



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

s pog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Calderón, Jorge; Bravo, José; Albinagorta, Roberto; Rafael, Patricia; Laura, Antonio; Flores, Carlos

PARTO VERTICAL: RETORNANDO A UNA COSTUMBRE ANCESTRAL

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 54, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 49-57

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo. oa?id=323428187011>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TRABAJO ORIGINAL

PARTO VERTICAL: RETORNANDO A UNA COSTUMBRE ANCESTRAL

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las ventajas del parto vertical frente al parto horizontal. **DISEÑO:** Estudio observacional, comparativo y transversal. **LUGAR:** Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú. **PARTICIPANTES:** Gestantes que tuvieron parto vertical o parto horizontal. **INTERVENCIONES:** Entre junio 2006 y junio 2007 se estudió 160 parturientas, 80 de las cuales tuvieron parto vertical (PV) y 80, parto horizontal (PH). **PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADOS:** Tiempo de expulsivo, volumen de sangrado uterino, necesidad de episiotomía, complicaciones, percepción de la madre. **RESULTADOS:** El tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min, respectivamente). El volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos (300 mL y 296,74 mL). Considerando el uso y el no uso de oxitocina posparto, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el volumen de sangrado, siendo mayor cuando no se usó oxitocina. La maniobra de Kristeller casi fue innecesaria para el parto vertical (1,3%), mientras fue realizada en 16 pacientes con parto horizontal (20%). Se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% vs. 56,3%). Se necesitó instrumentación del parto en solo dos casos de parto horizontal (1 vacuum, 1 fórceps de salida). Se presentó un hematoma vaginal y una hemorragia posparto, para el parto horizontal, sin diferencia estadísticamente significativa. Hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical (en quienes no se realizó episiotomía), pero de poca profundidad (83% vs. 60%). Respecto a la percepción de la madre sobre el parto vertical, este fue percibido como más rápido, más cómodo y menos doloroso; la mayoría de las mujeres con parto vertical tuvo la satisfacción de ver la salida de su bebé (96,3% vs. 42,5%) y la mayoría de la mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las 160 mujeres). **CONCLUSIONES:** El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.

PALABRAS CLAVE: parto vertical, parto horizontal.

Vertical birth: return to an ancestral tradition

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the advantages of vertical childbirth over supine confinement. **DESIGN:** Observational, comparative and cross sectional study. **SETTING:** Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Peru, a medical residency hospital. Participants: Pregnant women who had either vertical or supine childbirth. **INTERVENTIONS:** We studied 160 women from June 2006 through June 2007; 80 had vertical delivery and 80 supine childbirth. Main outcome measures: Time of delivery, uterine bleeding volume, episiotomy need, complications, maternal perception. **RESULTS:** Time for third stage of labor was shorter in ver-

tical versus supine confinement (11,39 versus 19,48 minutes respectively). Average bleeding volume was similar in both groups (300 mL and 296,74 mL respectively). Considering the use and non-use of post partum oxytocin, significant higher bleeding volume was encountered when oxytocin was not used in both groups. Kristeller's maneuver was hardly necessary for vertical delivery (1,3%) but it was performed in 16 patients with supine childbirth (20%). Episiotomy need was less for vertical delivery (26,5% and 56,3 respectively). Instrumental delivery was required in two supine childbirth cases (1 vacuum, 1 output forceps). There was one case of vaginal hematoma and one post-partum hemorrhage with supine childbirth, with

Jorge Calderón¹, José Bravo²,
Roberto Albinagorta¹, Patricia Rafael¹,
Antonio Laura¹, Carlos Flores¹

Departamento de Obstetricia y Ginecología,
Red Asistencial Rebagliati, Hospital Nacional
Edgardo Rebagliati Martins (HNERM),
EsSalud.

1. Médico Asistente HNERM
2. Médico Jefe de Guardia HNERM.

Recibido para publicación: 16 de marzo de 2008.
Aceptado para publicación: 30 de marzo de 2008.
Correspondencia a: Dr. Jorge R Calderón Cornejo
Av. Intihuatana 535 Dpto: 302 Res. Higuera, Lima 33, Perú.
Teléfonos: 271-7447 Celular: 999-008710
Correo-e: jorgecalderon1804@yahoo.com
Financiamiento: propio.
Conflictos de intereses: ninguno

Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:49-57

no statistical significance. There were more vaginal superficial tears in the vertical delivery group when episiotomy was not done (83% and 60% respectively). Mothers perceived vertical birth as faster, more comfortable and less painful; they enjoyed seeing their babies being born (96,3% vs. 42,5% respectively) and vertical childbirth was recommended by most women from both groups (81,9% of the 160 women). **CONCLUSIONS:** Vertical delivery offers significant advantages compared to supine confinement with shorter third stage of labor, less pain, more comfort, and most rewarding.

