

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de Enfermería y Fisioterapia.



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2015/16

Trabajo Fin de Grado

- Posición materna durante el trabajo de parto -

- Autora: Rosana Ruiz Rodríguez -

- Tutora: María Isabel Oliver Reche -

INDICE

Resumen.....	2
Introducción	4
Antecedentes históricos.....	5
Historia de la medicalización y la posición horizontal en la atención al parto	8
Objetivos	11
Metodología.....	11
Desarrollo	12
Discusión	20
Conclusiones	22
Bibliografía	23
Anexos.....	27
Anexo I. Iconografía del parto.....	27
Anexo II. El taburete de partos.....	32

RESUMEN

Desde los tiempos de nuestros primeros antepasados, las posturas que han adoptado las mujeres a la hora de dar a luz a sus hijos han sido diversas, pero la mayoría de ellas tenían algo en común: la verticalidad corporal en sus posiciones. Sin embargo, en el siglo XVIII comenzó a ponerse en práctica la posición horizontal en el parto. A día de hoy ha surgido un movimiento que aboga por la recuperación de un parto más natural, en el que se incluyen las posturas verticales. **Objetivo:** Analizar la evidencia disponible sobre las posturas en el parto, en concreto, sobre la vertical comparándola con el parto en posición de litotomía. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática de artículos cuya antigüedad no superaba los 12 años, incluyéndose trabajos originales contenidos en la Biblioteca Cochrane, y otros artículos y metaanálisis incluidos en bases de datos de ciencias de la salud. **Resultados:** Los estudios sugieren una serie de ventajas de las posiciones verticales como la mejora de la respiración materna, entre otras. Sin embargo, también sugieren una serie de desventajas tales como un aumento de la pérdida hemática. **Conclusiones:** No hay diferencias significativas en la seguridad entre las posiciones verticales y las horizontales durante la fase de dilatación y expulsión del parto. A excepción de una mayor pérdida sanguínea y el aumento de los desgarros en algunas ocasiones, no se han demostrado otros efectos nocivos del parto en posición vertical. Además, los aspectos subjetivos suelen beneficiar a las posiciones verticales.

Palabras clave: parto vertical, fase de expulsivo, parto histórico, posición durante el parto, medicalización, humanización.

Abstract

Since the time of our earliest ancestors, the positions that woman have taken in labour have been diverse, but most of woman had in common: the body verticality in their positions. However, in the XVIII century horizontal position began to be implemented in childbirth. Today a movement has emerged that argues for recovery of a natural birth, where the vertical positions are included. **Objectives:** To analyse the available evidence on the positions in childbirth, in particular, the vertical compared with childbirth in lithotomy position. **Methods:** The current study is a literature review; the articles do not exceed 12 years ago. Searching includes original works from Cochrane Library, and other articles and meta-analyses included in databases of health sciences. **Results:** Studies suggest several advantages of vertical positions as improve maternal breathing, among

others. Nevertheless, they also suggest a number of disadvantages such as increased of hematic loss. **Conclusions:** There are any significant differences in security between vertical and horizontal positions during the dilatation and of delivery expulsion. Except of increasing blood loss and the increase of occasional lacerations, there are not related other harmful effects with vertical childbirth. In addition, the subjective aspects tend to benefit the vertical positions.

Key words: vertical birth, expulsive step, historical birth, position during childbirth, medicalization, humanization.

INTRODUCCIÓN

El parto, se define como un proceso natural y fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa al feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno¹. Otra definición de parto, es la que nos da la FAME, que lo define como "el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo"². El comienzo del parto no está señalado con unos síntomas claros, generalmente suele iniciarse horas después a la expulsión del tapón mucoso y con el comienzo de contracciones uterinas regulares. Una vez iniciadas estas contracciones regulares se pueden distinguir tres fases³, cuya duración depende de cada mujer, la edad, el número de partos previos, el tamaño del feto, entre otros factores.

- Periodo de dilatación: comprende desde el inicio de las primeras contracciones efectivas sobre la dilatación del cuello y terminan con la dilatación completa, que es aproximadamente unos 10 cm. Esta fase suele durar entre unas 8 y 12 horas, dependiendo de que la mujer sea primípara o multípara.
- Periodo de expulsivo: es el segundo periodo del parto y comprende desde que acaba la dilatación hasta la salida del feto. Suele durar entre 30 minutos y 1 hora; aunque puede ser más largo en mujeres que se encuentren bajo efecto de anestesia epidural o raquídea. Se considera un expulsivo prolongado si dura más de 2h en multíparas y más de 3h en primíparas.

En este periodo las contracciones alcanzan su mayor intensidad, duración y su máxima frecuencia. La mujer presenta un gran deseo de empujar en esta fase.

- Periodo de alumbramiento: este periodo comprende desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta, cordón umbilical y membrana. Puede durar unos 30 minutos y va acompañado de una pequeña hemorragia fisiológica.

Además de su dimensión fisiológica, el parto constituye un acto de supervivencia para todas las sociedades. Es un proceso cargado de emociones y de representaciones culturales, constituyendo una dimensión simbólica y ritual muy importante. Ha tenido diferentes épocas y momentos en la historia; en la actualidad la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la posición dorsal o decúbito supino, lo cual permite a la persona que está atendiendo el parto llevar a cabo diversos procedimientos como

controlar (monitorizar) mejor el estado fetal, el tratamiento intravenoso en caso de ser necesario (incluida la anestesia epidural), los exámenes vaginales y otros reconocimientos periódicos que se realizan⁴.

Antecedentes históricos

A lo largo de la historia, las mujeres humanas han elegido distintas posiciones para parir, tal y como lo demuestran los grabados, estatuas y antiguos documentos de los que disponemos. Especialmente estos documentos gráficos nos muestran a mujeres preparándose para el parto y dando a luz de manera vertical, mediante sillas, palos, hamacas, etc. Fue Engelmann⁵ en 1882, quien observó que las mujeres primitivas tomaban diferentes posiciones erectas mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión en cuerdas, en posición de cuclillas, rodillas, sentadas o semi-sentadas, usando ladrillos o piedras o bien bancos o sillas de parto.

Encontramos documentos gráficos, ver anexo 1, de la posición vertical durante el parto desde épocas tan lejanas como el Neolítico, una de las más representativas se encontró en un santuario turco, y nos muestra a una mujer opulenta flanqueada por dos felinos en los que apoya sus manos, pariendo sentada en un trono que ha sido considerada por los expertos como una posible silla de partos. No obstante, las figurillas en posturas de partos están documentadas en distintos grupos y periodos culturales, en Grecia y Malta se encontraron figuras de mujeres en posiciones sentadas con las piernas levantadas y la vulva inflamada, representado lo que muchos expertos catalogan como un parto. Las fuentes de información más conocidas sobre el parto en el antiguo Egipto son papiros y relieves en las paredes de los templos, que nos muestran como el parto era atendido por comadronas, y que en estos la mujer se colocaba en cuclillas o de rodillas sobre unos ladrillos o sentada en un taburete especial para el parto⁶.

