

BLANCA HERRERA

Matrona del Hospital de Baza, Granada. Es coordinadora del grupo Parto de Baja Intervención de la Asociación Andaluza de Matronas.

POSICIONES ESPECIALES PARA *partos especiales*

Moverse libremente en el parto evita las complicaciones asociadas a la posición tumbada. Pero cuando aparece un contratiempo, escoger la más adecuada puede ser el recurso necesario para resolver la situación.

Ah! ¿Pero me puedo mover?" Esa era la reacción más frecuente cuando hace unos años a una mujer que estaba en dilatación le proponías que se moviera un poco, que anduviera o que cambiara de posición buscando otra que favoreciera más el progreso de la dilatación y el parto. Y es que, como consecuencia del alto grado de tecnificación de la asistencia al parto en los últimos 20 años, hemos asumido la idea de que las mujeres no pueden moverse durante todo el proceso. ¿Por qué? Simplemente porque eso dificulta la monitorización continua de la frecuencia cardiaca del bebé y, además, porque las mujeres en movimiento precisan de más atención y ayuda por parte de los profesionales que las asisten y las acompañan.

Pero lo cierto es que no solo puedes moverte, sino que debes hacerlo. Como muy bien explica mi com-

pañera y amiga Choni Gómez, matrona de Cartagena, el parto es un proceso dinámico, un proceso vivo, y no es la posición en sí lo que puede facilitar; es el movimiento el que consigue que todo vaya mejor, desde el inicio hasta el final. Ella utiliza un ejemplo muy ilustrativo; dice que en el parto se produce el "efecto bota": Cuando alguien intenta ponerse una bota, no la deja en el suelo y trata de introducir el pie en un solo movimiento. Esa acción sería inútil, incluso podría resultar dañina. Cuando alguien trata de ponerse una bota, la mueve de un lado a otro y desplaza suavemente el pie para que vaya entrando progresiva y lentamente, hasta que, al final, consigue su objetivo.

En el proceso del parto pasa algo parecido, solo que, tradicionalmente, lo que se ha movido es el pie, es decir, la mujer permanecía postrada en la cama y era el bebé el que hacía todos los movimientos.

De este modo, muchos bebés, especialmente si no encuentran la resistencia de la musculatura pélvica cuando la mujer tiene puesta la epidural, se colocan mal, dificultando el avance y el descenso de la cabeza por el canal del parto.

Un descenso en cuatro etapas

Si dejamos que una mujer se mueva libremente, adoptará instintivamente diferentes posiciones a medida que avanza el parto. Es como si la pelvis fuera un tubo por donde debe pasar el bebé, un tubo que no es igual por todas partes, que tiene curvaturas y diferentes diámetros por donde pasará su cabecita.

Imagina que en tu pelvis hay cuatro escalones, cuatro diferentes diámetros por los que el bebé va a pasar. Estos cuatro escalones se denominan planos de Hodge. El primer escalón está determinado por el borde superior de la sínfisis del pubis, el segundo por el borde infe-

rior, el tercero por las espinas ilíacas (esta es la parte más estrecha) y el cuarto por la punta del coxis (en este plano la cabeza casi puede verse asomar por la vulva).

A medida que la cabeza va descendiendo por esos escalones, con el consiguiente avance de la dilatación cervical, las mujeres adoptan diferentes posiciones para facilitar o abrir los espacios que el bebé ocupa en ese momento. Ese "cilindro" por donde pasa el bebé -nuestra pelvis- puede actuar como un embudo, de manera que puede abrirse más por la parte de arriba cerrando un poco la de abajo, "invitando" así al bebé a entrar en la pelvis. Eso ocurre cuando el parto se está iniciando y el bebé se encuentra sobre estrecho (por encima del primer plano) o en el primer plano.

De forma instintiva, las mujeres adoptan posiciones verticales -de pie, andando o subiéndolo y bajándolo escaleras-, moviendo su pelvis de >

Sin cicatrices

POSTURAS QUE PROTEGEN EL PERINÉ

Las posiciones libres en el parto, todas sin excepción, tienen asociado un menor índice de episiotomías en comparación con la posición de litotomía (tumbada en una cama obstétrica).

