



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**COMPARACIÓN DE LOS
BENEFICIOS DE LA POSICIÓN
VERTICAL DURANTE EL
PARTO FRENTE A OTRAS
POSICIONES.**

Autor/a: Ana Paniagua Torres

Tutora: Dra. Carolina González Hernando

Agradecimientos:

Me gustaría agradecer, en primer lugar, a la Profesora Dra. Carolina González Hernando, quien ha sido mi tutora en el Trabajo de Fin de Grado por ayudarme en todo momento, por no perder la compostura en ocasiones de nervios y correcciones del trabajo, pero sobre todo por iniciarme en el ámbito de la enfermería de investigación y fomento del personal frente a nuevas técnicas.

A mis padres, a mi hermano y a Mario Serrano González por guiarme siempre, especialmente cuando debía decidir y saber actuar ante distintas situaciones en las que tenía que ser ante todo positiva conmigo misma para que todo fuera bien, porque gracias a ellos he llegado hasta el final, y porque sin ellos no hubiese podido estar escribiendo estas palabras.

A mi familia, por apoyarme en cada ocasión y su buena disposición a la hora de corregirme en los momentos en los que estaba equivocada.

A mis amigas y a mis compañeros de carrera, por estar a mi lado cuando necesitaba una desconexión.

A la Facultad de Enfermería y profesores asociados, que han hecho posible que pueda llegar a ser una buena profesional y una buena enfermera con los pacientes.

RESUMEN:

En la actualidad existe evidencia científica que demuestra que la libertad de movimiento y cambio postural durante el parto es primordial para un parto y nacimiento fisiológicos. Este hecho se ha observado en distintas épocas y culturas a lo largo de la historia. Las matronas atendían los partos de manera intuitiva pero hoy en día, la asistencia al parto en España se realiza de manera que sea cómoda para los profesionales sanitarios más que para las propias madres. Se demuestra que los partos en posiciones verticales presentan mayores ventajas que los partos en posiciones horizontales. Debido a esto, las matronas deberían actuar en función de este conocimiento: aumentando su confianza y competencia para la asistencia a las mujeres en cualquier postura que elijan y creando un entorno que favorezca esa libertad de movimientos.

Objetivo: Señalar la importancia de la Humanización en la atención al parto normal como proceso natural y fisiológico, no como un proceso patológico o de enfermedad.

Método: Revisión bibliográfica y análisis crítico para describir cómo ha ido cambiando la posición de las mujeres durante el parto en distintas épocas y culturas, además de describir algunas de las posturas que se pueden adoptar durante el parto, con sus correspondientes ventajas e inconvenientes.

Conclusión: La atención al parto vertical conlleva menos complicaciones para la madre y el recién nacido frente a las posiciones horizontales. Se pretende concienciar a los sanitarios para que incorporen la evidencia científica sobre las mejores posiciones y así, realizar una humanización de atención al parto dando la elección a la madre.

Palabras clave: Parto, vertical, posición, humanizado y medicalización.

ABSTRACT:

Currently there is scientific evidence which demonstrates that the freedom of movement and the postural change during childbirth is essential for a birth and a physiological labor. During different periods and cultures throughout history, this has been observed as women attended birth intuitively. Thus, nowadays in Spain, childbirth assistance is performed by a comfortable way carried by health professionals. It is proved that births given in vertical positions have greater advantages than those in horizontal positions. Therefore, midwives should act accordingly with this knowledge: increasing their confidence and competence for assistance to women in any position which they chose and creating an environment which encourages the freedom of movement.

Objective: To highlight the importance of Humanization during childbirth with the aim of childbirth itself, will become a natural physiological process rather than being treated as a pathologic process and a disease.

Method: Through literature review and critical analysis, the aim is to describe how the position during childbirth changes during different times and cultures, as well as describing some of the positions that may be taken during labor according to their corresponding advantages and disadvantages.

Conclusion: Attention to vertical childbirth involves fewer complications for the mother as well as for the newborn in comparison with horizontal positions. The aim is to educate health professionals to change the methods when attending to a childbirth in lithotomy position and therefore, lead to a Humanization of the labor which will allow women to elect.

Key words: childbirth, vertical, position, humanized and medicalization.

Índice:

1. Introducción:	1
2. Objetivos:.....	2
3. Material y métodos:.....	3
4. Desarrollo del tema:	4
a) Evolución del parto a lo largo de la historia:	4
b) Medicalización del parto:	11
c) Diferentes posiciones durante el parto:	13
1. Mejores posiciones durante el parto:.....	13
1.1. Posiciones horizontales:.....	13
1.2. Posiciones verticales:.....	16
1.3. Otras posiciones:	20
5. Conclusiones e implicaciones para la práctica:.....	21
6. Bibliografía	22
7. Anexos:	26
a) Anexo 1: Etapas del parto:.....	26
b) Anexo 2: Criterios de riesgo obstétrico. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia:	27
c) Anexo 3: Diferencias: parto vertical frente al decúbito supino:	28
d) Anexo 4: Complicaciones en el Parto Vertical:.....	29
e) Anexo 5: Ventajas e inconvenientes de las diferentes posiciones para el expulsivo:.....	30
f) Anexo 6: Posiciones para facilitar y acelerar el parto.....	31

1. Introducción:

En España se sigue utilizando la posición de litotomía a pesar de las recomendaciones internacionales (OMS e Iniciativa a la Humanización del Nacimiento y la lactancia (IHAN))¹, la evidencia científica y las recomendaciones nacionales (Estrategia de Atención al Parto Normal). Estas últimas apuestan por un parto más humanizado, además de proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento ¹.

El proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, en consecuencia con las recomendaciones ofrecidas por la OMS y el Sistema Nacional de Salud, Federación de Asociaciones de Matronas de España y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)¹, se encarga de promover la atención del parto eutócico con una mínima intervención y respetando la opinión y decisiones de la parturienta y su pareja¹.

La OMS² ha sido la encargada de afirmar en 1985 que “no se recomienda colocar a la embarazada en posición de litotomía durante la dilatación y expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo” ², después de esto rectificó, en 1996, sobre la seguridad del parto vertical y que la mujer será la encargada de decidir cómo será el parto, no lo harán los sanitarios ³.

Durante la historia de la humanidad, las diferentes posiciones adoptadas en el parto por las mujeres han ido cambiando hasta la posición que más se practica en la actualidad. Antes, durante el parto la mujer tenía mucha movilidad previamente y durante el período expulsivo, y la mayoría, como muestran en las imágenes de pinturas y figuras de la antigüedad, eran partos donde abundaba la verticalidad. Con el desarrollo de la ciencia, durante los últimos años, la mayoría de las mujeres adoptan la posición de litotomía durante el parto ya que es la posición más cómoda para los asistentes al mismo (médicos o matronas) con el fin de garantizar el control del bienestar fetal ⁴⁻⁷.

En los últimos años se ha investigado sobre los beneficios e inconvenientes de la posición de litotomía y la posición vertical y se ha llegado a la conclusión de que la posición vertical tiene muchas ventajas, sobre todo fisiológicas al facilitar la expulsión del feto además de disminuir los riesgos del parto ^{5,6}.

Los servicios de atención al parto han cambiado mucho en los últimos años por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁸, aunque en la actualidad la asistencia al parto se centra en la pasividad y horizontalidad, además de ser una técnica muy medicalizada. La OMS propone las nuevas recomendaciones y que así la posición del parto sea de nuevo elegida por la mujer ^{4,8}. En Europa se está intentando devolver ese derecho, pero España se ha quedado fuera de Europa en ese avance, ya que en lo que se refiere a la asistencia al parto sólo se centra en el control de la mujer en el parto y en acelerar este proceso, pero ello presenta consecuencias negativas en la mujer, ya que es más invasivo y doloroso ^{8,9}; el grado de intervencionismo es excesivo, únicamente en algunas comunidades y clínicas privadas permiten el parto natural a las mujeres que lo soliciten, pero actualmente el personal sanitario sólo está preparado para el parto intervencionista y no para el parto natural por lo que aún en estas clínicas se sigue sometiendo a las mujeres a distintas prácticas innecesarias, a la vez que nocivas para la madre y el recién nacido ^{8,9}.

Con esta revisión bibliográfica se pretende buscar la evidencia científica sobre las mejores posiciones de la madre para el parto, comparar las posiciones verticales y de litotomía, demostrar los beneficios tanto para la madre como para el recién nacido de las posiciones verticales y, por último, concienciar al personal sanitario de que existen otras posiciones además de la litotomía que son favorables.

2. Objetivos:

Objetivo general:

- Comparar las posiciones de litotomía durante el parto versus otras posiciones que permiten mayor movilidad y confort a las mujeres.

Objetivos específicos:

1. Describir las diferentes posiciones de la mujer durante el parto.
2. Analizar los beneficios e inconvenientes de las posiciones para el parto, tanto para la madre como para el recién nacido.
3. Proponer cambios en las posiciones durante el parto para mejorar la atención y humanización en este proceso.
4. Sensibilizar a los profesionales implicados en la atención al parto sobre la elección de la posición para mejorar la calidad asistencial del parto.

