

Cambios posturales maternos para corregir la malposición fetal durante el trabajo de parto. Caso clínico

Marlene Bermúdez-Castellano^a, Abigail del Pino Mesa-Ávila^a, Ariadna Torres-Hernández^a, Elisabet Machín-Martín^b

^aEnfermera Interna Residente. Unidad Docente Multiprofesional Obstetricia y Ginecología;

^bUnidad Docente Multiprofesional Obstetricia y Ginecología. Servicio Canario de Salud

RESUMEN

Introducción: La presentación fetal occipito posterior es la malposición fetal más frecuente. Su prevalencia se sitúa entre 5-8% durante el trabajo de parto y conlleva mayor morbilidad materno-fetal. La matrona es la profesional de referencia para optimizar la posición fetal respecto a la pelvis materna. El objetivo del trabajo es resolver una malposición fetal en una mujer gestante durante su trabajo de parto aplicando un plan de cuidados individualizado. *Presentación del caso:* N. mujer de 40 años, cuartigesta, con dos partos previos y un aborto, se induce en la semana 40+1 por diabetes gestacional de control irregular. Su trabajo de parto transcurre con dilatación lenta y dolorosa que no se controla con analgesia epidural. La matrona detecta malposición fetal. *Metodología:* Se realizó una valoración enfermera según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Se desarrolló un plan de cuidados utilizando los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA Internacional. Se utilizó la escala visual analógica y una intervención secuencial basada en cambios postural. *Resultados:* Los indicadores de resultado asociados a los diagnósticos de enfermería muestran una puntuación progresiva en la escala Likert tras la intervención de la matrona. El dolor mejoró significativamente y se consiguió la rotación a occipito anterior. *Discusión y conclusión:* La presentación fetal en occipito posterior durante el trabajo de parto dificulta la progresión a dilatación completa, rotación y descenso fetal en la pelvis materna. La elaboración de un plan de cuidados individualizado por parte de la matrona permite dar respuesta a los problemas identificados en la gestante. En este caso clínico se expone la efectividad que tienen los cambios posturales para conseguir un parto vaginal con buenos resultados materno-fetales.

Palabras clave: Obstetric Labor, Fetal Malpresentation, Midwifery, Labor Pain.

1. INTRODUCCIÓN

La presentación occipito posterior, en la que el occipucio fetal está en contacto con el sacro o con la articulación sacroilíaca materna, es la malposición más frecuente durante el parto. Tiene mayor incidencia al lado derecho y es más habitual en nulíparas¹⁻⁵. Su prevalencia es del 5-8% durante el trabajo de parto y se ha asociado a una segunda etapa del trabajo de parto más prolongada impidiendo, en ocasiones, el parto vaginal^{1,3,5-8}.

La presentación en occipito posterior aumenta el riesgo de intervencionismo, duplica la tasa de partos instrumentalizados y triplica la tasa de cesárea. Se ha asociado con mayor incidencia de corioamnionitis, hemorragia postparto, desgarros de III y IV grado y mayor morbilidad neonatal (líquido amniótico meconial, lesiones en el parto, peores resultados del test de APGAR, acidemia y aumento de ingresos hospitalarios)^{1,3-10}.

El desarrollo de una malposición fetal durante el trabajo de parto está influenciado por factores maternos (tipo de pelvis, sedentarismo, obesidad...), fetales (forma de la cabeza, fetos pequeños o mayores de 4 Kg., cabeza deflexionada...) y otros factores como la inducción del parto, la rotura artificial de membranas y el uso de oxitocina sintética. La analgesia epidural podría ser otro factor que influya puesto que al relajar la musculatura de la pelvis se impide la rotación espontánea de occipito posterior a occipito anterior, pero se desconoce si esta relación es causal^{1,5,9}.

La matrona emplea las maniobras de Leopold, que son técnicas reconocidas de palpación abdominal, para explorar la estática fetal¹¹. Se realizan durante la gestación y en el proceso del parto obteniendo información directa sobre la altura uterina, posición, presentación fetal y su encajamiento en la pelvis. Requieren de destreza del profesional para realizarlas, pero es una técnica muy poco invasiva, de bajo coste y que no debe procurar dolor a la mujer. No obstante, se trata de una prueba deficiente para identificar con precisión la posición fetal. Tiene una sensibilidad de 0,44 y una especificidad de 0,71¹¹. Como complemento, la ecografía sería una herramienta más fiable para confirmar la posición fetal^{1,3,6,8,11}. Actualmente, se realiza tacto vaginal para identificar la posición fetal durante el trabajo de parto que posee una concordancia con la ecografía del 85.7%^{2,4}. Otros hallazgos indicativos de presentación occipito posterior pueden ser la

visualización de la forma cóncava del abdomen y foco de auscultación fetal difícil de localizar. A menudo, la mujer puede referir dolor persistente a nivel lumbosacro y sensación de pujo¹⁻³.

