



BIOCIENCIAS

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud

Vol. 3- año 2005

SEPARATA



POSICIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO. ALTERNATIVAS A
LA POSICIÓN GINECOLÓGICA.

Elena Benito González

Maribel Rocha Ortiz

Universidad Alfonso X el Sabio

Facultad de Ciencias de la Salud

Villanueva de la Cañada

© Del texto: Elena Benito González, Maribel Rocha Ortiz

marzo, 2005.

http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV05_003.pdf

© De la edición: BIOCENCIAS. Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad Alfonso X el Sabio.

28691, Villanueva de la Cañada (Madrid).

ISSN: 1696-8077

Editor: Susana Collado Vázquez ccsalud@uax.es

No está permitida la reproducción total o parcial de este artículo, ni su almacenamiento o transmisión por cualquier procedimiento, sin permiso previo por escrito de la revista BIOCENCIAS.

POSICIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO. ALTERNATIVAS A LA POSICIÓN GINECOLÓGICA

M^a Elena Benito González

Fisioterapeuta. Profesora de Metodología Fisioterápica prácticas. Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad Alfonso X el Sabio

Maribel Rocha Ortiz

Fisioterapeuta. Profesora de Metodología Fisioterápica prácticas. Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad Alfonso X el Sabio

Dirección de correspondencia: M^a Elena Benito González. Universidad Alfonso X el Sabio.

ebenigon@uax.es

Resumen:

La habilidad de una mujer para poder moverse durante el parto y escoger su propia postura resulta beneficiosa. La actividad proporciona distracción ante la incomodidad, un sentimiento de mayor libertad personal y la oportunidad de disminuir la tensión muscular que aumentaría el dolor. Cuando las mujeres dan a luz sin restricciones, encuentran varias posturas que pueden resultar cómodas y cambian dichas posiciones con frecuencia escuchando las propias señales de su cuerpo.

Actualmente, la mujer no siempre puede elegir. La posición ginecológica es la más extendida, pero se pueden hacer pequeños cambios que contribuirían a aumentar su eficacia.

Palabras clave: parto, posición ginecológica, postura, dolor.

Abstract:

A laboring woman's ability to move and choose her own position is beneficial. Activity provides distraction from discomfort, a sense of greater personal freedom and a chance to release the muscle tension that can increase pain. When laboring on their own without restriction, women find many comfortable postures and they will change these positions frequently listening to their own body signals.

Nowadays, women do not always have an election. Lithotomy position is the most extended, but some changes can be made in order to improve its efficiency.

Key words: labor, lithotomy position, position, pain.

INTRODUCCIÓN:

Imágenes a lo largo de la historia, y en diversas culturas, muestran a las mujeres en diferentes posturas durante el parto, posturas que iban alternando con otras en el transcurso del mismo según los dictados de su instinto (1).

Las escasas referencias que a través de la antropología u otras fuentes se han podido recoger, colocan a la mujer en posición vertical a la hora de parir. En Egipto parece ser que se paría de rodillas o con las mujeres sentadas en sillas especiales. En la época de Hipócrates de Grecia existían sillas de parto con asiento abierto y respaldo inclinado. En el Imperio Romano la mujer daba a luz sentada en un sillón obstétrico.

Cuando Cristóbal Colón llegó a América tuvo ocasión de entrar en contacto con las culturas precolombinas, donde la posición vertical seguía siendo la dominante, bien fuera en cuclillas, arrodillada o sentada.

En los siglos XIII, XIV y XV en Europa no hay grandes cambios, y las referencias bibliográficas hablan de sillas de partos. En el siglo XVII se produjo la muerte de María de Medecis durante el parto y como consecuencia la partera real francesa fue sustituida por Julien Clement, primer cirujano partero de la historia, quien introdujo la posición horizontal para beneficio del obstetra. En el siglo XVIII Francois Mauriceau, partero de la corte del rey de Francia en esa época, escribió un libro proclamando los beneficios de la postura horizontal y desde Francia la práctica se extendió al resto de Europa e incluso a Estados Unidos. A partir de aquí aparecen opiniones contradictorias al respecto y estas diferencias persisten en la actualidad (2).

Hoy en día, la mayoría de las mujeres en las sociedades occidentales dan a luz en decúbito supino o en posición de litotomía. Se argumenta que esta posición posibilita a la matrona y al médico una mejor monitorización del feto, y por tanto, garantiza un parto más seguro (3). Pero también esta técnica supone un inconveniente: la mayor inmovilidad de la parturienta monitorizada, que pierde así parte de su protagonismo activo (4).

