

Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura*

Advantages and Disadvantages of Upright Position in Contrast to Supine Position: A Review of Literature

Vantagens e desvantagens do parto vertical em contraste com o parto horizontal: uma revisão da literatura

Vanessa Fernanda Vargas Londoño^a
Universidad Nacional de Colombia, Colombia
 vfvargasl@unal.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.vdpv>

Jessyca Paola Rodríguez Castiblanco
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Fecha de recepción: 16 Febrero 2016

Fecha de aprobación: 16 Mayo 2016

Marcia Tatiana Corredor Acosta
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Nasly Mildred Vallejo Astudillo
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Resumen:

El parto vertical es una práctica ancestral que puede ofrecer ventajas para la madre y su recién nacido. Objetivo: integrar los hallazgos que informa la literatura sobre ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal. Método: revisión integrativa de la literatura publicada en el periodo 2005-2015. Se seleccionaron quince estudios, luego de un proceso de búsqueda y crítica de literatura. Los datos se extrajeron, analizaron y compararon con apoyo en la herramienta ATLAS.ti, versión 7.0. Resultados: esta revisión integró los hallazgos de los artículos seleccionados, de los cuales emergieron doce subtemas que se clasificaron en los dos temas planteados: ventajas y desventajas del parto vertical en contraste al parto horizontal. Se encontraron las siguientes ventajas: disminución en el tiempo en la segunda etapa, menos desgarros de tercer y cuarto grado, menor edema vulvar, menor necesidad de instrumentación, menor necesidad de episiotomía, menos casos de presión del fondo uterino, menos casos de placenta retenida, menor dolor, mejor percepción de la materna y mejores resultados fetales y neonatales. Como desventajas se encontraron: mayor sangrado y dificultad de mantener la posición. Conclusión: esta revisión encontró que el parto en posición vertical tiene más ventajas en contraste a la posición horizontal, lo que beneficia fisiopsicológicamente tanto a la madre como al neonato.

Palabras clave: segundo periodo del trabajo de parto, tercer periodo del trabajo de parto, parto.

Abstract:

Upright position is an ancestral practice which can offer advantages to the mother and her newborn. Objective: To integrate findings from literature on advantages and disadvantages of upright position in contrast to supine position. Methodology: Integrative review of literature published in the period 2005-2015. Fourteen studies were selected after a search process and review of literature. Data were extracted, analyzed, and compared through ATLAS.ti 7.0. Outcomes: This review integrated the findings from the selected articles. Twelve subtopics were grouped into the two topics proposed: Advantages and disadvantages of upright position in contrast to supine position. Among the advantages of this review are: Shorter duration of the second stage of labor, less third- and fourth-degree tears, less vulvar edema, less need for instrumentation, less need for episiotomies, less cases of uterine fundal pressure, less cases of retained placenta, less pain, better mother's perception, and better fetal and neonatal outcomes. As disadvantage, more bleeding and difficulty in maintaining the position. Conclusion: This review found that upright position birth has more advantages in contrast to supine position, thus benefiting physio-psychologically both to the mother and her newborn.

Keywords: labor stage, second, labor stage, third, parturition.

Resumo:

Notas de autor

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: vfvargasl@unal.edu.co

O parto vertical é uma prática ancestral que pode oferecer vantagens para a mãe e seu recém-nascido. Objetivo: integrar os achados que a literatura informa sobre as vantagens e as desvantagens do parto vertical em contraste com o parto horizontal. Metodologia: revisão integrativa da literatura publicada no período 2005-2015. Foram selecionados 15 estudos, logo de um processo de busca e crítica da literatura. Os dados foram extraídos, analisados e comparados com apoio na ferramenta ATLAS.ti, versão 7.0. Resultados: esta revisão integrou os achados dos artigos selecionados dos quais surgiram 12 sub-temas que foram classificados nos dois temas estabelecidos: vantagens e desvantagens do parto vertical em contraste com o parto horizontal. Foram encontradas as seguintes vantagens: diminuição do tempo na segunda etapa, menos desgarres de terceiro e quarto grau, menor edema vulvar, menor necessidade de instrumentação, menor necessidade de episiotomia, menos casos de pressão do fundo uterino, menos casos de placenta retida, menor dor, melhor percepção da materna e melhores resultados fetais e neonatais. Como desvantagens foram encontradas: maior sangramento e dificuldade de manter a posição. Conclusão: esta revisão indicou que o parto em posição vertical possui mais vantagens comparado com a posição horizontal, beneficiando fisio-psicologicamente tanto a mãe como o neonato.

