

## **Nuestra experiencia en partos verticales**

Autores: Lic. Viceconte, Myrian / Lic. Leguiza, Adriana - [vicemyri@gmail.com](mailto:vicemyri@gmail.com)

Modalidad de Presentación: Oral

Efector: Hospital E. F Erill – Escobar- Pcia de Bs As – Argentina

Ambito de desarrollo: 2do Nivel de Atención

### **Resumen**

La Maternidad de nuestro Hospital asiste un promedio de 2800 nacimientos/año y se encuentra emplazada en el 2do cordón del Conurbano Bonaerense. En el marco de la Iniciativa Mejores Nacimientos (basada en los lineamientos de OMS, CLAP y Propuesta Normativa del Ministerio de Salud), la guardia del día viernes implementó desde el año 2003 hasta el 2010, en que fue disuelta, la asistencia a los partos respetando los tiempos fisiológicos, costumbres culturales, deseos, elecciones y libertad de movimientos. Tomamos aquellos partos normales y de término en los que las mujeres optaron la posición vertical (durante el T de P y el expulsivo) durante 1 año y medio para conocer en qué medida se reducen los tiempos, el número de episiotomías y desgarros del periné y la alteración del patrón de FCF en forma cuantitativa, así como también conocer el impacto emocional y de bienestar y confort de las usuarias convertidas en protagonistas.

## **Nuestra experiencia en partos verticales**

**Institución:** Hospital E. F Erill

San Lorenzo 651 – Escobar (1625)

Pcia de Buenos Aires

Tel/Fax : (0348) 4433140

[direccion-erill@ms.gba.gov.ar](mailto:direccion-erill@ms.gba.gov.ar)

**Autores:** Lic. Viceconte, Myrian Maria del Valle

Lic. Leguiza, Adriana Silvina

### **Planteamiento del Problema**

A partir del malestar de algunas obstétricas por el modelo imperante en la atención de las embarazadas y sus bebés, y sus consecuencias, comenzamos a interesarnos en participar con otras colegas movidas por la misma inquietud (argentinas y extranjeras), de reuniones, debates y foros de discusión acerca de la Humanización del Nacimiento.

Aquello que nos provocaba displacer en la tarea diaria, una gran frustración y que veíamos cotidianamente no estaba escrito ni avalado por la ciencia. Muy por el contrario, no estaba bien internar precozmente a las mujeres, aislarlas, despojarlas de sus ropas, acostarlas, inmovilizarlas con el monitor, comenzar a conducir los trabajos de parto, apurar, romper bolsa, los goteos de oxitocina, sugerir los pujos, deprimir el periné, la maniobra de Kristeller y las cesáreas por alteración de latidos fetales luego de todo lo anterior... y luego separar al bebé de su madre. Y lo que más preocupaba era la aceptación de todo el equipo de salud de esto como una realidad lastimosamente instalada e inmodificable.

La afluencia a nuestro Servicio de muchas mujeres de la comunidad boliviana que se resistían a aceptar esta forma de asistencia al parto y mostraban fuerte convicción por el parto vertical nos obligaba también a replantearnos las cosas. Estábamos trabajando con la INTERCULTURALIDAD y no sabíamos cómo.

Allí en contacto con toda la bibliografía de respaldo y las experiencias en otros países nos animamos a comenzar este desafío. A sabiendas de lo difícil que sería para las parteras, que también somos víctimas como nuestras pacientes, del viejo paradigma que aún se resiste a desaparecer, el MODELO MEDICO HEGEMONICO.

## **Objetivo**

Nuestro trabajo en la guardia del día viernes consistió en dejar de intervenir sistemáticamente con rutinas innecesarias, y a veces perjudiciales, aquellos trabajos de partos fisiológicos de mujeres sanas, ofreciendo la posibilidad de estar acompañadas y sostenidas por quienes eligieran, respetando los tiempos de cada una y sus costumbres. Alentar la libertad de movimientos y la adopción de diferentes posturas antiálgicas durante el trabajo de parto y parto, la ingesta de líquidos azucarados o comidas livianas, no colocando venoclisis por rutina, ni rasurado ni enemas. Esperar el tiempo de descenso del bebé sin forzarlo y la aparición del pujo espontáneo e involuntario. No realizar maniobras sobre el periné mas que colaborar con aceites y algún masaje suave ni episiotomía sistemática. Esperar la ligadura oportuna del cordón y fomentar el contacto piel a piel e inicio de la lactancia en Sala de Partos. En otras palabras seguir los lineamientos del CLAP, la OMS y la Propuesta Normativa Perinatal del Ministerio de Salud.

