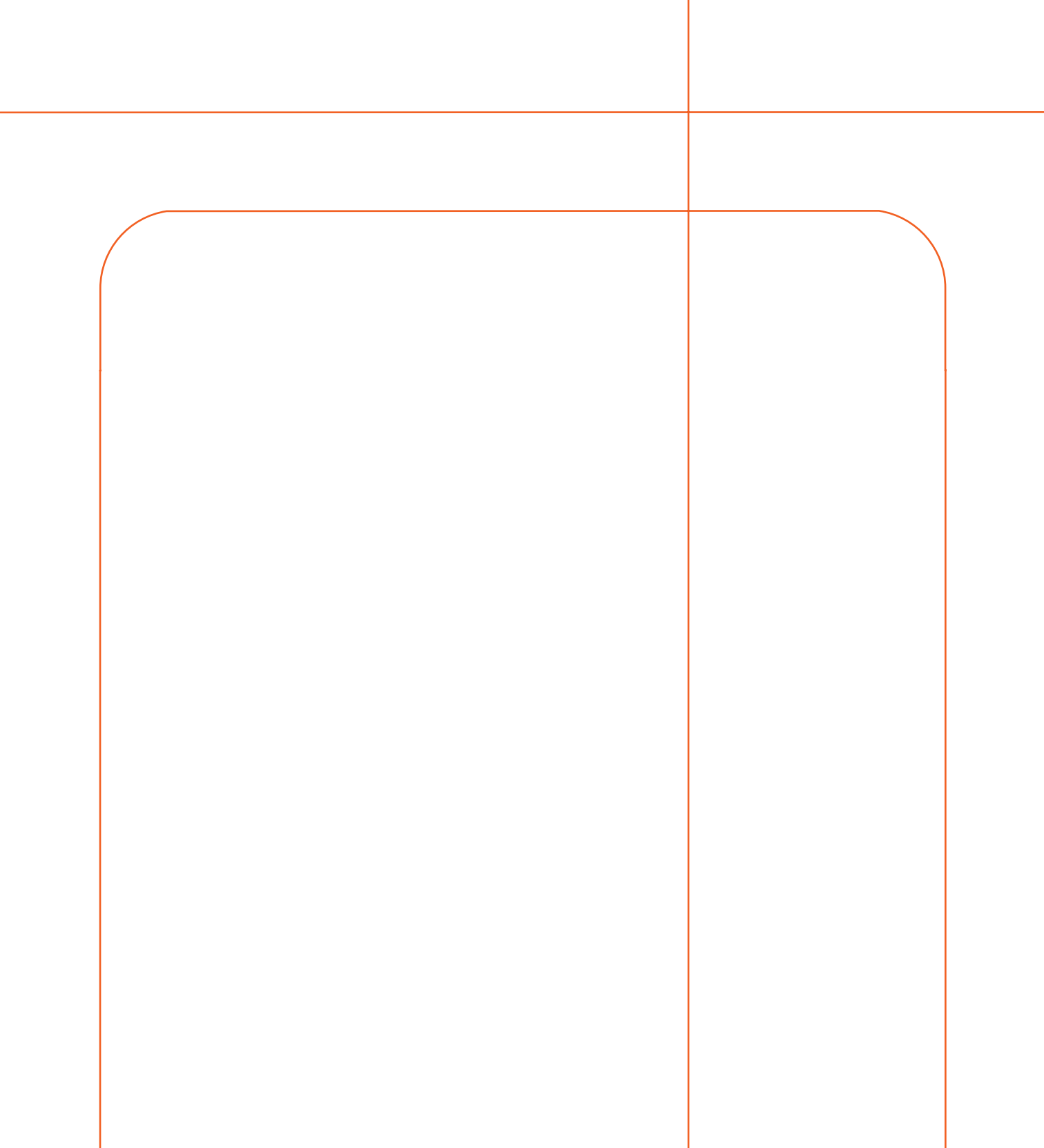


Posiciones en el expulsivo

- Se debe dejar que las mujeres adopten la posición en el parto que sea más cómoda para ellas.
- Hay que favorecer la utilización de posiciones verticales.
- En caso de que la mujer desee parir en una cama, se emplearán las camas normales o la cama obstétrica automatizada evitando la posición de litotomía.
- Las matronas deben ser expertas en asistir partos en diferentes posiciones y deben asesorar a las mujeres sobre la posición que más les conviene.