Estas prácticas se mantuvieron en los grandes imperios que dominaron parte del continente europeo, norte de África y oeste de Asia hasta varios siglos d.C. En las crónicas de Buda (siglo V a.C.) se narra la historia del parto de la Reina Maya, la cual agarró con sus manos la rama flexible de un árbol y comenzó a parir de forma vertical. Los aztecas en México esculpieron la escultura de Tlazolteotl pariendo desnuda en cuclillas. La cultura mochica en Perú, sentaba a sus mujeres con las piernas abiertas sobre un taburete o sobre otra persona, con la espalda apoyada y con otra mujer ayudando en el proceso de expulsión del bebé.

En otras tribus y culturas diferentes a la occidental el parto se desarrollaba de manera algo diferente; además, esta forma tradicional de dar a luz sigue desarrollándose de igual manera en la actualidad. En África las mujeres de algunas tribus dan a luz a pie apoyadas contra un muro o de rodillas inclinadas hacia delante y asistidas por mujeres de la comunidad. Los hombres no ocupan ninguna función en el momento del parto.

En América las tribus indígenas norteamericanas construyen un refugio circular de ramas y hojas cerca del campamento para dar a luz. En el suelo cavan dos agujeros para recoger fluidos y clavan estacas donde la parturienta puede agarrarse cuando se arrodille para dar a luz. La partera se coloca detrás de la madre y la rodea con los brazos ejerciendo presión sobre el abdomen. En las tribus mejicanas el lugar ideal para parir es la casa de la parturienta, que suele adoptar la posición con la que cómoda está (acostada, sentada, en cuclillas...). Después la madre y el niño toman un baño juntos. En la cultura maya durante todo el periodo de dilatación la mujer se mueve con libertad por la vivienda. En el expulsivo el hombre se coloca frente a la parturienta sirviéndole de apoyo mientras la partera la atiende desde atrás. En la actualidad, muchas de estas prácticas persisten en estos países; sin embargo, en muchas ocasiones debido a la falta de supervisión por el personal sanitario el parto puede atravesar alguna complicación para la madre o el niño. Por ello la ONG como “Medicus Mundi”, entre otras, abogan por una atención al parto con adecuación intercultural⁷, en la que se promueven comportamientos de respeto y no violencia, de paternidad y maternidad responsable y corresponsabilidad de la familia y la comunidad en el cuidado de la madre gestante y el recién nacido. Adecuando los servicios de salud materna a las costumbres de las usuarias, prestando una atención tanto de calidad como de calidez y promoviendo que el trabajo de parto se desarrolle de manera vertical como venía haciéndose tradicionalmente en estas sociedades.

En Asia, en el pueblo Aino los hombres no suelen participar, a excepción del marido que ayuda a sujetar a la parturienta. Durante todo el proceso de dilatación la madre tiene libertad de movimiento, cuando llega la fase del expulsivo se coloca de rodillas con el cuerpo echado hacia atrás y mantiene la posición ayudada por una cuerda que previamente se ha colgado del techo sobre el lecho de hierba.

En la cultura japonesa la mujer se baña varias veces y se cambia de ropa, dejando preparado otro juego de ropa para cambiarse, esperando pacientemente a dar a luz en silencio. Lo normal es que las mujeres paran de rodillas sobre futones mientras la partera masajea el abdomen para agilizar el parto. Los pueblos nómadas de Mongolia reúnen a

los familiares y amigos cuando comienzan las contracciones en la casa de la parturienta. Llegado el momento de expulsar al bebé la madre se agacha dejando que las nalgas descansen sobre los talones y se agarra a un poste fijado al suelo. El marido se sienta detrás de la madre, pasándole los brazos sobre la tripa y haciendo fuerza con ellos para ayudarla.

En nuestro país, la referencia más importante que encontramos para hablar de los hábitos reproductivos en los primeros años del siglo XX, es la Encuesta que elaboró el Ateneo de Madrid, una asociación cultural presidida en aquellos años por Don Miguel de Unamuno, en los primeros años del siglo XX. Como se pudo observar, en aquella España, persistía la atención tradicional al parto. En las ciudades y núcleos urbanos grandes era practicada por matronas tituladas o por el médico en caso de complicaciones en el parto; sin embargo, en las zonas rurales las encargadas de dicha labor eran parteras que habían aprendido el oficio de sus predecesoras. El parto era asunto de mujeres, y en la mayoría de los casos los hombres (excepto el médico, si este tenía que actuar) tenían un papel secundario. Cuando la mujer se empezaba a encontrar con dolor, el marido avisaba a la partera que se desplazaba al domicilio, esta valoraba la situación del futuro recién nacido y si veía que era un parto normal no se avisaba al médico. Las mujeres preferían moverse libremente por la habitación en lugar de esperar la dilatación acostadas. Una vez que la partera sentía que comenzaba el parto se tumbaban en la cama o en el filo de una silla, en el hueco de dos sillas atadas, o en una silla a la que le habían retirado el asiento de anea y forrada de trapos. Lo cierto, es que la mayoría de ellas prefería hacerlo de pie o en la silla porque sentían que esta fase se acertaba notablemente y les era más fácil parir. Detrás de ellas se colocaba otra mujer o si lo preferían su marido sujetándole la espalda y alguien sujetándole las rodillas para ayudarla a empujar. Las parteras se colocaban delante colocando un delantal para recoger al niño. Después cortaban el cordón umbilical con unas tijeras desinfectadas con alcohol y a modo de pinzas para evitar la hemorragia en el cordón utilizaban hilos de algodón trenzados y desinfectados en alcohol⁸.

Como podemos observar hay una gran diversidad cultural a la hora del afrontamiento del parto, para algunas es un acto social y para otras algo que se debe afrontar en soledad. Pero pese a la diversidad cultural existen comportamientos comunes. El mecanismo y trabajo de parto ha cambiado durante nuestra historia evolutiva.

Historia de la medicalización y la posición horizontal en la atención al parto

El desarrollo de la ciencia en el mundo occidental no ha sido homogéneo, debido en parte a la gran presencia de la religión que años atrás frenó su desarrollo en todas sus ramas, incluyendo la medicina. La ciencia y la religión han funcionado de forma paralela durante muchos siglos en el mundo occidental, actuando de forma conjunta para mantener el papel de subordinación de la mujer.

Esta diferencia de jerarquías entre el hombre y la mujer adquirió ya gran importancia desde tiempos muy antiguos con la teoría de los cuatro humores desarrollada por Hipócrates. Los textos cultos de esta época comenzaron a instaurar un orden patriarcal. La medicina mantuvo estereotipos sexuales; siempre desde la perspectiva del hombre; justificando de este modo la legitimidad de la dominación y jerarquización del principio masculino sobre el femenino, inscribiendo esta relación en una naturaleza biológica.