Desde diferentes espacios, se ha gestado una lenta reacción que incorpora antiguas y nuevas propuestas y que invita a la reflexión y los cambios. Cabe destacar en este aspecto las aportaciones de Lamaze, Frederic Leboyer o Michel Odent, cuyas ideas se resumen en el siguiente párrafo de Michel Odent: «a la mujer que está en trabajo de parto se la urge a confiar en lo que ella siente, a moverse como le parezca, a tomar, de manera espontánea cualquier posición. Puede caminar, sentarse, arrodillarse, apoyarse en alguien o en algo o también acostarse si eso le es cómodo. Cuando se les da esa libertad las mujeres raramente eligen la posición dorsal o la de semisentada por largos períodos de tiempo, porque simplemente no están cómodas».

POSTURAS ADOPTADAS DURANTE EL PARTO:

Existe una descripción pormenorizada relatada por Engelman en 1886 con más de 30 posiciones para parir, pero hoy en día la clasificación podría resumirse en estas posturas básicas (2)(Tabla 1).

Tabla 1.-Principales posiciones durante el parto.

| HORIZONTAL | VERTICAL | OTRAS |
|---|--------------|--------------|
| Decúbito supino: con miembros inferiores extendidos | De pie | Genupectoral |
| Decúbito supino: con miembros inferiores en doble flexión | Sentada | Cuadrupedia |
| Decúbito lateral: posición de SIMS | En cuclillas | Mixtas |
| Posición de litotomía o ginecológica | De rodillas | |

ASPECTOS INFLUENCIADOS POR LA POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO.

Existen diversos factores que se pueden modificar con un hecho tan sencillo como es la variación de las posturas durante el parto:

- Díámetros de la pelvis
- Eficacia de las contracciones uterinas
- Posición del feto
- Oxigenación fetal
- Duración del parto
- Intercambio de gases en la madre
- Dolor de espalda en la madre
- Pérdida de sangre
- Desgarros en el periné

- Uso de medicamentos (analgésicos, oxitocina)

- Estado psicológico de la madre

Con un análisis detallado de las posturas más usadas, aparte de la ginecológica, y tomando como base evidencias y estudios científicos se puede estudiar la lista anterior.

ANÁLISIS DE LAS POSTURAS MÁS USADAS:

•**Decúbito supino:** la mujer puede estar con las caderas en flexión máxima, lo que conllevaría una retroversión pélvica y una contranutación, beneficiosos ambos movimientos para el aumento del diámetro superior de la pelvis. Esta posición beneficia la primera fase del expulsivo, el encajamiento. Si la mujer está con las caderas en semiflexión posibilita ambos movimientos: anteversión/retroversión y nutación/contranutación (5).

En general las posiciones horizontales (en cualquiera de sus variantes) conllevan varios inconvenientes:

La saturación de oxígeno en el feto es menor que en otras posturas, como por ejemplo, el decúbito lateral (6, 7). Además parece ser que aumenta la tasa de partos que precisan ayuda instrumental y la realización de episiotomías, sin embargo, la pérdida de sangre durante el parto disminuye así como la posibilidad de hemorragias postparto (8).

•**Posición de pie:** la mujer puede inclinar el tronco hacia delante y colocarse así en una semiflexión de caderas, así puede realizar libremente los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación según la fase del expulsivo en la que se encuentre. Si se incorpora y se coloca totalmente en vertical, sus caderas se posicionan en extensión condicionando una anteversión pélvica y una nutación (5).

Esta posición mejora significativamente la eficacia de las contracciones uterinas (9). Los efectos de la postura materna en la contracción uterina durante el parto fueron estudiados en sus inicios por Caldeyro-Barcia en 1960, 1978 y 1979, Mendez Bauer en 1975 y 1976 y Miller y Roberts en los años 80. Los resultados de estas investigaciones ya probaron que la verticalidad y el decúbito lateral dotaban de mayor eficacia a las contracciones uterinas (10). La eficacia de esa contracción comprende varios aspectos:

- 1) Un aumento de la intensidad de dichas contracciones, al encontrarse favorecidas por la gravedad.

2) Una disminución significativa de la frecuencia de las contracciones uterinas en un alto porcentaje de mujeres.

3) Menos dolor y mayor comodidad (11).

4) Al resultar el parto más corto y las contracciones uterinas más soportables, se reduce la necesidad de uso de analgesia y oxitocina (12).