3. Material y métodos:

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica y análisis crítico de la literatura científica sobre las diferentes posiciones adoptadas en el parto. Se trata de una investigación centrada en el problema actual sobre las cualidades que presentan unas y otras posiciones para el parto, así como las complicaciones y beneficios.

La **descripción de la población** estudiada son todas las mujeres gestantes a término candidatas a tener un parto normal.

Los **criterios de inclusión** de la población en el que se basan los estudios son:

- Mujeres gestantes candidatas a tener un parto normal.
- Mujeres que no han tenido complicaciones durante el embarazo.
- Embarazos a término.

Las **fuentes documentales** utilizadas han sido documentos primarios, secundarios e incluso terciarios obteniendo información sobre protocolos relacionados con el parto eutócico.

Las **fuentes de información** han sido: buscadores y bibliotecas web como son Google Académico, Pubmed, CUIDEN, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo, Biblioteca de SACyL, Federación de Matronas, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (BSR) y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español. Se seleccionaron distintos artículos científicos, estudios, libros, informes, revistas y algunos resúmenes incluyendo textos en español, portugués e inglés, estudiados y revisados en diferentes países.

Se han identificado 96 artículos, de los que se desecharon los que apenas tenían relevancia, escogiendo los que abordaban la relación con los criterios de inclusión nombrados anteriormente, que serían 49 citas en las que se encuentran artículos desde el año 2008 y guías y libros desde el año 2000.

Se han utilizado los siguientes **descriptores (DeCS)**: parto (Parturition), Dolor de parto (Labor pain), segundo período del trabajo en el parto (Labor Stage, Second), esfuerzo del parto (Trial of labor), parto normal (Natural Child birth), trabajo del parto (Labor, Obstetric), posición supina (supine position) y posicionamiento del paciente (patient positioning).

Se analizaron en mayor profundidad los artículos que comparaban la posición supina y la posición vertical, con sus beneficios y perjuicios. La organización de la información se basó en la relevancia y pertinencia sobre el tema indicado.

4. Desarrollo del tema:

a) Evolución del parto a lo largo de la historia:

El parto es un proceso natural y fisiológico mediante el cual se expulsa el feto desde el útero al exterior del organismo materno (Anexo 1: Etapas del parto:). La atención al parto ha ido cambiando a lo largo de la historia, tanto en la posición como en los medios utilizados ^{4,7,10}.

Respecto a la información de cómo era el parto en la antigüedad hay escasas referencias, las cuales a través de la antropología u otras fuentes colocan a la mujer en posición vertical a la hora de parir ⁴. La profesión de comadrona es una de las profesiones más antiguas del mundo, además de ser uno de los trabajos que más cambios ha tenido, como se va a explicar a lo largo del texto ¹¹.

La manera de asistir el parto ha variado en función del lugar en el que se encontraban, también por las leyes y códigos profesionales, las sanciones religiosas y las tradiciones que tenían en cada lugar; por lo que la función de la matrona ha variado a la vez, y dependía del período político y económico, lo cual conlleva muchas modificaciones ¹².

Las primeras representaciones del parto se encuentran en las pinturas rupestres, donde la mujer se encuentra de pie o de cuclillas pariendo sola, o con las rodillas o nalgas apoyadas en grandes piedras. Por las pinturas y símbolos de fertilidad que se muestran en esa época parece que las mujeres tenían grandes proporciones por lo que la pelvis sería de tipo ginecoide, adecuada al parto. En estas pinturas no aparece como tal la figura de la matrona o partera, pero se cree que esa figura ha existido desde los primeros miembros de nuestra especie. Los antropólogos creen que el parto ha sido asistido desde costumbres universales y que pocas veces se realiza sin asistencia; incluso en los primates, las hembras ayudan a otras hembras durante el parto ¹².

Con los registros fósiles, cuando se adquiere el bipedismo, se muestra un aumento de la dificultad y de peligro a la hora del parto, según afirma *Juan Luis Arsuaga* ⁴.

En la *figura 1* se muestran dos imágenes donde la primera es el parto vertical representada en grabado de la antigua Roma y en la segunda se observa una muestra de cerámica que hace referencia a la cultura Muche de Perú ⁴.



Figura 1. Grabado de la Antigua Roma y de la cultura Muche de Perú.

Fuente: “El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura” Dr. Miguel Lugones Botell, Dra. Marieta Ramírez Bermúdez. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012; 38 (1): 134-145⁴.

En **la etapa de la Antigüedad** se diferencian 4 períodos: Etapa bíblica, Egipto, Grecia y Roma¹².

Ya en **la etapa bíblica** parece que hay abundantes conocimientos médicos, y existen comadronas dedicadas a las enfermedades de la mujer y alumbramientos. En el Talmud judío hay referencia a que las comadronas asistían los partos normales y que la posición principal era con la mujer sentada o en cuclillas^{11,12}.

En Egipto, las mujeres gozaban de la misma igualdad que los hombres, había mujeres dedicadas a la medicina; además de esto aparecen papiros de tratados de medicina de la época, lo que supone un gran avance en la ciencia médica. En estos papiros se comienza a hablar de cómo realizar el aborto y medios para evitar la fecundación, de cómo diagnosticar el embarazo, y cómo suturar después del parto^{11,12}. Se observa en las imágenes que parían de rodillas, o sentadas en sillas especiales; en los jeroglíficos se observa a las mujeres también pariendo de cuclillas o agachadas sobre ladrillos como apoyo para empujar. En estas fuentes iconográficas la posición más representada es la de la parturienta sentada. A las sillas de parto las llamaban “taburete de nacimiento”, y eran especiales porque en el asiento había un agujero suficientemente grande para que pasara el feto en la fase de expulsión. Comienzan a utilizar métodos para facilitar la expulsión, como son vendajes abdominales, supositorios vaginales de aceites y grasas a modo de lubricante^{4,12}. Por último comentar que comienzan a describir el parto en la posición de decúbito supino sobre un lecho o una cama.

Para los egipcios la menstruación significaba el período en el que la mujer se purificaba. En este momento se podía casar y tener familia con hombres que las doblaban o triplicaban la edad, lo cual conllevaba a complicaciones pélvico – cefálicas porque el desarrollo puberal de la mujer no se había completado, las pelvis estrechas producían partos distócicos que se complicaban y podían producir la muerte de la madre y del recién nacido ^{11,12}.

En Grecia durante la época de Hipócrates y Sócrates existían sillas de parto con asiento abierto y respaldo inclinado ⁴. En esta época las comadronas tenían un alto reconocimiento social, un estatus elevado ^{11,12}. El parto era asistido por el médico y la comadrona en el caso de que se complicara, y los partos normales se asistían por la partera ¹². Durante el parto se utilizaba la silla obstétrica, drogas para acelerar el parto, realizaban ejercicios respiratorios para disminuir el dolor y masajes vaginales, dilataciones de cuello y aceites para facilitarle. Las imágenes y fuentes iconográficas muestran que se realizaba una asistencia al parto en el sillón obstétrico y posiciones sedentes ^{11,12}.

En el Imperio Romano la medicina toma un papel muy importante, aparecen hospitales públicos en distintas provincias del imperio. Hay numerosas médicas, sanadoras y cuidadoras, las mujeres tienen mejor posición social que en épocas anteriores. Muchos avances en el campo de la obstetricia se deben al romano Sorano de Éfeso, “Padre de la Obstetricia”, que escribió un libro recogiendo todos los conocimientos de la época sobre las comadronas y conocimientos médicos ^{4,12}. Las matronas y médicos pensaban que parir sentada era más fácil, por lo que llevaban un taburete a las casas donde se iba a producir el alumbramiento. Se realizaba en una silla en la que en el asiento había un agujero en forma de luna creciente por el cual el recién nacido pasaba en el momento del parto ^{4,11,12}.



Figura 2: Obstetrix o comadrona romana ayudando en un parto. Ostía

Fuente: *Apuntes históricos de la profesión de matrona a propósito de la exposición de “Matronas y mujeres en la historia”*. Inmaculada Serrano Monzó. Apuntes históricos de la Profesión de Matrona ¹¹.

También se habla del sillón obstétrico donde la partera se situaba enfrente del canal del parto para poder coger al recién nacido en el alumbramiento; comienzan a utilizar la posición supina en la “cama genital” donde además realizaban la exploración de la parturienta ^{4,11,12}.

Durante la *Edad Media*, época dominada por el cristianismo, la asistencia al parto la realizaban las matronas a pesar del machismo que había en estos siglos, ese machismo era significativo por el bajo estatus que poseían las mujeres además de que eran excluidas de tener una educación ^{11,12}. En Europa occidental durante esta época las comadronas tenían una posición que no solía ser reconocida ¹¹. Hay que señalar que muchas matronas fueron perseguidas y torturadas hasta la muerte por ser sospechosas de brujería. La principal postura para parir era sobre un colchón pero también se ponían en cuclillas, agachadas o sentadas en sillones perforadas. El trabajo de la matrona era principal a la hora de la expulsión del recién nacido, ya que era la encargada de cortar el cordón umbilical y los cuidados del mismo, de la madre se ocupaban el resto de mujeres ¹².