En este trabajo nos enfocamos en **describir resultados de nuestro trabajo en la implementación de la posición vertical durante el trabajo de parto y parto. Específicamente lesiones del periné, duración del trabajo de parto y resultados perinatales. Y evaluar el impacto del cambio pretendido a partir de una encuesta de satisfacción a las usuarias (anexo).**

## **Metodología**

El diseño del presente estudio es descriptivo de corte transversal cuali-cuantitativo. La muestra corresponde a 192 mujeres embarazadas de término (36 a 42 semanas), sanas, de 14 a 40 años y que fueron asistidas en la guardia del día viernes durante un período de 18 meses. 171 ingresaron a la Maternidad en Trabajo de Parto de inicio espontáneo, 17 con diagnóstico de rotura prematura de membranas y 4 embarazos cronológicamente prolongados.

Los datos fueron recogidos de cada Historia Clínica Perinatal Base del CLAP/OMS, que forma parte de la Historia Clínica utilizada en nuestro Servicio, se volcaron en planilla Excell para su análisis al igual que los resultados de la Encuesta de Satisfacción. La encuesta a 80 de las púerperas cuyo parto había sido asistido en posición vertical, fue realizada durante el segundo día de internación en la Sala de Puerperio.

## Resultados

- Del total de mujeres, 46 eran adolescentes (14 a 19 años) **23,9%**
- Primigestas 56 **29,1%**
- 1 Aborto anterior 7 **3,6%**
- 1 Cesárea anterior 2 **1%**
- Nulíparas **33,8%**
- Con partos anteriores 124
- Con partos anteriores y 1 Cesárea 3
- **66,2%**
- 172 mujeres ingresaron con Trabajo de Parto espontáneo (**89,5%**), 17 con diagnóstico de Rotura Prematura de Membranas, pero desencadenaron su T de P dentro de las 24 hs. posteriores (**8,8%**) y 4 Embarazos Cronológicamente Prolongados (**2%**). A éstas últimas se las estimuló con 17B estradiol y maniobra de Hamilton luego de lo cual, 2 comenzaron su T de Parto y 2 requirieron oxitocina.
- Desestimamos el uso de las Curvas de Alerta del CLAP para la evolución del T de P. puesto que ya veníamos observando todo ese año anterior que permitiendo la evolución espontánea del mismo, si respetábamos las curvas estrictamente, teníamos que corregir con oxitocina a la mayoría de las mujeres. Actualmente estas curvas están siendo revisadas a la luz de nuevas investigaciones.
- La duración promedio de los T de P (de 4cm al nacimiento) fue de 4hs 36 min. siendo el más corto de 49 min y el más largo de 12 hs 10min.
- Del total de mujeres en cuanto a la posición que eligieron para el expulsivo: 90 en el banco de madera, 69 en el sillón de parto vertical, 28 en cuclillas sostenidas por detrás, 2 en 4 patas y 3 paradas.
- En cuanto a lesiones del periné, 34 mujeres tuvieron desgarros de 1er. Grado (**17,7%**), 20 de 2do Grado (**10,4%**), 4 de 3er Grado (**2%**), 4 necesitaron episiotomía (**2%**), las 130 restantes no tuvo lesiones (**67,7%**). Es decir que 164 mujeres no requirieron sutura alguna, el **85,4%**.

