



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/238.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Utilidad de la posición vertical y la silla obstétrica en el parto de baja intervención**

Autores Ana M^a Cutilla Muñoz,¹ Sandra Rodríguez Villa,² Mercedes Cadenas Rojas¹

Centro/institución (1) Hospital de Jerez de la Frontera, Servicio Andaluz de Salud (SAS). (2) Hospital de Puerto Real, SAS

Ciudad/país Cádiz, España

Dirección e-mail palasatenea99@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Actualmente es frecuente la finalización de los partos mediante el uso de determinados métodos o instrumentos obstétricos lesivos, derivado en multitud de ocasiones de la utilización cada vez más prolífica como método de elección ante el dolor obstétrico de la analgesia epidural que, en muchos casos, enlentece y dificulta el normal progreso del cilindro fetal a través de la pelvis materna.¹

Esta instrumentalización conlleva un trauma perineal que en la vida posterior de la mujer puede acarrear multitud de problemas como fístulas entre el ano y la vagina, dificultad para contraer adecuadamente el esfínter anal, prolapsos, etc., así como secuelas psicológicas relacionadas con partos difíciles y malos resultados perinatales.¹ Esto es debido en buena parte al desconocimiento por parte de las mujeres del resto de alternativas existentes para el alivio del dolor, consiguiendo con éstas finalizar de la forma más espontánea posible y evitar las consecuencias negativas asociadas.²

La silla obstétrica y la verticalidad son alternativas en los partos de baja intervención, y no en pocas ocasiones la silla sólo es considerada como un elemento más del mobiliario del paritorio, sin un uso real y provechoso para aquellas parturientas que deseen un parto sin intervención.^{3,4}

A lo largo de la historia, las formas de parir han ido evolucionando según la época y costumbres, la forma de vida y lugar de las civilizaciones pasando desde la

asistencia sin más intervención que el acompañamiento, remedios caseros y la libertad de movimientos para alivio del dolor, hasta la actual tendencia intervencionista.^{5, 6} El parto solía producirse bien en el ámbito familiar o en algún lugar específico separado de la tribu, siendo común el uso de aparatos o muebles para parir. La utilidad de la silla de parto y la posición vertical en el parto ha presentado multitud de variantes de la misma, desde la época egipcia y mesopotámica.⁶ Esta evolución nos lleva hasta la época moderna, donde la mujer pasa a parir en posición de litotomía, sin posibilidad de movimientos y donde la posición vertical y la silla obstétrica quedan como recuerdo de una *forma menos evolucionada de parir*.⁷ Es en los últimos tiempos cuando, tras constatar los negativos efectos que los partos intervenidos y en litotomía vienen generando en la finalización de los partos y la vivencia negativa de las parturientas, se intenta recuperar esa forma *salvaje* de parir, libre de intervención innecesaria, dejando evolucionar libremente a la naturaleza y haciendo uso de útiles de la obstetricia antigua, como es la silla de partos.^{2, 8}

Por todo lo expuesto, surge la necesidad de realizar una revisión bibliográfica que ponga de manifiesto las bondades del uso de la silla y la verticalidad en los partos de baja intervención, logrando así tomar consciencia como profesionales y sentirnos capacitados para informar a las gestantes sobre su existencia.

Planteamos como objetivo principal justificar la utilidad de dicha silla y la posición vertical como métodos que favorezcan la incidencia de partos eutócicos, disminuyan la morbilidad y mejoren la satisfacción materna. Se trata de validar ambos elementos como instrumentos fundamentales en la actualidad para el manejo de los partos de baja intervención.

Indirectamente conseguiremos por un lado, animar a las matronas para su uso en la práctica diaria, y por otro empoderar a las mujeres a través de la información para que puedan realizar una elección consciente.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas, en español (revisiones Cochrane, Cuiden plus, Scielo) y en inglés (Pubmed y Cinhal). La búsqueda se ha centrado en los periodos comprendidos entre 2005 y 2016, excluyéndose artículos de mayor antigüedad. Se encontraron un total de 20 artículos, de los que se escogieron finalmente un total de 12 por su mayor utilidad. También se han revisado guías de práctica clínica, literatura más antigua debido al interés histórico, puesto que intentamos constatar el uso milenario de este instrumento obstétrico y la elección inconsciente de las mujeres de todas las épocas para adoptar la verticalidad en el parto. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: "silla obstétrica", "parto eutócico", "parto de baja intervención", "posición vertical". La técnica de búsqueda se basó en la combinación de las palabras clave con los operadores booleanos AND y OR.