KEY WORDS: vertical childbirth, supine childbirth.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad la mujer eligió parir en diferentes variantes de la posición de pie, como lo demuestran los grabados, ceramios y esculturas de prácticamente todas las culturas en el mundo (Figura 1).^{1,2} Asimismo, existen ilustraciones de diferentes épocas que muestran el diseño de sillas para el parto en posición sentada y específicamente en la edad media se vio florecer la fabricación de sillas para el parto en posición vertical¹. Del mismo modo, en el Perú antiguo, esta intención se evidencia en la cerámica de la cultura Moche (Figura 1). La posición adoptada naturalmente por las mujeres durante el parto ha sido descrita, en 1882, por Engelmann¹, quien observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas, en posición de rodillas, de cuclillas, sentadas, semisentadas, usando ladillos, piedras, pilas de arena o bancos de partos¹⁻⁴.

Menciona la literatura que en el siglo XVI, Mauriceau¹⁻⁴ 'acostó' a las gestantes para parir, aparentemente con la intención de aplicar el instrumento de moda, el fórceps. Del mismo modo, las mujeres de la nobleza, generalmente muy subidas de peso por su sedentarismo y vestimenta atiborrada, encontraron dicha posición cómoda para parir, debido a que no podían soportar estar en posición de cuclillas. Así, los médicos encontraron una forma más fácil de asistir el parto, creándose mesas ginecológicas para el

parto en posición horizontal y se instaló la costumbre de parir en posición echada en la cama 'como la Reina'.^{1,2}

En los años 70, las experiencias de Caldeyro-Barcia mostraron que el caminar durante el período de dilatación mejoraba la calidad de las contracciones, acortaba la duración del trabajo de parto y podía hacer más tolerable el dolor^{5,6}.

Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño. En el Perú, el Ministerio de Salud, en agosto del 2005, emitió la Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural⁷, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiere parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado. Con ello, se busca lograr mayor credibilidad de los servicios médicos, mayor institucionalización del parto y, por ende, la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Mediante esta Norma técnica, el parto vertical está siendo implementado en diferentes establecimientos de salud, en las regiones que atienden poblaciones rurales y amazónicas.

En la actualidad, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en posición dorsal, que se

supone permite a la comadrona o al médico monitorear mejor al feto, asegurando así un parto seguro. Se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad.⁸

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, como en la mayoría de los centros en que se atienden partos en EsSalud, el parto horizontal es la única opción de parto vaginal para toda gestante que ingresa al Centro Obstétrico. A esto se agrega que, en el período de dilatación, se obliga a la parturienta a mantenerse recostada y no se le permite sentarse, deambular y alguna otra posición que podría ser más cómoda para ella, así como tampoco se le permite estar acompañada por alguna persona de su entorno o de su confianza, en un momento tan importante para ella como mujer y como persona.

El objetivo del presente trabajo es determinar si el parto vertical ofrece ventajas frente al parto horizontal. La presente propuesta en un esfuerzo dirigido hacia la humanización del parto, que plantea la opción a nuestras usuarias de elegir la manera de tener su parto en la forma más fisiológica y natural, rescatando la tradición cultural ancestral, su rol protagónico y a la vez demostrar las ventajas del parto vertical frente al horizontal, lo que estratégicamente con el tiempo y experiencia adecuada, podría llevar a disminuir el número de partos instrumentados y cesáreas.

Creemos que este aporte traerá beneficios a nuestras pacientes, pues conlleva a una participación mucho más activa y protagónica de



Figura 1. Grabados que muestran el parto vertical en la antigua Roma y un huaco de la Cultura Moche, Perú.

la mujer en el momento de su parto, así como tener la posibilidad de ver nacer a su niño con menores riesgos materno-perinatales y mayor satisfacción, que redundará en estrechar los lazos afectivos de la unidad madre-niño.

Deseamos además, contribuir a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención de la gestante, optimizando la calidad y calidez de la atención obstétrica, en el marco de las políticas institucionales.