Palavras-chave: segunda fase do trabalho de parto, terceira fase do trabalho de parto, parto.

Introducción

En las culturas antiguas, para el nacimiento de sus hijos, las madres adoptaban por instinto posiciones de tipo vertical que prevalecieron durante mucho tiempo. Estas prácticas se evidencian en los jeroglíficos y pictogramas egipcios [1,2]. En 1598, en Francia, el médico obstetra Jaques Guillemeau planteó el cambio de posición a la semirreclinada. Posteriormente, en 1668, el obstetra François Mauriceau publicó su obra *The Diseases of Women with Child, and in Child-Bed*, a partir de la cual se le atribuyó en gran medida la influencia en el cambio de la posición de nacimiento.

Contemporáneo a Mauriceau, el rey Luis XIV incentivó la posición semirreclinada para poder obtener una mejor observación y autorizó las operaciones de litotomía que realizaba Frère Jacques. A pesar de que se produjeron en el mismo hospital y en la misma época, se desconoce la relación exacta entre la posición reclinable y la operación de litotomía, que dieron lugar a la adopción de la posición de litotomía para el parto [3].

Algunas culturas indígenas siguen manteniendo la labor de parto en posición vertical [4,5,6,7]. Países como México, Guatemala y Perú, a partir de leyes y guías, han venido practicando en el ámbito hospitalario la atención del parto en esta posición [8,9,10]. Estas normas están acordes a las recomendaciones de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la cual propone que se debe disuadir a la mujer de posiciones supinas en la segunda etapa del parto y animarla a adoptar cualquier otra posición en la cual ella se encuentre más cómoda [11], de modo que la gestante adquiera un papel activo en este proceso.

En Colombia no se reconoce la evidencia científica que aborda esta posición, lo cual impide su implementación en el ámbito hospitalario, a pesar de ser un país multicultural, donde algunas comunidades siguen practicando el parto vertical de forma empírica.

Durante las últimas décadas, el parto en posición vertical se ha venido investigando y se ha creado controversia respecto a su práctica y sus beneficios [12]. Se cree que esta posición posee ventajas respecto al parto en posición horizontal, relacionadas con los efectos de la gravedad, aumento de la dimensión transversal y anteroposterior del plano pélvico, disminución del tiempo expulsivo, contracciones uterinas más eficaces, mayor participación de la madre, eficiencia en el pujo y menos casos de frecuencia cardíaca fetal anormal [12,13,14,15], lo cual beneficia tanto a la madre como a su hijo. Estas ventajas contribuyen a disminuir las complicaciones del parto, por tanto, a la mortalidad materna y perinatal. Esto, considerando el reporte de la Organización Mundial de la Salud, del 2015, en el cual se informa que, aproximadamente, 830 mujeres mueren cada día por causas prevenibles durante el embarazo y el parto [16].

Por lo anterior, es fundamental que el personal de salud que participa en el trabajo de parto y en el parto esté capacitado y cuente con los conocimientos disponibles sobre las diferentes posiciones durante este momento. Aquí se destaca el profesional de enfermería, quien maneja un propósito de carácter social, fundamentado en conocimientos actualizados y quien tiene en cuenta las características socioculturales, necesidades y derechos

de los sujetos de cuidados [17,18]. De esta manera, se pueden tomar decisiones apropiadas y, por tanto, obtener los mejores resultados materno-perinatales. En este sentido, se debería incluir dentro de los programas universitarios la enseñanza de alternativas para la atención del parto, distintas a la tradicional [19].