La matrona es la profesional de referencia para ayudar a optimizar la posición fetal durante el trabajo de parto y es la responsable de dar soporte emocional a la mujer^{2,3,7}. Utiliza técnicas como los cambios posturales que no implican riesgo materno-fetal ni son invasivos. Varios estudios ya han demostrado su eficacia^{6,12}. No obstante, hoy en día parece que la evidencia es más empírica que científica¹³.

El objetivo de este trabajo es resolver una malposición fetal en una mujer gestante durante su trabajo de parto aplicando un plan de cuidados individualizado.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 40 años, cuartigesta, secundípara con un aborto diferido anterior (G4P2A1) de 40+1 semanas de edad gestacional. Su embarazo actual cursa con diabetes gestacional de tipo A2 con control glucémico irregular.

2.1 Datos de interés

Grupo sanguíneo y Rh A positivo. Serología negativa. Rubéola inmune. Exudado vagino-rectal para *Streptococo Agalactiae* negativo. No alergias conocidas. No hábitos tóxicos.

Análítica sanguínea con valores dentro de la normalidad (Hemoglobina 12.3 g/dl; Leucocitos 9600/ μ l; Plaquetas 181000/ μ l). Peso fetal estimado de 3687 gr., percentil 91 (parto previo de 4100 gr.). Medicación habitual insulina regular según pauta médica y vitaminas del embarazo.

2.2 Evolución del proceso

N. ingresa a las 9:18 h. en paritorio para continuar inducción del parto tras maduración cervical con cinta de prostaglandinas. A su llegada, la presentación fetal es cefálica, longitudinal, dorso derecho, sobre estrecho superior de la pelvis con un cérvix borrado 40%, consistencia y posición media y dilatación 1 cm. Se realiza rotura artificial de membranas y se objetiva líquido amniótico teñido de meconio ligero. Se coloca el captor interno de dinámica uterina y se mantiene en actitud expectante una hora y media tras la cual la dinámica uterina es irregular por lo que se inicia oxitocina sintética.

Sobre las 13.56 h. se considera dinámica uterina regular y se realiza tacto vaginal por sensación de pujo que resulta similar al anterior. N. comienza a movilizarse realizando distintas posturas que le ayudan a gestionar el dolor. A las 16.21 h. N. decide ponerse la epidural. Durante la tarde N. refiere mal control del dolor requiriendo bolos de medicación adicionales y valoración por el equipo de anestesia. Además del dolor, N. refiere continua sensación de presión por lo que también se le realizan varias exploraciones vaginales. Finalmente, en la exploración vaginal se objetiva 3 cm. de dilatación y se considera que el trabajo de parto comienza a las 20.27 h.

A las 21.00 h. N. se encuentra en decúbito supino con dolor mal controlado. En ese momento, el equipo de anestesia decide colocar un segundo catéter epidural. Al cabo de media hora, cuando N. parece estar hemodinámicamente estable, la matrona realiza maniobras de Leopold que la hacen sospechar de una malposición fetal. Se explican los hallazgos a N. que entiende y acepta.

3. METODOLOGÍA

3.1 Fase de valoración

Se realizó la valoración enfermera desde un enfoque integral según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon¹⁴. Respecto al patrón de percepción y manejo de la salud, N. expresó preocupación, “pensaba que siendo mi tercer parto todo iba a transcurrir rápido”. Sin embargo, sabía que todos los partos no son iguales y se mantuvo expectante ante los acontecimientos. Durante su estancia en paritorio su patrón nutricional metabólico no se vio alterado, manifiesta “sólo quiero tomar alimentos líquidos por si me aparecen náuseas”.