Cuando *Cristóbal Colón llegó a América* conoció las culturas precolombinas, donde la posición vertical seguía siendo la dominante (en cuclillas, arrodillada o sentada) ⁴.

En los siglos XIII, XIV y XV en Europa no hay grandes cambios, las referencias bibliográficas hablan de sillas de partos ^{13,14}. Sí que se señala que sobre el siglo XIV los médicos graduados en universidades empezaron a menospreciar a las “viejas matronas” y sus remedios, y comenzaron a aumentar su autoridad y poder ¹¹. En el siglo XVII se produjo la muerte de María de Medecis durante el parto, por lo que la partera real francesa fue sustituida por Julien Clement. Él fue el primer cirujano partero de la historia y se encargó de introducir la posición horizontal, no por el beneficio de la mujer sino por la comodidad para el obstetra ¹³⁻¹⁵. En el siglo XVIII François Mauriceau, partero de la corte del rey de Francia, escribió un libro proclamando los beneficios de la postura horizontal por lo que se extendió al resto de Europa e incluso a Estados Unidos ^{13,14}. En ese libro se define lo que es la posición horizontal “se apoya los glúteos, pies y rodillas” y la posición vertical “el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90°”. Además de las definiciones, en el libro queda reflejado que con la posición horizontal se facilita la exploración y asistencia obstétrica con el fórceps ^{15,16}. El

fórceps es un instrumento obstétrico que se utilizaba y se utiliza para acortar la segunda etapa del parto, el periodo del expulsivo ¹⁷. La costumbre de la posición horizontal se instaura por comodidad a la hora de utilizar el fórceps, que era el instrumento más importante de la época a la hora de asistir el parto ^{13,14,16}. Dos siglos después de que François publicara el libro, la reina Victoria de Inglaterra fue la primera mujer en administrar analgesia (Cloroformo) durante el parto, el cual se dificultaba aún más en la posición vertical ¹⁸. Al inicio del siglo XIX la profesión médica, ejercido exclusivamente por el sexo masculino, se encargó de la asistencia del parto por lo que la profesión de comadrona pasó a un segundo plano ¹⁷. A partir de aquí aparecen opiniones contradictorias al respecto y estas diferencias persisten en la actualidad. Desde principios del siglo XX se abandonaron el resto de posturas que no serían la litotomía en España. La litotomía es la posición más habitual en nuestro medio ya que permite la visión del periné y actuación del profesional que asiste el parto. Al ser atendido por los profesionales médicos, el parto se transformó en una enfermedad. En el momento que pasaron a ser atendidas por los médicos se abandonan las sillas y posiciones verticales, ya que con la parturienta acostada aumentaba la comodidad a los asistenciales sanitarios ^{13,14,16}.

Como se ha visto, en la antigüedad durante el parto la mujer elegía la posición más cómoda permitiendo su movilidad y la posición vertical. Los servicios de atención al parto han cambiado mucho en los últimos años por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁸, aunque en la actualidad la asistencia al parto se centra en la pasividad y horizontalidad, además de ser una técnica muy medicalizada. Este tipo de asistencia se quiere cambiar, por eso la OMS propone las nuevas recomendaciones y así, que la posición del parto sea de nuevo elegida por la mujer ^{4,8}. En los últimos años la mujer era una receptora pasiva durante el parto, no tenía posibilidad de decidir, pero en Europa se está intentando devolver ese derecho que tenían en la antigüedad hasta que se medicalizó la técnica. España se ha quedado fuera de Europa en ese avance ya que en la asistencia al parto sólo se centra en el control de la mujer en el parto (control del dolor con epidural, el potro obstétrico que facilita el trabajo a los sanitarios, se disminuye la capacidad de movimiento de la parturienta, introducción de oxitocina vía intravenosa...), con ello se acelera el proceso de parto pero presenta consecuencias negativas en la mujer ya que es más invasivo y doloroso ^{8,9}. En España el grado de intervencionismo es

excesivo, sólo en algunas comunidades y clínicas privadas permiten el parto natural a las mujeres que lo soliciten pero en la actualidad, el personal sanitario está preparado para el parto intervencionista y no para el parto natural por lo que aun así se sigue sometiendo a las mujeres a distintas prácticas innecesarias y a la vez nocivas para la madre y el recién nacido ^{8,9}.

Los seres humanos han evolucionado a lo largo de millones de años, debido a los cambios anatómicos que hemos ido teniendo, el parto pasó de realizarse de manera solitaria, como el resto de los mamíferos, a que con el bipedismo y desarrollo del tamaño del cerebro buscaran ayuda para la asistencia del mismo. Esto genera un aumento del apoyo familiar y del vínculo entre la mujer y el acompañante, pero que se ha ido perdiendo con el aumento de la medicalización del parto ^{11,19}.

Algunas de las recomendaciones que se muestran en la literatura antigua son:

- El *uso de estribos* puede combinarse con una inclinación pélvica lateral y una posición semisupina, con la madre sentada en aproximadamente 45 grados para reducir la compresión aortocava ^{4,7}.
- *Odent* en Pithiviers: médico francés que es el encargado de colocar a la parturienta en un ambiente hogareño y le da la posibilidad de actuar con libertad durante el parto. Él cree que no hay que administrar analgésicos durante el parto porque de esa manera ceden los niveles de endorfinas que son los analgésicos naturales producidos por el cuerpo del ser humano. No se debe de interferir en la elección de la mujer a la hora de parir, ella puede sentarse, andar, beber, comer... él prefiere la posición en cuclillas para ayudarla a soportar el peso agarrándola o posición erguida apoyada, pero ésta no se ha evaluado hasta el momento de manera sistemática ^{4,7,20}.
- La posición de *McRoberts*: se trata de la hiperflexión exagerada de las piernas de la parturienta y la abducción de las caderas sobre el abdomen materno. Se introdujo para resolver la distocia de hombros, ya que reduce el riesgo de la retención de hombros del recién nacido. Así se aminora la lordosis lumbar, el sacro se coloca hacia delante y hacia abajo con lo que se eleva la sínfisis del pubis hacia la cabeza de la madre por lo que se libera así el hombro del feto. Se ha demostrado un aumento en la fuerza expulsiva en el trabajo de parto. Esta maniobra es una intervención rápida, simple y efectiva en el 90 % de las distocias de hombros ^{4,7,21,22}.

- *Engelmann* en 1882 observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas con ayuda de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas, en posición de rodillas, de cuclillas, sentadas, semisentadas, usando ladrillos, piedras, pilas de arena o bancos de parto. Decide realizar una descripción pormenorizada con más de 30 posiciones para parir ^{4,7,23}.

En el siguiente cuadro, se ve cuál de las posturas son verticales, cuál horizontal y otras posturas distintas que serán explicadas posteriormente.

Tabla 1: Posturas del parto en los distintos planos.

Horizontal	Vertical	Otras posturas
Decúbito supino: miembros inferiores extendidos Decúbito supino: miembros inferiores en doble flexión Decúbito lateral: posición de SIMS Posición de litotomía o ginecológica	De pie Sentada En cuclillas De rodillas	Genupectoral Cuadropedia Mixtas

Fuente: Elaboración propia

b) Medicalización del parto:

En la actualidad existe una excesiva medicalización del parto. La lactancia y el proceso del embarazo sin embargo, se tratan como procesos fisiológicos durante el ciclo vital de las mujeres. A la parturienta se le trata como a una enferma, centrándose en los riesgos que conlleva y no en la salud; se asiste el parto normal como a cualquier parto de riesgo (ver Anexo 2: Criterios de riesgo obstétrico. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). En el presente se comienza a criticar y a proponer una atención más humana y digna a procurar a las parturientas, además de disminuir la medicalización, pero el problema está en que en todos centros asistenciales la atención esta protocolizada ^{19,24,25}.

Según la evidencia científica mostrada en distintas guías, los protocolos están cambiando para evitar la medicalización. Por ejemplo en la etapa de dilatación una de las pautas a seguir es la deambulacion, la disminucion de administracion de oxitocina (solo en los casos necesarios), y la insercion de cateter venosos perifericos, evitando el intervencionismo de esta etapa ^{26,27}. Por otra parte tambien se señala que en la etapa del expulsivo las parturientas tengan la opcion de elegir la posicion que desean adoptar, por ello deben de capacitar a los profesionales que asisten el parto sobre las distintas posiciones ^{26,27}.

El proceso de medicalización ha sido definido por Adriana Greco en 2005 como *“el dominio que ejercen el saber y el poder médico sobre aspectos de la vida de los sujetos que antes estaban fuera de su área de incumbencia y que con este movimiento pasan a ser categorizados en términos de salud / enfermedad y de normal / patológico”*²⁵.

La medicalización del parto comienza en el siglo XVIII, siglo en el que hay un desarrollo importante de la obstetricia ^{19,28}. Se produce un importante desarrollo de los estudios sobre el parto, anatomía del útero y de la pelvis, además de la mejoría del material obstétrico, como es el fórceps ²⁸. En ese momento, durante la era industrial, el parto deja de atenderse en casa y pasa a asistirse en el hospital, en los pabellones de maternidad ^{19,28}. Las parteras dejan de atender y se ponen detrás de los médicos, comienza a perderse las prácticas tradicionales y ganan la asistencia tecnológica ¹⁹.