Esta revisión abarcó resultados de investigaciones mundiales sobre el parto vertical frente al parto horizontal, a partir de lo cual se busca incentivar estudios sobre la temática y en el futuro incluir en el sistema de atención de salud colombiano posiciones de parto vertical, a fin de brindar una atención hospitalaria más incluyente. Por ello, el objetivo de esta revisión fue integrar los hallazgos que informa la literatura sobre las ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal.

Métodos

Este artículo se construyó por medio de una revisión integrativa de la literatura, la cual se desarrolló en tres fases: búsqueda sistemática, lectura crítica y extracción, comparación y síntesis de los hallazgos. La búsqueda se realizó a partir de la pregunta orientadora: *¿Cuáles son las ventajas y desventajas fisiopsicológicas del parto vertical en contraste con el parto horizontal?*, en las siguientes bases de datos: Academic Search Complete, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Cochrane Library, Pubmed, Redalyc, Springer Journals, Wiley Online Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO), ScienceDirect, Medline, Embase, Ovid Journals y CUIDEN. Se utilizaron las siguientes ecuaciones de búsqueda: *delivery, obstetric AND birthing positions; birthing positions AND nursing; childbirth AND sitting; childbirth AND postures; obstetric AND birthing positions; vaginal delivery AND birthing position; vertical position AND nursing; delivery obstetric AND vertical position; birth AND birthing position; upright position AND nursing.*

La búsqueda dio como resultado setenta artículos seleccionados por título. Luego, se realizó una búsqueda con la estrategia denominada *bola de nieve*, cuyo resultado arrojó doce artículos adicionales. De los 82 resultantes, fueron preseleccionados 35 por resumen. Estos estudios fueron evaluados con la propuesta de Bobenrieth, la cual permite realizar una lectura objetiva y crítica de artículos originales bajo 138 pautas [20], seleccionando 15 artículos finales.

Se incluyeron artículos originales, en español, inglés y portugués, publicados entre los años 2005 y 2015, que abordaron el tema del parto vertical en contraste con el horizontal en la segunda y la tercera etapa del trabajo de parto. Los conceptos considerados para parto vertical fueron en cuclillas [1,21], sentada [22], de rodillas/manos, rodillas [22] y de pie [1]; para el parto horizontal, posición supina, litotomía y semirreclinada [22,23]. Fueron excluidos artículos de revisión, los que abordaron primera etapa del trabajo de parto y los que no reportaran ventajas o desventajas. La extracción, comparación y síntesis de hallazgos se realizó con el apoyo de la herramienta ATLAS.ti versión 7.0. Este estudio se enmarcó en la normativa vigente relacionada con el respeto por la propiedad intelectual [24,25].

Resultados

Esta revisión integró los hallazgos de los quince artículos finales (tabla 1), de los cuales emergieron doce subtemas que se clasificaron en los dos temas planteados: ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal.

