

BENEFICIOS DE LA POSICIÓN VERTICAL PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

Experiencia en el Hospital "Manuel A. Villarroel" de Punata, Cochabamba, Bolivia
Benefits of Vertical Birthing Positions

Dra. Ninoska Franco
Dra. Sonia Ayllón
Dr. Marcelo Vallejo
Lic. Kirsten Hansen-Day

Médico Gineco-Obstetra, Hospital MAV de Punata / *mino_bo_zos@yahoo.com*
Médico General, Hospital M.A.V. de Punata
Médico General, Hospital M.A.V. de Punata.
Licenciada en Biología, Compton Mentor Fellow

ABSTRACT:

BACKGROUND: Bolivia's national health policy emphasizes that childbirth care practices should be adapted to the practices, desires and culture of the patient. Traditionally, many women to assume prefer vertical positions during the second stage of labor, but current research has not reached conclusive results on the subject.

GENERAL OBJETIVE: Identify the physiological benefits and/or risks of vertical and horizontal birthing positions in the Hospital MAV of Punata from September 2009 to January 2010.

METHODOLOGY: An analytic, retrospective, longitudinal investigation of multiparous women who arrived at the Hospital with full-term, uncomplicated pregnancies.

RESULTS: Twenty-five of the included patients assumed vertical positions and 73 horizontal. The frequency of first degree perineal tears was 20% in the vertical positions and 26% in horizontal. Second degree tears presented in 4% of patients in vertical positions and 1.4% in horizontal. Episiotomies were performed on 26% of patients attended in the horizontal position and 4% in vertical positions. Three cases of hemorrhagic-infectious complications were identified.

CONCLUSIONES: The childbirth care offered in the Casa Materna during the present study demonstrates the benefits of various vertical birthing positions. Furthermore, it respects the culture and customs of the patient, offering her the opportunity to feel comfortable in the position she and her family members desire.

Key Words: Intercultural birthing, vertical birthing position, perineal tears, episiotomia.

RESUMEN

ANTECEDENTES: El modelo SAFCI, política nacional de salud de Bolivia, destaca que la atención del parto en los servicios de salud debe ser con adecuación a las prácticas, deseos y cultura de la usuaria. Tradicionalmente muchas mujeres prefieren posiciones verticales en el período expulsivo del parto pero las investigaciones actuales no han llegado a conclusiones claras sobre el tema.

OBJETIVO GENERAL: Identificar los beneficios y/o riesgos fisiológicos de la atención del parto vertical en el Hospital Manuel Ascencio Villarroel de Punata en el período Septiembre 2009 a Enero 2010. Metodología: Se realizó una investigación analítica, retrospectiva y de corte longitudinal de multíparas ingresadas.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes atendidas en posición vertical y 73 en horizontal. La frecuencia de desgarro de 1º grado fue de 20% en posición vertical y 26% en horizontal. En cuanto a los de segundo grado, un 4% se presentó en posición vertical y en 1.4% en horizontal. Se realizó episiotomía en un 26% de los partos atendidos en posición horizontal y en posición vertical, un 4%. Se encontraron complicaciones hemorrágico-infecciosas en 3 casos.

CONCLUSIONES: La atención brindada en Casa Materna durante la realización del presente estudio muestra beneficios de algunas posiciones verticales para la atención del parto. Además respeta la cultura y costumbres de las pacientes, brindándole la oportunidad de sentirse cómoda en la posición deseada por ella y sus familiares.

PALABRAS CLAVES

Parto Intercultural, Parto Vertical, Desgarro Perineal, Episiotomía

INTRODUCCIÓN

Desde 2007, Bolivia cuenta con el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) como política nacional de salud. El Modelo SAFCI destaca que la atención del parto en los servicios de salud debe ser con adecuación a las prácticas, deseos y la cultura de la mujer parturienta. La Casa Materna del Hospital MAV de Punata funciona desde julio del 2009, siendo creada para la atención del parto con adecuación intercultural, en la posición elegida por la paciente y con acompañamiento de familiares. Los beneficios de este llamado "parto intercultural" han sido comprobados por diferentes investigaciones a nivel internacional, sobre las posiciones verticales durante el período de dilatación, el acompañamiento de familiares, y la restricción del uso de la episiotomía. Sin embargo, la posición vertical durante el período expulsivo es un aspecto clave sobre la cual las investigaciones actuales no han llegado a conclusiones claras. Considerando la presente implementación del parto intercultural, y la demanda evidenciada en la zona en estudio (Valle Alto de Cochabamba, Bolivia), se propone el presente trabajo para conocer los beneficios y riesgos de este tipo de atención.