El parto en posición vertical (parada, sentada, semisentada, en cuclillas, de rodillas, de pies y manos) es aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pélvano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas. Los aspectos fisiológicos incluyen:

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorecen el encajamiento y descenso del feto, con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales⁹⁻¹¹
- El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos,

aorta y vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, no afectando la oxigenación del feto¹²

- Existe un mejor equilibrio ácido-base fetal^{14,15}
- Influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante^{13,14}
- Permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro anteroposterior y 1 cm el diámetro transverso, permitiendo una mejor acomodación fetal¹⁶
- El ángulo de encaje es menos agudo, facilitando en encaje y descenso del feto¹⁶
- Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo y ayudan indirectamente a la prensa abdominal para la salida del bebé y disminuye la frecuencia de calambres¹⁷
- El trabajo de parto se acorta ostensiblemente¹⁶⁻¹⁷
- Proporciona beneficios psicoafectivos¹⁹, con un mayor rol protagónico en la decisión de cómo dar a luz y una mayor participación en el nacimiento de su hijo.^{7,8}

MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, comparativo, transversal. Se incluyó 160 mujeres aseguradas, sin complicaciones, en trabajo de parto, atendidas de junio de 2006 a junio de 2007, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú. A 80 mujeres se atendió el parto en forma vertical (variedad sentada) y a 80 mujeres se atendió el parto en forma horizontal. Se realizó en el mismo lapso 113 partos verticales, pero se excluyó 33 por haber recibido analgesia o inducción-accentuación del trabajo de parto. Se incluyó en el trabajo a las gestantes con 36 semanas de amenorrea o más, sin complicación obstétrica ni antecedente de cesárea o solo una cesárea previa segmentaria transversa (con Junta Médica para oportunidad de parto vaginal), feto único en presentación cefálica, compatibilidad feto-pélvica. Se informó a las pacientes incluidas las dos alternativas de posición para el parto y se obtuvo la aceptación por una de las dos opciones.

El parto horizontal fue realizado en la mesa de partos mecánica convencional que existe en la institución, desde que este Departamento fue creado (noviembre de 1958). El parto vertical fue realizado en la misma mesa, pero para dicho efecto se hizo uso del mecanismo para elevar el respaldar hasta 70° (Figura 2). Se hizo uso también de otra mesa cuyo respaldar se eleva manualmente y que fue adquirida hace más de 20 años para ese fin. Se mantiene a la paciente en esa posición hasta terminado el parto y el alumbramiento, luego de lo cual se la recuesta para realizar la sutura en caso de episiotomía o desgarros.



Figura 2. A. Mesa utilizada para el parto vertical. B. Posición de la madre en el parto vertical; en la foto, atención del periodo expulsivo.

Las variables estudiadas fueron la duración del expulsivo o segunda fase del trabajo de parto en minutos, considerando este período desde la dilatación completa hasta la expulsión total del niño; la necesidad de realizar la maniobra de Kristeller, de episiotomía y de instrumentación; el volumen del sangrado uterino; los desgarros y hematomas; el puntaje Ápgar al minuto y a los 5 minutos. Además, la percepción materna sobre variables relacionadas a la posición del parto.

La recolección de los datos de la historia y la entrevista fue realizada en formatos *ad-hoc* dentro de las dos horas del puerperio, en la Unidad de Puerperio Inmediato (UPI). Se consideró dos formatos, uno para filiación y características de la atención del parto y el otro, un formulario de preguntas en relación a la percepción de la sensación de rapidez del parto, comodidad (escala numérica de comodidad), dolor (escala numérica para el dolor), satisfacción de ver o no la expulsión de su niño, la posibilidad de experimentar esta forma de parto vertical en un siguiente embarazo y si lo recomendaría a otras mujeres gestantes; así

como, la comparación en relación al parto vaginal anterior para las que lo tuvieron.

Se realizó análisis descriptivos de las variables consideradas en frecuencia, porcentajes, promedios y desviación estándar para los dos grupos. Para el análisis estadístico, se utilizó las pruebas no paramétricas chi cuadrado, U de Mann Whitney y la prueba paramétrica z de diferencias de proporciones. Se consideró un valor $p < 0,05$ como significativo. Para el procesamiento de datos se usó el software estadístico SPSS. V.13,0

RESULTADOS

En el parto vertical hubo 21,3% y en parto horizontal 28,7% madres de 35 años o más, sin diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,627$).

0,272). Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa con relación a la frecuencia de atención del parto por profesionales para ambos grupos.

El tiempo de expulsivo promedio para PV fue $11,39 \pm 8,62$ minutos y para PH, $19,48 \pm 17,53$ minutos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$). En la Tabla 1 se puede observar que, el volumen de sangrado promedio, sin considerar el uso de oxitocina posparto inmediato, para parto vertical fue 244,75 mL, con $82,77$ mL de desviación estándar (DE); para parto horizontal fue 276 mL, con DE 97,0 mL, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,034$), con menor promedio para el parto vertical. Hágase la observación que hubo más alumbramientos con oxitocina en el grupo de parto vertical (81% vs. 29%). Cuando no se usó oxitocina los promedios fueron similares para el PV y el PH ($p = 0,627$).