TABLA 1
Características de los estudios incluidos en la revisión

n	Autor(es)	Nombre del estudio	Año	Método	Idioma
1	Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M [13]	<i>Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia</i>	2012	Metanálisis	Inglés
2	Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S [26]	<i>A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia</i>	2005	Metanálisis	Inglés
3	Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG [27]	<i>Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia</i>	2013	Metanálisis	Inglés
4	De Jonge A, Van Diem M, Scheepers P, Van Der Palde Bruin K, Lagro-Janssen A [32]	<i>Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage</i>	2007	Análisis secundario	Inglés
5	De Jonge A, Van Diem MTh Scheepers PLH, Buitendijk SE, Lagro-Janssen ALM [33]	<i>Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis</i>	2012	Análisis secundario	Inglés
6	Calvo O, Flores A, Morales V [29]	<i>Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina</i>	2013	Ensayo clínico aleatorizado	Español
7	Jahdi F, Shahnazari M, Kashanian M, Ashghali-Farahani M, Haghani H [31]	<i>A randomized controlled trial comparing the physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and Apgar score</i>	2011	Ensayo clínico aleatorizado	Inglés
8	Terry RR, Westcott J, O'Shea L, Kelly F [22]	<i>Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives</i>	2006	Ensayo clínico no aleatorizado	Inglés
9	Chang SC, Chou MM, Lin KC, Lin LC, Lin YL, Kuo SC [30]	<i>Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour</i>	2011	Cuasi experimental	Inglés
10	Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C [23]	<i>Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth</i>	2007	Cohorte	Inglés
11	Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Battista G [28]	<i>Women's Choice of Positions during labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy</i>	2014	Cohorte	Inglés
12	Nasir A, Korejo R, Noorani KJ [14]	<i>Child birth in squatting position</i>	2007	Caso y control	Inglés
13	Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C [19]	<i>Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral</i>	2008	Descriptivo	Español
14	Santos P, Souza M, Pinheiro C, Santos M, Monticelli M, Diniz C [35]	<i>Posição materna no parto e Apgar do recém-nascido: estudo transversal</i>	2009	Descriptivo	Portugués
15	Gayeski E, Brüggemann M [34]	<i>Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal</i>	2009	Cualitativo descriptivo	Portugués

Fuente: elaboración propia.

Ventajas

Tiempo en la segunda etapa

Varios estudios reportaron que el parto vertical toma menos tiempo que el horizontal [13,19,22,26,27,28,29,30,31], hallazgo que contrasta con lo evidenciado por De Jonge y colaboradores [32], quienes encontraron un mayor porcentaje de mujeres que en el parto en posición vertical requirieron más de 60 min, en comparación con las que tuvieron su parto en posición horizontal. El tiempo promedio de duración del parto en posición vertical fue de 55,26 min; mientras que en posición horizontal fue de 73,15 min [13,26,27,28,29,30,31]. La mejor evidencia disponible apoya la tesis de que el parto en posición vertical toma menos tiempo.

Edema vulvar

Un ensayo clínico no aleatorizado encontró una relación estadísticamente significativa entre la posición y la ocurrencia de edema vulvar ($p < 0,001$), la cual es menor en las posiciones verticales [22].

Necesidad de instrumentación

Estudios encontraron —entre estos, dos metanálisis— que en el parto en posición vertical hay un menor promedio de partos con necesidad de instrumentación en comparación con el parto en posición horizontal, con 14,21% y 22,22%, respectivamente [13,14,19,27,28]. En contraste, un ensayo clínico aleatorizado indicó que no hubo diferencia entre ambas posiciones [29].

Con respecto a los partos que derivaron en cesáreas, en el estudio de Gizzo y colaboradores [28] hubo menor necesidad de esta cuando se realizó el parto vertical (5,8%), frente al parto horizontal (26,1%). Por otro lado, los estudios de Gupta y colaboradores [13] y Kemp y colaboradores [27] indicaron que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las posiciones y la implementación de cesáreas. La evidencia disponible más relevante señala que existe diferencia en términos de la necesidad de instrumentación del parto, pero no para la de cesáreas [13,27].

Necesidad de episiotomía

En el parto en posición vertical varios estudios encontraron una disminución en la realización de episiotomías (entre estos un metanálisis: $p = 0,00035$) [13,19,28,33]. Sin embargo, un estudio de caso y control no observó diferencia en la implementación de episiotomías ($p = 0,48$). Este mismo estudio informó que en el grupo de parto vertical hubo menor extensión de la episiotomía a diferencia del parto horizontal ($p = 0,007$) [14].

Placenta retenida

El estudio de Nasir y colaboradores [14] mostró que en el parto vertical no hubo ningún caso de placenta retenida, comparado con el parto horizontal ($p = 0,061$).

