

**PARTO EN POSICION SENTADA EN LA OROYA (3780 m)****Marco A. Martina; Victor Fernández; Luis Escate; Antonio Sánchez y Hugo Villa****Hospital La Oroya-IPSS, Perú**

**RESUMEN.** El presente es un estudio analítico realizado entre julio-agosto de 1993 que incluyó a 35 mujeres, quienes tuvieron parto en posición de litotomía y 35 mujeres cuyos partos se realizaron en posición sentada, para lo cual se confeccionó una silla de partos para tal fin. El grupo control (parto en decúbito supino-litotomía) consistió de gestantes a término, todas las paridades, pelvis ginecoide, partos eutópicos, puntaje de apgar. En el grupo de estudio (parto sentada) aparte de los parámetros ya señalados se cuantificaba la duración del expulsivo, grado de dolor de las contracciones, calidad de la dinámica uterina, opinión de la paciente, del obstetra, filmación de 5 partos. Se encontró que la duración del expulsivo en el grupo control fue de 21.43 minutos y en el grupo sentado de 12.06 minutos, desgarros perineales 14.28% en el grupo control y 5.71% en el grupo de estudio; las contracciones uterinas fueron más intensas, eficaces y menos dolorosas en la posición sentada. Los valores antropométricos de ambos grupos fueron semejantes (talla, peso, perímetro craneano). Se concluye que el parto en posición sentada es óptimo para el recién nacido.

**INTRODUCCION**

Desde los albores de la historia, las mujeres de todas las culturas han utilizado los cambios de posición durante el trabajo de parto y el parto como un medio de acelerar, facilitar y hacer menos molesto el mismo (1-9).

Siempre que se discute con fundamento científico el mecanismo del parto se plantea una y otra vez la muy debatida cuestión de cuál es la mejor posición de la mujer durante el mismo. No sorprende que hasta la fecha no haya podido darse una respuesta definitiva a la cuestión de si la posición vertical u horizontal del cuerpo es la más "natural", y con ello debe considerarse como la más favorable para el curso del parto (10-15).

En muchas culturas la mujer utiliza la posición vertical para el parto. Hasta la fecha, no se conoce si la parturienta adopta esta posición de modo puramente instintivo (intuitivo) o si era la experiencia que había indicado esta posición en cuillillas, sentada, de rodillas o de pie como la óptima para el resultado del parto, habiéndose transmitido

**SUMMARY.** This is an study carried out between July-August of 1993 in 35 women whose parturition were done in lithotomy position and 35 women whose parturition were held in seated position, for which a seat of childbirths was made. The control group (childbirth in decubitus-supine-lithotomy) comprised pregnant at term, all parities, gynecoid pelvis, eutocic parturition, score of Apgar. Length of expulsive, grade of pain of the contractions, quality of dynamic uterine, opinion of patients, of the Obstetrics were also assessed. Duration of expulsive period was 21.4 minutes in the control group and 12.06 minutes in the study group. Perineal lacerations was 14.28% in the control group and 5.71% in the group of study. The most intense, effective and less painful uterine contractions were observed in the group attended upon sitting position. The anthropometric values of both groups were similar (size, weight, cephalic circumference). It is concluded that deliveries in sitting position were better for the mother and newborn than those in lithotomy position.

dicha experiencia de generación en generación (15).

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 1991), el 52% de los partos a nivel nacional es extra-institucional, de este gran porcentaje muchas lo realizan en posición sentada o en cuillillas, especialmente en el medio rural (sierra, selva). El presente trabajo, se lleva a cabo para determinar las ventajas o desventajas de la posición sentada en el expulsivo.

**MATERIAL Y METODOS**

El presente trabajo se llevó a cabo del 1 de julio al 31 de agosto de 1993. Durante el mes de julio, 35 pacientes tuvieron sus partos en posición de litotomía (decúbito-supino, convencional), y en el mes de agosto, 35 pacientes lo hicieron en posición sentada, para lo cual se confeccionó una silla obstétrica, al mismo tiempo se usó una mesa de examen ginecológico la cual se convertía en una silla obstétrica (ángulo de 90 a 100°), con el espaldar reclinable, la cual era usada luego del parto, recobrando los 180° iniciales. El grupo control y de estudio

debían cumplir con los siguientes parámetros: gestaciones a término, pelvis ginecoide, trabajo de parto con libertad de movimientos, partograma con curva de alerta, partos eutópicos.

Las madres fueron nativas de alturas por encima de 3000 m, y las edades promedios fueron de 27.02 (rango:17-38) años en las controles y 28.4 (rango: 18-43) años en las del grupo de estudio (P:NS).