Según el *estudio publicado en Ciência & Saúde Coletiva* sobre el análisis de la experiencia del parto medicalizado desde la perspectiva antropológica, las parturientas entrevistadas refieren que ellas colaboraron y cumplieron las órdenes que los sanitarios las indicaban durante el parto. Algunas de estas mujeres deseaban sentarse o incluso caminar y parir en una posición vertical pero tuvieron que adaptarse a lo “ofrecido”²⁴. A ese intervencionismo se le suma la administración de enemas, rasurados y aumento de cesáreas, (según la OMS no hay justificación de que se superen el 10-15%)¹⁹. Como se comprueba en el estudio, el intervencionismo sanitario se basa en acortar el parto a partir de la rotura artificial de membranas, administración de oxitocina, y colocación en posición de litotomía para ejercer presión externa sobre el útero durante el expulsivo y realizar la episiorrafía con el fin de facilitar la salida del feto. Según Marbella Camaraco¹²⁴ la posición para parir es uno de los hechos que mas violación a la autonomía del cuerpo se realiza y que atenta contra la anatomía, fisiología y psíquica femenina, ya que la experiencia demuestra que en el período de expulsivo casi la totalidad de las parturientas buscan la verticalidad para pujar hacia delante y abajo²⁴. La exagerada intervención médica, el abuso de la tecnología y la medicalización han generado una atención deshumanizada de las mujeres²⁸, además de realizar prácticas que son innecesarias¹⁹. Frente a este debate sobre la medicalización de los partos eutócicos las nuevas corrientes naturalistas han sido las encargadas de diferenciar el parto medicalizado “*partos bajo la supervisión y control médico para intervenir si es necesario (donde se incluye el parto bajo instrumentalizado, parto por cesárea, etc.)*” y el parto natural “*parto en el que prima la fisiología y la naturalidad del proceso por encima de la técnica medica*”²⁸.

Como conclusión, en las últimas décadas se busca la humanización del parto, se pretende una mejoría de la atención perinatal y humanizada donde los familiares también sean personas claves en la atención sanitaria²⁸.

¹ Marbella Caramaco Cuevas profesora que redactó la obra “Experiencia del parto: Proceso de la Mujer o Acto Médico” publicado por la Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bellacarla Jirón Camacaro” en la Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua Universidad de Carabobo en el año 2000, nombrado como referencia en el artículo “El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica”²⁴.

c) Diferentes posiciones durante el parto:

1. Mejores posiciones durante el parto:

La posición de litotomía es la más aplicada en mujeres con epidural por la dificultad de mantener posiciones verticales y la dificultad para el personal sanitario de atender en otras posiciones. La litotomía está catalogada como lesiva y perjudicial de manera científica, según la OMS es una práctica dañina durante el parto y recomiendan que se elimine. Una de las alternativas que se puede adoptar es la posición lateral de Sims modificada ¹⁴.

Una vez explicados los objetivos de la OMS se definirá el concepto de posición vertical y posición horizontal: (Véase Anexo 3: Diferencias: parto vertical frente al decúbito supino:)

- **Posición vertical:** definida por Atwood como *“aquellas en que una línea imaginaria que uniera los centros de las vertebrae L3 y L5 este en un ángulo de 90° o más respecto a la horizontal”*. En este grupo se incluyen: de pie, sentada (silla de partos, balón obstétrico...), en cuclillas, de rodillas, o de manos – rodillas ²⁹⁻³¹.
- **Posición horizontal:** *“posición en la cama, con la cabecera levantada en un ángulo de 0 – 45°”*. Podemos diferenciar el decúbito dorsal, decúbito lateral o posición de litotomía ²⁹.

1.1. Posiciones horizontales:

Los profesionales actúan con más comodidad en la posición horizontal que en la vertical (no les resultaba cómodo arrodillarse frente a la parturienta, ni psicológicamente aceptable) ³¹. Las **ventajas** de las posiciones horizontales son:

- Comodidad para el asistente del parto ^{13,31}. Buen acceso al canal de parto ¹⁸.
- Facilita la exploración y revisión médica ^{31,32}.
- Facilita la utilización instrumental durante el parto (por ejemplo el fórceps) ³¹.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea materna ^{6,18, 29, 31,33}.

Las **desventajas de las posiciones horizontales son las siguientes:**

- *Problemas respiratorios:* debido al peso del útero se expande por el tórax, debido a esta expansión se reduce el espacio pulmonar lo que genera una ventilación pulmonar insuficiente en la madre ^{6,23,31}. Esto genera en la madre una hipoxia, lo que puede producir una hipoxia fetal ^{18, 23,31}.

- *Efecto poseiro* ² : debido al efecto de compresión de grandes vasos se disminuye el gasto cardiaco, disminuye el retorno venoso por lo que disminuye también el volumen sistólico, debido a esto se produce la hipotensión arterial ³ ^{5, 23,31} . Se puede llegar a observar la disminución del pulso femoral cuando se produce la contracción uterina. Este efecto repercute sobre el bienestar fetal ya que la placenta presenta una menor irrigación de oxígeno por lo que aumenta el CO₂. Se observa un cambio en la FC fetal e incluso puede llevar al feto a la muerte por el descenso del PH, aumento de hidrogeniones, alteraciones del funcionamiento enzimático, disminución de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio ^{23,31} y cambios tisulares irreversibles que conllevan al fallo cardiaco fetal ^{6,23,31} . En algunos casos se produce un Ápgar patológico, pero la diferencia con los partos verticales no es muy significativa ^{23,24} .
- *Efectos mecánicos*: por la estructura de los huesos de la columna vertebral materna, el feto tiene que subir y luego bajar por lo que hay mayor resistencia frente a las contracciones uterinas ^{18, 23, 31,32} , se disminuye su eficiencia ^{6,18} . Esta posición disminuye los diámetros pélvicos transversos y antero – posteriores ^{18,23,31,32} , ya que el cóccix queda comprimido contra la superficie acostada ^{6,18} . Además de esto la cabeza fetal apenas hace presión sobre el cuello uterino por lo que se produce una producción escasa de oxitocina y una distensión poco eficaz del periné ^{18,23,31,32} . Las extremidades inferiores no tienen la capacidad de movimiento, esto impide los movimientos para el pujo y los pélvicos para poder acomodar la cabeza del feto en los diámetros maternos dificultando la expulsión final. En el caso de la litotomía debido al estiramiento del periné, se pueden producir más desgarros ^{23,31} .
- *Más dolor que en posiciones verticales*: lo que supone más necesidad de analgesia, se utiliza la analgesia epidural ^{18, 29, 32, 33,35} .
- *Efectos fisiológicos*: las contracciones son más débiles, lo que supone un pujo más dificultoso; además de producirse una carga adrenérgica que dificulta el parto por la compresión nerviosa de la presión de las piernas sobre los estribos ^{5,18,31,32} . Aumento de la duración del parto ^{6,34,36} .

² “Efecto poseiro”: disminución del flujo sanguíneo materno a la placenta por la compresión de grandes vasos (aorta, cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral por el peso del abdomen materno ^{5, 6,31} .

³ Hipotensión arterial: llamado síndrome de hipotensión supina ^{6,18,31} .

- *Efectos psicológicos*: la madre debido al abdomen no ve al recién nacido que posteriormente será manipulado por los sanitarios, ella no observa si el feto está en buenas condiciones, se sienten como que no pueden participar en el parto. Muchas de ellas expresan sentirse desvalorizadas y humilladas durante el parto por eso se convierte en una experiencia traumática y dolorosa que puede conllevar una depresión postparto ^{18, 23,31}.
- Aumento de partos instrumentales o asistidos ^{5,6,18,29,33} y aumento de episiotomías ^{32,34}.
- *Aumento del índice de cesáreas*: suele deberse por el sufrimiento fetal debido a la hipoxia de la madre, ineficacia de contracciones y aumento del temor de la madre ^{31, 34,37}.

Definiciones de las posiciones en horizontal:

- **Dorsal, decúbito, o en posición supina**: “La postura de la parturienta tumbada boca arriba, plana en la parte posterior con o sin apoyo de la cabeza a un máximo de 45 ° de la horizontal”, según De Jonge ³⁰. En esta posición hay menos pérdida sanguínea intraparto y menos hemorragias postparto ⁴.
- **Lateral izquierda (posición de Sims)**: “La mujer está acostada sobre el lado izquierdo con la pierna derecha levantada, se puede combinar con estribos” según Coppen en 2005 ³⁰. Esta posición sería la más adecuada en el caso de las posiciones horizontales, hay menos tasa de laceraciones del periné ya que hay más relajación de la musculatura perineal y mayor control de la cabeza fetal en el nacimiento y, por último, una disminución de episiotomías ^{4,14}. Además la posición lateral tiene muchas menos complicaciones que la posición decúbito supina ya que no se comprimen los vasos importantes del organismo ^{14,38}. Esta posición permite enlentecer un parto que va demasiado rápido además de aliviar el dolor de las contracciones ³⁸. En esta posición el útero tiene una buena orientación apoyado en la cama lo que facilita un mejor encajamiento en el estrecho superior sobre todo si esta bajo los efectos de la epidural, tiene mayor facilidad de contracción con más intensidad y menor frecuencia que en decúbito supino ¹⁴.
- **Litotomía**: “La mujer de parto se coloca boca arriba, los muslos con las rodillas dobladas deben de estar colocadas por encima de la cadera, por lo general combinados con estribos” definido por Coppen ³⁰. Al ser una posición

horizontal hay menos pérdida sanguínea intra parto, además como se ha explicado antes, es la posición más cómoda para el obstetra por eso es la más utilizada en la actualidad a pesar de los estudios que defienden las posiciones verticales ⁴.