Presión del fondo uterino (maniobra de Kristeller)

Según el estudio de Calderón y colaboradores [19], en el parto vertical se realizó menor práctica de la maniobra de Kristeller, con un porcentaje del 1,3%, a diferencia del parto horizontal, en el que se practicó con un 20% ($p = 0,000$).

Desgarros

Algunos estudios encontraron menor incidencia de desgarros en las mujeres que tuvieron su parto en posición vertical con respecto al horizontal (dos metanálisis y dos estudios experimentales) [13,14,22,26,32]. A diferencia de los anteriores, cuatro estudios (de los cuales dos son experimentales) encontraron una mayor incidencia en el parto en posición vertical en relación con el horizontal [19,23,28,29]. En este sentido, dos metanálisis, los cuales son los de mayor nivel de evidencia científica informaron menor incidencia de desgarros [13,27].

Teniendo en cuenta la profundidad del desgarro, se encontró mayor número de casos en primer y segundo grado en el parto vertical, comparado con el horizontal [19,22,23,28]. En contraparte, dos estudios hallaron menor frecuencia de desgarros de segundo grado en el parto en posición vertical [13,14]. En lo referente a los desgarros de tercer y cuarto grado, se encontró menor frecuencia en el parto vertical frente al horizontal [13,14,19,22,29]. Sin embargo, un análisis secundario evidenció mayor frecuencia de desgarro de tercer y cuarto grado en la posición vertical [23].

Dolor

En cuanto al dolor, algunos estudios informaron disminución en el parto en posición vertical [19,28,34]. Sumado a esto, las gestantes en el parto vertical requirieron menor analgesia con respecto a las del parto horizontal ($p < 0,0001$) [28]. En contraparte, un estudio de cohorte indicó que las gestantes sintieron más dolor en el parto vertical comparado al parto horizontal ($p = 0,2$) [29].

Percepción de la madre

Varios estudios concordaron en las ventajas del parto vertical frente al horizontal sobre las percepciones maternas, en cuanto a una menor percepción de duración de la segunda etapa, mayor sensación de comodidad, satisfacción por la mayor visibilidad de la expulsión del bebé, mayor participación en el parto, mayor eficacia de las contracciones, mejor efectividad del pujo y una relación simétrica con el profesional de salud [19,29,34].

Resultados fetales y neonatales

Se informó que en el parto vertical se presentó menor promedio de frecuencia cardíaca fetal anormal con un 8,3%, comparado al parto horizontal, con un 20,5%. [23,28]. Sin embargo, el estudio de Nasir y colaboradores [14] encontró que no existe diferencia significativa entre estas posiciones.

Los neonatos que requirieron reanimación avanzada fueron, en promedio, un 3,65% en el parto vertical y un 7,31% en el parto horizontal; de este último, el 2,43% fue llevado a la unidad de observación neonatal ($p = 0,312$) [29]. Así mismo, un estudio registró diferencia no significativa entre las dos posiciones [14].

La puntuación de Apgar se basa en un puntaje total de 1 a 10, siendo mayor a 7 la normal. Los estudios informaron que al primer minuto se obtuvo una puntuación media en el parto en posición vertical de 8,25

y en el parto en posición horizontal de 8,07, con una diferencia estadísticamente significativa [22,35]. En contraste, algunos estudios encontraron que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre las dos posiciones [19,26,29,30,31].

La puntuación de Apgar al quinto minuto en el parto vertical tuvo una puntuación media de 9,2, y en el parto horizontal, de 8,9, con una diferencia estadísticamente significativa [22]. A diferencia de cinco estudios que informaron que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre estas posiciones [19,26,29,30,31,35]. Así, se evidencia que el mayor número de estudios y los de mejor evidencia científica disponible [26,29,30,31] encontraron una diferencia no significativa en la puntuación de Apgar al primer y quinto minuto, entre las dos posiciones de parto.

Los estudios encontrados muestran que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el parto en posición vertical y horizontal, respecto a los resultados neonatales.