OBJETIVO GENERAL

Identificar beneficios y/o riesgos de la atención del parto vertical en pacientes multíparas atendidas en el Hospital MAV de Punata en el período Septiembre 2009 a Enero 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Comparar la frecuencia de desgarros perineales en posición vertical y horizontal.
2. Comparar la frecuencia del uso de la episiotomía en ambas posiciones.

3. Determinar la frecuencia de complicaciones hemorrágico-infecciosas en el puerperio mediato.

MARCO TEÓRICO

Definición del Parto Vertical

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.

Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser:

- sentada (Pueden utilizar silla o colchoneta intercultural);
- semisentada (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical);
- de rodillas;
- plegaria mahometana (sobre manos y rodillas)
- en cuclillas (sin ayuda o usando barras de cuclillas);
- parada (Sostenida de otra persona o de un implemento: barra, cama, etc.)

Ilustración 1: Material de Parto Intercultural, Casa Materna del Hospital MAV Punata





Izq. a der.: (1) Silla para atender en posición sentada o semisentada ; (2) La pareja o familiar puede cabalgar sobre la silla para sostenerle a la parturienta por detrás; (3) Colchoneta para atender en posición sentada, de rodillas, en cuclillas, parada o plegaria mahometana.

VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL

La literatura científica señala varias ventajas fisiológicas asociadas al parto vertical. Dentro de estos se incluye los efectos de la gravedad, menos presión sobre la aorta y vena cava (Efecto Poseiro) y mejor oxigenación de la madre y feto (11-12), contracciones uterinas más fuertes y eficaces (8), mejor orientación del feto para descender en la pelvis (5), y evidencia radiológica de mayor área

de la salida pélvica en las posiciones de cuclillas y rodillas (6-7).

POSICIONES VERTICALES DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO

Gupta, et al. hicieron una revista sistemática de 20 investigaciones sobre la posición de la segunda fase del trabajo de parto, incluyendo a 6135 mujeres participantes. Vieron que las posiciones verticales y laterales, comparadas con la supina y litotomía eran asociadas con pequeñas disminuciones en la duración del segundo período del parto y la tasa de nacimientos asistidos, la cantidad de episiotomías realizadas, anormalidad de la frecuencia cardiaca y la frecuencia de dolor severo. También se vio incremento en desgarros de segundo grado y pérdidas de sangre mayores a 500 ml. Sin embargo, los autores destacan que la calidad de los estudios varió bastante, entonces los resultados encontrados son tentativos y hay necesidad de diseñar protocolos de investigación de este tema. (8)

DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA RUTINARIA

Aunque el Decreto Ministerial 0496 del 2001 ha definido como norma nacional de Bolivia la restricción del uso de la episiotomía, sigue siendo un procedimiento muy común en los establecimientos de salud. Carroli y Mignini revisaron 8 estudios que compararon el uso restringido con el uso rutinario de la episiotomía, con una muestra total de 5541 mujeres. La restricción resultó en trauma perineal menos severo, menos necesidad de suturar, y menos complicación en la curación de heridas, aunque habían más traumas del periné anterior. No había ninguna diferencia en la frecuencia de casos de trauma severo, dispareunia, incontinencia urinaria, y de dolor severo. (3)

MATERIAL Y MÉTODOS

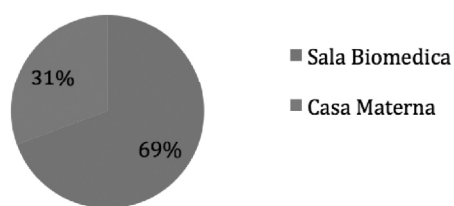
Se realizó una investigación analítica, retrospectiva y de corte longitudinal en la Casa Materna y la Sala Biomédica del Hospital Manuel A. Villarroel del municipio de Punata, Departamento de Cochabamba, Bolivia.