POSICIONES EN EL EXPULSIVO

La posición que adoptan las mujeres durante el parto responde a diferentes factores, especialmente de tipo cultural, por lo que parece difícil determinar cuál sería la conducta instintiva de las mujeres que habitan en países desarrollados. No obstante, en mujeres que viven en zonas menos desarrolladas y que no están tan influidas por la «tecnología» en el parto, se puede observar cómo adoptan posiciones más «fisiológicas», buscando la verticalidad: de pie, cuclillas, cuadripedia o de rodillas, (figuras 1-3).

Se debe dejar que las mujeres tengan el parto en la posición más cómoda para ellas¹.

Sería conveniente abandonar el uso de la mesa obstétrica tradicional para los partos normales, y podría usarse una cama normal en caso de que la mujer elija parir en la cama^{2, 3} o utilizar las nuevas camas obstétricas articuladas automatizadas que permiten diferentes posiciones (figura 4) Una de las posiciones que se utiliza es la de Sims o decúbito lateral (figura 5).

Se ha demostrado que las posiciones verticales en el expulsivo tienen beneficios evidentes¹⁻⁴. Por ello, si la mujer lo elige durante el parto, se debería favorecer la posición vertical y evitar el uso de la posición supina, particularmente la de litotomía. Sin embargo, en las posiciones verticales parece produ-



Figura 1. Posición vertical de pie



Figura 2. Posición vertical de cuclillas

cirse un aumento del sangrado estimado y un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado.

En general, las posiciones alternativas a las supinas presentan una serie de ventajas evidentes, especialmente sobre la de litotomía:

- Acortamiento del segundo periodo del parto⁵⁻⁹. En estas posiciones la mecánica del parto se ve favorecida por la ampliación de los diámetros de la pelvis y por la utilización de la gravedad, y ello sucede tanto en mujeres primíparas como multíparas.
- Disminución del dolor y la necesidad de analgesia^{1,6,9-11}. La posibilidad de que la mujer pueda elegir la posición en que le resulta más cómoda estar, así como cuándo y cómo iniciar los pujos, aumenta el

flujo de endorfinas y disminuye la sensación dolorosa. Las posiciones verticales, sentadas y de rodillas, parecen reducir el dolor lumbar de las contracciones y disminuyen la necesidad de analgesia.

- Mejora de la dinámica uterina^{8, 10, 12, 13}. Con las posturas verticales aumentan la frecuencia y la eficacia de las contracciones uterinas. La oxitocina se segrega en forma de pulsos por el mecanismo reflejo relacionado con la estimulación del cuello uterino durante el parto (efecto Ferguson-Harris). Cuando la mujer adopta cualquier posición vertical, se produce una mejor presión de la presentación fetal sobre el cuello del útero, mientras que en las posiciones horizontales, la presen-



Figura 3. Posición vertical de rodillas



Figura 4. Posición semisentada en cama obstétrica

tación suele tener que remontar el promontorio del sacro.

- Disminución de partos instrumentales y cesáreas. Las posiciones verticales mejoran la estática fetal, disminuyen el porcentaje de malposiciones de la cabeza fetal y favorecen un mejor alineamiento de la cabeza fetal. Además, las posiciones verticales (especialmente las de cuclillas y cuadrupedia) incrementan los diámetros pélvicos.
- Menor porcentaje de patrones anómalos de la frecuencia cardíaca fetal por una disminución en el riesgo de compresión de los grandes vasos de la pelvis y una mejor oxigenación fetal.
- Una disminución en el porcentaje de episiotomías.

