/>
31. Rocha BD da, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03610.
 32. Alvares AS, de Paula Corrêa AC, Nakagawa JTT, Valim MD, Jamas MT, Medeiros RMK. Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2020 [citad 17 febrer 2021];54(54):1-9. Disponible a: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018039003606>
 33. de Souza MRT, Farias LMVC, Ribeiro GL, Coelho T da S, da Costa CC, Damasceno AK de C. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: A cross-sectional study. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2020 [citad 17 febrer 2021];54. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>
 34. Musie MR, Peu MD, Bhana-Pema V. Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African J Prim Heal Care Fam Med* [Internet]. 2019 [citad 31 gener 2021];11(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31588769/>
 35. Lopes GDC, Gonçalves A de C, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: Comparison of practices developed after network stork. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [citad 20 febrer 2021];27. Disponible a: www.eerp.usp.br/rlae<http://orcid.org/0000-0002-9480-3140><http://orcid.org/0000-0002-8770-0653><http://orcid.org/0000-0003-4980-4141><http://orcid.org/0000-0001-7189-6949>www.eerp.usp.br/rlae