Desventajas

Sangrado

Se encontró un mayor sangrado en el parto vertical en comparación con el parto horizontal [13,29,32]. Un metanálisis estimó la pérdida de sangre, que es mayor en el parto en posición vertical, comparado con el parto en posición horizontal ($p = 0,000013$) [13]. Otros artículos hallaron disminución del sangrado en el parto vertical [14,19,22]. Como lo muestra un ensayo clínico no aleatorizado que halló una menor estimación de pérdida de sangre en el parto en posición vertical con un promedio de 295 ml, en comparación con el parto en posición horizontal, con 358 ml [22].

Mantener la posición

Se halló que las mujeres que adoptan posiciones de parto verticales presentan mayor dificultad para mantener la posición, lo que lleva a la madre a sentirse insatisfecha [14,29,34]. Esta dificultad aumenta con la administración de anestesia epidural, la cual causa una mayor inestabilidad física [26].

Discusión

Al parto en posición vertical le subyacen diferentes posiciones [1,22] que tienen sus propias características, lo que genera para cada una de ellas diferentes ventajas y desventajas. De igual manera, hay factores que pueden influir en cada uno de los temas evaluados, independientemente de la posición.

Se evidenció una reducción del tiempo de la segunda etapa en el parto vertical, dado que esta posición aprovecha la fuerza de gravedad, posee mejor efectividad en las contracciones y permite una correcta alineación del bebé en el canal del parto [28]. Esto es una ventaja, ya que la prolongación de la segunda etapa puede causar en la madre hemorragias posparto, infección y heridas obstétricas severas [36]. Cabe señalar que un análisis secundario encontró que la posición sentada empleaba menor tiempo en la duración en la segunda etapa que otras posiciones [37]. Adicionalmente, se debe contemplar que la analgesia epidural es un factor que aumenta el tiempo en esta etapa [27].

De los artículos seleccionados, solo uno evaluó el edema vulvar, el cual encontró en las posiciones verticales menor presencia de este [22]. No obstante, en el parto en posición sentada hay más presión hacia el suelo pélvico en comparación con otras posiciones verticales, en las cuales la capacidad de movimiento es mayor, porque permite variar el eje de presión [38]. Así mismo, tanto en la posición sentada como en la posición

horizontal hay una obstrucción del retorno venoso [32]. Todos estos factores aumentan el desarrollo del edema vulvar [32,38].

El parto vertical ha demostrado disminuir la necesidad de instrumentación en el parto, como el uso de fórceps y ventosa. Esto es una ventaja, ya que la utilización de estos elementos trae riesgos para el neonato, por ejemplo, fractura craneal, hematoma epidural y hundimiento frontal [39]. Con lo que respecta a las cesáreas, se encontró que no existe diferencia entre ambas posiciones [13,27].

Se demostró que el parto vertical tuvo una menor necesidad de episiotomía [13,19,28,33]. Esto es un beneficio, ya que el uso restrictivo de la episiotomía muestra un menor riesgo de morbilidad, como es el trauma perineal posterior, la necesidad de sutura del trauma perineal y las complicaciones de cicatrización [40]. Además, este procedimiento se asocia con una mayor incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado, complicaciones como hematoma y edemas vulvoperineales [41]. Ello se considera al parto vertical como un factor que reduce la realización de episiotomías [42].

En cuanto a la presión de fondo uterino, hay poca evidencia que demuestra su eficacia para mejorar los resultados maternos o neonatales [43]. Solo se encontró un estudio que halló una menor implementación de esta maniobra en el parto en posición vertical [19], lo cual es beneficioso, ya que puede originar complicaciones maternas y fetales, como aumento del riesgo de desgarros perineales graves y un menor Apgar neonatal [44,45].