Hasta el siglo XVI y XVII apenas había diferencias entre la medicina popular y la académica. Fue en estos siglos cuando se extendió por España una corriente de tratados médicos que pretendían enseñar a las matronas los conocimientos materno-infantiles vigentes en la época. De esta forma, se entremezclaron los conocimientos médicos con los saberes de la cultura popular. Hasta esta época todas las actividades cuidadoras fueron originadas y desarrolladas por mujeres en el ámbito doméstico y familiar. En este espacio se manejaban la inmensa mayoría de los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad. En siglo XVIII, fue el tocólogo de la Reina de Francia quien por primera vez introdujo la práctica de colocar a la mujer sobre la espalda durante el parto⁹. El doctor William Cadogan escribió en 1748: “Con gran placer veo que al fin la preservación de los niños se ha convertido en responsabilidad de los hombres. Este oficio se ha dejado demasiado tiempo en manos de la mujer, de quien no pueden esperarse conocimientos adecuados. Ellas lo consideran no obstante como perteneciente al ámbito femenino”.

Hasta el pasado siglo XX, en España, los cuidados prestados a las mujeres embarazadas y parturientas han sufrido grandes cambios, especialmente en zonas rurales. Con la llegada de los servicios sanitarios a toda la población en la segunda mitad de dicho siglo, el parto pasó de desarrollarse en un ámbito privado y femenino a otro público, dominado por la tecnología sanitaria. Este proceso se denomina medicalización¹⁰, y se define como el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales, en cuadros patológicos que pretenden resolverse mediante la medicina; sin embargo, estas situaciones no únicamente, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. La

medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por una situación en la que la sociedad va perdiendo toda capacidad de resolución y su nivel de tolerancia. Su origen es multifactorial, existiendo diversas causas y actores implicados (sociedad, medios de comunicación, industria farmacéutica, políticos, gestores y profesionales sanitarios), jugando el sector sanitario un papel fundamental en dicho proceso. Según Zola ¹¹, “la medicalización de la vida cotidiana ha convertido a la medicina y a las etiquetas de “enfermo” y “sano” en algo para una parte cada vez mayor de la existencia humana. Así, problemas como alcoholismo, pobreza, problemas emocionales, delincuencia, toxicomanías, embarazos no deseados, abortos, minusvalías, cambios de sexo, depresión, no dormir bien, no comer bien, comer demasiado o no tener suficiente energía, acaban por ser susceptibles de intervención médica.”

Durante esta transición de implantación de los servicios sanitarios, la medicina fue asumiendo las funciones que eran responsabilidad de la familia, quitando el protagonismo a las mujeres como asistentes en el alumbramiento. Los médicos empezaron a ganar terreno a las comadronas a la hora de atender partos en casa. Esta entrada de los hombres a la atención al nacimiento tuvo como consecuencia la transformación progresiva del modo natural de dar a luz, en lo que hoy conocemos como parto medicalizado en las sociedades desarrolladas.

Mirando esto desde una perspectiva de género vemos que las mujeres han perdido, en parte, el control de los aspectos reproductivos. Los fenómenos de la reproducción humana son descritos desde la perspectiva médica con un “modelo de enfermedad” (disease) contemplando solamente los riesgos biológicos¹² que implican para la salud de la madre y el feto (centrándose en los aspectos tecnológicos y curativos), y dejando en un segundo plano las dimensiones psicológicas, afectivas, sociales, familiares y culturales que la comportan. Además, el paso de la asistencia domiciliaria de los partos a la asistencia hospitalaria no ha eliminado por completo los rituales; sino que estos han cambiado. Los rituales que ahora se realizan sistemáticamente han pasado de tener una dimensión social a ser rituales y procesos médicos que se realizan de manera automatizada sean necesarios o no. Por esto, la medicalización ha sido criticada por diversos organismos, ya que en algunas ocasiones compromete el derecho a la autonomía y a la capacidad de decisión y elección, dejando los deseos de las mujeres y sus familias a un lado frente a las prioridades de la organización asistencial. El modelo medicalizado mantiene además su tendencia de

atender con el mismo nivel de tecnología tanto los partos que conllevan algún riesgo añadido como los que son de bajo riesgo.

A raíz de esto, surgen dos perspectivas; los que defienden las estadísticas para probar que los peligros ligados al parto han disminuido. Por otro lado, han surgido críticas a este modelo, argumentando que las mujeres han perdido autonomía en los que se refiere a sus acontecimientos vitales.

A nivel nacional también en el año 2008 se puso en marcha la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud,¹³ que tiene como objetivo general, humanizar la atención al parto y, para ello, revisó las prácticas actuales y propuso eliminar intervenciones innecesarias, como la episiotomía, el rasurado, el enema o la postura horizontal en el parto. En ella, el Ministerio de Sanidad reconoce la buena práctica en materia de seguridad y calidad; pero en el aspecto de calidez hay una sensación de una necesidad de mejora. Con respecto a la posición materna durante el parto, esta estrategia establece una serie de recomendaciones, las más importantes serían permitir que la mujer adopte la posición que le resulte más cómoda tanto en la dilatación como en el expulsivo y capacitar a los profesionales de atención al parto en las diferentes posiciones. A raíz de esta estrategia, en Andalucía se ha impulsado, además, un proyecto de humanización en la atención perinatal (PHAPA); en el que propone¹⁴, el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, haciendo compatible el uso de la tecnología, que garantiza la seguridad de la madre y del bebé, con la participación activa de las mujeres y sus parejas. impulsando aspectos que conciernen a la esfera psicológica y social, para proporcionar un trato más respetuoso de los derechos, las expectativas y los deberes de las personas protagonistas. A pesar de todos estos esfuerzos y correcciones, estas directrices solo se han implantado parcialmente, especialmente en lo que a la postura materna se refiere.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia que nos muestran las recientes investigaciones y revisiones disponibles sobre las posturas en el parto.

- Describir tanto la postura vertical como la horizontal analizando las ventajas y desventajas que presentan ambas posiciones.
- Realizar un repaso de la evidencia disponible sobre las posturas verticales frente a la atención al parto en posición de litotomía.
- Analizar la repercusión de la posición vertical / horizontal con respecto a la contracción uterina, el dolor, la tasa de desgarros y episiotomías, el sangrado vaginal y la percepción materna.

METODOLOGIA

Este estudio consiste en una revisión bibliográfica actualizada sobre las distintas posiciones que puede adoptar una mujer a la hora de dar a luz a sus hijos, comparando la evidencia disponible sobre la práctica más extendida en nuestros hospitales (posición horizontal) y la posición que se ha llevado a cabo a lo largo de muchos siglos en nuestro mundo (posición vertical). Para la búsqueda bibliográfica se han utilizado las principales bases de datos disponibles en la biblioteca virtual de la universidad de Almería, a través de la herramienta INDAGA de dicha institución, como son: Scielo, Medline, PubMed, BioMed, CiberIndex, Cuiden y la Biblioteca Cochrane Plus; así como a través del buscador de la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas); además, de algunas fuentes secundarias, como libros y manuales, para la documentación histórica.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: parto vertical, fase de expulsivo, parto histórico, posición durante el parto, medicalización, humanización.