En realidad, esta circunstancia no se debe a la posición en sí misma, sino al factor humano. Cuando la mujer que está de parto se mueve con total libertad, el profesional que la atiende tiene menos propensión a realizar una episiotomía durante el expulsivo, bien por la actitud con la que atiende el parto, bien porque es más difícil realizarla en estas condiciones.

No obstante, en relación a los desgarros, sí hay posiciones que protegen mucho más al periné que otras. Las estadísticas confirman que la posición que mayor tasa de perinés intactos presenta es la posición de Sims o decúbito lateral (tumbada de lado), seguida muy de cerca por la posición a cuatro patas.

Las posiciones verticales, ya sea en cuclillas o en la silla de partos, si bien facilitan mucho el descenso (hacen que sea más rápido), y quizás por esta misma razón, tienen una mayor tasa de desgarros asociados en comparación con las posiciones laterales o a gatas.

MOVIENDO LA PELVIS DE UN LADO A OTRO Y APRETANDO LOS GLÚTEOS CON CADA CONTRACCIÓN EL BEBÉ SE ENCAJA MEJOR

un lado a otro y apretando los glúteos con cada contracción. De esta forma abrirán más el estrecho superior y cerrarán el estrecho inferior. Está claro que actúan sin saber lo que está ocurriendo, sino que su cuerpo, el dolor y las sensaciones de presión que perciben les piden que lo hagan de esta manera.

A medida que el bebé va descendiendo por el canal del parto, las mujeres van cambiando de actitud. Les puede apetecer más estar sentadas, con las caderas ligeramente abiertas y moviendo la pelvis de un lado a otro (el “efecto bota”), para favorecer que el bebé descienda a través de esos huecos que quedan disponibles en la pelvis.

Más abajo, cuando el bebé está cerca del tercer plano, las mujeres tienden a echarse hacia delante apoyándose en alguna superficie estable, a ponerse incluso de rodi-

llas... De esta forma se favorece el descenso y encajamiento de la cabeza en los planos más bajos de la pelvis, ya que el eje de verticalidad con el suelo es adecuado para que el bebé descienda por el canal. Al no encontrar tantas resistencias, la sensación dolorosa y la presión disminuyen notablemente. Además, se está abriendo la pelvis inferior, mientras que la superior se cierra ligeramente, de manera que el bebé puede seguir avanzando.

Ya casi al final del trayecto, en el expulsivo, es muy frecuente ver que las mujeres cierran sus rodillas y arquean la cabeza hacia atrás. En esta posición abrimos mucho los diámetros anteroposterior y lateral de la pelvis baja (el cuarto escalón), lo que facilita la salida del bebé.

Sabiendo estos datos, podemos analizar algunas posiciones para algunos partos “especiales”:

1 El bebé está muy “alto” y la dilatación va progresando. En estos casos debemos favorecer, principalmente, que el bebé entre de forma correcta en la pelvis, abriendo primero la parte superior. Para ello, lo mejor que podemos hacer es movernos: subir y bajar escaleras, deambular por la casa y mover la pelvis balanceándola de un lado a otro para que el bebé encuentre la mejor posición para poder meterse e ir acoplándose a los espacios más bajos de la misma.

2 El bebé está muy bajo y la dilatación no progresa. En algunas ocasiones los bebés entran muy fácilmente en la pelvis -las mujeres pueden notar incluso sensación de pujo-, pero la dilatación no ha progresado lo suficiente. Si esto ocurre, el cuello puede empezar a edematizarse (engrosarse) por la excesiva

presión que ejerce la cabeza del bebé sobre él. En este caso, trataremos de frenar el avance de la cabeza hasta que el cuello uterino vaya dilatándose. Para conseguirlo es muy bueno colocarse o a cuatro patas procurando que la cabeza quede por debajo de la pelvis (o lo que es lo mismo, con el trasero por encima de la cabeza) para que la fuerza de las contracciones no sea tan intensa, o en decúbito lateral (acostada de lado) con el objetivo de disminuir la presión que la cabeza del bebé ejerce sobre el cuello del útero.