Al comparar el volumen de sangrado con o sin oxitocina en el parto vertical y horizontal, se obtuvo que existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,033$, $p = 0,004$, respectivamente), existiendo mayor sangrado cuando no se usó oxitocina.

Tabla I. Volumen de sangrado con o sin oxitocina, según tipo de parto.

Tipo de parto	Volumen de sangrado		
	Global	Oxitocina	
	n° (Promedio ± DE)	n° (Promedio ± DE)	n° (Promedio ± DE)
• Horizontal	80 (276 ± 97,0)*	34 (247,94 ± 80,67)** ¹	46 (296,74 ± 103,5)*** ¹
• Vertical	80 (244,75 ± 82,77)*	65 (232,0 ± 78,05)** ²	15 (300 ± 82,38)*** ²

*: p = 0,034; **: p = 0,362; ***: p = 0,627

1: p = 0,033; 2: p = 0,004

Tabla 2. Distribución porcentual del desgarro vaginal, según tipo de parto.

Desgarro vaginal	Parto	
	vertical n (%)	horizontal n (%)
● Anterior	12 (20,3)	4 (11,4)
● Posterior	24 (40,7)	13 (16,3)
● Anterior y posterior	13 (22,0)	4 (11,4)
● Ninguno	10 (16,9)	14 (40,0)
Total	59 (100)	35 (100)

Prueba chi cuadrado (p) = 0,000

La maniobra de Kristeller se realizó en PV en solo un caso (1,3%), mientras en PH ésta se tuvo que practicar en 16 pacientes (20%), existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$). Hubo necesidad de episiotomía en PV en 21 casos (26,5%) y en PH en 45 (56,3%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$). Hubo instrumentación del parto en dos casos, en el parto horizontal (1 *vacuum*, 1 fórceps).

Dentro de las complicaciones, se presentó un hematoma vaginal y una hemorragia posparto, para el grupo de parto horizontal, no existiendo diferencia significativa.

El desgarro vaginal en las mujeres a quienes no se realizó episiotomía se presentó en 49 de 59 (83%) de PV y 21 de 45 (60%) de PH. La fre-

cuencia de desgarro vaginal se presenta en la Tabla 2. Se puede observar que en forma porcentual el desgarro vaginal anterior, posterior y anterior y posterior es mayor en el parto vertical que el parto horizontal, siendo esta diferencia significativa estadísticamente. Se hace la observación que de éstas hubo más primíparas que decidieron por el parto vertical que por el parto horizontal, presentándose 25 (42,3%) para PV y 9 (20%) para PH.

La profundidad del desgarro vaginal se presenta en la Tabla 3, habiendo sido más frecuente en el parto vertical que en el parto horizontal, con diferencia significativa estadísticamente, pero de poca profundidad. Puede observarse que hubo 2 casos de desgarro de tercer grado en el parto horizontal, sin ser significativo.

No hubo diferencias para la edad gestacional, paridad y el peso de los recién nacidos entre los dos grupos.

En la Tabla 4, se puede observar que la distribución porcentual del Ápgar al minuto y a los 5 minutos, definidos como patológico y normal, fue similar en el parto vertical y horizontal, aunque se encontró más casos de Ápgar patológico para el parto horizontal, sin haber significancia estadística.

Las características de la encuesta que midió la percepción de las mujeres después de haber experimentado el parto vertical y parto horizontal, son presentadas en la Tabla 5.

Se puede observar que 25,5% de todas las madres conoce la opción del parto vertical y 74,5% no lo conoce. Así mismo, 26,3% tiene información sobre parto en el agua.

Respecto a la percepción de la rapidez del parto, existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de madres que percibieron mayor rapidez del expulsivo entre las que tuvieron parto vertical versus quienes tuvieron parto horizontal, encontrándose la percepción de mayor rapidez del expulsivo entre las madres de parto vertical (93,8% vs. 75,0% [$p = 0,001$]).

Además, la percepción de si este parto vertical fue más rápido en las mujeres que tuvieron parto horizontal previo (47 de las de PV) fue que en esta oportunidad (PV) el expulsivo les pareció más rápido, en 43 (91,5%) de ellas.

Con relación a la percepción de comodidad para la posición, existen diferencias significativas en la proporción de madres que percibieron la comodidad del parto vertical versus quienes tuvieron parto horizontal, encontrándose mayor comodidad entre quienes tuvieron parto vertical (100% vs. 85,8% [$p = 0,000$]), al sumar las categorías de buena y muy cómoda.

Para quienes tuvieron parto horizontal previo (47 de las de PV), 39 (83,0%) percibieron que este parto vertical fue más cómodo que el parto horizontal.