- **Posición semi-reclinada:** “Las almohadas o cuña en una cama de partos, descansando en un ángulo igual o menos de 30%, es compatible con la parte posterior. Este es un nacimiento de posición convencional, con frecuencia se utiliza hoy en día en los países de altos ingresos y en los países la adopción de estas tradiciones” definido por Coppen ³⁰.

1.2. Posiciones verticales:

Posición que se ha utilizado en todas partes del mundo por ser natural, en la que la mujer siente confort y beneficios durante el trabajo del parto y el periodo del expulsivo ³¹. Estas posiciones en la actualidad se comienzan a demandar en muchas partes del mundo, en España este movimiento recibe el nombre de “parto humanizado”, las sociedades científicas del país buscan esta meta. En el caso de La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) informa que “se debe facilitar a la parturienta la adopción de la posición que le de mayor confort, dándole opción a adoptar la que desee en el expulsivo, siempre que se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal” ^{31,39}. La posición de litotomía en algunos países como es Venezuela se empieza a pensar que es un caso de violencia obstétrica ³¹. Con la Iniciativa del Parto Humanizado se pretende una asistencia obstétrica segura y placentera e incorporar los derechos de la mujer como directriz institucional durante el trabajo del parto ⁴⁰.

La OMS empezó a permitir y estipular el parto humanizado a través de las posiciones verticales debido a la presión social generada en el mundo y a las evidencias científicas, por eso se pretende que la mujer pueda decidir y ante todo sea un parto con dignidad ^{31,41}. Se plantea conseguir un fortalecimiento de las mujeres y acompañantes que se encuentran en el trabajo del parto rescatar el control familiar y femenino que se perdió con la medicalización del mismo ⁴⁰.

Las **ventajas** de la posición vertical son las siguientes:

- *Efectos respiratorios:* no se ejerce presión en los pulmones ya que la matriz desciende debido al peso del útero y lo que contiene. Se produce un aumento de

la capacidad respiratoria por lo que también aumenta la oxigenación de la madre y del feto. Como no hay resistencia en los pulmones favorece la tranquilidad y relajación de la madre ³¹.

- *Efectos mecánicos y de la gravedad*: la gravedad favorece el encaje y descenso del feto debido al aumento de presión intrauterina en las posiciones verticales ^{31,33,42}. Favorece el acomodamiento del feto en su paso a través de la pelvis ^{31,33}, con el acomodamiento y la presión que ejerce el feto en el cuello del útero aumenta la secreción de oxitocina (Efecto Ferguson – Harris ⁴) ^{18,43}. Con las inspiraciones profundas de la madre, desciende el diafragma ejerciendo presión que se ve favorecida por la acción contráctil de la presión abdominal lo que impulsa al feto al canal del parto. Una vez que el feto desciende, se estimula a partir de las contracciones uterinas y su peso ^{31,33}. En la posición de cuclillas y rodillas hay un aumento de los diámetros pelvianos antero posteriores y transversos, lo que favorece un aumento de la superficie total de salida del feto ^{31,33,42}. En la posición vertical el ángulo de encaje es menos agudo (mas abierto) por eso favorece el encaje y la progresión del feto ^{31,33}.
- *Efectos musculares*: los músculos abductores favorece la apertura del canal vaginal y vulva por colaborar en la apertura de la sínfisis pubiana, estos músculos se ayudan de la liberación de hormonas relajantes que produce la mujer. La mujer tiene que estar sentada o en cuclillas para que los músculos estén tensos y ejerzan la fuerza necesaria para abrirse ^{31,33}.
- *Disminución de los riesgos de compresión aorto – cava y mejoría de los resultados acido – base en el recién nacido*: previene el sufrimiento fetal producido por el síndrome supino – hipotensivo y el efecto Poseiro explicado anteriormente ^{5, 6, 18,31 – 33,42}.
- *Eficiencia de la combinación matriz – prensa abdominal*: unión de las contracciones uterinas más fuertes y eficientes con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo ^{31,33,42}.
- *Disminución del trabajo del parto (dilatación y expulsivo)* ^{5, 6, 18, 23, 31, 32,35}.
- *Menos dolor agudo en el expulsivo y postparto*: menos dolor lumbar durante las contracciones, por lo que hay menos necesidad de analgesia ^{18, 29, 32,35}.

⁴ La oxitocina se segrega de manera pulsiva cuando se produce la estimulación del cuello del útero por el feto durante el parto. “Efecto Ferguson – Harris” ¹⁸.

- *Amniorrhexis espontánea más tardía*: integridad de la bolsa durante más tiempo lo que disminuye riesgos en el feto y le permite adaptarse mejor al canal del parto ^{31,33}. Disminución de los patrones anormales de la frecuencia cardiaca (FC) fetal ^{17, 33,36}. Disminución de probabilidad de ingreso en neonatos ³⁴.
- *Terminación espontánea*: disminuye episiotomías y desgarros, menos complicaciones durante el alumbramiento ^{23,31,33,43}.
- *Disminución de posibilidad de prolapso de cordón* ^{31,33}.
- Las *maniobras de Kristeller apenas son necesarias* en el parto vertical aunque en la actualidad están proscritas por los riesgos materno perinatales ²³.
- *Beneficios psicoefectivos en la madre*: disminución del dolor, sensación de libertad, control y participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto ^{23,31,33}.
- *Memoria de funciones biológicas naturales*: posición de función expulsiva para defecar y orinal, la vagina ahora es el canal del expulsivo ^{31,33}.
- En el caso de los partos bajo el agua se demuestra mayor integridad del periné además de facilitar la movilidad y aumento de la tendencia de usar las posturas verticales para el parto ^{18,29}.

Desventajas de la posición vertical: (Véase Anexo 4: Complicaciones en el Parto Vertical:)

- *Aumenta el riesgo de pérdida de sangre* ^{6, 31,32}.
- *Hay más frecuencia de desgarros de poca profundidad, sobre todo en primíparas* ^{23,29,36}.
- *Puede resultar incómodo para los asistentes del parto* ^{18,31}.
- *La posición en cuclillas algunas mujeres no la pueden soportar porque no tienen resistencia muscular*: suele ser en mujeres occidentales ya que no se acuclillan para defecar ³¹.

Las posiciones verticales más comunes son las siguientes: (Véase: Anexo 5: Ventajas e inconvenientes de las diferentes posiciones para el expulsivo:)

- ***De pie***: las contracciones uterinas son más eficaces. Además disminuye la tasa de episiotomías y la necesidad de oxitocina y analgesia ya que disminuye el dolor y aumenta la eficacia de las contracciones ^{4,38}. Por otra parte, el feto tiene más oxigenación con esta posición ⁴. Se puede sostener con ayuda de otra

persona o incluso de barras ⁵. El peso de la mujer se apoya sobre los pies ³⁰. En el proceso de dilatación, debido a la fuerza de gravedad, puede hacer que se abra la pelvis y el feto se encaje en el canal de parto, además esto se ve favorecido si durante las contracciones la parturienta es capaz de caminar ³⁸.

- **Sedestación:** la mujer presenta menos dolor en la parte baja de la espalda y las contracciones son más eficaces y en buena dirección ya que se favorecen por la fuerza de gravedad ^{4,38}. La parte de apoyo de la mujer se basa principalmente en las nalgas ³⁰. En esta posición pueden utilizar una colchoneta o una silla de partos (SDP) ya que está diseñada para dar apoyo a la parturienta tanto sentada como de cuclillas, además en teoría acelera el proceso del parto ^{5,30,38}. En esta posición la madre ve el proceso del parto lo que es un efecto tranquilizador ³⁸. Por último señalar las características de la **silla de partos (SDP)**, la SDP es un asiento de poca altura con forma de herradura, estable y resistente, donde al sentarse las mujeres adquieren una posición similar a la de cuclillas ⁴¹. Proporciona mayor comodidad y autonomía a la mujer y favorece una experiencia del parto y del nacimiento más positiva. Es un elemento útil para el parto en posición vertical y parece tener un efecto protector contra las episiotomías y la maniobra de Kristeller ^{4,7,41}.

En el proceso de dilatación si la madre se mece sentada en una silla o de pie el movimiento mueve la pelvis y anima al recién nacido a descender, este movimiento vertical se ve favorecido por la gravedad ³⁸.