Durante el control prenatal las pacientes fueron motivadas a participar de esta modalidad de parto. Se confeccionó una ficha para cada paciente, la cual consignaba la información necesaria para evaluar los resultados obtenidos, especialmente: duración del expulsivo, calidad de la dinámica uterina, grado de dolor en las contracciones, estimación de la pérdida sanguínea, presencia de desgarros y efectos en el neonato.

Los criterios de exclusión fueron: gestación múltiple, presentación podálica, pelvis límite o estrecha, RPM>8 horas, prematuridad, óbito fetal, cesareada anterior, macrosomía fetal, pelvis asimétrica.

Los parámetros de evaluación del recién nacido fueron apgar, talla, peso, sexo, perímetrocefálico, moldeamiento de la cabeza fetal, hematocrito, examen neurológico.

El tiempo de gestación fue determinado por el método de Farr, por el de Ballard y por el tiempo de la última regla coincidiendo los resultados en todos los casos estudiados.

Los datos fueron evaluados a través de análisis no paramétrico (chi cuadrado), y la prueba t de Student. Se considera significativa una diferencia cuando  $p<0.05$ .

## RESULTADOS

### Maternos

La paridad fue similar en los grupos control y de estudio, predominando la multiparidad (57.1 y 68.6% respectivamente). El 31.4%

y 22.8% de los casos fueron primigestas. La gran multiparidad se observó en el 11.4% de las controles y en el 8.6% en el grupo de estudio. El control prenatal fue adecuado en ambos grupos, siendo de 74.28% en las controles y 80% en las del grupo de estudio.

La duración del expulsivo fue en promedio de 21.43 minutos en la posición litotómica, y de 12.06 en la posición sentada ( $P<0.05$ ) (Figura 1).

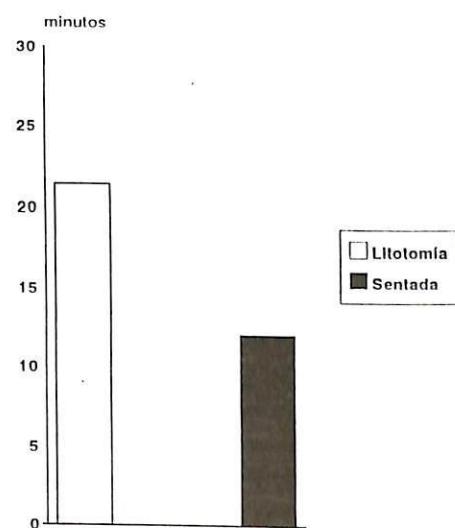


Figura 1.- Duración del expulsivo en el parto en posición sentada (estudio) y en posición litotómica (control)

El porcentaje de episiotomía fue significativamente menor (22%) en el parto en posición sentada que en el de posición litotómica (37%) ( $P<0.05$ ).

En opinión de las pacientes el 100% consideró que el parto en posición sentada era excelente; en tanto que los obstetras opinaron favorablemente sobre el método. El 100% de parturientas en posición sentada manifestaron que el dolor durante el parto fue escaso, especialmente las multíparas que podían comparar esta experiencia con el parto previo.

### Neonatales

Los grupos fueron comparables en peso, talla y perímetrocefálico.

Las funciones vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura

rectal) tomadas inmediatamente posterior al parto se encontraron dentro de límites normales, con sólo un caso de taquipnea transitoria del recién nacido.

En el grupo nacido por parto en posición sentada, la valoración del Apgar evidenció un caso de asfixia moderada al minuto superada a los 5 minutos.

La policitemia neonatal fue significativamente mayor (30%) en el parto en posición sentada que en el control (3%); esta situación se revirtió en los últimos 15 casos estudiados donde al recién nacido se mantuvo por encima de la madre y esperar 1 a 2 minutos para pinzar el cordón umbilical; de esta manera la policitemia neonatal se redujo al 6%.

Se realizó la evolución y seguimiento durante las primeras 96 horas de vida determinando la morbi-mortalidad, encontrando: TTRN 1 caso (2.86%) superado a las 76 hrs, ictericia neonatal 9 casos (25.72%), 3 fisiológicas y 6 patológicas, 1 debido a incompatibilidad A-O, 2 a policitemia neonatal, 3 de causa no determinada, policitemia neonatal en 7 casos. Los 6 casos patológicos recibieron fototerapia. La mortalidad fue del 0%.

## DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos diferencia en la duración del expulsivo en el grupo de parto en posición sentada con respecto al grupo control (parto en litotomía convencional). Las contracciones uterinas fueron más eficaces, de mayor duración y menos dolorosas de acuerdo a lo observado por los obstetras y comentado por las pacientes. Esto ratifica observaciones de otros autores (16-20)

La pérdida sanguínea no fue mayor que en el grupo control (observación subjetiva). La incidencia de desgarros no fue mayor que en el grupo control. Los resultados neonatales, muestran que no hay diferencia en los puntajes de apgar, parámetros antropométricos (talla, peso, perímetro cefálico), moldeamiento de la cabeza fetal, y presencia de caput entre ambos métodos (datos no mostrados).