3 El bebé se queda “atascado” abajo. Si un bebé se queda un poco “atascado” hacia el final, en la parte más estrecha de la pelvis, tendremos que elegir posiciones que

cen la cabeza está mal colocada: mira hacia la barriga de la mamá. Este tipo de partos suele ser un poco más difícil porque los diámetros se ven ligeramente disminuidos, ya que el bebé ocupa más espacio. Diversos estudios han demostrado que dos posturas pueden ayudar al bebé a girarse, o incluso facilitar el parto: colocada a cuatro patas (dejando más libre el sacro) o de lado en la cama forzando el decúbito, es decir, inclinándose hacia el lado del dorso del bebé (mirando hacia el techo), con la pierna que está sobre el colchón bien estirada y la que queda arriba lo más flexionada posible.

5 El bebé es muy grande. Los bebés que tienen un peso considerable también pueden nacer por

A GATAS O ACOSTADA DE LADO DISMINUYE LA PRESIÓN SOBRE EL CUELLO UTERINO

abran el espacio inferior de la misma. La libertad de movimientos facilita mucho esta evolución. Las posiciones verticales, o incluso en cuclillas (siempre que haya un buen apoyo plantar), son las más adecuadas, ya que abren bastante la pelvis y facilitan el descenso de la cabeza del bebé.

4 El bebé se ha colocado “al revés”. La mayoría de los bebés nacen con la cabeza mirando hacia el ano, han entrado en la pelvis con la cabecita torcida hacia un lado (donde tienen colocada la espalda), y en el momento de salir aprovechan que los diámetros se ajustan más a sus necesidades si giran ligeramente la cabeza. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje de bebés que no se coloca bien (no se sabe bien la causa, aunque el sedentarismo parece favorecer este tipo de posiciones). Tienen su espalda hacia la espalda de la madre y cuando na-

parto natural sin necesidad de hacer “mucho daño”. Hay posiciones que facilitan que su salida sea pausada y que sus hombros no queden bloqueados. Para estos casos está especialmente indicada la posición a gatas, que deja la pelvis muy libre para que el bebé haga las rotaciones que precise sin que sus hombros se atasquen. Precisamente, una de las técnicas descritas para solucionar los problemas en la salida de los hombros es la maniobra Gaskin (que debe su nombre a la matrona norteamericana Ina May Gaskin), que se realiza en esta posición y con la que se resuelven con éxito muchas distocias (malposición) de hombros. Hay que matizar, por cierto, que este es un problema muy poco frecuente.

En definitiva, el parto es un proceso dinámico y es el movimiento en sí mismo el que lo facilita. Así que siéntete libre de moverte como tu cuerpo te pida. ✿

Tumbada boca arriba, la peor opción

● En nuestro entorno, la posición más frecuente para el parto es la litotomía: la mujer está tumbada en una cama especial (aunque ligeramente incorporada), que tiene unas perneras para apoyar las piernas. Las matronas y los obstetras tendíamos a separar bien las rodillas de las mujeres y a pedirles que empujaran dirigiendo la barbilla hacia la pelvis. No obstante, hoy se sabe que de esta forma se cierran más los espacios.

● Para comprobarlo, siéntate en una silla y coloca tus manos debajo de tu trasero. Notarás dos prominencias óseas; son los isquiones. Si en esta posición separas bien tus rodillas, notarás como se juntan, cerrando el espacio que hay entre ellos. Pero si juntas las rodillas, notarás como esas prominencias se separan.

● Haz otra prueba. Ponte de pie, coloca una mano al final de tu espalda, entre las nalgas (tocarás el hueso sacro), y otra mano en tu cuello. Si inclinas tu cabeza hacia delante, pegando la barbilla al pecho, notarás como el sacro se dobla hacia delante. En cambio, si echas la cabeza hacia atrás, llevando la barbilla al techo, el sacro se desplaza hacia atrás.

● En definitiva, la posición de litotomía es, sin duda, la peor posición para un parto normal. Por esa razón, diferentes organizaciones internacionales y nacionales, la literatura científica y diferentes asociaciones de mujeres defendemos que la mujer pueda parir en la posición que desee, que se pueda mover libremente y que adopte la posición que le resulte más cómoda para el parto.