Los limitadores que se usaron fueron: artículos de una antigüedad inferior a 12 años, incluyendo artículos en castellano e inglés. Se incluyeron revisiones bibliográficas adecuadas a los objetivos, así como meta-análisis y otros trabajos originales de la Biblioteca Cochrane. Se descartaron 12 artículos científicos que no se adaptaban a los criterios de inclusión.

RESULTADOS

La multitud de posiciones que puede adoptar el cuerpo humano suele dividirse en dos conjuntos, las verticales cuando el ángulo que hace la línea que conecta los centros entre la tercera y quinta vertebra es superior a 45 grados y horizontal cuando es inferior a este.

Las posiciones verticales:

Estas posiciones en la fase de expulsivo suelen ir acompañadas de algún tipo de apoyo instrumental, tales como: sillas, banquetas, cojines, barras, etc. O bien puede ser también por el apoyo de personas. Hay diferentes posiciones que se incluyen dentro de la verticalidad, las cuales se describen a continuación¹⁵:

- La posición sentada, definida por el apoyo glúteo y la posición vertical de la espalda con las rodillas dobladas. Esta posición puede darse en la cama, con el apoyo de una persona acompañante o en una silla o taburete, ver anexo 2, especialmente diseñado para ello.
- La posición en cuclillas, se diferencia de la sentada en la ausencia de apoyo glúteo durante el esfuerzo del expulsivo. El peso del cuerpo recae sobre los pies o las rodillas más o menos flexionadas, y puede haber apoyo en los brazos.
- La posición de pie es similar a la de cuclillas, pero con las piernas en extensión.
- La posición de rodillas tiene el apoyo en las rodillas o pies usando almohadas como apoyo. En esta posición puede haber dos variantes en función de donde se produzca el apoyo del peso del cuerpo. Si este se apoya sobre las manos se conoce como posición cuadrúpeda, y si lo hace sobre el pecho se conoce como genupectoral.

Investigadores españoles, expertos en paleo-fisiología, nos hablan en sus trabajos y publicaciones sobre los beneficios y justificación de la postura vertical en el parto. Juan Luis Arsuaga en su libro, *El primer viaje de nuestra vida*¹⁶, nos habla de la justificación anatómica de adoptar una postura vertical durante el parto al hablarnos de la compresión de la cavidad abdominal que ha de realizar la mujer en el transcurso del trabajo de parto. Esta compresión es imprescindible para la expulsión del feto, y para ello se suman tres acciones. La primera es el descenso del diafragma por medio de inspiraciones profundas y sostenidas, que actúan como el embolo de una jeringa ejerciendo presión vertical. La segunda es la contracción de los músculos abdominales. Y por último el acercamiento del esternón al pubis que reduce el espacio abdominal. Estos mecanismos que actúan como

una prensa abdominal se ven favorecidos con la posición vertical. Además, el eje pélvico no coincide con el del abdomen, sino que forma un ángulo en V, reduciéndose este al adoptar una posición agachada (cuclillas, sentada...) y acentuándose al máximo en posición tumbada (posición de litotomía). Por otro lado, la acción de la gravedad favorece más al feto en posición vertical que en decúbito supino. Otra autora, Ana Mateos Cachorro también nos habla en su libro *Maternidad y parto*⁶, sobre el máximo movimiento y extensión de la pelvis que aporta la posición vertical. Además, la eficiencia de los músculos abdominales utilizados para empujar también es máxima en esta posición, todo esto teniendo en cuenta a su vez que la posición vertical hace que intervenga en el parto a favor, la acción de la gravedad.

Ventajas de la posición vertical¹⁷:

- Efectos respiratorios: el que el peso del útero, con todo lo que posee en su interior en ese momento, no recaiga sobre los pulmones hace que la madre y el feto se oxigenen de mejor manera; además de aportar una mayor relajación a la madre al notar que puede respirar bien.
- Efectos de la gravedad: la acción positiva de esta fuerza favorece que el feto descienda y se encaje; además esta postura favorece una mejor acomodación y progresión del feto por el ángulo de dirección que adopta la pelvis¹⁸. En esta posición y junto a la fuerza de la gravedad con cada inspiración profunda el diafragma actúa a modo de prensa abdominal.
- Disminución de los riegos de compresión de la arteria aorta y la vena cava, lo que conlleva una mejora en los resultados ácido-base del recién nacido. La compresión de estos vasos puede producir dos síntomas:
 - Síndrome supino hipotensivo: la compresión de la vena cava por el peso del útero produce una disminución del flujo sanguíneo, pudiendo producirse hipotensión.
 - Efecto Poseiro¹⁹ es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. Se disminuye el gasto cardíaco y el retorno venoso, produciéndose hipotensión arterial y además reducirse el aporte de oxígeno a la placenta.
- Disminuye la duración del trabajo de parto.
- La terminación espontánea es más frecuente.

- Se proporcionan beneficios psicoefectivos importantes para la madre, como la reducción del dolor, la sensación de libertad y de control y participación activa en el proceso de parto; lo que conlleva a una mayor satisfacción durante y después del parto.

Desventajas de la posición vertical¹⁷:

- Aparente aumento de la pérdida hemática durante el trabajo de parto con respecto a la posición horizontal.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales pueden resultar incómodas para el personal sanitario que no está acostumbrado a ellas, sin embargo, hay cantidad de sillas y bancos obstétricos para que tanto las matronas/ médicos como el personal sanitario se encuentre cómodo.
- La posición de cuclillas, que es la posición vertical más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no están acostumbradas a ella, ya que requiere una gran resistencia muscular el poder permanecer en cuclillas un largo periodo de tiempo.

Las posiciones horizontales²:

Son aquellas en las que el peso descansa sobre la espalda.

Posición decúbito supino, con la espalda apoyada completamente en horizontal o con alguna inclinación sobre dicha horizontalidad.

La posición de litotomía es la más frecuente en nuestro medio, es una variación del decúbito supino, pero con las piernas más o menos flexionadas, a veces colocadas sobre unos estribos.

La posición de cubito lateral o posición de SIMS tiene apoyo sobre uno de los flancos. El decúbito lateral izquierdo es muy utilizado para los partos en Reino Unido.

Ventajas de la posición horizontal¹⁷:

- Favorece la comodidad del profesional que atiende el parto, importante para su óptimo desempeño.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.
- La posición lateral disminuye las laceraciones del periné por un mejor control de la cabeza fetal².