Con respecto a la intensidad del dolor durante el expulsivo, exis-

Tabla 3. Distribución porcentual de la profundidad del desgarro vaginal, según tipo de parto.

Profundidad del desgarro	Parto	
	vertical n (%)	horizontal n (%)
● Ninguno	10 (17)	14 (40,0)
● 1°	33 (56)	12 (34,0)
● 2°	16 (27)	7 (20,0)
● 3°	–	2 (6,0)
● 4°	–	–
Total	59 (100)	35 (100)

Prueba chi cuadrado (p) = 0,000

Tabla 4. Valores de Ápgar de los recién nacidos al minuto y a los 5 minutos .

Ápgar	Parto		P
	vertical n (%)	horizontal n (%)	
● Al minuto			
– Patológico (7)	0 (0)	80 (100)	NS
– Normal	5 (6,7)	75 (93,3)	NS
● A los 5 minutos			
– Patológico (7)	0 (0)	80 (100)	NS
– Normal	2 (2,5)	78 (97,5)	NS

p: prueba chi cuadrado. NS: no significativo.

Tabla 5. Percepción de las mujeres después de haber experimentado parto vertical y parto horizontal.

	n (%)
I. ¿Qué opciones de parto conoce?	
– Parto horizontal	160 (100)
– Parto vertical	40 (25)
– Parto en el agua	42 (26,3)
2. ¿Conoce la opción de parto vertical?	
– Sí	40 (25,0)
– No	120 (75,0)3.
3. ¿Ha tenido parto horizontal previo?	
– Sí	99 (61,9)
– No	61 (38,1)4.
4. ¿Ha tenido parto vertical previo?	
– Sí	2 (1,25)
– No	158 (98,8)5.
5. Tuvo parto horizontal, ¿el expulsivo fue rápido?	
– Sí	60 (75,0)
– No	20 (25,0)
6. Tuvo parto vertical, ¿el expulsivo fue rápido?	
– Sí	75 (93,8)
– No	5 (6,3)
7. Tuvo parto horizontal previo, ¿este parto vertical le pareció más rápido?	
– Sí	40 (85,1)
– No	3 (6,4)
– Igual	4 (8,5)
8. ¿Qué tan cómodo fue este parto horizontal?	
– Ninguno	2 (2,5)
– Poco	11 (13,8)
– Bueno	58 (72,5)
– Muy cómodo	9 (11,3)
9. ¿Qué tan cómodo fue este parto vertical?	
– Bueno	51 (63,8)
– Muy cómodo	29 (36,3)
10. Tuvo parto horizontal previo, ¿fue más cómodo el parto vertical?	
– Sí	39 (83,0)
– No	1 (2,1)
– Igual	7 (14,9)
11. ¿Qué tan doloroso fue este parto horizontal?	
– Leve	1 (1)
– Moderado	14 (17,5)
– Intenso	45 (56,3)
– Inimaginable	20 (25,0)
12. ¿Qué tan doloroso fue este parto vertical?	
– Leve	8 (10)
– Moderado	22 (27,5)
– Intenso	40 (50,0)
– Inimaginable	10 (12,5)
13. Si tuvo parto horizontal previo a este, ¿cuál le pareció más doloroso?	
– Parto horizontal	30 (63,8)
– Parto vertical	4 (8,5)
– Igual	13 (27,7)
14. Si este fue PH, ¿disfrutó ver la salida de su bebe?	
– Sí	34 (42,5)
– No	46 (57,5)
15. Si este fue PV, ¿disfrutó ver la salida de su bebe?	
– Sí	77 (96,3)
– No	3 (3,8)
16. ¿Qué forma de parto le parece más fisiológico?	
– Parto horizontal	26 (16,2)
– Parto vertical	111 (69,4)
– Igual	23 (14,4)
17. Si tuviera un nuevo parto, ¿qué opción preferiría?	
– Parto horizontal	29 (18,1)
– Parto vertical	112 (70,0)
– Igual	19 (11,9)
18. Recomendaría la opción de parto vertical a otras mujeres?	
– Sí	131 (81,9)
– No	29 (18,1)

ten diferencias estadísticamente significativas en la proporción de madres que percibieron la intensidad de dolor entre quienes tuvieron parto vertical versus aquellas que tuvieron parto horizontal, encontrándose mayor intensidad de dolor entre las madres de parto horizontal (PV 62,5% vs. PH 81,2% [p = 0,007]), al sumarse las categorías de dolor intenso e inimaginable en ambos tipos de parto. Para quienes tuvieron parto horizontal previo (47 de las de PV), 30 (63,8%), percibieron que este parto vertical fue menos doloroso que el parto horizontal, 13 (27,7%) fue igual el dolor tanto para parto horizontal como para parto vertical, y fue más doloroso el parto vertical en 4 (8,5%).

