



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1993; 39 (17): 59-66

PARTO EN POSICIÓN SENTADA

Marco A. [MARTINA CHÁVEZ](#)

RESUMEN

El presente es un estudio prospectivo entre Julio Agosto de 1993 protocolando 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 (1 720) para tal fin. El grupo control (parto en decúbito supinolitotomía), consistía en gestantes a término, todas las paridades, pelvis ginecoide, partograma con curva de alerta, partos eutócicos, muestra de sangre del cordón umbilical, score de Apgar, moldeamiento de la cabeza fetal. El grupo de estudio (parto sentada) aparte de los parámetros ya señalados 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 de control fue de 21,43 minutos y en el grupo sentado de 9,17 minutos, desgarros perineales 14,28% en el grupo control y 5,71 % en el grupo de estudio las contracciones uterinas más intensas, eficaces y menos dolorosas. Los valores antropométricos de ambos grupos fueron semejantes (talla, peso, perímetro craneano), scores de Apgar, grado de cabalgamiento, moldeamiento de la cabeza fetal, se encontró policitemia neonatal en 30% de los primeros 20 partos la que disminuyó a 6,66% en los últimos 15 partos cuando se cambió la técnica de atención del recién nacido (colocarlo encima de la madre y esperar 1 a 2 minutos antes de pinzar el cordón); concluimos que el parto en posición sentada es óptimo para las pacientes, con resultados neonatales óptimos para el recién nacido.

SUMMARY

The present it is prospective study between July August of 1993 in 35 women who they had childbirth in position of litotomy and 35 women whose childbirth's were carried out in position sitting, for which a seat of childbirth's was compounded (1 720) for like end.

The group control (childbirth in decubitusupinelitotomy). Consisted in gestants to term, all the parities, ginecoide pelvis, partogram with curve of alert, eutocic childbirths, pattern of blood of the umbilical cord, score of Apgar, molding of the fetal head. The group of study (childbirth sitting) apart from the parameters already signal the duration of the expulsive was quantified, grade of pain of the contractions, quality of it dynamic uterine, opinion of it patient, of the obstetra, filming of 5 childbirth.

It is found that the duration of the expulsive in the group control was of 21,43 minutes and in the group seated of 9,17 minutes, perineal lacerations 14,28% in the group control and 5,71% in the group of study, the most intense uterine contractions, effective and less painful, the antropometrics values of both groups was similar (size, weight, craneal perimeter), score of Apgar, grade of riding, moldeaming of the fetal head; is found neonatal policitemy in ~n% of the first 20 childbirth's which decreased to 6,66% in the last 15 childbirth's when the technique of attention was changed of the newly born (place it above the mother and wait 1 to 2 minutes before cutting the cord).

We conclude that the childbirth in position sitting is best for the patient, with resulting best neonatals for the newly born.



INTRODUCCIÓN

Desde los albores de la historia, 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 trabajo de parto y la expulsión (1, 2).

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 para la mujer durante el mismo. No se sorprende que hasta la fecha no haya podido darse una respuesta definitiva a la cuestión de si la posición de si la posición vertical u horizontal del cuerpo es la más "natural", y con ello debe considerarse la más favorable para el curso del parto (15).

RESULTADOS FS MATERNOS		
Edad	Control	Estudio
rango	17-38 a.	18-43 a.
promedio	27,02 a.	28,40 a.
Paridad		
primigesta	11 (31,42%)	8 (22,85)
multipara	20 (57,14%)	24 (68,57%)
gran múltipara	4 (11,42%)	3 (8,57%)
C. P. N.		
si	26 (74,28%)	28 (80%)
no	9 (25,71%)	7 (20%)

Hasta la fecha no ha podido saberse si la parturienta adopta esta posición vertical del cuerpo de un modo puramente instintivo (intuitivo), o si era la experiencia que había indicado esta posición en cuclillas, sentada, de rodillas o de pie como la óptima para el resultado del parto, habiéndose transmitido dicha experiencia de generación en generación convirtiéndose en patrón cultural (15).