Desventajas de la posición horizontal:

- El peso y el volumen que ocupan el útero impiden que el tórax pueda expandirse completamente, produciendo una ventilación inadecuada en la madre, lo cual en los casos más marcados puede repercutir en hipoxia fetal.
- Puede producirse el efecto Poseiro, provocando hipotensión materna y pudiendo provocar un defecto de irrigación en la placenta materna debido a la presión de los grandes vasos (arteria aorta y vena cava).
- Efectos mecánicos: la ausencia de gravedad hace que el parto se dificulte. El feto tiene que sortear la curvatura de los huesos de la espalda, subir para luego bajar, lo que aumenta la resistencia de las contracciones uterinas. En esta posición se disminuyen los diámetros pélvicos trasversos y anteroposteriores por lo que se entorpece la mecánica del parto.
- Efectos fisiológicos: la actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en esta posición.
- Esta postura no favorece la participación activa de la madre ya que ni siquiera puede ver como se está desarrollando el parto más allá de su abdomen, lo que puede producir cierta sensación de inseguridad o insatisfacción.

Posición	Ventajas	Desventajas
Vertical	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora la respiración de la madre al disminuir la presión sobre los pulmones. -Los efectos de la gravedad favorecen el descenso y encajamiento del feto. Además, hace que el diafragma actúe a modo de prensa abdominal con cada inspiración. -Disminuye la compresión de la v. cava y la a. aorta, lo que conlleva a una mejor circulación venosa de la madre y por tanto oxigenación del feto. - Disminuye la duración del trabajo de parto. - Beneficios psicológicos para la madre, como la reducción del dolor o la sensación de libertad y participación activas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aparente aumento de la pérdida hemática durante el trabajo de parto con respecto a la posición horizontal. -Incomodidad postural para la persona que está atendiendo el parto. -La posición en cuclillas puede causar molestias, ya que requiere una gran resistencia muscular que no todas las mujeres poseen.
Horizontal	<ul style="list-style-type: none"> -Favorece la comodidad del profesional que atiende el parto. -Disminuye el riesgo de pérdida hemática en comparación con la posición vertical. -La posición lateral, disminuye las laceraciones del periné por un mejor control de la cabeza fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> -El peso del útero puede hacer presión en los pulmones impidiendo una expansión completa de estos. -Compresión de la a. aorta y la v. cava con el peso del útero, pudiéndose producir hipotensión materna. -La usencia de gravedad hace que el feto tenga que sortear la curvatura de los huesos de la espalda para poder colocarse. Además, aumenta la resistencia a las contracciones uterinas.

Cuadro 1. Principales ventajas y desventajas de la posición horizontal y vertical.

Todas estas ventajas y desventajas que hemos comentado han sido recogidas en diversos estudios y revisiones bibliográficas.

Sobre las contracciones uterinas, en la revisión Cochrane ²⁰ sobre la posición y la movilidad de la madre durante el periodo de dilatación, se ha indicado que mantener por mucho tiempo el decúbito supino puede tener efectos adversos sobre las contracciones uterinas. Indicándose además que, son numerosos los trabajos que aportan pruebas claras e importantes de que caminar y otras posiciones verticales durante el periodo de dilatación reducen la duración del trabajo de parto, el riesgo de parto por cesárea y la necesidad de epidural; y no parecen asociarse con efectos negativos sobre el bienestar del feto o la madre.

Con respecto al dolor durante el parto y la necesidad de analgesia, hay algunos estudios que comparan la sensación de dolor que experimenta la madre tanto en posición vertical como en horizontal. En una revisión de Cochrane, estudios evalúan los beneficios de una postura diferente a la vertical durante el periodo de dilatación, la postura de manos/rodillas²¹. El uso de esta postura durante el trabajo de parto se asoció con una reducción significativa del dolor lumbar persistente que sufren algunas embarazadas sobre todo en el tercer trimestre y en especial en el parto. Encontramos que otro estudio aleatorizado controlado²², en el que participaron 147 mujeres, llevado a cabo en hospitales universitarios asociados a la Universidad de Toronto (Canadá), también demuestra que la postura de manos/rodillas en la primera etapa del parto reduce significativamente el dolor de la zona lumbar de la espalda. Un ensayo controlado aleatorio²³ con una muestra de 271 mujeres (las cuales se les asignó una postura arrodillada (n=138) o una posición sentada(n=133)) a las que se les pasó un cuestionario tras el parto, nos concluye que las mujeres que se expusieron a la posición de rodillas refieren una menor experiencia de dolor y una experiencia materna más favorable. En la revisión bibliográfica de la Iniciativa al Parto Normal de la FAME²⁴ (Federación de Asociaciones de Matronas de España), recogen que la posición vertical se asocia con una reducción del dolor y una disminución de la necesidad de analgesia. Debido a que la posibilidad de que la mujer pueda elegir la posición más cómoda para ella, hace que aumente el flujo de endorfinas, disminuyendo así la sensación dolorosa. En las posiciones verticales, sentadas y de rodillas se ayuda a reducir el dolor lumbar de las contracciones y también disminuye la necesidad de analgesia. En otra revisión bibliográfica distinta,²⁵ nos muestra que diversos estudios midieron el dolor abdominal y lumbar durante la contracción y la dilatación, y

observaron que el dolor lumbar es significativamente menor en posición vertical; sin embargo, no se encontraron diferencias importantes para el dolor abdominal.

Por otro lado, cuando hablamos de la tasa de episiotomías y la aparición de desgarros de segundo y tercer grado hay variedad de resultados y de artículos. En varias revisiones Cochrane^{26,27} se concreta que en los partos en los que la mujer adopta una posición vertical aparece un número menor de episiotomías, concretamente con el uso de la postura de cuclillas o una banqueta de partos, sin embargo, ocurrieron más desgarros perineales de segundo grado en comparación con la posición de litotomía. No obstante, en esta revisión las mujeres asociadas al uso del cojín de partos, además de sufrir una menor tasa de episiotomías también sufrió una menor tasa de desgarros de segundo grado en comparación con la posición de litotomía. Son varios los ensayos y estudios que hicieron un análisis relacionando los desgarros perineales y anales en el parto teniendo en cuenta la postura adoptada por la madre durante el parto. Un meta-análisis²⁸ sobre las posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales concluye también que en las posturas verticales se reducen de manera significativa el número de episiotomías a expensas de aumentar los desgarros perineales (aunque no en multíparas ni con la silla de partos, en este grupo se reduce tanto la episiotomía como los desgarros). Si comparan la posición de rodillas frente a la de sentada, el número de perinés intactos es mayor y de episiotomías es menor en el grupo de mujeres que adoptan una posición de rodillas. Un estudio²⁹ con 270 mujeres, de las cuales el estudio se completó con 106 mujeres adoptando la posición de rodillas durante el parto y 112 adoptando una posición sentada, concluye que el mantenimiento del periné intacto fue más común en el grupo de mujeres que adopta la posición de rodillas. Además, las laceraciones del esfínter anal ocurrieron en el grupo de mujeres que realizó su parto en posición sentada, mientras que en el grupo de rodillas no hubo ninguna laceración anal. Otro estudio³⁰ observó la producción de desgarro anal en 449 mujeres con partos vaginales no instrumentales. Este desgarro fue más frecuente en mujeres primíparas que en multíparas, además la mayor proporción de desgarro anal se produjo en mujeres que dieron a luz en posición de litotomía, seguidamente de las mujeres que dieron a luz en posición de cuclillas. Aparte de la posición, este estudio concluye que aparte de a posición durante el parto otros factores de riesgo para el desgarro anal son la primiparidad, el peso del bebé mayor a 4 kilos y la circunferencia de la cabeza del bebé. En un estudio descriptivo retrospectivo³¹ con una muestra de 510 mujeres con un embarazo simple y sin complicaciones, sus resultados nos