El universo estuvo constituido por mujeres multiparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Punata. La muestra por Gestantes multiparas ingresadas en el servicio con embarazo a término sin complicaciones en el período Septiembre 2009 a Enero 2010. Se excluyó a pacientes primíparas, con embarazo pretérmino, o con alguna complicación (por ejemplo: ruptura prematura de membranas, preeclampsia, placenta previa).

Los datos se obtuvieron del registro estadístico del Hospital y la historia clínica de las pacientes. El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación del Hospital MAV de Punata.

RESULTADOS

Figura 1: Lugar de Atención del Parto

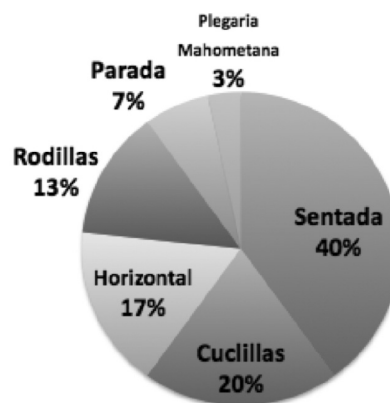


Se incluyeron un total de 98 pacientes. Treinta se atendieron en Casa Materna y 68 en Sala Biomédica.

Las pacientes atendidas en Casa Materna adoptaron durante el expulsivo diferentes

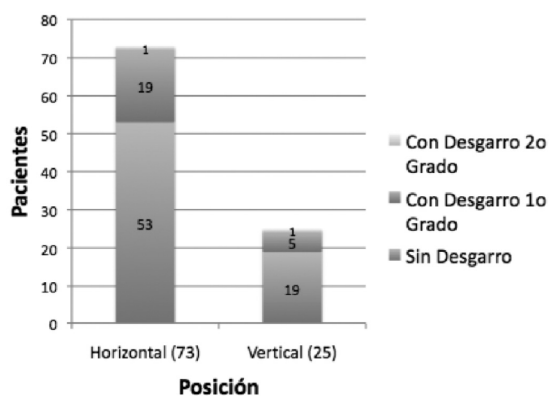
posiciones. Un mayor número adoptó la posición sentada (40%). En un 20% se atendieron de cuclillas y un 17% en posición horizontal. Un menor número estuvieron de rodillas, paradas o en plegaria mahometana.

Figura 2: Posición de Parto en Casa Materna (30 pacientes)



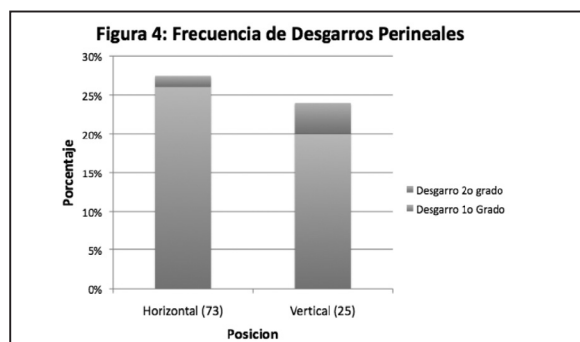
En la posición vertical se produjeron un total de 25 partos. De ellos, presentaron desgarros perineales 6 pacientes. En posición horizontal se atendieron un total de 73 pacientes, 20 tuvieron algún grado de desgarro. (Figura 3).

Figura 3: Desgarros Perineales: Posición Horizontal vs. Vertical

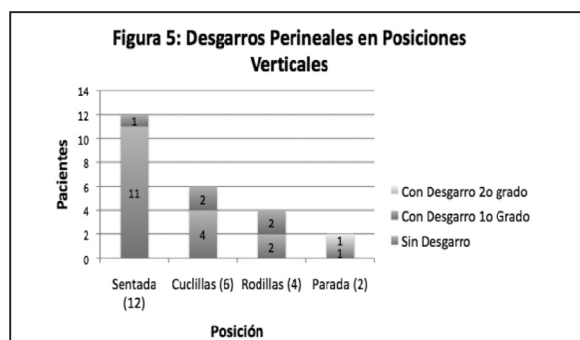


La frecuencia de desgarro perineal de I grado fue de 20% en posición vertical y 26% en horizontal.