Tras la administración de la analgesia epidural, el patrón de eliminación se consideró disfuncional ya que durante el trabajo de parto N. sintió sensación de plenitud vesical, pero fue incapaz de miccionar. Por el mismo motivo, el patrón de actividad-ejercicio fue disfuncional. N. se movilizaba en la cama, pero debido al efecto de la medicación verbalizó “no me siento segura para cambiar de postura”.

Su patrón de reposo y sueño no se vio alterado ya que N. realizó varias siestas a lo largo del trabajo de parto y refirió sentirse descansada. Comentó que “pierdo la noción del tiempo porque al no haber ventanas en el paritorio ya no sé si es de día o de noche”. No obstante, se orientaba mirando el reloj de la sala.

Respecto al patrón cognitivo y perceptivo, en el que se incluye la percepción y el manejo del dolor, N. manifestó estar muy dolorida “la epidural no ha ido como yo esperaba”. En ese momento tan delicado, su patrón de rol y relaciones no se vio afectado, se apoyó mucho en su marido que la acompañó durante su estancia en paritorio. En cuanto al patrón de sexualidad

y reproducción, empezó a contemplar la ligadura de trompas como método anticonceptivo porque “ya no estoy dispuesta a pasar por esa situación de nuevo”. Referente al patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés y al patrón de valores y creencias, reconoció que “la llegada al paritorio me resultó estresante porque no sabía cómo iba a desarrollarse la inducción del parto, pero confío en el personal y haré lo que pueda para ayudar a mi bebé a nacer”.

Además de la valoración por patrones funcionales de salud, se aplicaron algunas escalas. El dolor se evaluó mediante la escala visual analógica (EVA)¹⁵. Se obtuvo un valor inicial de 10/10 (el 0 corresponde a la ausencia de dolor, el 10 a un dolor insoportable y el 7 se considera como el punto de corte para el dolor severo). El grado de bloqueo motor en miembros inferiores tras la analgesia epidural se evaluó mediante la escala de Bromage¹⁵ y se obtuvo un grado 0 (el grado 3 supone el bloqueo total de la movilidad y el grado 0 el máximo grado de movilidad).

La estática fetal se valoró a través de las maniobras de Leopold¹¹ y se objetivó presentación cefálica, longitudinal, dorso derecho, sin encajamiento en la pelvis. Además de la exploración abdominal, se realizó una exploración de la pelvis ósea siguiendo el recorrido del hueso púbico. Inmediatamente sobre la arcada púbica se palpó la cabeza fetal. Las condiciones del cérvix se midieron con el test de Bishop¹⁶. Esta prueba se realizó mediante tacto vaginal detectando el borramiento, la consistencia, posición y dilatación del cuello uterino y la altura de la presentación. Si la prueba es inferior a 7 se considera desfavorable y si es superior o igual a 7 se considera favorable. En este caso se detectó borrado 40%, posición y consistencia media, dilatación 1 cm, sobre estrecho superior de la pelvis con una puntuación total de 4.

3.2 Fase diagnóstica

Tras la valoración de enfermería se detectaron algunos problemas propios de la dimensión independiente de la práctica enfermera, por lo que se definieron 2 diagnósticos de enfermería. Aplicando la taxonomía NANDA Internacional (NANDA-I)¹⁷ se estableció un diagnóstico focal y un de promoción de la salud: dolor de parto r/c percepción del dolor de parto como amenazante m/p expresión facial de dolor y postura de evitación del dolor; disposición para mejorar el confort m/p expresa deseo de mejorar el confort. Además, se detectaron 2 problemas de la dimensión interdependiente de la enfermera: retención urinaria secundaria a la analgesia epidural y riesgo de deterioro de la movilidad física secundario a la analgesia epidural.

3.3 Fase de planificación

Se elaboró un plan de cuidados haciendo uso de la herramienta online NNNConsult¹⁸. El plan de cuidados individualizado se expone en la tabla 1 y en ella se determinan los resultados esperados mediante la clasificación de resultados de enfermería (NOC)¹⁸ y las intervenciones llevadas a cabo mediante la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)¹⁸. Los resultados se midieron mediante los indicadores, con una escala tipo Likert de 5 puntos que cuantificó de menos a más deseable en el momento inicial y final de la valoración.