muestran que la laceración del periné es más probable cuando el parto se produce en posición de litotomía, además nos muestra como factores protectores del trauma perineal los masajes perineales, la aplicación de compresas calientes y el parto en posición lateral. Por último, un ensayo clínico³² no aleatorio comparó a 198 mujeres con bajo riesgo obstétrico, de las cuales 100 tuvieron un parto en posición supina y 98 en posición no supina (sentado, de rodillas o en cuclillas). Los resultados muestran que las mujeres que dieron a luz en posiciones verticales muestran un menor desgarro perineal y menos edema en la vulva.

Con respecto al sangrado vaginal, son varias las revisiones que recogen una pérdida sanguínea mayor en la posición vertical que en la supina. Esta pérdida según la revisión Cochrane²⁶ sobre la posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto suele ser mayor de 500ml. En otro meta-análisis³³ en el que compara la posición vertical con la horizontal recoge que una menor pérdida de sangre y hemorragia postparto se estima en la posición supina; sin embargo, también nos advierte de que encontraron muchos problemas metodológicos en los ensayos y reconocen la necesidad de estudios más rigurosos y detallados.

Por último, hablar de los puntos de vista de las mujeres sobre las diversas posiciones para el parto. Para la promoción de un parto normal y la protección de la mujer³⁴, un estudio recomienda la libre circulación de la parturienta, contando en todo momento con el apoyo de los trabajadores; evitando las restricciones en los movimientos la mujer experimenta una mayor sensación de libertad. En otro estudio cualitativo³⁵ que entrevistó a mujeres después de su experiencia materna encontró que el consejo dado por la matrona fue el factor más importante que influyó en la elección de la posición a adoptar durante el parto.

DISCUSIÓN

Las evidencias científicas disponibles no presentan la posición supina como de elección en el proceso de parto. Los riesgos que hemos encontrado relacionados con la seguridad de la madre, tales como el aumento del sangrado en la posición vertical no son significativos ni valorables, ya que en la mayoría están basadas en las estimaciones de los clínicos que atienden el parto, pero no en analíticas sanguíneas u otras pruebas. Es algo observado, sin embargo, deben realizarse más estudios que midan el nivel de hemoglobina o hematocrito antes y después del parto, o bien la medición directa de la pérdida sanguínea, para contrastar esta información y comprobar realmente si la pérdida de sangre es mayor. Respecto al resultado del traumatismo perineal, se halla una tendencia mayor al desgarro en las posiciones verticales y una menor frecuencia de episiotomía, sin embargo, habría que matizar este resultado ya que la episiotomía es una intervención llevada a cabo por los investigadores del estudio, pudiendo esta intervención hacer que los resultados del estudio varíen.

Respecto a la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en esta revisión hay que señalar que los estudios analizados contienen una población muy concreta, en la mayoría de ellos hay ausencia de patología materna y fetal (alteraciones del ritmo cardíaco fetal) y/o dificultades obstétricas (ausencia de partos instrumentales). Por lo tanto, para otras circunstancias diferentes serían necesarios nuevos estudios para ampliar recomendaciones.

Respecto a las posiciones adoptadas por la mujer durante el periodo de dilatación, actualmente no hay un consenso, dependiendo del tipo de centro donde la mujer va a dar a luz se siguen unas normas u otras, en países desarrollados es más frecuente pasar el trabajo de dilatación y parto en la cama, aunque también encontramos diferencias dentro del mismo país entre los distintos hospitales. Incluso dentro de nuestra propia provincia podemos encontrar diferencias en la práctica llevada a cabo en los dos principales centros. En el hospital de la Inmaculada, por ejemplo, la madre tiene la posibilidad de elegir si quiere dar a luz de manera horizontal o vertical siempre y cuando no haya ninguna complicación. Disponen de varios métodos alternativos a la clásica posición de litotomía. Por otro lado, en el hospital Torrecardenas la fase de expulsivo únicamente se lleva a cabo en posición de litotomía. Sin embargo, no existen evidencias de que esta práctica sea la más conveniente para la madre o el feto. Es imposible que haya un consenso a nivel estatal si ni siquiera en hospitales que se encuentran cerca a nivel geográfico y que comparten el

perfil de las madres usuarias hay una práctica común. Esta falta de consenso sobre la postura más adecuada, puede deberse en gran medida al uso de la analgesia epidural en muchos partos. Los estudios sobre posiciones no nos aclaran si es posible mantener la postura vertical bajo los efectos de la analgesia epidural, ya que en ellos no se especifica correctamente el tipo de fármacos, momentos y vías de administración de dicha anestesia. De ahí que no haya consenso sobre el mantenimiento de la verticalidad bajo los efectos de dicha anestesia. Cabe destacar la falta de evidencia sobre el mejor tipo de anestesia para acompañar a los partos en posición vertical; por ello, se deben promover estudios que comparen las distintas modalidades de anestesia en mujeres que decidan parir en vertical.

Además de la anestesia epidural, también influyen muchos factores, como la comodidad del asistente, partos muy medicalizados y el desconocimiento de la mujer. El derecho a la participación de la parturienta en la toma de decisiones no se ejerce plenamente por que no siempre se las informa sobre el derecho a decidir que tienen, Así mismo tampoco se evalúan sus expectativas ni se las informa sobre los planes u opciones que tienen durante el parto. Por ello, en nuestro país han surgido las diversas estrategias para la atención del parto, de manera que podamos asegurar una atención más personalizada a cada mujer, centrada en sus expectativas y necesidades. Se trata de empoderar a las mujeres en sus derechos asistenciales. La matrona debe proporcionar a la mujer y a sus familias durante el control prenatal todas las opciones posibles para el proceso de nacimiento, para que así se puedan planificar el tipo de atención al parto que desea y tomar decisiones informadas. Esto es un importante punto, ya que actualmente todo el mundo tiene acceso a gran cantidad de información gracias a internet, lo que en gran mayoría de ocasiones puede llevar a la desinformación y a la toma de malas decisiones. Por ello, es mejor que las futuras madres obtengan la información de fuentes fiables como son los profesionales sanitarios y las guías editadas por organismos oficiales; para que las decisiones sobre las practicas que van a utilizarse en el momento del parto sean fruto del consenso entre la futura madre y el equipo de profesionales. Para que la información sea de calidad y la decisión sea tomada teniendo en cuenta la evidencia disponible, es necesaria la realización de más ensayos sobre la satisfacción de la madre y el profesional. Estos ensayos deben usar protocolos bien diseñados que además deberían incluir medidas para valorar la habilidad, confianza y actitudes de las matronas y obstetras que participan en los estudios.