La posición sentada determina un porcentaje elevado de policitemia neonatal, comparado con el grupo control, siendo de 30% en los primeros 20 casos y disminuyendo a 6% en los últimos 15 casos. Para el grupo control fue de 3%. Estos porcentajes fueron revertidos al cambiar de técnica de atención al recién nacido, ya que al colocar encima de la madre y esperar 1 a 2 minutos para pinzar el cordón, se logró una significativa reducción. Esta policitemia, es debida probablemente a que en dicha posición, puede satisfacerse mejor la necesidad de un aporte sanguíneo óptimo al niño durante el parto que con la posición horizontal, ya que la placenta está situada por encima del niño.

El hecho de que en ambos grupos la duración del expulsivo haya sido relativamente corta es debido al gran porcentaje de multíparas en la ciudad de La Oroya.

Recomendamos el parto en posición sentada, sugiriendo realizar mayores investigaciones sobre el tema, como: cuantificar el volumen de pérdida sanguínea, tomar el tiempo entre el nacimiento del producto y el primer llanto, gases en sangre materna y fetal, en la labor como en el post-parto, radiopelvometría en el puerperio inmediato (decúbito-supino y sentada), parto en cuclillas, etc, particularmente en la situación de baja presión barométrica en que vive un porcentaje importante de nuestra población.

## REFERENCIAS

1. Engelmann GJ. Labor among primitive peoples. Reprint of 1882, edition New York:AMS Press 1977
2. Atwood RJ. Parturitional posture and related birth behavior Acta Obstet Gynecol Scand 1976; (suppl 57):5
3. Dunn PM. Obstetric delivery today for better or worse Lancet 1976; 2:790
4. Carlson JM, Diehl JA, Sachtelben-Murray M, y col. Maternal positioning during parturition in normal labor. Obstet. Gynecol 1986; 68:443
5. Lupe PJ, Gross TL: Maternal upright posture and mobility in labor a review. Obstet. Gynecol 1986; 67:727.

6. Gold E: Pelvic drive in Obstetrics: an x-ray study of 100 cases. Am J. Obstet. Gynecol 1950; 59:890.
7. Read JA, Miller FC, Paul RH, Randomized trial of ambulation, versus oxytocin for labor enhancement: a preliminary report. Am J. Obstet Gynecol 1981; 139:669.
8. Caldeyro-Barcia R. The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of the membranes, progress of labor and fetahead compression. Birth Fam J. 1979; 6:7.
9. International Medical News Service. Standing, sitting, during delivery not dangerous. Report of a presentation by H. Nagai at the fifth world Congress of Gynecology and Obstetrics in Berlin. Obstet Gynecol New 1985; 20:10.
10. Simkin P: Stress, pain and catecholamines in labor. Part I: a review. Birth 1986; 13:8.
11. Borell V., Fernstrom L: The mechanism of labor. Radio Clin North Am 1966; 5:73.
12. Russell JGB: Moulding of the pelvic outlet J. Obstet Gynecol Br. Commewn 1969; 76:816
13. Andrews CM: Changing Fetal position through maternal posturing, in: Raff BS, ed Perinatal parental behavior; nursing research and implications for newborn health. White plains. NY: March of Dimes Foundations, 1981:85
14. Cobre. SPCC. Segunda Epoca. Año III Nº 24 abril 1988 pág. 14-15. Así era hace sólo 200 años una visita al ginecólogo.
15. Kirchhoff H: La posición de la mujer durante el parto "De la prehistoria hasta la fecha". Gottingen, Al. occidental. Organorama Mayo 1976
16. Loel F, Simkin, PT: Posición materna para la preventión o corrección de distocias durante el trabajo de parto. Clin. Obstétricas y Ginecológicas. Vol I, 1987, pág 77.
17. Barroso M; Ruiz I: La posición adoptada por la primipara durante el trabajo de parto, sus efectos en la evolución del parto y condiciones del recién nacido. Bogotá, Colombia, Universidad Nacional, Facultad de Enfermería, 1986,144p
18. Olson-R, Olson C, Cox NS: Maternal birthing positions and perineal injury J-Fam-Pract. 1990 May; 30(5):553-7.
19. Gardosi J, Sylvester S, Lynch C: Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. Br.J. Obstet-Gynecol. 1989 Nov; 96(11):1290-6
20. Stewart P, Spiby H.A: randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. Br. J. Obstet. Gynecol 1989 96:327-33