También se beneficia de esta postura el suelo pélvico, dato que queda reflejado en la disminución del número de episiotomías (12, 13).

Otra cuestión que no ha sido tan considerada como las anteriores, es que la posición vertical garantiza un mejor intercambio de gases en los pulmones maternos (14). Este hecho contribuirá a mejorar todavía más la oxigenación fetal, que ya de por sí es mejor que en las posiciones horizontales (15).

El único inconveniente que podríamos encontrarse a la postura, es la posibilidad del incremento en la pérdida de sangre por la madre, incluso superior a 500ml (16)(Tabla 2).

•**Decúbito lateral:** proporciona a la madre una gran libertad de movimiento en cuanto a los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación, simplemente variando el grado de flexión de la cadera contraria al lado de apoyo (5).

Puede ser una buena opción en caso de tener que parir en decúbito. La posición de SIMS (posición inglesa) es la que más va a favorecer. La parturienta descansa sobre el lado izquierdo, con la rodilla y el muslo derecho flexionados y levantados. En esta postura el periné se relaja y el sacro podrá desplazarse a fin de aumentar el tamaño de los estrechos: podrá hacer contranutación, aumentando así el estrecho superior (fase de encajamiento) o nutación, aumentando así el estrecho medio y el inferior (fase de descenso y de desprendimiento). Esto se consigue moviendo la pierna que queda arriba en todos los parámetros, con lo cual se facilita el paso del bebé por los distintos estrechos (2).

El trabajo del útero se ve facilitado contrayéndose con mayor intensidad y menor frecuencia que en decúbito supino. Los efectos del cambio de posición en la contracción uterina aparecen inmediatamente y duran tanto tiempo como se mantenga la posición (17).

La posición en decúbito lateral tiene otro efecto fundamental, ya que está asociada a la tasa más alta de

perinés intactos (66,6%) sin necesidad de realizar episiotomías (18)(Tabla 2).

•**Posición sentada:** como siempre tiene sus variantes adaptando los grados de flexión de cadera. Si la madre se encuentra con las caderas semiflexionadas (por ejemplo, sentada en una silla, mirando hacia el respaldo y apoyada en él, de forma que el sacro quede sin apoyo y con posibilidades de moverse), habrá libertad para producir los movimientos de anteversión/retroversión pélvica y nutación/contranutación según la fase del expulsivo. En cambio, si la mujer se halla con las caderas hiperflexionadas (por ejemplo, sentada en el suelo con flexión de caderas y rodillas) su pelvis se encontrará en retroversión y su sacro en nutación con el consiguiente aumento del estrecho inferior (fase de desprendimiento) (5). Las sillas de parto pueden ser una buena ayuda, pero recordando que su diseño básico debe permitir que la mujer mueva su pelvis libremente para encontrar la posición cómoda en cada momento.

Esta posición constituye un método efectivo para aliviar el dolor de la zona lumbar durante el período de dilatación (especialmente entre 6-8cm) (19).

La sedestación sigue conservando el mismo beneficio que proporcionaba la bipedestación en cuanto a la optimización de las contracciones uterinas (20) (Tabla 2).

•**Cuadrupedia:** si la espalda está horizontal (manos apoyadas en el suelo y codos en extensión), la cadera quedará en un grado de flexión moderada permitiendo todo tipo de movimientos (anteversión/retroversión y nutación/contranutación). En cambio, si la espalda está inclinada hacia delante (posición genupectoral), las caderas están más flexionadas con la consiguiente retroversión pélvica y contranutación del sacro (5).

Lo más destacado de esta postura es que, según algunos autores puede favorecer la colocación del feto cuando ofrece una presentación posterior (la parte posterior de la cabeza del bebé mirando hacia la espalda de su madre) en lugar de anterior (la parte posterior de la cabeza del bebé mirando hacia el pubis de su madre). Esto se asociará a más dolor, mayor duración y mayor bloqueo durante el expulsivo. Estudios al respecto han determinado que una postura en cuadrupedia mantenida durante unos 10min contribuye a que esa posición desaparezca (21, 1).

En cuanto al suelo pélvico, cabe decir que hay menos trauma perineal porque la gravedad aleja el peso y la presión del suelo pélvico y favorece el descenso fetal (Tabla 2).

•**Posición agachada o en cuclillas:** supone una retroversión pélvica y una nutación del sacro (5). La pelvis

aumenta sus diámetros tanto en un sentido anteroposterior como transversal, por lo que en general hará falta menos estimulación por oxitocina en los partos en esta posición, que serán también menos instrumentales.