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

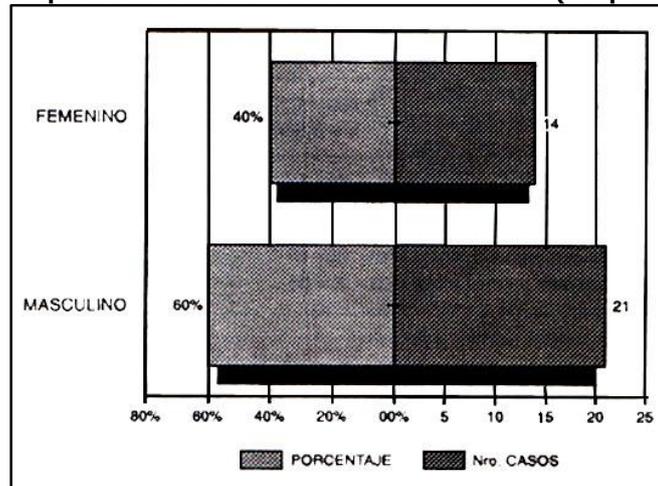
PARTO EN POSICIÓN SENTADA MORBIMORTALIDAD DE RNT DURANTE LAS PRIMERAS 96 HORAS		
Casos: 35 (Grupo Estudio)		
Mortalidad	Casos	Porcentaje
Asfixia moderada	1	2,86%
Taquipnea transitoria	1	2,86%
Ictericia neonatal	9	25,72%
Policitemia	7	20,00%
ICTERICIA		
Incompatibilidad A-O	1	2,86
Policitemia	2	5,71%
Fisiológica	3	8,57%
No determinada	3	8,57%
MORTALIDAD	-	0,00%
HOSPITAL II-LA OROYA-IPSS-1993		



MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo prospectivo se llevó a cabo desde el 1º de julio hasta el 31 de agosto de 1993. Durante el mes de julio se permitió a 35 pacientes dar a luz en posición de litotomía (decúbitosupino, convencional). En el mes de agosto a 35 pacientes se les permitió dar a luz en posición sentada, para lo cual se confeccionó un silla obstétrica para tal fin (semejante a la usada en 1720), al mismo tiempo se utilizó una mesa de examen ginecológico la cual se convertía en silla obstétrica (ángulo de 90 a 100º), con el respaldar reclinable, el cual era usado luego del parto, recobrando los 180º iniciales. El grupo de control debía cumplir con los siguientes parámetros, gestaciones a término, edad reproductiva, todas las paridades, pelvis ginecoide, trabajo de parto con libertad de movimientos, partograma con curva de alerta, partos eutócicos, filmación de 5 partos. El grupo de estudio, aparte de lo ya citado, tiempo del expulsivo, entrevista a los pacientes, opinión del obstetra, muestra de sangre del recién nacido. Los parámetros de evaluación del recién nacido fueron apgar, talla, peso, sexo, perímetro cefálico, moldeamiento de la cabeza fetal, caput, hematocrito, examen neurológico.

Parto en posición sentada Sexo del RNT - 35 casos (Grupo Estudio)



Durante el control prenatal los pacientes fueron motivados a aceptar esta modalidad de parto. Se confeccionó una ficha para cada paciente (anexo 1), 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 factores excluyentes fueron: gestación múltiple, presentación podálica, pelvis límite o estrecha, RPM > 8 horas, prematuridad, óbito fetal, cesareada anterior, macrosomía fetal, pelvis asimétrica.

PARTO EN POSICIÓN SENTADA VALORACIÓN DE EDAD DEL RTN FARR-BLLART-EG Caso: 35 (Grupo de Estudio)		
Valoración	Mujeres	Varones
FARR	37-40 X=40,5	38-42 x= 39,5
BALLARD	37-40 40,5	38,42 40,5
EDAD GESTACIONAL	37-41 X=40,5	38-42 X_40,5



PARTO EN POSICIÓN SENTADA ANTROPOMETRÍA DEL RNT. Casos: 35 (Grupo Estudio)		
Antropometría	Hombres	Mujeres
Peso/g	2450-3700 X=3364	2850-3440 X=3140
Talla/cm	45-52 X=49,80	46-50 X=48,80
Perímetro Cefálico	33-37 X=35	33,5-36 X=34,6

RESULTADOS NEONATALES

En cuanto a la edad materna predominan gestantes entre 21 a 30 años, con 21 casos (5,99%); siendo las mayores de 35 años el 14,28%, (tabla 1).

La mayor casuística corresponde a múltiparas, 24 casos (71,88%); siendo primíparas 7 con 20%, (tabla 2).