CONCLUSIONES

- La conclusión principal de esta revisión es que no hay diferencias significativas en la seguridad entre las posiciones verticales y las horizontales durante la fase de dilatación y expulsión del parto. A excepción de una mayor pérdida sanguínea y el aumento de los desgarros en algunas ocasiones, no se han demostrado otros efectos nocivos del parto en posición vertical. Además, los aspectos subjetivos suelen beneficiar a las posiciones verticales. Por lo tanto, los servicios sanitarios deberían facilitar que la mujer pueda elegir la posición que le resulta más cómoda.
- No obstante, las ventajas de las posiciones verticales con respecto a las horizontales quedan demostrados en términos fisiológicos (respiración/ventilación del feto y la madre, acción de la gravedad, etc.).
- Los estudios de los que se disponen actualmente no son suficientes para que esta práctica se implante con fuerza en la mayoría de los centros de atención al parto; por ello, sería necesario la realización de nuevos ensayos que tengan en cuenta numerosas variables que se encuentran sin investigar correctamente, tales como el uso de anestesia epidural en la posición vertical, el sangrado, el desgarro perineal. Además de la realización de estudios subjetivos que recojan las perspectivas y sentimientos de los padres.
- La atención al parto en nuestro país es muy segura para el feto y para la madre; sin embargo, puede ser mejorada eliminando el uso de prácticas innecesarias y promoviendo el uso de prácticas basadas en la mejor evidencia disponible; potenciando el protagonismo de las mujeres y sus familias para así humanizar y dignificar la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lailla Vicens JM. Conceptos y causas del parto. En: González Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabré GE, González BE Obstetricia. Barcelona: Elsevier Masson; 2006. p.285.
2. Definición de parto normal - FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. Federacion-matronas.org. 2016 [cited 1 May 2016]. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>.
3. Cunningham G, MacDonald P, Gant N F, Leveno J, Gilstrap L C. Williams obstetrics. 19 ed. Connecticut: Appleton and Lange de Norwalk publishers, 1996.
4. Lugones Botell Miguel y Ramírez Bermúdez Marieta. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología [online]. 2012, vol. 38, nº 1, p.134-145. ISSN 0138-600X.
5. Calderón, J., Bravo, J., Albinagorta, R., Rafael, P., Laura, A., & Flores, C. (2015). Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Revista Peruana De - Ginecología Y Obstetricia, 54(1), 49-57. Recuperado de <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1083>.
6. Mateos Cachorro A, Barros del Río C, Palazuelos Blanco E. Maternidad y parto. [Valladolid: Junta de Castilla y León; 2010].
7. Medicus Mundi. Atención del parto con adecuación intercultural [Internet]. YouTube. 2016 [cited 26 May 2016]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=sfxCsXir3Fw>
8. Oliver Reche M. Venir al mundo en la comarca de los Vélez a mediados del siglo XX. Almería: Instituto de Estudios Almerienses; 2009.
9. Dunham C. Mamatoto. Barcelona: Plural; 1992.
10. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra E, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J et al. Medicalización de la vida (I). Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2011 [cited 12 May 2016];4(2):150-161. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011
11. Illich I, Zola I, McKnight J, Caplan J, Shaiken H. Profesiones inhabilitantes. Madrid: H. Blume Editores; 1981.

12. María Isabel O. Empoderamiento e interculturalidad en el proceso de Maternidad. In: González J. Barquero González A, González Losada S, Higuero Macías J, Lagares Rojas, ed. by. Guía Orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza en Andalucía. 1st ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2007. p. 243-253.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2007 p. 10 - 30.
14. González J. Barquero González A, González Losada S, Higuero Macías J, Lagares Rojas, ed. by. Guía Orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza en Andalucía. 1st ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2007.
15. Cuerva Carvajal A, Márquez Calderón S. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Revisión sistemática de la literatura [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2006. Informe 13/2006. [URL:http://www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA](http://www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA).
16. Arsuaga J. El primer viaje de nuestra vida. Madrid: Temas de Hoy; 2012.
17. Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planificación y Desarrollo en Salud. La posición tradicional de atención al parto (parto vertical), en los servicios de salud. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
18. Calais-Germain B., Meléndez Rusiñol J. El Periné femenino y el parto. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo; 1998.
19. Efecto Pose [Internet]. Scribd. 2016 [cited 6 May 2016]. Available from: <https://es.scribd.com/doc/62529973/Efecto-Pose>
20. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;.
21. Hunter S, Hofmeyr G, Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007.
22. Stremler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan A. Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor. Obstetrical & Gynecological Survey. 2006;61(5):294-296.

23. Ragnar I, Altman D, Tyden T, Olsson S. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions—a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006;113(2):165-170.
24. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Iniciativa al parto normal. Federación de Asociaciones de Matronas; 2006 p. 75-81.
25. Riquelme R, Gutiérrez M, Lagares F, Lorite C, Moore T, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto - Sumarios - FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. *Federacion-matronas.org*. 2016 [cited 3 April 2016]. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7054/173/influencia-de-las-posiciones-de-la-mujer-sobre-distintos-parametros-en-el-proceso-del-parto>
26. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
27. Gupta J, Nikodem C. Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2000;92(2):273-277.
28. Santiago Vasco M, Béjar Poveda C. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas Profesión* [Internet]. 2015 [cited 13 April 2016];16(3):90-95. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/19645/173/metaanalisis-sobre-posturas-maternas-en-el-expulsivo-para-mejorar-los-resultados-perineales>
29. Altman D, Ragnar I, Ekström Å, Tydén T, Olsson S. Anal sphincter lacerations and upright delivery postures—a risk analysis from a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*. 2006;18(2):141-146.
30. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(10):1266-1272.
31. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. Getting Through Birth in One Piece. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2007;32(3):158-164.

32. Terry RR, Westcott J, O'Shea L, Kelly F. Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106(4):199-202.
33. . De Jonge A, Teunissen T, Lagro-Janssen A. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004;25(1):35-45.
34. Romano ALothian J. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 2008;37(1):94-105.
35. De Jonge A Lagro-Janssen A. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2004;25(1):47-55.

ANEXOS

Anexo I. Iconografía del parto



Imagen 1. Estatua femenina de Çatal Hüyük. Estatua de arcilla de 20 cm de autor desconocido. 5570 años a.C. Museo de las Civilizaciones Anatólicas, Ankara.

La figura muestra a una mujer sentada con los brazos apoyados sobre las cabezas de dos felinos. Entre sus piernas aparece la cabeza de un niño, representando claramente un parto. Esta es una de las muchas versiones que se han encontrado de la Diosa madre, símbolo de la fertilidad.



Imagen 2. Venus de Willendorf, Austria, 11.5 cm de altura, 30.000 a 25.000 años a. C. Se encuentra en el museo de historia natural de Viena.