- El peso de los recién nacidos osciló entre 2320 grs y 4820 grs y en cuanto a la puntuación de Apgar al 1er y 5to minuto hubo: 185 Apgar 9/10 **96,3%**  
6 Apgar 8/9 **3,1%**  
1 Apgar 8/10 **0,5%**
- Se suscitaron 2 distocias de hombros en partos asistidos en el banquito de madera que fueron resueltas alentando a la mujer a mover su pelvis parándose y volviendo a sentarse alternativamente más tracción suave pero firme del operador hasta que pudo desprenderse el hombro anterior.
- 179 fueron alumbramientos espontáneos y completos (**93,2%**), en 13 casos se realizaron maniobras de descenso y expulsión de placenta y anexos más oxicóticos (**6,7%**).
- El **98,4%** de los puerperios se desarrolló sin inconvenientes, 3 pacientes requirieron tratamiento extraordinario, 1 por dehiscencia de desgarro + loquios fétidos y otras 2 requirieron ATB y legrado puerperal por la presencia de restos, 1 de las cuales por su anemia crónica debió recibir transfusión de 2 U de sangre.
- De las 80 mujeres encuestadas el **87,5%** calificó entre bueno y muy bueno su parto.

### **Conclusiones y Comentarios**

El parto vertical implicó una confrontación de saberes y el surgimiento de dificultades en el trabajo cotidiano. Se quiebra el orden establecido, no hay más una mujer objeto sobre el cuerpo de la cual se trabaja, acostada y atada, de la que veo solo su periné... hay una mujer que se apropió de la escena, sexuada y libre, que elige como ubicarse y a la que tenemos que mirar a los ojos.

Para poder ofrecer una asistencia respetuosa en términos de Derechos (Ley 25929 de Derechos en el Nacimiento, Ley 26485 de Violencia Obstétrica) hace falta un cambio de actitud profundo por parte de los profesionales además de información, sostén y acompañamiento. La capacitación de los profesionales debe ser continua y por diferentes medios, buscando didácticas que requieran poco tiempo de atención.

Muchas de nuestras mujeres no pueden reconocerse ni se atreven a pedir lo que necesitan, sumisas, adormecidas por una cultura donde la descalificación el temor y la inseguridad son el mensaje que incorporó desde niña.

La posición vertical debe ser una decisión de la mujer, que durante ese proceso es acompañada por un profesional que permite que esto ocurra, y acompaña ofreciendo diferentes opciones y recursos (colchoneta, banquito, pelota etc). Y es también solo un detalle cuando lo miramos retrospectivamente. Estamos absolutamente convencidas que no es solo la posición lo que modifica los resultados, si bien es uno de los elementos. Respetar los tiempos de descenso de la presentación fetal, mover la pelvis para acompañar ese mecanismo, no alentar el pujo sino esperar que sea involuntario y corto, no introducir los dedos para estimular el pujo comprimiendo el recto y/o ampliar las partes blandas, apenas un masaje suave para lubricar con algún aceite natural como la caléndula, no efectuar maniobras bruscas de desprendimiento. Todo lo que se puede describir en términos numéricos como lo que no contribuye, tiene que ver con una madre más relajada, contenida y dispuesta a parir, más segura y confiada porque el entorno no es hostil, acompañada para recibir a su hijo.

Nuestros resultados acompañaron otros trabajos similares realizados en otras Maternidades del mundo, se concluye que el parto vertical mejora los resultados perinatales, disminuye la morbilidad materna y aumenta la satisfacción de las usuarias, aún así no logró ser replicado en otras guardias.

Esta propuesta es aceptada en términos generales, (con algunos miramientos de médicos más tradicionales e intervencionistas, educados en el viejo status “gobierno y dirección del parto”), y actualmente puesta en práctica por parteras distribuidas en diferentes guardias, que se apropiaron de esta forma y no vuelven atrás. Pero de ninguna manera es una regla general, la presencia de autoridades que no comulgaron con el proyecto y el recambio de médicos y parteras en formación, complica la continuidad de esta modalidad.

No hay duda de que un pequeño grupo de  
Personas reflexivas y comprometidas  
pueden cambiar el mundo.  
Verdaderamente, es la única manera de poder lograrlo.

*Margaret Mead*

## **ANEXO**

Encuesta realizada en la Sala de Púerperas a las mujeres que parieron en posición vertical antes del alta.

1) Cómo calificarías tu parto?