3.4 Fase de ejecución

En la etapa inicial de la inducción del parto se ofrecieron medidas de alivio no farmacológico al dolor como la libertad de movimientos. N. adoptó espontáneamente diferentes posturas sin conseguir un buen control del dolor por lo que pidió la analgesia epidural. El procedimiento se realizó con condiciones cervicales desfavorables (Bishop 4). Se emplearon dosis convencionales de medicación (levobupivacaína 125 mg/100 ml y fentanest 0.20 mg) en perfusión continua a 15 ml/h según cálculo de peso y talla. Durante la fase posterior al uso de analgesia epidural, la capacidad de movimiento de N. se vio limitada, aunque no existió bloqueo motor de los miembros inferiores.

La primera maniobra (21.42 h.) consistió en mantenerse sentada en la cama a 90° y los miembros inferiores por debajo del nivel de la pelvis (*sedestación en trono*) realizando una elevación y presión sobre el abdomen para intentar reducir el impacto de la cabeza fetal sobre el pubis materno. Esta maniobra se mantuvo durante 12 contracciones (30 minutos). A continuación, N. realizó las siguientes posturas:

Posición de *Cuadrupedia* (22.15 h.), que supone mucho cansancio para la mujer, pero es segura y eficaz para disminuir el dolor de espalda, la sensación de pujo y el tiempo de rotación fetal^{2,3,8}. N. se mantuvo en cuadrupedia durante 6 contracciones (15 minutos).

Posición de *SIMS modificado* (23.08h.) hacia el lado del dorso fetal con la pierna inferior en el eje del cuerpo y la superior flexionada a 90° elevada y apoyada en la pernera / pelota para que haya cierta rotación interna de la cadera. La postura de SIMS produce asimetría en la pelvis aumentando los diámetros y favoreciendo el descenso de la presentación y la rotación hacia occipito anterior³. Se ha descrito un 50% de rotación y un aumento de la tasa de parto vaginal¹⁹. N. se mantuvo en SIMS modificado durante 7 contracciones (27 minutos).

Decúbito lateral (00.13 h.) hacia el lado de la columna del bebé con la pierna superior extendida paralela a la de abajo y sostenida por un cojín, el sacro queda libre y se mejora la oxigenación al bebé y la eficacia de las contracciones. Esta posición favorece la rotación a occipito anterior y acorta la primera etapa del parto^{2,3}.

Las posturas sugeridas por la matrona se intentaron mantener un mínimo de 3 contracciones o 10 minutos según tolerancia. Una vez que N. conoció las distintas sensaciones que le aportaba cada posición, fue tomando autonomía para decidir qué

postura adoptar en cada momento buscando mayor confort y alivio del dolor. Durante la intervención, la implicación de su marido fue esencial para alcanzar la consecución de los objetivos.

Además del protocolo de cambios posturales, la matrona procuró un entorno confortable ajustando la intensidad de la luz, la temperatura de la sala, controlando el ruido y asegurando un ambiente íntimo. Además, realizó el vaciado de la vejiga urinaria cada 4 horas mediante sondaje vesical intermitente y el resto de los cuidados según el protocolo de inducción obstétrica del parto.

4. RESULTADOS

La gestante N. llevaba 12 horas en proceso de inducción del parto con una malposición fetal en occipito posterior que comprometía el progreso adecuado del trabajo de parto. Una vez que la matrona detectó la malposición fetal, se llevó a cabo un plan de cuidados individualizado (tabla 1) orientado a dar respuesta a los problemas detectados en la valoración enfermera. A través de una intervención basada en una secuencia de cambios posturales se logra el control del dolor y una rotación a occipito anterior.