Imagen 3. Venus de Lespugue, Francia, 14,7 cm, de marfil de mamut, tallado entre 24.000 a 26.000 años a.C. Se expone en el Museo del Hombre de París.



Imagen 4. Venus de Laussel, Francia. 25.000 a.C. Grabado de una altura de aprox. 50 cm, en caliza. Fue encontrada en la cueva de Laussel cerca de localidad de Marquay en Francia.

Estas tres figuras nos muestran el cuerpo de una mujer, con sus atributos femeninos representados de una manera más abultada, quizás representado la fertilidad de estas.



Imagen 5. Diosa Tlazolteotl dando a luz. Siglo V a.C. Estatua fabricada con Aplita de 20 cm de altura. Forma parte de la Colección Pre-colombina Dumbarton Oaks Research Library and Collection, Washington, DC.



Imagen 6. Huaco cerámico de la cultura moche en Perú. 4000 – 2000 años a.C. Museo Rafael Largo Herrera en Lima (Perú).

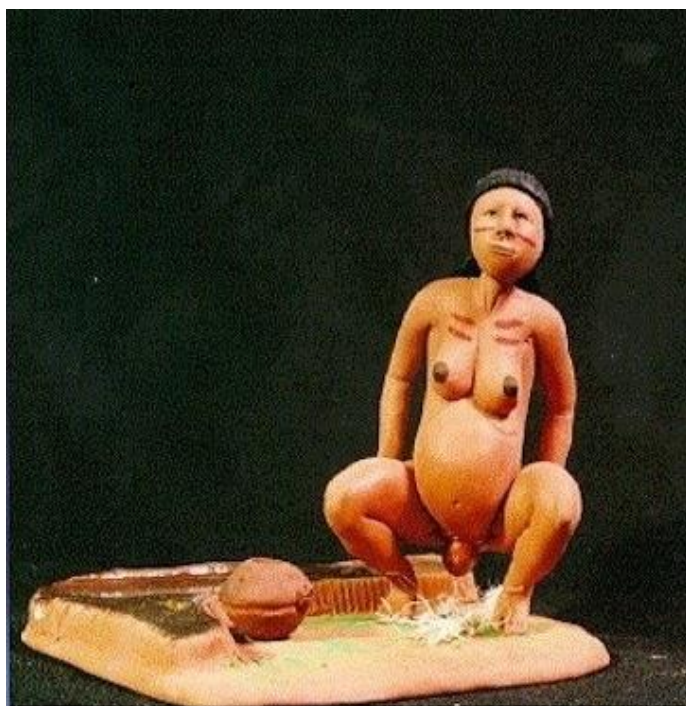


Imagen 7. Pachamama cerámica. Diosa de los pueblos andinos autóctonos. Desenterrada en Villa las Rosas, Salta (Argentina).



Imagen 8. Mujer de parto en el Mesjenet, templo de Kom Ombo.



Imagen 9. Relieve en terracota procedente de la tumba de una comadrona. En la imagen podemos ver la labor de la comadrona y su ayudante, así como constatar el empleo de la silla obstétrica. 500 – 400 años a.C.



Imagen 10. Reconstrucción de un parto tradicional. Museo de Medicina Tradicional de Chapa (México).

Anexo II. El taburete de partos

Consiste en un taburete con forma de herradura, que puede dejar libre el coxis y el periné, se le suele poner una cuña o plato de acero inoxidable debajo para recoger restos y la placenta. Pueden variar desde un modelo simple a otros más sofisticados. Cuanto más bajo le venga a la mujer más se asemeja a la postura de cuclillas y contra más alto a la posición sentada. Su diseño debe permitir que la mujer mueva su coxis libremente para encontrar la posición más cómoda en cada momento.

Dentro de la posición de base, en la que la mujer permanece sentada en posición de cuclillas sobre el taburete de partos, en posición vertical y con los glúteos apoyados sobre el acolchado, existen varias posiciones para que la mujer se acomode. La gestante, puede permanecer con el tronco apoyado sobre su acompañante inclinada hacia atrás unos 30° aproximadamente contando con un apoyo seguro que le permitirá descansar. También puede adoptar esta misma posición pero con el tronco de la mujer inclinado hacia adelante, buscando el apoyo de la parte superior del tronco sobre la cama o el acompañante.

El uso de la silla de partos se asocia a numerosas ventajas frente a la posición supina, ya que, está especialmente indicada para ampliar los diámetros pélvicos, favorecer el descenso, la rotación y el encajamiento de la presentación fetal, aumentar la eficacia de las contracciones y favorecer la verticalidad y la acción de la fuerza de la gravedad.

No obstante, no se aconsejan largos periodos de tiempo (horas), sentada en la silla sin movilización, ya que aumenta la posibilidad de edema y congestión perineal y con esto la de desgarro perineal en el expulsivo.

Durante el momento de la expulsión fetal la presentación se encuentra ya en cuarto plano, se debe cuidar que ni la parte baja del sacro ni el coxis se apoyen en el taburete para facilitar la ampliación del estrecho inferior de la pelvis femenina.

Como requisito para su uso se deberán dar las siguientes condiciones:

- Como es obvio, que la mujer quiera usarlo.
- El registro cardiotocográfico debe seguir un patrón normal, ya que es difícil la monitorización continua y se hará en periodos ventana.
- La mujer no deberá tener bloqueo en las piernas (debido a analgesia epidural o raquídea).

- Si el registro cardiotocográfico es normal a pesar de ser un parto estimulado y/o el líquido amniótico está algo teñido la mujer puede usar el taburete cuando tenga deseos de pujo, empujando sentada en él y realizar la expulsión del feto y la placenta, haciendo la matrona escuchas frecuentes del corazón fetal.

Ventajas:

- Mayores diámetros pélvicos.
- Menor número de partos instrumentales.
- Menos número de episiotomías.
- Menor dolor en el expulsivo.
- Menores patrones anormales de Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Mayor libertad de movimientos.
- Mayor sensación de confort.
- Ayuda de la gravedad.
- Contracciones de mayor intensidad.
- Alivio de la zona lumbar durante la dilatación.

Inconvenientes:

- Mayor número de desgarros perineales.
- Sobreestimación del sangrado
- Dificultad para la recogida del registro cardiotocográfico continuo.



Imagen 1. Taburete de partos que consta de un asiento a la espalda de la madre para que la pareja pueda ayudarle con los pujos y una liana para el mismo fin. Hospital de la Inmaculada de Huércal- Overa (Almería).



Imagen 2. Taburete de partos del Hospital de la Inmaculada de Huércal-Overa, al que han acoplado un sillón detrás.

-
1. María Cristina M. El taburete de partos: utensilio ideal a redescubrir. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*. 2015;3:4-9.
 2. Lucía M, Maialen O, Ana María L, Eva T. La silla de partos. Un recurso acompañante de la verticalidad en el parto. *ROL de enfermería*. 2015;38(6):26-32.