- **Semisentada:** la cama está inclinada 45 ° hacia atrás con respecto a la vertical ⁵. Alivio de las contracciones y con la fuerza de gravedad se ayuda para que descienda el feto por el canal del parto ³⁸.
- **Cuclillas:** el apoyo de la mujer se basa principalmente en sus pies, con las rodillas dobladas notablemente ³⁰. Disminuye la necesidad de oxitocina, los partos instrumentales y las laceraciones perineales en el caso de tener un buen apoyo del suelo pélvico ⁴; esta posición permite que se abra la pelvis, los diámetros pélvicos se aumentan por lo que es más fácil el descenso del feto ya que tiene más espacio ^{4,38}. En esta posición puede ayudarse de barras, apoyarse en su acompañante o incluso pueden superar el parto sin ayuda ^{5,38}.
- **De rodillas:** el peso de la mujer es apoyado principalmente sobre las rodillas ³⁰ aunque se puede ayudar apoyándose en una silla o en su pareja cuando el feto

presiona en la columna de la madre ³⁸. Esta es una buena posición para el proceso de dilatación y el dolor lumbar producido durante el parto ⁵ ya que permite trasladar la presión de la zona lumbar al empujar al feto, según estudios parece que reduce el dolor del parto incluso más que estando sentada ³⁸.

- **Rodillas-cuclillas:** el peso se divide en dos apoyos: un apoyo en una rodilla y el otro en el pie ³⁰.
- **Con la pelota suiza:** la parturienta se apoya en la pelota (pelota grande de ejercicio) con los glúteos y el otro punto de apoyo es el suelo con los pies, ayuda a abrir la pelvis y es más fácil que estar mucho tiempo en cuclillas ya que tienes un apoyo, facilita adoptar la posición vertical ^{38,44}. La pelota favorece realizar ejercicios de estiramiento y circunducción activo, anteversión y retroversión de la pelvis además de distraer a la parturienta haciendo el trabajo del parto más tranquilo ⁴⁴. Se ha demostrado que este método disminuye el nivel de ansiedad de la madre y el dolor durante el parto, además de aumentar el número de partos eutócicos por lo que disminuye el gasto económico ⁴⁵. Disminuye la necesidad de analgesia, facilita la participación de la mujer en el parto, aumenta la secreción de endorfinas, prostaglandinas y oxitocina natural y disminuye la duración del primer estadio del parto. Como conclusión es un método no farmacológico que alivia el dolor ⁴⁵.

1.3. Otras posiciones:

- **Cuadrupedia:** cuatro patas (los puntos de apoyo son las manos y las rodillas) no es una posición vertical ya que la columna vertebral no es vertical ³⁰. Con esta posición puede realizar balanceos con la pelvis que alivian el dolor además de proporcionar espacio al asistente del parto y poder efectuar contrapresión y masajes a la parturienta. Hay una apertura de la pelvis amplia y con la fuerza de gravedad facilita la salida del bebé ³⁸. Produce menos trauma perineal porque la gravedad favorece el descenso fetal y disminuye la presión del periné, además hay mayor elasticidad perineal ⁴. Es una buena opción para afrontarse al parto con dolor lumbar y que el período del expulsivo sea menor ³⁸.

⁵ El dolor lumbar se produce cuando el feto se encuentra en posición posterior u occipitoposterior, la cabeza del feto hace presión sobre el sacro de la madre, en el límite posterior de la pelvis. La madre siente un dolor intenso de carácter opresivo que no disminuye con las contracciones, se recomienda que camine, se ponga de cuclillas o a cuatro patas adoptando la postura que para ella sea la más cómoda ³⁸.

5. Conclusiones e implicaciones para la práctica:

1. Las posiciones verticales en los partos eutócicos tienen numerosos beneficios fisiológicos, tanto para la parturienta como para el recién nacido.
2. Los profesionales sanitarios que asisten los partos deberían de recibir formación para asistir partos en posición vertical según las recomendaciones de la OMS e IHAN.
3. Las posiciones horizontales suponen muchas complicaciones que conllevan a un gasto económico mayor, debido a la necesidad de realizar partos instrumentales.
4. Las posiciones verticales además de los beneficios fisiológicos también presentan numerosos beneficios económicos ya que disminuyen las actividades asistenciales instrumentales.

6. Bibliografía

1. Miranda MD, Bonilla AM, Rodríguez V. ALTERNATIVAS AL DOLOR EN EL PARTO. TRANCES: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud. 2014 Diciembre; 7 (1): 129-138.
2. Cuerva Carvajal Á, 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. Informe 13/2006. Sevilla: Consejería de Salud, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía ; 2006.
3. Castillo Ayarza M, Cahuata Mosqueira A, Calle Brush A, Muñoz Silva R. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno. Horizonte Médico. 2014; 14(1).
4. Lugones Botell M, Ramirez Vermudez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012 Enero-Marzo; 38(1).
5. Franco N, Ayllón S, Vallejo M, Hansen - Day K. Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Revista Médica Cochabamba. 2010 Enero.
6. Bueno Montero E. La verticalidad durante el trabajo de parto: Una revisión de evidencias. Badajoz, España: Hospital Materno - Infantil, Cuidados y tecnología: una relación necesaria.; 2013.
7. MY. Makuch. Posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto. Ginebra.: Organización Mundial de la Salud., Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.; 2010.
8. Rodríguez Hernández M, Flores Martos JA, Moruno Miralles P. Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde la terapia ocupacional. Parte I. TOG (A Coruña)[Revista en Internet]. 2012; 9(15)([18p]).
9. Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili Facultat de Lletres, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social; 2007.
10. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11th ed. Buenos Aires - Bogotá - Caracas - Madrid - Mexico - Sao Paulo: Ed. Médica Panamericana; 2010.
11. Serrano Monzó I. Apuntes históricos de la profesión de matrona a propósito de la exposición de "Matronas y mujeres en la historia". Apuntes históricos de la Profesión de Matrona. Sala de Armas. Ciudadela de Pamplona.; Asociación Navarra de Matronas.
12. Ganso Pérez AI. Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre el pasado. [Tesis doctoral] Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Historia; 2016.

13. Benito González E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto alternativas a la posición ginecológica. Madrid: Universidad Alfonso X el Sabio, Biociencias. Facultad de Ciencias de la Salud; 2005.
14. Ballesteros Meseguer C, Barceló Muñoz N, Mora Lorente J, Pagan Marín L, Picón Carmona M, Ruiz Chumilla MÁ. Efectividad de la posición de Sims modificada en la fase del expulsivo frente a la posición de litotomía en mujeres con anestesia epidural. NURE Inv (Internet). Jul - Ago 2014; 11 (71): [aprox. 19 p.].
15. Soriano Ayala E, Gonzalez Jiménez AJ, Cala VC. Retos actuales de educación y salud transcultural Almería: Universidad de Almería; 2014.
16. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad; 2008.
17. Cortés Y. HA, Gómez G. JdJ, Gutiérrez M. JH. Aspectos claves de obstetricia. 1st ed. González Duque LM, Gómez Hoyos JC, editors.: CIB Fondo Editorial.
18. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno Á, Jimeno JF. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. Medicina Naturalista. 2014; 8(1).
19. Silin J. Historia de las mujeres. De mujeres, matronas, doulas y partos. Universidad Nacional de La Plata, II Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres; 2010.
20. Stoppard M. Nuevo libro del Embarazo y nacimiento Bogotá, Colombia: Norma SA; 2000.
21. Aedo S, Lattus J, Varas J, Narvaéz P, Aedo G, Quintana E, et al. Utilidad de la maniobra de McRoberts en el desprendimiento del hombro fetal anterior retenido en el parto vaginal. Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2013; 8 (2)(111-116).
22. Rodríguez Márquez A, Ramón Arbués E, Salvador Sabés B. Distocia de hombros. In Obstetricia para Matronas. Castán / Tobajas: Editorial Médica Panamericana; 2013. p. 243-252.
23. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54: 49-57.
24. García - Jordá D, Díaz - Bernal Z, Acosta Álamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(7)(1893-1902).
25. Lorenzo Edith C. Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, VII Jornadas de Jóvenes Investigadores; 2013.

26. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sanidad; 2007.
27. Guía de Páctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. Vitoria - Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL; 2010.
28. Borges Damas L, Sixto Pérez A, Cruz Piñeiro Y. Fundamentos del desempeño y la competencia profesional del personal de enfermería durante la atención humanizada en el parto. , I Jornada Virtual de Doctores en Ciencias; 2015.
29. Santiago Vasco M, Béjar Poveda C. Metaanálisis sobre posturas maternas. *Matronas Profesión*. 2015; 16 (3)(90 - 95).
30. Thies-Lagergren L. The Swedish Birth Seat Trial. Stockholm: Karolinska Institutet, From Department of Women's and Children's Health; 2013.
31. Subsecretaría de Innovación y Calidad. La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural. .
32. Rivero Gutiérrez C, Palomo Gómez R, Mora Morillo JM. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2014.
33. Cabrera LO, Rosales P, Palma S, López S, Castaneda X, Haeussler R, et al. Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala. Programa de Medicina Tradicional y Alternativa. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulacion de los Programas de Atención a las Personas; 2011.
34. Posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; Issue 10(Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934).
35. Quintana Pantaleón C, Etxeandia Ikobaltzeta I, Rico Iturrioz R, Armendariz Mántaras I, Fernández del Castillo Sainz I. Atención al Parto Normal. Vitoria - Gasteiz: Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2010.
36. Ediane Gayeski M, Brüggemann OM. Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009 Marzo - Abril; 17(2).
37. Pérez Gijón S. Análisis de la efectividad de la inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis. Trabajo de Fin de Grado. Valladolid: Facultad de Enfermería, Grado de Enfermería; 2014.
38. Murkoff H. Que se puede esperar cuando se está esperando. 9th ed. Barcelona: Ed. Planeta S.A.; 2014.