Esta posición cuenta con los mismos beneficios que las otras posturas verticales (de pie, sedestación), con el inconveniente de que el mantenimiento de la postura se hace más duro para la parturienta. En este sentido se hace imprescindible la ayuda del compañero o el uso de sillas de parto de asiento bajo.

En cuanto a la protección del suelo pélvico, sin un buen apoyo (sillas de parto adecuadas), la posición supina resultaría más conveniente (22). Sin embargo, si tomamos las precauciones antes mencionadas, se reduce significativamente el número de desgarros perineales y la gravedad de los mismos, reduciéndose en consecuencia las episiotomías efectuadas (23) (Tabla 2).

Tabla 2. Principales ventajas de las distintas posturas.

| POSICIÓN | VENTAJAS |
|------------------|---|
| Decúbito supino | Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias postparto. Más cómoda para el obstetra. |
| De pie | Mayor eficacia de las contracciones uterinas. Mejor oxigenación fetal. Menor necesidad de analgesia y oxitocina. Menor tasa de episiotomías. |
| Decúbito lateral | Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal. |
| Sedestación | Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas. Alivia el dolor de la parte baja de la espalda. |
| Cuadrupedia | Menos trauma perineal ya que la gravedad aleja la presión del periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal. La elasticidad perineal es mayor en esta postura. |
| Cuclillas | Diámetros pélvicos aumentados. Necesaria menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales. Disminuyen las laceraciones perineales (si hay un buen apoyo del suelo pélvico). |

Como se ha podido observar por lo desarrollado anteriormente, hay pocas evidencias que apoyen el decúbito supino, especialmente en la primera fase del parto (desde el comienzo del mismo hasta la completa dilatación del cérvix). La única excepción es si la bolsa se ha roto sin que la cabeza fetal esté encajada, y aún así, en

cuanto se haya verificado que el encajamiento se ha producido, la mujer debería ser libre para elegir la postura que prefiera durante el parto. Cambiará la posición con frecuencia, ya que ninguna postura resulta cómoda por un largo período de tiempo.

POSICIÓN GINECOLÓGICA O DE LITOTOMÍA:

Aunque estaría incluida en el grupo de decúbito supino, es necesario estudiarla como entidad propia, especialmente cuando se trata de la postura rutinaria en nuestros días.

Ya en algunos hospitales se contempla la posibilidad de que la mujer establezca su propio plan de parto, pero esto no es lo habitual, y queda restringido a determinados grupos sociales y centros privados. Sería recomendable que las unidades hospitalarias adoptasen políticas flexibles respecto a las posiciones durante el parto y que se animase a médicos y a enfermeras a atender a las mujeres tanto en las posiciones de decúbito como en las otras propuestas. La realidad es que en la mayoría de los casos se sigue utilizando la posición ginecológica o de litotomía a pesar de que en las encuestas, las futuras madres consideran de vital importancia poder elegir la posición en el expulsivo así como poder caminar y moverse libremente durante la fase de dilatación (24).

Esta posición es la que se ha empleado habitualmente y hasta hoy desde el siglo XVIII en el mundo occidental. La mujer está en decúbito supino con los muslos y piernas flexionados sobre el cuerpo. Se trata de una posición algo incómoda que, aunque puede ser imprescindible para efectuar algunas maniobras obstétricas, puede ser modificada ventajosamente en el parto normal (4). Partiendo de la base de que la mayoría de los partos en España se realizan en esta posición es necesario comentar qué posturas facilitantes se pueden sumar a la posición de base, ya que modificando pequeños detalles se contribuye a facilitar las distintas fases del expulsivo (2) (Tabla 3).

Tabla 3. Posición ginecológica. Posturas facilitantes.

| FASE EXPULSIVO | POSTURA | LA PELVIS | EL FETO |
|--------------------------|--|--|---|
| 1ª parte: encajamiento | Flexión máxima caderas Separación y rotación externa de caderas (se juntan los isquiones, se abren los iliacos) Flexión tronco y cuello 20-30° | Retroversión pélvica Aplanamiento lumbo-pélvico Contranutación sacro Se abre estrecho superior | Finalizada la dilatación comienza el descenso por la excavación pélvica |
| 2ª parte: descenso | Flexión caderas unos 90° Separación y rotación interna de caderas (se separan los isquiones) Más incorporada | Pelvis libre Inicio nutación sacro Separación isquiones Contacto con el suelo pélvico (rotará cabeza) | El feto inicia la rotación cefálica guiado por la musculatura del suelo pélvico |
| 3ª parte:desprendimiento | Flexión caderas unos 90° Separación y rotación interna de caderas Más incorporada | Pelvis libre Isquiones separados Nutación sacro Retropulsión coxis Se abre estrecho inferior | Feto orientado hacia el hiato urogenital (periné anterior) |