La valoración del recién nacido a término fluctuó entre 37 a 41 semanas; promedio para Farr 40 semanas, Ballard realizado posterior al periodo de adaptación de 40,2 semanas y de acuerdo a la edad gestacional de 40 semanas, (tabla 3).

Predominó el sexo masculino 60% con una relación 1,5/1 con respecto al sexo femenino, (tabla 4).

En cuanto a la antropometría no encontramos diferencia significativa entre los grupos. Sólo un caso de RCUI 2,86%; (tabla 5).

Las funciones vitales tomadas inmediatamente posterior al parto se encontraron dentro de límites normales como promedio, sólo un caso relacionado a taquipnea transitoria del R.N, (tabla 6).

En la valoración del Apgar observamos un caso de asfisia moderada superada a los 5 minutos, (tabla 7).

Cabalgamiento de suturas y moldeamiento leves en 11,47; caput succedaneum 5,71 %. El examen neurológico realizado posterior al periodo de adaptación del R.N. se observó hipotonía leve en un caso con taquipnea transitoria con ascendente de asfisia moderada al minuto, (tabla 8).

A los 35 R.N. se les tomó muestras de sangre venosa central entre 0 y 6 horas posteriores al parto, determinándose los valores de Hb. Hcto. se halló policitemia neonatal en 7 casos > 20 y <. Se sugirió que en los últimos 15 casos elevará al R.N. por encima de la madre y esperar 12 minutos para pinzar el cordón umbilical, por lo que bajo la policitemia a 6,66 > sólo un caso <, (tabla 9).

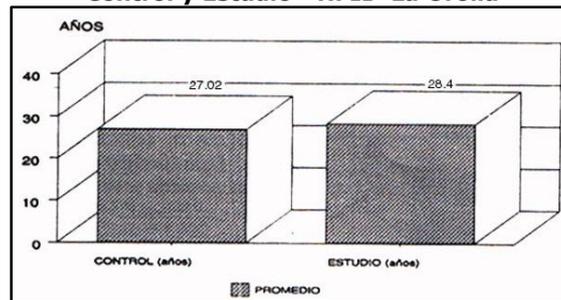
Realizamos la evolución y seguimiento durante las primeras 96 horas de vida determinando la morbimortalidad, encontrando: TTRN 1 caso (2,86%); superado a las 76 horas, ictericia neonatal 9 casos (25,72%); 3 fisiológicas y 6 patológicas, 1 debido a incompatibilidad A0,2 a policitemia neonatal, 3 de causa no determinada, policitemia neonatal 7, recibieron fototerapia los 6 casos. Mortalidad 0%, (tabla 10).

PARTO EN POSICIÓN SENTADA FUNCIONES VITALES DEL RNT. Casos: 35 (Grupo Estudio)		
Funciones vitales	Hombres	Mujeres
Frecuencia Cardiaca por minuto	130-176 X=145	130-156 X=144
Frecuencia Respiratoria por minuto	46-68 X=52	36-62 X=51
Temperatura Rectal ° C	36,2-37,7 X=36,9	36,2-37,7 X=36,8



PARTO EN POSICIÓN SENTADA VALORACIÓN DEL RNT-APGAR Casos: 35 (Grupo Estudio)			
Puntaje Apgar	1 min	5 min	10 min
0-3	-	1	34
4-6	-	-	35
7-10	-	-	35

Parto en posición sentada - Edad Materna Grupos Control y Estudio - H. II- La Oroya

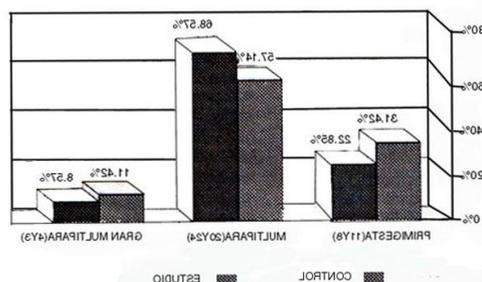


RANGO: Control (17-38a)-Estudio (18-43a)