39. Molina-Reyes CY, Martínez García E, Huete Morales MD, Muñoz Martínez AL, Maldonado Molina E, Molina Cubero L. Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Profesion.* 2013; 14 (1)(3-9).
40. Basso JF, Monticelli M. Expectations of Pregnant Women and Partners Concerning their Participation in Humanized Births. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010 May-Jun; 18 (3)(390-7).
41. Mosquera Pan L, Onandia Garate M, Luces Lago AM, Tizón Bouza E. La silla de partos. Un recurso acompañante de la verticalidad en el parto. *Revista enfermería.* 2015 Junio; 38 (6)(426-432).
42. Aceituno L, Segura MH, Ruiz E, Sanchez - Barroso MT, Acosta V, Delgado L, et al. Estrategia para disminuir la incidencia de patología grave del periné durante el parto. *Clínica e Investigación en ginecología y obstetricia.* Elsevier. 2010 Marzo; 38 (1)(8-14).
43. Côrtes C, Santos R, Caroci A, Oliveira S, Oliveira S, Riesco M. Implementation methodology of practices based on scientific. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49 (5)(16-724).
44. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FEMINA.* 2011 Janeiro; 39(1).
45. Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Tizón Bouza E. La pelota de parto: redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso del parto. *Rev ROL Enferm.* 2014; 37 (3)(188).
46. Zanuttini E. *Temas de Obstetricia.* 2nd ed. Buenos Aires - Argentina: Ascune Hnos.; 2011.
47. Vázquez Lara JM, Palomo Gómez R, Romeu Martínez M, Jiménez García MA, Rodríguez Díaz L, Pérez Marín S, et al. *Manual básico de Obstetricia y Ginecología Sanitaria INdG,* editor. Madrid: INGESA.
48. Jarder Gómez G. Trabajo de parto y parto. In Lina María González Duque JCGH, editor. *Aspectos Claves. Obstetricia.:* CIB - Fondo Editorial p. 37-51.
49. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). *Posiciones en el expulsivo.*

7. Anexos:

a) Anexo 1: Etapas del parto:

Hay que señalar que el trabajo de parto verdadero se divide en tres períodos ⁴⁶:

- 1) Período de dilatación: borrado cervical (> 50%) y dilatación del cuello uterino (3 – 4 cm), esto se debe a las contracciones uterinas ^{46,47} que se producen durante todo el embarazo, al comienzo son de poca intensidad pero va aumentando a medida que avanza el proceso de parto, aumentan tanto en intensidad como en duración al igual que se vuelven más regulares y constantes. Las contracciones se estimulan por el aumento de oxitocina liberada por la neurohipófisis ^{10,46,48}. Las contracciones uterinas serán más de 2 contracciones en 10 minutos, se producen en forma de onda desde el fondo del útero hacia el cuello logrando la expulsión del feto al final del parto ^{10,47}. La oxitocina es encargada en esta fase además de producir las contracciones uterinas, también aumenta la flexibilidad del sínfisis del pubis, por lo que contribuye a la dilatación del cuello uterino ¹⁰. Durante este período también se tiene que producir la rotura del saco amniótico, sino los profesionales lo tendrán que realizar de manera asistencial para que el parto siga avanzando sin complicaciones ¹⁰.
- 2) Período expulsivo: expulsión del feto por el canal del parto ^{46,47}. Este período comprende desde la dilatación completa (10 cm) hasta la expulsión del feto ^{10,47}. El recién nacido desciende por la pelvis materna hasta la salida del canal del parto ⁴⁷. Dentro de este período se diferencian dos fases:
 - Fase temprana o no expulsiva: dilatación completa pero no tiene el deseo de empujar. Recomendación de técnicas sobre la relajación, respiración, movilización y posiciones para facilitar el descenso del feto ⁴⁷.
 - Fase avanzada o expulsiva: la mujer presenta deseo de empujar (“sensación de pujo”) durante las contracciones. El manejo del parto más adecuado y fisiológico es esperar a que la parturienta tenga el deseo de pujar. El período tiene una duración variable pero depende de muchos factores como pueden ser la posición fetal, el miedo que siente la madre, la paridad... ⁴⁷.

3) Alumbramiento: este período puede durar de 5 a 30 minutos. El intervalo comprende desde la salida del feto hasta la expulsión de la placenta y membranas al exterior ^{10,46}. La expulsión de la placenta se realiza a partir de contracciones uterinas fuertes, que consiguen la compresión de los vasos sanguíneos disminuyendo el riesgo de hemorragias ¹⁰.

b) Anexo 2: Criterios de riesgo obstétrico. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia):

Estos riesgos suponen un parto distócico por lo que será más difícil que se pueda parir en posición vertical.

Tabla 2: Criterios de riesgo obstétrico según la SEGO:

Antecedentes personales	Antecedentes obstétricos
<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna < 16 años • Edad materna > 36 años • Obesidad (IMC > 29) y delgadez (IMC < 20) • Tabaquismo (> 9 cigarrillos al día) • Alcohólico • Drogadicción • Nivel socioeconómico bajo • Riesgo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Esterilidad de tratamiento al menos dos años • Aborto de repetición • Antecedentes de parto pretérmino • Antecedentes de CIR • Antecedentes de muerte perinatal • Hijo con lesión residual neurológica • Antecedente de nacido con defecto congénito • Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado) • Malformación uterina • Incompetencia cervical
Antecedentes médicos	Embarazo actual
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Enfermedad cardíaca • Diabetes Mellitus • Endocrinopatías • Enfermedad respiratoria crónica • Enfermedad hematológica • Epilepsia y otras enfermedades neurológicas • Enfermedad psiquiátrica • Enfermedad hepática con insuficiencia • Enfermedad autoinmune con afectación sistémica • Tromboembolismo • Patología médico-quirúrgica grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Estados hipertensivos embarazo • Anemia grave • Diabetes gestacional • Infección urinaria de repetición • Infección de transmisión perinatal • Isoinmunización RH • Polihidramnios, Oligoamnios • Hemorragia genital • Placenta previa sintomática (diagnóstico ecográfico > 33 semanas) • Crecimiento intraútero retardado • Defecto fetal congénito • Estática fetal anormal después de la 36 semanas • Amenaza de parto pretérmino • Embarazo postérmino • Ruptura prematura de membranas ovulares • Tumoración uterina • Patología médico obstétrica grave • Embarazo múltiple

Fuente: “Efectividad de la posición de Sims modificada en la fase del espulsivo frente a la posición de litotomía en mujeres con anestesia epidural”. Ballesteros Meseguer C, Barceló Muñoz N, Mora Lorente J, Pagan Marín L, Picón Carmona M, Ruiz Chumilla MÁ. NURE Inv (Internet). Jul - Ago 2014; 11 (71): [aprox. 19 p.] ¹⁴.

c) Anexo 3: Diferencias: parto vertical frente al decúbito supino:

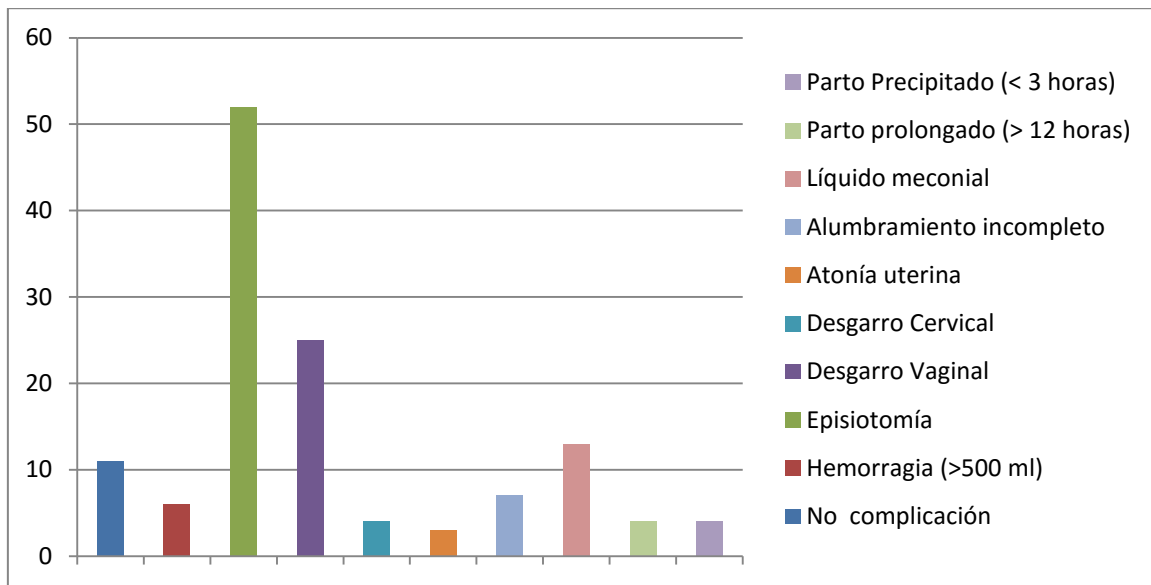
Tabla 3: Diferencias entre el parto en posición vertical y en decúbito supino:

	Parto vertical/lateral	Parto en decúbito supino/litotomía
Actividad uterina	Aumento de frecuencia y eficacia de las contracciones y de los pujos ^{5,6,18,29} .	Reduce la eficiencia de las contracciones uterinas ^{5,6,18,31,32} .
Presión en el cuello uterino	Presión mayor debido a la fuerza de gravedad ^{6,18} .	No existe una presión efectiva ^{6,18} .
Duración del parto	Menor duración ^{5,6,27,34} .	Mayor duración ^{6,34,36} .
Pujos maternos	Menor esfuerzo en el pujo (por la fuerza de gravedad) ^{18,36} .	Refieren tener un pujo más dificultoso ¹⁸ .
Dolor	Menos dolor en el expulsivo y postparto ^{18,29,32,35} .	Mayor dolor en el parto ^{5,6,18,32,33,35} .
Partos instrumentales	Menos partos instrumentales ^{5,6,18,29} . Disminución del riesgo de cesárea ^{34,43} .	Más partos instrumentales ^{5,6,18,29,33} . Más cesáreas ^{34,36,37} .
Necesidad de epidural	Menos necesidad de analgesia epidural como alivio del dolor ^{6,18,32,34} .	Mayor necesidad de epidural como alivio del dolor ^{6,34} .
Hemorragia materna (mayor 500 ml)	Más pérdida sanguínea. Menor el edema de vulva ^{5,6,18,29,32} .	Menor hemorragia. Mayor edema de vulva ^{5,6,18,29,33} .
Preferencia y satisfacción materna	Posibilidad de elegir la posición, cómo y cuándo iniciar los pujos → ↑ de endorfinas → ↓ sensación de dolor → Aumenta el positivismo ^{18,32,43} .	Son habitualmente peor toleradas por la mujer, generan en ocasiones situaciones negativas sobre el parto ¹⁸ .
Bienestar fetal	Disminución de probabilidad de ingreso en neonatos ³⁴ .	Aumento de la probabilidad del ingreso del recién nacido en neonatos ³⁴ .

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias señaladas

d) Anexo 4: Complicaciones en el Parto Vertical:

Gráfico 1: Diagrama de barras sobre las complicaciones registradas en la revisión de los partos verticales.



Fuente: "Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno. Horizonte Médico".
Castillo Ayarza M, Cahuata Mosqueira A, Calle Brush A, Muñoz Silva R. 2014; 14(1)³.

Datos del gráfico obtenidos a partir de un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, cuantitativo, retrospectivo; se revisaron las historias clínicas de 85 pacientes que realizaron el parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre enero y julio del 2012 donde se obtuvieron los resultados mostrados en el Gráfico 1³.

e) Anexo 5: Ventajas e inconvenientes de las diferentes posiciones para el expulsivo:

Tabla 4: Ventajas e inconvenientes de las distintas posiciones para el expulsivo durante el trabajo de parto.

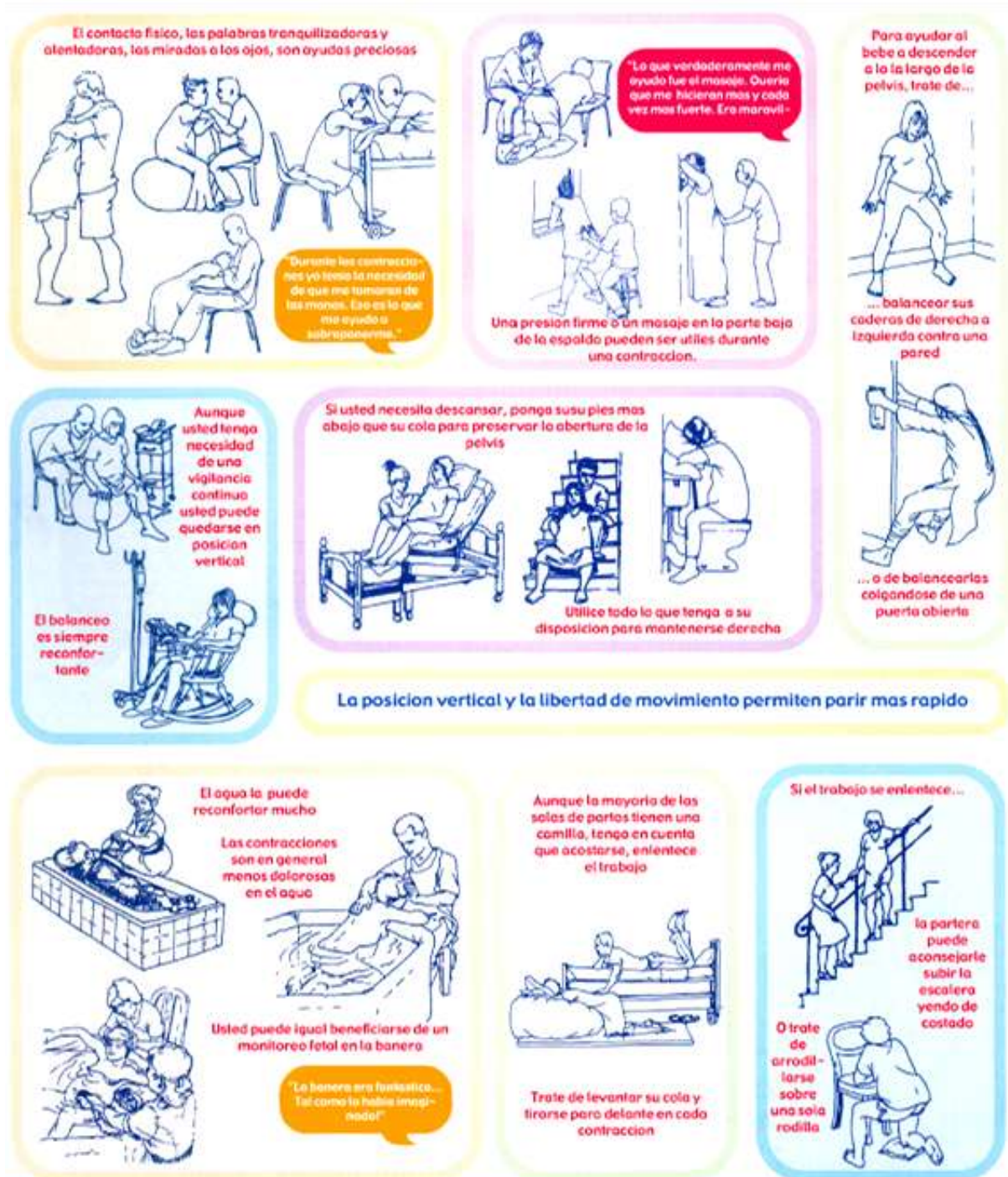
Posiciones para el expulsivo		Ventajas	Inconvenientes
Vertical	De pie	Mayores diámetros pélvicos < Partos instrumentales < N.º de episiotomías < Dolor expulsivo < Patrones anormales en el FCF > Libertad de movimientos Ayuda de la gravedad Contracciones de mayor intensidad	> Desgarros perineales Sobrestimación del sangrado
	Cuciillas	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie En nulparas: más traumas y mayor incidencia desgarros grado III Resultados perineales más desfavorables para las nulparas
	Silla de partos	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie
4 apoyos (cuadrupedia)	Manos-pies	Favorece la rotación fetal en presentaciones posteriores Favorece el descenso fetal Menores traumas perineales	Rechazo cultural de la mujer
	Manos-rodillas		
Decúbito lateral (Sims)		Tasa más alta de periné intactos Mejores resultados perineales Previene el síndrome de compresión de la vena cava Más libertad de movimientos Mayor intensidad y menor frecuencia de las contracciones	
Semisentada		Abre el estrecho pélvico Mejor para el dolor lumbar que la posición de litotomía Adecuada para el uso de epidural	Uso parcial de la gravedad
Litotomía		Adecuado para partos instrumentales Comodidad del profesional Facilidad para la colocación del RCTG	Más episiotomías Menor libertad de movimientos Cierra el estrecho inferior

FCF: frecuencia cardíaca fetal; RCTG: registro cardiotográfico.

Fuente: Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Posiciones en el expulsivo ⁴⁹.

f) Anexo 6: Posiciones para facilitar y acelerar el parto.

Figura 3: Posiciones para facilitar y acelerar el proceso de parto en partos eutócicos.



Version espagnole : Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté <http://afar.info> afar_contact@yahoo.fr

 The National Childbirth Trust
The voice of parents

Enquiry Line: 0300 33 00 770
(Registered Charity Number: 801395)

Website: www.nctpregnancyandbaby.com
English version: visit www.nctshop.co.uk Item Nr: 3254POS

Fuente: "La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud". Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad; 2008 ¹⁶.