Disfrutaron ver la expulsión de su bebé 77 mujeres que tuvieron parto vertical (96,3%), frente a 34 mujeres que tuvieron parto horizontal (42,5%).

Les pareció más fisiológica la posición vertical a 111 del total de mujeres del estudio (64,9%), de ellas, 76 (95%) de las que tuvieron parto vertical y 35 (43,8%) de quienes tuvieron parto horizontal.

Para un siguiente embarazo, 112 del total de mujeres del estudio (70%) preferirían la opción de parto vertical, de ellas 77 (96,3%) de las que tuvieron parto vertical y 35 (43,8%) de quienes tuvieron parto horizontal. Por último, recomendarían la opción del parto vertical a otras mujeres 131 del total de mujeres del estudio (81,9%), de ellas 78 (97,5%) de las que tuvieron parto vertical y 53 (66,3%) de quienes tuvieron parto horizontal.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran las ventajas de la atención del período expulsivo en posición vertical, en comparación con la posición horizontal; el nivel de información sobre el parto vertical es similar y tan pobre como el parto en el agua.

Hay poca información en la literatura científica acerca de las ventajas y desventajas de la posición de la madre durante el trabajo de parto y el expulsivo. Existen inconvenientes bien establecidos de la posición horizontal, basado en la disminución del flujo sanguíneo a través de los grandes vasos (vena cava inferior y arteria aorta) por la compresión uterina, principalmente durante la contracción.^{12,20} La contractilidad uterina también es influenciada por la posición de la madre durante el trabajo de parto.⁵ La posición lateral, caminar libremente y la posición sentada parecen tener ventajas en la aceleración de la primera fase del trabajo de parto.^{10,16}

Nuestros datos muestran que el expulsivo se acorta en 8 minutos, como ha sido descrito por otros autores.^{7,8,11,12,14,18,20}

El volumen de sangrado fue menor en forma global para el grupo de parto vertical, pero, fue igual cuando se usó o no oxitocina para el manejo del alumbramiento. Esto explica por qué el volumen de sangrado fue menor en el grupo de parto vertical, ya que en ellas fue más frecuente el manejo activo del alumbramiento; así mismo, en ambos grupos el sangrado fue menor con el manejo activo del alumbramiento. Visto de esta manera, el manejo activo del alum-

bramiento disminuye el volumen de sangrado frente a las mujeres con alumbramiento espontáneo, y se menciona que puede prevenir la hemorragia uterina por atonía hasta en 60%.^{7,9,19,23,25}

Las maniobras de Kristeller (presión que se aplica en el fondo uterino durante la contracción para ayudar al descenso y al expulsivo del bebé) están proscritas en la atención del parto, según la literatura actual, por los riesgos materno perinatales, y prácticamente no existe necesidad de ellas durante la atención del parto en posición vertical.^{9,11,21-23}

La episiotomía es un procedimiento que se realiza de rutina, pero que no ha demostrado disminuir la incidencia de distopia, incontinencia urinaria, desgarros mayores ni hemorragias; más bien, se la asocia a una mayor incidencia de desgarros profundos (tercer y cuarto grados) frente al parto sin episiotomía, en el cual, si bien hay más frecuencia de desgarros, estos son de poca profundidad y no siempre requieren de sutura. Por tanto, la episiotomía solo debe ser realizada en forma restrictiva.^{17,21,25} En nuestro estudio, hubo menor necesidad de episiotomía en el parto vertical que en el parto horizontal.

Las complicaciones, como el hematoma y el desgarro vaginal III, fueron excepcionales; pero, cuando se produjeron, se presentaron en las mujeres sometidas a parto horizontal sin episiotomía.^{7,17,19,26,27}

Las variables subjetivas (relacionadas principalmente con el nivel de conocimiento, duración del expulsivo, dolor, comodidad, satisfacción y preferencias de la mujer), las cuales no son consideradas

muchas veces en su verdadera magnitud para efectos de estudios científicos, cuando en realidad cumplen una función importante, dado el rescate del protagonismo de la mujer en el proceso del parto^{7-9,14,17,19}, indican mejores resultados en las mujeres que habían parido en posición vertical. Se destaca que ellas consideran que el parto vertical es más rápido, menos doloroso, más cómodo, más natural o fisiológico y más satisfactorio que el parto horizontal, pues les permite participar en el proceso del parto y tener el privilegio de ver la expulsión de su bebé, de manera que para su futuro parto preferirían la misma opción y lo recomendarían a otras gestantes.