DISCUSIÓN

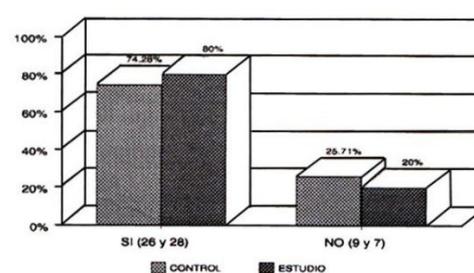
De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos una gran diferencia en la duración del expulsivo en el grupo de parto en posición sentada con respecto al grupo de control (parto en litotomía convencional). Las contracciones uterinas fueron más eficaces, de mayor duración y menos dolorosas de acuerdo a lo observado por los obstetras y comentado por los pacientes. 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 escores de apgar, parámetros antropométricos (talla, peso, perímetro cefálico) moldeamiento de la cabeza fetal, presencia de caput. 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 6,66% en los últimos 15 casos. Para el grupo control fue de 3%. Estos porcentajes fueron revertidos al cambiar de técnica de atención del recién nacido, ya que al colocarlo encima de la madre y esperar 1 a 2 minutos para pinzar el cordón se logró esta disminución. 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, pues la placenta está situada por encima del niño, por lo que puede "variarse mejor", y según SohrJessen determinaría una transfusión mucho menor del feto a la madre con la posición vertical, ya que durante la misma, la sangre fetal puede pasar con menor facilidad al torrente circulatorio materno. El hecho de que en ambos grupos la duración del expulsivo haya sido relativamente corta es debido al gran porcentaje de múltiparas en la ciudad de la Oroya.

Parto en posición sentada-Paridad Grupos Control (35) - Estudio (35)



HOSPITAL II-LA OROYA-IPSS-1993

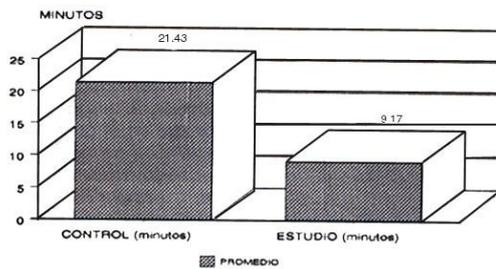
Parto en posición sentada-Control Pre-Natal. Grupo Control y Estudio



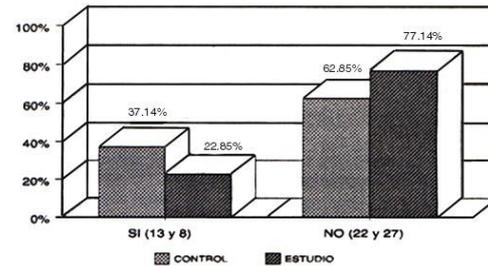
HOSPITAL II-LA OROYA-IPSS-1993



**Parto en posición sentada-Edad Materna
Grupos Control y Estudio -H.II-La Oroya**



**Parto en posición sentada-Episiotomia
Grupo Control (35)- Estudio (35)**



RANGO: Control(2-30min)-Estudio(1-50min)

HOSPITAL II-LA OROYA-ISS-1993

PARTO EN POSICIÓN SENTADA HEMATOCRITO DEL RNT. Casos: 35 (Grupo Estudio)				
Hematocrito	Mujeres (14)	Varones (21)	Casos (35)	%
<40	-	-	-	-
41-45	-	1	-	2,86%
46-50	2	4	6	17,14%
51-55	3	5	8	22,86%
56-60	6	3	9	25,72%
61-65	2	2	4	11,42%
>65	1	6	7	20,00%

PARTO EN POSICIÓN SENTADA SÍNTOMAS-SIGNOS-EXAMEN NEUROLÓGICO Casos: 35 (Grupo Estudio)		
Síntomas, signos Ex. neurológico	N.º Casos	Porcentaje
Sintomáticos	-	-
Asintomáticos	35	100%
Signos principales:		
Cabalgamiento leve	4	11,42%
Moldeamiento leve	4	11,42%
Caput succedaneum	2	5,71%
Taquipnea	2	5,71%
Descamación de piel	2	5,71%
Uñas grandes	2	5,71%
Examen neurológico:		
Normal	34	97,14%
Con signos (HIpotonía leve)	1	2,86%

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, así como en el posparto; radiopelvimetría en el puerperio inmediato (decúbitosupino y sentada); parto en cuclillas,etc.



De acuerdo a la investigación bibliográfica automatizada este trabajo es el primero en el país, esperando contribuir en algo a recordar la manera de reconocer, interpretar y utilizar en nuestro propio beneficio el comportamiento natural y los actos instintivos (intuitivos). Históricamente las sillas obstétricas han satisfecho los requisitos para una adecuada atención del parto al proporcionar un asiento abierto en la parte frontal. Actualmente se está regresando al diseño de tales piezas para la práctica moderna.