Resultados

Existe numerosa evidencia científica y artística de la existencia de las sillas obstétricas y del uso de la posición vertical para parir desde la época egipcia y mesopotámica. La silla de partos es descendiente de las sillas de ladrillo usadas para parir en Egipto, Persia e India y también de la tradición de parir sentada en el regazo del acompañante.^{6, 9} En la cultura griega y romana existe multitud de bajorrelieves,

restos arqueológicos y obras donde se observan partos de mujeres arrodilladas o sentadas en la silla.⁷ Encontramos referencias en obras de la Edad Media como en un ejemplar de las cantigas de Alfonso X el Sabio o en la obra “Rosengarten” de Rosslin donde se observan partos en sillas.⁹

En el SXVII, tras la muerte de María de Médicis durante el parto, se sustituye a la partera real francesa por Julián Clamen, primer partero de la historia, quién introdujo la postura horizontal.^{7,9} Es en el siglo XVIII cuando Mauriceau, partero de la corte del rey de Francia, comenzó a impulsar la cama para el parto. Escribió un libro proclamando los beneficios de la postura horizontal que se difundió a toda Europa y posteriormente a América.^{6,9}

Con el desarrollo de los Hospitales se asentaron los partos en litotomía y los primeros distócicos a mediados del siglo XX, de ahí hasta la actualidad, relegando el uso de la silla.^{6,9} En 1882, Engelmann describió cómo las mujeres, sin la influencia de los convencionalismos occidentales, adoptaban naturalmente la posición más cómoda, evitando la posición dorsal.¹⁰

En todas ellas, se deja libre el coxis, con lo que se favorece el descenso de la cabeza fetal, efecto contrario al producido en la posición de litotomía.¹¹ Además, la libertad de movimientos y la posibilidad de cambiar de postura, proporciona mayor control sobre la intensidad del dolor, hecho muy limitado por las rutinas hospitalarias, el decúbito supino y el intervencionismo propio de la forma de parir de la época actual.¹¹ Como consecuencia de esto, un gran volumen de las mujeres utiliza algún método de alivio del dolor durante el parto, entre ellos la analgesia epidural que proporciona la analgesia más efectiva y su uso para el trabajo de parto se ha incrementado de manera importante en los últimos años.^{5,12}

Sin embargo, una revisión sistemática Cochrane⁵ y otros estudios¹ muestran que a diferencia de otros métodos alternativos analgésicos, la epidural también está asociada a consecuencias obstétricas adversas. Entre ellas se incluyen períodos de dilatación y expulsivos más prolongados, mayor probabilidad de presentaciones fetales anómalas, de cesáreas por sufrimiento fetal, hipotensión materna, bloqueo motor, retención urinaria, fiebre y mayor uso de estimulación con oxitocina y partos instrumentados.¹

Esta instrumentalización del parto es consecuencia de la excesiva relajación del tono de los músculos del piso pélvico, provocado por un bloqueo motor, que dificulta el apoyo sobre una musculatura firme que facilite la actitud de flexión y correcta rotación de la cabeza a favor de presentaciones anómalas.^{5,11} Asimismo, el deseo de pujar se ve debilitado debido a la disminución del reflejo de pujo durante el parto y actividad uterina reducida. Todo ello genera un alargamiento en la fase de dilatación y expulsión, muchas veces acompañado por fiebre materna intraparto, que obliga a la finalización del proceso con la colocación de instrumentos obstétricos.⁵ Esto viene asociado a mayores riesgos de trauma vaginal/perineal para las madres y daño del esfínter anal, lo que provoca incontinencia urinaria, problemas intestinales y sexuales en la vida posterior de la mujer.¹