La posición horizontal o de litotomía, posición que generalmente se le exige a las parturientas, ya sea durante el trabajo de parto o durante el expulsivo, traen como consecuencia una compresión de los grandes vasos abdominales por el útero y su contenido (más de 5 kg) y como resultado una disminución del retorno venoso, disminución del gasto cardíaco, hipotensión e hipoperfusión general. Esto repercutió a nivel placentario, con el riesgo de hipoxia y deterioro fetal^{12,14,18,28}. Encontramos que hubo casos excepcionales de Ápgar patológico, pero se halló estos en el grupo de las mujeres con parto horizontal, aunque la diferencia no fue significativa.²⁹⁻³¹

Se concluye que se encontró diferencias notables entre las posición vertical y horizontal para la atención del parto, observando que el tiempo de expulsivo fue menor en el parto vertical que en el parto horizontal, el volumen del sangrado fue menor cuando se realizó el

manejo activo del alumbramiento -para ambos grupos-; casi no hubo necesidad de realizar maniobras de Kristeller para el parto vertical; hubo menor necesidad de realizar episiotomía para el parto vertical; hubo mayor frecuencia de desgarros, pero de poca profundidad, para el parto vertical (más frecuente en primíparas); no hubo mayor riesgo de hematomas ni desgarros profundos para el parto vertical. No se encontró diferencias notables en relación al volumen de sangrado en la posición vertical y horizontal. Tampoco se encontró diferencias notables en la necesidad de instrumentación del parto, aunque los casos excepcionales se presentaron en el grupo de parto horizontal. No hubo diferencias notables para el Ápgar patológico, aunque los casos excepcionales se presentaron en el grupo de parto horizontal.

Los resultados que valoraron el punto de vista y aspectos subjetivos de la mujer (expulsivo más rápido, menor dolor, mayor comodidad, más fisiológico, más satisfactorio y participativo, preferencia para un próximo parto e intención de recomendarlo a otras mujeres) muestran una tendencia a favor del parto vertical.

Sugerimos las siguientes recomendaciones:

1. Es importante que las instituciones donde se atiende partos permitan a cada mujer la elección de la posición en que se quiere parir, previa información adecuada y completa, la cual se debe iniciar desde los niveles de atención primaria hasta los niveles más altos, ser conocido por todo el personal de salud, a fin de involucrarse en los nue-

vos paradigmas para conducir a las madres a un parto exitoso, alcanzando el objetivo de una mamá y un bebé sanos.

2. El parto vertical debe ser ofrecido como alternativa, por los beneficios mencionados, como una estrategia para que las mujeres opten por tener parto institucionalizado, precisamente en zonas de provincias, y porque en forma indirecta sería una de las estrategias para disminuir el índice de cesáreas que cada día va en aumento. Así mismo, debería abrirse una variable para su registro, diferenciándola del parto vaginal horizontal en el software de la institución, a fin de realizar una evaluación a largo plazo con respecto a los beneficios y complicaciones frente al parto horizontal, mal llamado 'tradicional'.
3. El parto vertical, al requerir menor medicalización y tecnicificación (sueros, acentuación, monitoreo electrónico, suturas, anestésicos, instrumentación y cesárea), disminuye los riesgos que de ellos devienen, menor estancia hospitalaria, menos complicaciones por intervencionismo, menores complicaciones perinatales y también disminuiría los costos de atención en esta área.
4. Es necesario que todo el personal que atiende partos deba considerar la necesidad de capacitarse en esta alternativa de atención por los beneficios conocidos y porque la exigencia de esta tendencia a nivel mundial lo obliga; ya no se puede eludir esa responsabilidad si la gestante se lo solicita.
5. Teniendo en cuenta que, siendo este un esfuerzo dirigido hacia la humanización del parto, se debe considerar el hecho de que los enemas evacuantes, el rasurado perineal, los 'relajantes del cuello uterino' (como el dimenhidrinato y la hioscina) y la episiotomía no han demostrado ser beneficiosos para el manejo del trabajo de parto ni disminuyen las infecciones maternas ni perinatales; por tanto, en lo posible deben ser evitadas.
6. Independientemente de la posición para el parto, el trabajo de parto se acompaña de dolor; por tanto, algunas mujeres requerirán de analgesia de parto; en ese sentido se debería contar con estas facilidades para las pacientes con umbral doloroso bajo, que la requieran.
7. En el marco de la capacitación, debe incluirse dentro del programa de estudios universitarios de las ciencias médicas estas otras alternativas para la atención del parto, en vista de que la posición horizontal es la forma como aún se les capacita a los alumnos y así se hallan aún descritos en los textos de enseñanza, con respecto a los mecanismos del parto normal.
8. Siendo éste uno de los primeros trabajos en su género en nuestro país, con probablemente algunas imperfecciones, esperamos sea mejorado y superado en beneficio de la madre y su niño.