Tabla 1. Plan de cuidados individualizado

Diagnóstico focal: 00256. Dolor de parto r/c percepción del dolor de parto como amenazante m/p expresión facial de dolor y postura de evitación del dolor			
NOC	Indicador	E. Likert Inicial/Final	NIC y Actividades
2102. Nivel del dolor	210206. Expresiones faciales de dolor ^a	1/4	5270. Apoyo emocional. Comentar la experiencia emocional con la paciente. Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.
NOC 3016. Satisfacción de la paciente: Manejo del dolor	301604. Acciones tomadas para aliviar el dolor ^b	1/5	840. Cambio de posición. Desarrollar un protocolo para el cambio de posición. Animar a la paciente a participar en los cambios de posición. Evitar colocar a la paciente en una posición que le aumente el dolor.
	301612. Información proporcionada sobre alivio del dolor ^b	1/4	
	301601. Dolor controlado ^b	1/4	
NOC 2510. Estado materno: durante el parto	251007. Progresión de la dilatación cervical ^c	1/5	6830. Cuidados intraparto. Realizar las maniobras de Leopold para determinar la estática fetal y exploraciones vaginales para comprobar la dilatación cervical. Monitorizar el nivel de dolor y el progreso durante el trabajo de parto. Explorar las posiciones que mejoran la comodidad materna.
	251022. Dolor con contracciones ^a	2/4	
Diagnóstico de promoción: 00183. Disposición para mejorar el confort m/p expresa deseo de mejorar el confort			
NOC	Indicador	E. Likert Inicial/Final	NIC y Actividades
2009. Estado de comodidad: Entorno	200902. Temperatura ^d	2/3	6482. Manejo ambiental: confort. Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades de la paciente. Controlar la iluminación de la sala para conseguir beneficios terapéuticos. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. Proporcionar la música que elija la paciente.
	200909. Iluminación ^d	3/4	
	200915. Entorno ^d	3/4	
	200916. Control de ruido ^d	2/4	
NOC	201001. Control de síntomas ^d	1/4	6040. Terapia de relajación. Invitar a la paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente. Dejar a la

2010. Estado de comodidad: física	201004. Posición cómoda ^d	1/5	paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormida.
-----------------------------------	--------------------------------------	-----	---

Valor cuantitativo de las escalas Likert: ^a 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno) | ^b 1 (no del todo satisfecho), 2 (algo satisfecho), 3 (moderadamente satisfecho), 4 (muy satisfecho), 5 (completamente satisfecho) | ^c 1 (desviación grave del rango normal), 2 (desviación sustancial del rango normal), 3 (desviación moderada del rango normal), 4 (desviación leve del rango normal), 5 (sin desviación del rango normal) | ^d 1 (gravemente comprometido), 2 (sustancialmente comprometido), 3 (moderadamente comprometido), 4 (levemente comprometido), 5 (no comprometido)

Los diagnósticos de dolor de parto y disposición para mejorar el confort se trabajaron de forma conjunta. Los indicadores muestran resultados progresivos que alcanzan puntuaciones finales en la escala Likert de 4/5 y 5/5 en todos los indicadores salvo en el de temperatura ambiental que fue de 3/4 (tabla 1). Se procedió a revalorar la intensidad del dolor obteniendo una puntuación menor en la escala EVA pasando de 10/10 a 5/10. En las siguientes dos horas se produjo la rotación del feto a una posición occipito anterior y se alcanzó la dilatación completa evaluado mediante exploración vaginal.

Finalmente, se produjo un parto eutócico cefálico en posición anterior sin complicaciones. El recién nacido presentó caput succedaneum, obtuvo un resultado en el test de APGAR de 9/9 a los 5 y 10 minutos, respectivamente, y un pH de arteria del cordón umbilical de 7.29. El recién nacido se mantuvo piel con piel con su madre y a los 15 minutos del nacimiento inició lactancia materna espontáneamente. El estado del periné materno fue íntegro, el sangrado uterino escaso y el útero se mantuvo contraído. El puerperio inmediato transcurrió sin incidencias.

5. DISCUSIÓN

La existencia de una presentación fetal en occipito posterior durante el trabajo de parto dificulta la progresión a dilatación completa, rotación y descenso en la pelvis materna. La matrona ejerce un papel relevante en la gestión de los cuidados realizados en una situación de distocia de rotación promoviendo la optimización de la posición fetal para el adecuado progreso del parto.

En casos de malposición fetal en occipito posterior se han descrito cambios posturales que pueden favorecer la rotación hacia anterior y que no implican riesgos materno-fetales. El estudio Nogales et al, 2021 a propósito de un caso similar al nuestro, describe cómo la matrona aplicando técnicas de liberación lateral del suelo pélvico, SIMS modificado y maniobra de Froggy Walchers consigue mejoría del dolor y confort materno, así como una progresión en la dilatación cervical y rotación de la cabeza fetal a una posición occipito anterior⁷. También Barrowclough et al, 2022 demuestra como una intervención basada en cambios posturales maternos reduce la malposición fetal y mejora los resultados maternos⁵. Al contrario que Desbriere et al, 2013 que no puede demostrar beneficio materno-fetal tras una intervención de cambios posturales para el manejo de la posición occipito posterior durante el trabajo de parto⁶. En este caso, al realizar la maniobra de elevación y presión sobre el abdomen y las posturas de cuadrupedia, SIMS modificado y decúbito lateral durante un mínimo de 10 minutos o 3 contracciones se consiguió mejoría significativa del dolor, rotación del feto a una posición occipito anterior y dilatación completa.