La analgesia epidural es el método para el alivio del dolor más estudiado, eficaz y difundido,¹² sin embargo las mujeres que utilizan este método tienen mayor riesgo

de tener un parto instrumental y fracaso de la lactancia materna.⁵ Por ello, es recomendable informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor,² sus beneficios y potenciales riesgos materno-fetales (epidural, acompañamiento, pelota, óxido nitroso, inmersión en agua...), ofrecer la posibilidad de elegir uno o varios métodos, informar de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas, evitar la analgesia de rutina, considerar la aplicación de la anestesia epidural sin bloqueo motor.¹²

La posibilidad de libertad de movimientos,² la elección espontánea de la posición de la mujer según le vaya pidiendo el cuerpo durante las fases del parto^{2,12} y el uso de alternativas como la silla obstétrica,^{4,13} son claves a la hora de conseguir que la gestante pueda soportar el dolor y consiga evitar la analgesia epidural, si ese es su deseo.^{5,12} No hay justificación alguna para sugerir o animar a que opte por la posición supina o de litotomía, de hecho dicha posición está contraindicada ya que la compresión que se ejerce en la aorta-cava puede comprometer tanto a la madre como al bienestar fetal.^{4,12}

Las mujeres deben adoptar la posición que les sea más cómoda durante todo el proceso¹⁴, incluido el expulsivo.¹⁵ Asimismo, es necesario capacitar a los profesionales en general, en la atención al parto en las diferentes posiciones e investigar las percepciones de las mujeres y los factores que influyen en la elección de las posiciones que adoptan. Las matronas deben asesorar a las mujeres y estar formadas en la asistencia a dichos partos.¹⁶

Las posiciones verticales o laterales, entre ellas la posición sentada, comparadas con supina o litotomía presentan una serie de ventajas evidentes como son el acortamiento del segundo periodo del parto por la ampliación de los diámetros de la pelvis y la influencia de la gravedad, tanto en primíparas como multíparas, la disminución del dolor y de la necesidad de analgesia al encontrarse más cómoda (aumenta el flujo de endorfinas además de reducir el dolor lumbar).^{3,16} Asimismo, se asocian a un menor número de nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías y menor dolor agudo durante la segunda etapa.¹⁷ Proporciona mayor confort y autonomía de la madre, así como un factor protector del trauma perineal grave.³

También mejoran la dinámica uterina pues aumentan la frecuencia y la eficacia de las contracciones uterinas, disminuyen el porcentaje de malposiciones de la cabeza fetal pues favorecen un mejor alineamiento de la cabeza fetal, incrementan los diámetros pélvicos, favoreciendo los partos eutócicos y disminuyendo el porcentaje de episiotomías y partos instrumentales.¹⁶ Se registran un menor porcentaje de patrones anómalos de la frecuencia cardiaca fetal por una disminución en el riesgo de compresión de los grandes vasos de la pelvis y una mejor oxigenación fetal.¹⁶ Pero por otro lado, las posiciones verticales no carecen de desventajas. Se asocian a un aumento del sangrado estimado (mayor de 500 ml) y un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado.^{3,12,16}

En un informe publicado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía,¹⁸ no se encontraron diferencias significativas entre las posiciones para el parto según diferentes parámetros indicadores de la seguridad materno-fetal, pero sí se evidenciaron diferencias en cuanto a la satisfacción materna y a la elección de la posición vertical para partos sucesivos. Asimismo, recomienda que los servicios

sanitarios emprendan los cambios necesarios, tanto a nivel cultural como de infraestructura, para facilitar a las mujeres la elección de la postura que prefieran para parir.¹⁸

Cuando la mujer recibe analgesia epidural se ha observado que los partos duran menos cuando adoptan posiciones verticales (incluidas las posiciones de pie, de rodillas, en cuclillas o sentada).¹⁹ Es por ello que se aconseja alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.¹⁹

Conclusiones

El uso de la verticalidad y la silla obstétrica es una alternativa a métodos intervencionistas y con peores resultados perinatales asociados, siempre que la madre así lo desee y las circunstancias lo permitan.