Cuando se presentan desgarros en posiciones verticales, en mayor proporción, estos son de primer y segundo grados [19,22,23,28]; adicionalmente, en estas posiciones las maternas tienden a no sufrir desgarros de tercer ni cuarto grados [13,14,19,22,29]. Cabe resaltar que en la posición cuclillas se dobla el riesgo de desgarro en mujeres primíparas; pero en multíparas desaparece [23]. Se debe tener en cuenta que la primiparidad, una gestación mayor a 40 semanas, una segunda etapa de parto prolongada, la anestesia regional, una presentación fetal no occipito-anterior, la deflexión de la cabeza fetal, un perímetro cefálico mayor a 35 cm y el peso fetal mayor a 3500 g son factores que aumentan el trauma perineal [46,47].

El parto vertical permite mayor movimiento del sacro inferior y la pelvis, lo cual facilita el descenso del feto y el pujo espontáneo, aparte de que contribuyen a reducir el dolor. Tales ventajas no las tiene el parto horizontal [29]. Por lo anterior, en posiciones verticales se disminuye el uso de analgesia, aunque en cuando se utiliza en esta posición se mitigan los efectos adversos [27,28].

Se encontró que las maternas percibieron mejor el parto vertical, lo cual afianza el vínculo madre-hijo [19]. Así mismo, los padres percibieron un menor tiempo de la segunda etapa, una mayor comodidad en su pareja y se sintieron más partícipes en este proceso [46]. Cabe señalar que la presencia de un acompañante puede influenciar la percepción de la materna durante la labor de parto y parto, y cuando este es de su elección, se sienten más satisfechas, seguras y apoyadas, lo que, en últimas, mejora su vivencia [34]. Además, el dolor puede interferir en la sensación de comodidad, así como la atención y la capacitación del personal de salud influir en la percepción de la materna [29,48].

En los resultados fetales y neonatales, la posición vertical presentó menos casos de frecuencia cardiaca fetal anormal, reanimación avanzada neonatal y ningún caso de necesidad de traslado a la unidad de cuidados intensivos neonatal [13,14,28,9]. No se encontró diferencia en el Apgar neonatal entre ambas posiciones [19,26,29,31,35].

En esta revisión, en cuanto al sangrado, se encontró que los estudios de mayor evidencia científica mostraron un mayor sangrado en el parto en posición vertical [13,29,32]. Dicho sangrado está asociado a daño perineal y es poco probable que sea de origen uterino; este último, causa un sangrado excesivo en poco tiempo [32]. Cabe resaltar que hay factores que contribuyen al aumento del sangrado, como lo son el daño perineal, el edema, la primiparidad, la prolongación de la segunda etapa, la avanzada edad materna, el peso fetal > 4 kg y el uso de oxitocina en la segunda etapa [32,37]. No obstante, el uso de oxitocina en el manejo activo de la tercera etapa es un factor protector [19,32]. Con respecto a la cuantificación de sangre,

se evidenció que el método de recolección es por medio de la estimación y no son mediciones precisas [32]; sumado a esto, es más fácil recolectar la sangre en posiciones verticales que en posiciones horizontales [14].

Mantener la posición en el parto vertical tiene mayor dificultad, lo que puede deberse a la falta de capacitación en las consultas prenatales [14,34]. También se asocia a que las mujeres occidentales modernas no tienen el estado muscular apropiado para mantenerse en posición vertical [13].

Las maternas refirieron que elegirían y recomendarían la posición vertical a futuro [19]. Algunos de los factores que influyen en la elección del parto vertical son una mayor educación, la primiparidad, asistir a las consultas prenatales, mayor conocimiento y el arraigo cultural de estas posiciones [49,50,51]. Se debe respetar la decisión de la madre en la elección de la posición en el parto en la que se sienta más cómoda, ya que esto genera un mayor empoderamiento, satisfacción y significancia del parto [14,43,48,52].