Varios estudios han evaluado también la posición en cuadrupedia. Una revisión bibliográfica de Castro et al, 2015 determina cómo las posturas en las que se inclina el tronco hacia adelante, véase la cuadrupedia, mantenidas durante 10 minutos en el trabajo de parto, son eficaces para la corrección a corto plazo de la posición fetal. Además, proporciona confort materno ya que disminuye la presión en la zona sacro-lumbar¹. Sin embargo, el ensayo aleatorio controlado de Guittier et al, 2016 no encuentra eficacia de la posición de cuadrupedia para promover la rotación a occipito anterior, aunque si la asocia a mayor porcentaje de confort materno y periné íntegro⁸. En este caso, la posición de cuadrupedia proporcionaba confort a N. y cuando sentía sensación de presión era una de sus posiciones de elección. Además, uno de los resultados de este estudio fue el estado del periné materno íntegro tras el parto.

En cuanto a la posición de SIMS y decúbito lateral Castro et al, 2015 determina que existe controversia con la posición decúbito lateral, aunque encuentra que la mayoría de los estudios demuestran su eficacia cuando se realiza hacia el dorso fetal. Además, comenta la posibilidad de cambiar de decúbito si no se consigue rotación tras 30 minutos en esta postura. Establece que es la postura ideal para mujeres con analgesia epidural¹. Por otro lado, Belda et al, 2017 en su estudio demuestra un alto porcentaje de rotación de occipito posterior hacia anterior en el grupo intervención respecto del grupo control después de una intervención con posturas de decúbito lateral tanto al lado del dorso fetal como al lado contrario mantenidas durante un tiempo de 30-60 minutos. También logra mayores porcentajes de parto eutócico cuando se aplica el decúbito lateral². En este caso N. adoptó tanto el decúbito lateral derecho como el izquierdo de forma espontánea buscando el mayor confort y también realizó la posición de SIMS modificada durante 27 minutos como parte de la intervención de la matrona. Tras dicha intervención se objetivó la rotación fetal hacia anterior y la dilatación completa. Como resultado final se produjo un parto eutócico cefálico.

Se ha descrito otra maniobra utilizada en los casos de malposición fetal que consiste en una rotación manual, reportándola como una técnica de alta tasa de éxito y bajo riesgo de complicaciones para la rotación fetal^{1,4}. En contraposición, la revisión sistemática realizada por Phipps et al, 2014 no ha podido determinar la eficacia de esta técnica cuando se realiza en el periodo expulsivo²⁰. En este caso, no se empleó la rotación manual como técnica de rotación fetal, ya que es una técnica invasiva que necesita la realización de un tacto vaginal y una presión moderada sobre la cabeza fetal, además del consentimiento materno para su realización, sin que se hayan objetivado una clara evidencia de sus beneficios.

5.1 Limitaciones

En este caso, un factor que tiene un papel relevante es la eficacia de la analgesia epidural como causa de la relajación de la musculatura pélvica. No se ha podido determinar el tamaño del efecto del alivio del dolor con respecto al avance en la progresión de la rotación fetal y del parto.

En la gestión de este caso no se realizó ninguna comprobación mediante ecografía para valorar la posición fetal antes y después de la epidural. Consideramos que se deben realizar estudios que analicen el valor predictivo del uso de ecografía en situaciones de malposición fetal junto a las exploraciones vaginales, antes y después de la analgesia epidural.

N. manifestó en la sala de puerperio que la matrona había sido la persona clave para ayudarla a conseguir un parto vaginal: “fuiste la que mejor me ha sabido ayudar”. En este caso no se evaluó la satisfacción materna al parto. Sería interesante medir dicha satisfacción y poder registrarla como un resultado más de la intervención. En futuros estudios se recomienda realizar un abordaje mixto combinando investigación cuantitativa y cualitativa.