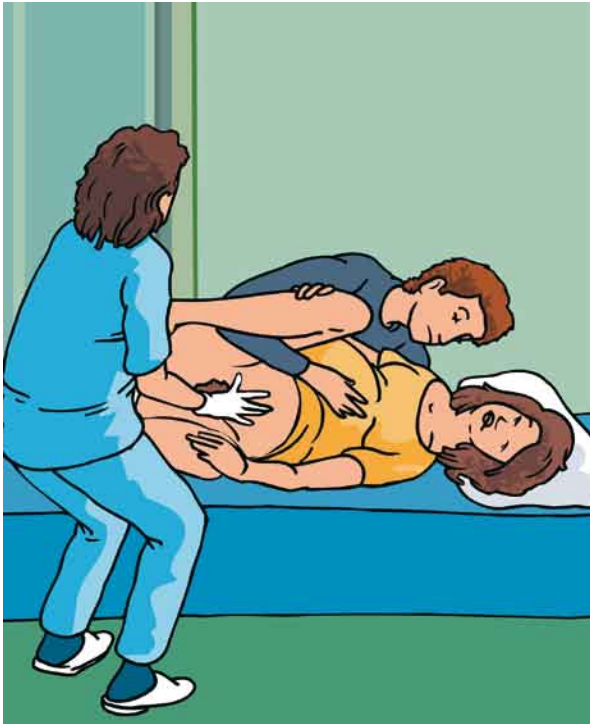


Figura 5. Posición lateral o Sims

En un reciente informe publicado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹⁴, si bien no se encontraron diferencias importantes entre las diferentes posiciones para el parto en diferentes parámetros maternos y fetales, sí se establecieron diferencias significativas en cuanto a la satisfacción materna y a la elección de la posición vertical para partos sucesivos.

Para las mujeres de nuestro medio es difícil adoptar posiciones «alternativas»¹⁵ a las que tradicionalmente han visto como «normales», y para los profesionales que asisten los partos es necesaria una formación específica para aprender a asistir partos en diferentes posiciones, así como los beneficios y las desventajas de cada posición (tabla 1).

Sería conveniente mostrar a las mujeres durante la gestación, mediante gráficos, las diferentes posiciones que pueden adoptar, así como las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de las diferentes posiciones para el expulsivo

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
	Cuclillas	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie En nulíparas: más traumas y mayor incidencia desgarros grado III Resultados perineales más desfavorables para las nulíparas
	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 cardiaca fetal; RCTG: registro cardiotográfico.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, van der Westhuisen S, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour . *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 May; 104(5): 567-71.
2. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001; 28: 202-07.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. Carreras I. Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. *Evidentia*. 2005 sept-dic; 2(6). En: <http://www.index-f.com/evidential/n6/139articulo.php>
5. Liu YC. The effects of the upright position during childbirth. *J Nurs*. 1989; 21(1): 14-8.
6. Gardosi J, Hutson N, B-Lynch C. Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. *Lancet*. 1989 Jul; 8(2):74-7.
7. Gardosi J, Hutson N, Lynch CB. Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. *Lancet*. 1989; 2: 74-7.
8. Bomfim-Hyppolito S. Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. *J Gynaecol Obstet*. 1998 Dec; 63(1): 67-73.
9. Allahbadia GN, Vaidya PR. Squatting position for delivery. *J Indian Medical Association*. 1993; 90(1): 13-6.
10. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wien Klin Wochenschr*. 2003; 115(19-20): 720-3.
11. Waldenstrom U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage of labor. *Birth*. 1991 Mar; 18(1): 5-10.
12. Gardosi J, Sylvester S, Lynch CB. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989; 96: 1.290-6.
13. Chen SZ, Aisada K, Mori H, Kigawa T. Effects of position on uterine activity during labor. *J Obstet Gynaecol*. 1987; 69(1): 67-73.
14. Cuerva Carvajal A, Márquez Calderón S. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2006. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA.
15. 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.