- |              |    |               |
|--------------|----|---------------|
| a. MUY BUENO | 33 | <b>41,25%</b> |
| b. BUENO     | 37 | <b>46,25%</b> |
| c. REGULAR   | 10 | <b>12,5%</b>  |
| d. MALO      | -  |               |

2) Preferiste estar acompañada por alguien de tu flia o sólo el equipo que te asistió?

- |            |    |               |
|------------|----|---------------|
| a. FAMILIA | 35 | <b>43,75%</b> |
| b. EQUIPO  | 45 | <b>56,25%</b> |

3) Te gustó sostener a tu bebé inmediatamente con vos y poder secarlo y acariciarlo?

- |             |    |               |
|-------------|----|---------------|
| a. MUCHO    | 48 | <b>60%</b>    |
| b. BASTANTE | 21 | <b>26,25%</b> |
| c. POCO     | 9  | <b>11,25%</b> |
| d. NADA     | -  |               |

4) Que puntaje le ponés a la experiencia de parir en posición vertical de 1 a 10?

- |    |    |               |
|----|----|---------------|
| 10 | 2  | <b>2,5%</b>   |
| 9  | 27 | <b>33,75%</b> |
| 8  | 31 | <b>38,75%</b> |
| 7  | 13 | <b>16,2%</b>  |
| 6  | 7  | <b>8,75%</b>  |

5) Si tuviste partos anteriores en posición tradicional, esta te resultó...

- |       |    |              |
|-------|----|--------------|
| MEJOR | 41 | <b>85,4%</b> |
| PEOR  | -  |              |
| IGUAL | 7  | <b>14,5%</b> |

## **RESPALDO BIBLIOGRAFICO**

- Guia para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil- Ministerio de Salud, Argentina- 2004
- Propuesta para transformar el Modelo de Atención en los Servicios Materno-Perinatales. Ministerio de Salud- Provincia de Buenos Aires
- Ligadura oportuna del cordón umbilical. Una estrategia para prevenir la anemia en la infancia. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. – UNICEF –
- “Pariendo en cuclillas en el Hospital” Servicio de Perinatología- Hospital de Clínicas Dr. N. Avellaneda. San Miguel de Tucumán- Argentina
- “Caminos para la Humanización del parto y el nacimiento”. RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y el nacimiento). 2003
- Better Births Initiative. Department of Obstetrics and Gynaecology. Chris Hani Baragwanath Hospital- Johannesburg- South Africa
- CD. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS 2005- 2006- 2007
- Cuidados en el Parto Normal: OMS Ginebra 1996
- 16 recomendaciones de la OMS. “El nacimiento no es una enfermedad”
- Tecnología apropiada para el parto. Declaración de Fortaleza. Brasil.-OMS 1985
- Principios de la OMS acerca del cuidado perinatal. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. 2001
- The mother – friendly childbirth Initiative. CIMS (Coalición para el Mejoramiento de los Servicios de Maternidad)
- Tecnologías apropiadas vs Rutinas acrílicas en Perinatología. Jorge A. Pronsato Santandreu. Ed. Eudecor SRL . Córdoba – 2000
- Burgo, Carlos. “La posición de litotomía en el parto. Sometimiento y abandono” SOGIBA. 2003

- Frye, Anne. "Holistic Midwifery" Vol. 2. Labrys Press 2004
- PAHO-UNICEF-USAID. Consenso estratégico interagencial. Reducción de la Mortalidad y morbilidad Neonatal en ALC. 2007
- CLAP/OMS/OPS. Documentos claves relacionados a la reducción de la mortalidad materna y neonatal. 2008
- Iniciativa Mejores Nacimientos. Hosp. E. F. Erill. Escobar 2004
- Resolución CSP26.R13, Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna (2002)
- Resolución CD45.R3, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud (2004);
- Resolución WHA58.31, Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño (2005)
- Resolución CD46.R16 sobre la Política de la OPS en materia de igualdad de género (2005)
- Resolución CD47.R19, La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio las Naciones Unidas (2006)
- Resolución CE138.R2 Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo (2006)
- Ley 25929 de Derechos en el Nacimiento
- Ley N° 26.485 de Violencia contra la Mujer.