CONCLUSIONES:

Aunque existen discrepancias en cuanto a las distintas posturas consideradas, y en las ventajas e

inconvenientes de las mismas, todos los autores parecen estar de acuerdo en que se debería animar a las mujeres a moverse, especialmente en los inicios del parto, ya que es una medida muy sencilla que puede facilitar su progreso y aumentar la comodidad de la mujer y su tolerancia al dolor, disminuyendo así la necesidad de anestesia y analgesia. Es por tanto una opción que conlleva muy pocos riesgos y muchos beneficios potenciales.

Mientras ese cambio de mentalidad se vaya produciendo, tanto en las mujeres como en los profesionales, se pueden introducir en la posición ginecológica algunas modificaciones que contribuyen a ampliar los estrechos de la pelvis según la fase del expulsivo en que se encuentre la parturienta.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fenwick L, Simkin P. Maternal positioning to prevent or alleviate dystocia in labor. Clin Obstet Gynecol 1987; 30(1): 83-9.
2. Amostegui JM. Curso de postgrado en fisioterapia obstétrica. Toledo: Universidad de Castilla la Mancha; 2002.
3. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD002006.
4. Carrera JM. Preparación física para el embarazo, parto y postparto. Barcelona: Médici; 1987.
5. Calais-Germain B. El periné femenino y el parto. Elementos de anatomía y bases de ejercicios. Barcelona: Los libros de la liebre de marzo;1998.
6. Carbonne B, Benachi A, Leveque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labor: effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. Obstet Gynecol 1996; 88(5): 797-800.
7. Nikolov A, Dimitrov A, Kovachev I. Influence of maternal position during delivery of fetal oxygen saturation. Akush Ginecol (Sofia) 2001; 40(3): 8-10.
8. De jonge A, Teunissen TA, Lagro-Janssen AL. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. J Psychosom Obstet Gynaecol 2004; 25(1): 33-45.
9. McKay SR. Maternal position during labor and birth: a reassessment. JOGN Nurs 1980; 9(5): 288-91.

10. Young D. Family-centered maternity care. In: Katz B. Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives. Phoenix: The Oryx Press; 1993. p.183-4.
11. Mendez Bauer C, Arroyo J, García Ramos C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, Villa Elizaga I, Zamarriego J. Effects of standing position on spontaneous uterine contractibility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 1975; 3(2): 89-100.
12. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Women's position during labor: influence on maternal and neonatal outcome. *Wien Klin Wochenschr* 2003; 115(19-20): 720-3.
13. Bomfim-Hyppolito S. Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 (supl 1): 67-73.
14. Buchacz P, Zielinski T, Sipinski A, Wilk M, Kucharzewski M. Spirometry parameters of women in various positions of delivery. *Ginekiol Pol* 2000; 71 (8): 911-4.
15. Braun T, Sierra F, Seiler D, Mainzer K, Wohlschlagel M, Tutschek P, Schmidt S. Continuous telemetric monitoring of fetal oxygen partial pressure during labor. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 270 (1): 40-5.
16. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position of women during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1): CD002006.
17. Roberts JE, Mendez-Bauer C, Blackwell J, Carpenter ME, Marchese T. Effects of lateral recumbency and sitting on the first stage of labor. *J Reprod Med* 1984; 29 (7): 477-81.
18. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth* 2002; 29 (1): 18-27.
19. Adachi K, Shimada M, Usui A. The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res* 2003; 52(1): 47-51.
20. Bouchetara K, Taleb AL. Position and delivery. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1987; 82 (3): 205-7.
21. Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands/Knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001063.

22. Allahbadia GN, Vaidya PR. Squatting position for delivery. *J Indian Med Assoc* 1993; 91 (1): 13-6.
23. Golay J, Vedam S, Sorger L. The squatting position for the second stage of labor: effects on labor and on maternal and fetal well-being. *Birth* 1993; 20 (2): 73-8.
24. Moneta J, Okninska A, Wielgos M, Przybos A, Szymusik I, Marianowski L. Patient's preferences concerning the course of labor. *Ginekol Pol* 2001; 72 (12): 1010-8.