Su utilización presenta sobrados beneficios en el proceso fisiológico del parto, así como en las vivencias maternas de la experiencia, obteniendo resultados satisfactorios. Para ello, es fundamental que las mujeres tengan acceso al conocimiento sobre métodos alternativos y la posibilidad de escoger la postura más cómoda, para poder tomar una decisión informada, libre y responsable. Esto reducirá la aparición de la mayoría de los problemas de salud que la mujer podría padecer tras el parto y que presenta un fuerte impacto en la salud posterior de las madres.

Quedan constatados los beneficios de ambos métodos en la bibliografía consultada, lo que nos lleva a justificar su uso en la actualidad, si bien es necesario adaptar dichos métodos a las circunstancias de la Obstetricia actual. Se vuelve fundamental que los profesionales se entrenen en el uso de la silla y en el respeto de los deseos de las gestantes. Este proceso de cambio no se efectuará en poco tiempo, es una limitación que podremos encontrar, ya que durante años las instituciones han vendido a las gestantes y a los mismos profesionales que la epidural es signo de calidad en la asistencia.

Existen deficiencias evidentes al respecto en el sistema sanitario y necesidad de una intervención formativa conjunta entre Atención Primaria y Especializada, que sirva para capacitar a las gestantes en la toma de decisiones sobre su proceso, cambiando esa “cultura de epidural” poco a poco, desde las usuarias, que son en definitiva las generadoras finales de los cambios.

Bibliografía

1. Liang CC, Wong SY, Chang YL, Tsay PK, Chang SD, Lo LM. Does intrapartum epidural analgesia affect nulliparous labor and postpartum urinary incontinence? *Chang Gung Med J.* 2007 Mar-Apr;30(2):161-7.
2. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd [acceso 15 de enero del 2011]. Disponible en:

<http://www.cochrane.org/es/CD003521/tratamientos-complementarios-y-alternativos-para-el-manejo-del-dolor-durante-el-trabajo-de-parto>

3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del país Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guía de Práctica Clínica en el SNS OSTEBA N° 2009/01 [acceso 10 de Septiembre de 2016] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
4. A Mosquera Pan L, Onandia Garate M, Luces Largo AM, Bouza ET. [The chair of births: a resource companion of verticality in childbirth][Abstract]. Rev. Enferm; 2015 Jun; 38(6):26-32. PubMed ID: 2659193
5. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [acceso 14 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Kirschhoff H. La posición de la mujer durante el parto. De la prehistoria hasta la fecha. Oss, The Netherlands: Organorama, Organon Nederland. 1971; 14:1.
7. Mateos Cachorro, A. Nuestras ancestas y nosotras. Maternidad y Parto. 1ª ed. 2010
8. Benito González, E, Rocha Ortiz, M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Biociencias. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. SEPARATA. Vol. 3- año 2005. [acceso el 10 de Septiembre de 2016] Disponible en: http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV05_003.pdf
9. Haggard W. H. Diablos, drogas y doctores. Aguilar 1ª Edición. 1966
10. Engelmann GJ. Labor among primitive peoples. St Louis: JH Chambers; 1882; 37.
11. Calais Germaine, B y Vivés Parés, N. Parir en movimiento. Editorial La liebre de Marzo 1ª Ed. 2015.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid, Noviembre 2007.
13. Lugones Botell, M, Ramírez Bermúdez, M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana Obst. Ginecol. Ciudad de la Habana. Vol 38, nº 1 enero-marzo 2012. Versión impresa ISSN 0138-600X Scielo
14. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.

15. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2008. Oxford, Update Software Ltd. [acceso el 10 de Septiembre de 2011] Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007 [acceso el 5 de Septiembre de 2016]. Disponible en: www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal
17. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia enero-marzo, 2008; vol. 54, núm. 1: pp. 49-57. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología [acceso 15 de Agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>.
18. Cueva Carvajal A, Márquez Calderón S. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Revisión sistemática de la literatura [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2006. Informe 13/2006 [acceso el 25 de Agosto de 2016]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA.
19. Kemp E, Kingswood C, Kibuka M, Thornton J. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 1. Art. No.: CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.pub2.