6. CONCLUSIONES

La elaboración de un plan de cuidados individualizado para el manejo de la mujer gestante con dolor y malposición fetal desde un enfoque integral, teniendo en cuenta sus necesidades, ha permitido dar respuesta a los problemas identificados. En este caso clínico se han descrito las intervenciones para conseguir el progreso de la rotación fetal a occipito anterior. Además, se ha podido visibilizar la efectividad que tienen los cambios posturales en la rotación fetal para conseguir un parto vaginal con buenos resultados materno-fetales. Se necesitan más estudios de calidad con diseños metodológicos mixtos para explorar el resultado de las intervenciones en los cambios posturales de la mujer durante su trabajo de parto.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se ha solicitado aprobación al comité de ética e investigación. No es necesario el consentimiento informado de N. ya que el análisis de este caso clínico no revela ningún dato que identifique a la mujer y tiene naturaleza retrospectiva.

REFERENCIAS

- [1] Castro Guerrero C, de la Peña Sosa Barba G, Rodríguez López V. Cuidados de la Matrona en la presentación Occipito posterior. *Rev. Paraninfo Digit.* 2015; (22).
- [2] Belda Pérez A, Gregori Jover E, López Simó A, Torres Martínez JA, Castelló López MI. Eficacia del cambio postural materno en la rotación de la cabeza fetal de occipito-posterior a occipito-anterior. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.* 2017; (115), 50–54.
- [3] Ruiz PR, Antequera FB. Eficacia de la técnica Roll-Over en la rotación de posiciones fetales occipito-posteriores persistentes durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Biblioteca Lascasase.* 2021: 13358–e13358.
- [4] Bueno-López V, Terré-Rull C, Casellas-Caro M, Fuentelsaz-Gallego C. El impacto y la corrección de posiciones occipitoposteriores en el parto. *Matronas Prof.* 2015; 16(4), 118–123.
- [5] Barrowclough J, Kool B, Crowther C. Fetal malposition in labour and health outcomes for women and their newborn infants: A retrospective cohort study. *PloS One.* 2022; 17(10), e0276406.
- [6] 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. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2013; 208(1), 60-68.
- [7] Nogales-Lora F, Muñoz-Galván F, Espinar NB.. Técnicas de biomecánica para optimizar la posición fetal intraparto. A propósito de un caso. *Ginecología y obstetrician.* 2021; 5(4), 58–64.
- [8] 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. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology.* 2016; 123(13), 2199–2207.

- [9] Menichini D, Mazzaro N, Minniti S, Ricchi A, Molinazzi MT, Facchinetti F, Neri I. Fetal head malposition and epidural analgesia in labor: a case-control study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*. 2022; 35(25), 5691–5696.
- [10] Tempest N, Lane S, Hapangama D, UK Audit Research Trainee Collaborative in Obstetrics, Gynecology (UK-ARCOG). Babies in occiput posterior position are significantly more likely to require an emergency cesarean birth compared with babies in occiput transverse position in the second stage of labor: A prospective observational study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2020; 99(4), 537–545.
- [11] Webb SS, Plana MN, Zamora J, Ahmad A, Earley B, Macarthur C, Khan KS. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2011; 90(11), 1259–1266.
- [12] Moura R, Borges M, Oliveira D, Parente M, Kimmich N, Mascarenhas T, Natal R. A biomechanical study of the birth position: a natural struggle between mother and fetus. *Biomechanics and Modeling in Mechanobiology*. 2022; 21(3), 937–951.
- [13] Barrowclough JA, Lin L, Kool B, Hofmeyr GJ, Crowther CA. Maternal postures for fetal malposition in labour for improving the health of mothers and their infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022; 8(8): CD014615.
- [14] Gordon M. [Nursing Diagnosis: Process and application] , 3rd ed., Mosby, St.Louis (1994).
- [15] Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*. 2018; 36(4), 707–714.
- [16] Ezebialu I, Eke A, Eleje G, Nwachukwu C. Métodos para evaluar la maduración cervical antes de la inducción del trabajo de parto. *Cochrane Database Syst*. 2015. Rev. Issue 6, p. Art. No.: CD010762.
- [17] Herdman T, Kamitsuru S, Takáo C. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. 12th ed., Elsevier, Barcelona (2021).
- [18] NNNConsult. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
- [19] 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. *Birth (Berkeley, Calif.)*. 2018; 45(4), 385–392.
- [20] Phipps H, Vries B, de Hyett J, Osborn DA. Prophylactic manual rotation for fetal malposition to reduce operative delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014: (12).