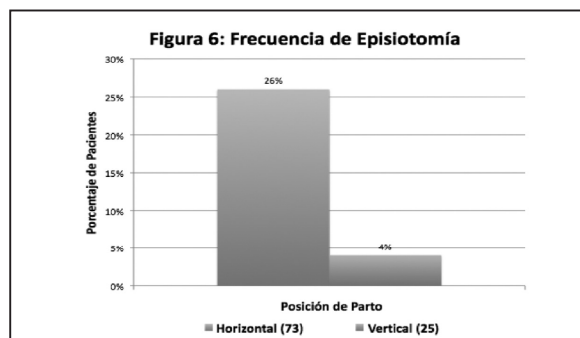
En cuanto a los desgarros de segundo grado, un 4% se presentó en posición vertical y en 1.4% en horizontal. (Figura 4). Durante el presente estudio no se tuvieron desgarros de tercer o cuarto grado.



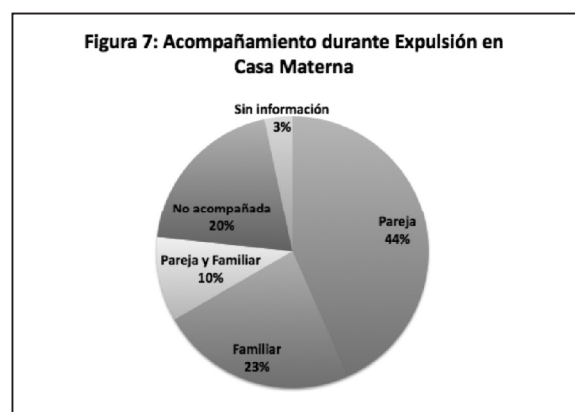
La frecuencia de desgarro perineal en posiciones verticales se presentó de la siguiente forma: Un caso de desgarro perineal de I grado en posición sentada (8.3%), dos casos en cuclillas (33.3%) y de rodillas (50%), y solo un caso de desgarro de II grado en posición parada (50%). (Figura 5).



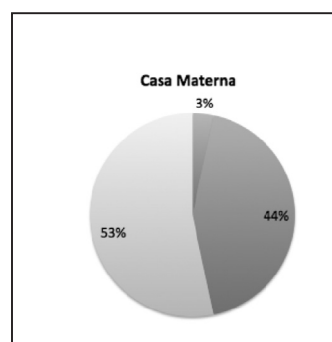
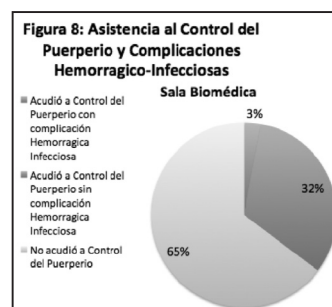
De los 73 partos atendidos en posición horizontal, se realizó episiotomía en 19 pacientes (un 26%). De las 25 en posición vertical, solo 1 caso fue necesaria, representando un 4% (Figura 6).



77% de las pacientes de Casa Materna estuvieron acompañadas durante el período expulsivo. 44% por su pareja, 23% por familiar cercano y un 10% con pareja y familiar. Un 20% no tuvieron compañía (Figura 7).



Del total de pacientes incluidas en el estudio (98), solo acudieron 38 a su control de puerperio. De ellas, se encontraron complicaciones en 2 casos atendidos en Sala Biomédica (8.5%) que correspondieron a restos placentarios y episiotomía infectada y una en Casa Materna (6.3%) que se trató de hematometra (Figura 8).



CONCLUSIONES

La atención brindada en Casa Materna durante la realización del presente estudio muestra beneficios de algunas posiciones verticales para la atención del parto, entre ellos, disminución en la práctica rutinaria de episiotomía, y menor incidencia de complicaciones hemorrágico infecciosas. La posición sentada fue la más frecuentemente adoptada y se ha demostrado que es la que con menor frecuencia se complica con desgarros perineales.