Agradecimientos

Al Dr. José Pacheco Romero, por la revisión y sugerencias para la publicación del presente trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engelmann GJ. Labor among primitive peoples. St Louis: JH Chambers, 1882.
2. Jarcho J. Postures & practices during labor among primitive peoples. New York: Paul Hoeber, 1934.
3. Westenhofer M. On the preservation of ancestors characteristics in human beings. Mundo de Publicaciones Médicas. Berlín: W. Manntaedt & Co. Berlin. SW 11.1927.
4. 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.
5. Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, et al. Effects of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. Am J Obstet Gynecol. 1960; 80:284-90.
6. Diaz AG, Scwarcz R, Caldeyro-Barcia R. La posición vertical de la embarazada durante el trabajo de parto y sus efectos sobre el progreso del parto y el neonato. Investigación colaborativa entre maternidades de América Latina. Primer informe. Publicación Científica 703, CLAP, 1977.
7. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. Ministerio de Salud-Perú. 2 de agosto 2005.
8. Saavedra. Servicios de Salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Chile 1996.
9. Sabatini H. Parto fisiológico en la posición vertical es la fisiológica para el parto. Universidad de Campinas. Sao Paulo, Brasil; 1992.
10. Stewart P, Spiby H. Randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. Br J Obstet-Gynecol. 1989;95(3):327-33.
11. Gupta JK, Nikodem VC. La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
12. Bieniarz J, Crottogini JJ, Curuchet E, Romero Salinas G, Yoshida T, Poseiro JJ, et al. Aorto-caval compression by the uterus in the late human pregnancy. II. An arteriographic study. Am J Obstet Gynecol. 1968;100:203-17.
13. Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E, Poseyro JJ, et al. The bearing-down efforts and their effects on fetal heart rate, oxygenation and acid-base balance. J Perinat Med. 1981;9:63-7.
14. Caldeyro-Barcia R. Physiological and psychological bases for the modern and humanized management of normal labor. Lecture presented at the Symposium on "Recent Progress in Perinatal Medicine", sponsored by the Ministry of Health and Welfare of Japan, Tokio, Japan, October 21 and 22, 1979. Scientific Publication nº 858 of The Latin American Center of Perinatology and Human Development. PAHO WHO, 1979.
15. Gold E. Pelvis drive in Obstetrics: an x-ray study of cases. Am J Obstet Gynecol. 1950; 59:890.
16. Arroyo J y col. La posición de pie durante el trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractibilidad uterina. Dolor y duración del parto. Clin Invest Obstet Ginecol. 1994;1:221.
17. Cuerva A, Márquez S. Consejería de Salud - Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Fase Explosiva del Parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a la horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Informe 13-2006.
18. Carvajal A. Comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a la horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Agencia de evaluación de tecnologías Sanitarias de Andalucía. Informe 13 /2006.
19. Page L. The humanization of birth. Intern J Gynaecol Obstet. 2001;75:S55-S58.
20. Abitbol MM. Supine position in labor and associated fetal heart rate changes. Obstet Gynecol. 1985;65:481-6.
21. Mitzuta M. Studies on the influence of maternal delivery position on fetal status. Nippon-Sanka-Fujinka-Gakkai-Zasshi. 1987;39(6): 965-71.
22. Waldenström U, Gottvall K. A randomized controlled trial of birthing stool or conventional semi-recumbent position for second stage of labor. Birth. 1991;18:5-10.
23. Roberts CL, Algert CS. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84:794-8.
24. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Intern J Gynaecol Obstet. 2001;75:S5-S23.
25. Gareberg B, Magnusson B, Sultan B, et al. Birth in standing position: A high frequency of third degree tears. Acta Obstet Gynecol Scand. 1994;73:630-3.
26. Shorten A, Donsante J, Sorteen B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. Birth. 2002;29:18-27.
27. Olson R, Olson C, Smith Cox N. Maternal birthing positions and perineal injury. J Fam Pract. 1990;30:553-7.
28. Koga S. Effects of delivery positions on the onset of first cry and umbilical blood gas parameters. Nippon Sanka Fujinka Gakkaizasshi. 1985;37(1):107-14.
29. Bomfim-Hippolito S. Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. Intern J Gynaecol Obstet. 1998;63(Suppl 1):S67-S73.
30. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, et al. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labor. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104:567-71.
31. Shermer RH, Rines DA. Positioning during the second stage of labor: Moving back to basics. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1997;26: 727-34.