CONCLUSIONES

- 1, El parto en posición sentada es una alternativa excelente para la atención del parto no complicado mejorando la dinámica uterina, presentando menor dolor en la contracción y acortando la duración del expulsivo.
2. El parto en posición sentada determina policitemia en el recién nacido, lo cual puede ser de beneficio en los recién nacidos de madres anémicas.
3. De acuerdo a los resultados neonatales obtenidos no se encuentra ninguna alteración en los recién nacidos de madres cuyo parto fue en posición sentada.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engelmann GJ. Labor among primitive peoples. Reprint of 1882, edition New York: AMS Press 1977.
2. Atwood RJ. Parturition 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, McRae M, Fenwick L, Friedman EA. 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 Xray 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. CaldeyroBarcia R. The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of the membranes, progress of labor and fetal head 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 11th world Congress of Gynecology and Obstetrics in Berlin. Obstet Gynecol New 1985; 20:10.
10. Simkin P, Stress, pain and catecholamines in labor. Part 1: a review. Birth 1986; 13:8,
11. Borell V. Fernstrom L. The mechanism of labor, Radiol Clin North Am 1966; 5: 73.
12. Russell JGB. Moulding of the pelvic outlet, J. Obstet Gynecol Br Commonw 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 N.º 24. Abril 1988 p. 1415. Así era hace sólo 200 años una visita al ginecólogo.
15. Kirchoff H. La posición de la mujer durante el parto "de la prehistoria hasta la fecha". Gottingen, Al. occidental. Organograma mayo 1976.
16. Loel Fenwick MD, Penny Simkin PT. Posición materna para la prevención o corrección distocias durante el trabajo de parto. Clin. Obstétricas y Ginecológicas. 1987; 1: 77.
17. Barroso Nino, Marithza, Ruiz Clavijo, Itsmenet. La posición adoptada por la primípara durante el trabajo de parto, sus efectos en la evolución del parto y condiciones del recién nacido. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional, Facultad de Enfermería, junio 1986, p. 144.
18. Olson R, Olson C, Cox NS. Maternal birthing positions and perineal injury JFramPract. mayo 30 1990; 5: 5537.
19. Gardosi J, Sylvester S, Blynch C. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. BrJObstetGynecol nov. 96. 1989 11: 12906.
20. Stewart P, Spiby HA. Randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric Chair. BrJObstetGynecol marzo 96. 1989 3: 32733.
21. Buchmann E, Kritzinger M, Tembe R, Berry D. Home births in the Mosvold health ward of KwaZulu.S. AfrMedJ. 1989 jul. 1,76(1) p.2931.



22. Mitzuta M, Studies of the influence of maternal delivery position on fetal status. Nippon Sanka Fujinka GakkaiZasshi. 1987 jun. 39(6), p. 96571.
23. Koga S. Effects of delivery position on the onset of first cry and umbilical blood gas parameters. NipponSankaFujinkaGakkaiZasshi. 1985 jan. 37(I):10714.
24. Lilford RJ, Glanville JN, Gupta JK, Shrestha R, Johnson N. The action of squatting in the early posnatal period marginally increases pelvic dimensions. BrJObstetGynecol. 1989 aug. 96 (8).7, p. 9646.
25. Gardosi J, Hutson NB, Lynch C. Randomised controlled trial of squatting in the second stage of labour see comments. Lancet. 1989 jul 8.2 (8654) p. 747.
26. Gupta JK, Brayshaw EM, Lilford RJ. An experiment of squatting birth. Eur JObstetGynecolReprodBiol. 1989 mar.30(3) p. 21720.
27. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Laborpain: effect of maternal position on front and back pain. JPain SymptonManage. 1991 nov.6 (8) p. 47680.
28. KogaS, KogaY, NagiH. Physiological significance of fetal blood gas changes elicited by different delivery postures. TohokuJExpMed. 1988 apr.154 (4) p. 35763.
29. Bouchetara K, Taleb Al. Position and delivery. Rev FrGynecoloI bstet; 1987 mar 82(3); p. 2057.
30. Chen Sz; Aisaka K; Mori H; Kigawa T. Effects of siting position on labor. ObstetGynecol; 1987 jan; 69 (I) p. 6773.uterine activity during.