Aun las pacientes, no acuden a control de puerperio en un elevado número, aumentando el riesgo de complicaciones posteriores. Dificultando la consejería en planificación familiar, cuidados post parto y lactancia materna.

Pese al pequeño número de pacientes que acude a su control puerperal, el porcentaje complicación hemorrágica-infecciosa es menor en la posición vertical. Pero para realizar una real conclusión del tema, se requiere mayor número de pacientes que se atiendan de dicha forma y que acudan a su control posterior.

DISCUSIÓN

En la Casa Materna de nuestro centro se atienden en su mayoría a pacientes multiparas, porque se ha considerado a las mismas con menor riesgo obstétrico, al iniciar la atención con adecuación intercultural. Probablemente comparando a las mismas con primigestas hubiéramos tenido resultados diferentes, pero ello se vera en estudios posteriores.

En forma similar al estudio Gupta et al (2004) se ha encontrado que la atención en posición vertical disminuye la cantidad de episiotomías realizadas y evidencia un incremento leve de desgarros de segundo grado. Sin embargo, encontramos, que existe una reducción en la cantidad de desgarros de primer grado.

Además de los beneficios fisiológicos evidenciados, la atención del parto intercultural respeta las creencias y costumbres de las pacientes, brindándole la oportunidad de sentirse cómoda en la posición deseada. Esto permite un mejor acercamiento entre el personal de salud y la población, lo que a la larga podría incidir en una disminución de muertes maternas domiciliarias por falta de atención médica que aun persiste en nuestro país.

RECOMENDACIONES

Al concluir el presente estudio, podemos recomendar, que se debe:

- * Capacitar y concientizar al personal de salud sobre los beneficios del parto vertical, para brindar una atención optima a todas las pacientes, cumpliendo los protocolos y normas de atención de parto realizados para tal fin.
- * Brindar a las pacientes la oportunidad de elegir la posición de parto durante el período expulsivo.
- * Restringir el uso rutinario de episiotomía.
- * Incentivar la asistencia de las pacientes a su control de puerperio.
- * Continuar realizando estudios con mayor número de pacientes, incluyendo primigestas, realizando seguimiento de los mismos, para lograr conclusiones universales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Russell K. The course and the conduct of normal labor and delivery. En: Pernoll M, Benson R. Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis and Treatment. 6th ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1987. p. 178.
2. IMPAC: Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Manejo de las complicaciones del embarazo y parto. OMS. 2000
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009, Issue 1. Art. No. : CD000081.

4. INASES. Normas de Diagnostico y Tratamiento Medico de Gineco-Obstetricia. Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Nacional de Seguros de Salud.
5. Gold EM. "Pelvic drive" in obstetrics: an X-ray study of 100 cases. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1950; 59: 890-6.
6. Borell U, Fernström I. The movements at the sacro-iliac joints and their importance to changes in the pelvic dimensions during parturition. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1957; 36: 42-57.
7. Russell JGB. Moulding of the pelvic outlet. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1969; 76: 817-20.
8. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004, Issue 1. Art. No. :CD002006.
9. Ang CK, Tan TH, Walters WAW, Wood C. Postural influence on maternal capillary oxygen and carbon dioxide tension. British Medical Journal. 1969; 4: 201-3.
10. Humphrey MD, Chang A, Wood EC, Morgan S, Humslow D. The decrease in fetal pH during the second stage of labour when conducted in the dorsal position. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1974; 81: 600-2.
11. Scott DB, Kerr MG. Inferior vena caval compression in late pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1963; 70: 1044.
12. Méndez-Bauer C, Arroyo J, García Ramos C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. Journal of Perinatal Medicine 1975;3:89-100.

AGRADECIMIENTOS: a Dr. Jose Vladimir Ticona Calderón, Coordinador, FORSA-JICA Cochabamba y a Medical Shopping que fabrica la Silla de Parto Interculturalr, (Calle 15 de Agosto No 2282, Cochabamba, Tel: 4409202)