Limitaciones

En esta revisión se evidenció que no hay uniformidad de criterios para definir las distintas posiciones de parto. Se incluyeron estudios que tenían variaciones en las posiciones de parto vertical, lo que puede generar discrepancias en la generalización de los resultados en la madre y el recién nacido. Además, los estudios primarios no especificaron los tiempos, las condiciones y los métodos de cuantificación del sangrado. Algunos estudios primarios no fueron específicos en la elección de su muestra e incluían primíparas y múltiparas.

Conclusión

En esta revisión de la literatura se encontraron como ventajas del parto vertical disminución del tiempo de la segunda etapa, menor necesidad de instrumentación, menos necesidad de episiotomías, menos desgarros de tercer y cuarto grado y mejor percepción de la madre. Como desventajas, dificultad del mantenimiento de la posición y mayor sangrado. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los resultados neonatales y necesidad de cesáreas entre ambas posiciones de parto. Con respecto a la disminución de la maniobra de Kristeller y menor edema vulvar, se necesita más investigación sobre el tema.

Es importante respetar la elección de la posición de la madre en virtud de su autonomía y comodidad. Aunque en Colombia no está reglamentado y no se ofrecen condiciones en la práctica para que esto suceda, los resultados de esta revisión pueden constituir un aporte a la toma de decisiones por parte de los proveedores de servicios de salud y a la política pública frente al tema.

Financiamiento

Sistema de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia, Proyecto 28758.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la profesora Martha Patricia Bejarano, directora del Semillero de Investigación Materno Perinatal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por gestionar este proyecto y por su constante apoyo.

Referencias

1. Barroso M, Ruiz I. La posición adoptada para las primíparas durante el trabajo de parto, sus efectos en la evolución del parto y condiciones del recién nacido [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1980.
2. Lippi D, Weber D. Crouching or lying-down?: The reason of a (uncomfortable) delivery position. *J Matern Fetal Neonatal Med* [internet]. 2014 [citado 7 sep 2015];27(2):206-8. doi: 10.3109/14767058.2013.806904
3. Dundes L. The evolution of maternal birthing position. *AJPH* [internet]. 1987 [citado 10 oct 2015];77(5):636-41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647027/pdf/amjph00256-0102.pdf>
4. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [internet]. 2006 [citado 3 sep 2015];4(5):1-18 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342006000100004&script=sci_arttext
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Parto intercultural humanizado [internet]; 2009 [citado 25 sep 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_16853.htm
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de adecuación cultural del parto natural vertical y sus distintas posiciones en el marco multicultural de Guatemala [internet]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas Programa de Medicina Tradicional y Alternativa; 2011 [citado 20 oct 2015]. Disponible en: <http://mispas.gob.gt/decap/files/descargas/bibliotecaVirtual/Unidad%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20de%20los%20Pueblos%20Ind%C3%ADgenas/Parto%20natural%20vertical.pdf>
7. Amodio E, Pérez LA. Las pautas de crianza del pueblo wayuu de Venezuela [internet]. Caracas: Ministerio de Educación y Deportes y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2006 [citado 25 sep 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/pautas_wayuu%281%29.pdf
8. República del Perú, Ministerio de Salud, Dirección de Salud para las Personas Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural [internet]. Lima: Ministerio de Salud, Dirección de Salud para las Personas; 2005 [citado 7 sep 2015]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado [internet]. Quito; 2008 [citado 15 de dic 2015]. Disponible en: <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/4%20GuiaTecnicaParalaAtenciondelPartoCulturalmenteAdecuado.pdf>
10. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: enfoque humanizado, intercultural y seguro [internet]. Ciudad de México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural; 2014 [citado 15 nov 2015]. Disponible en: <http://docplayer.es/9678156-Modelo-de-atencion-a-las-mujeres-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-enfoque-humanizado-intercultural-y-seguro.html>
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum Care for Healthy Women and Babies (CG190) [internet]. Londres: NICE; 2014 [citado 20 abr 2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>
12. Gupta J, Hofmeyr G. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *Cochrane Database Syst Rev* [internet]. 2008 [citado 25 ago 2015];(2):1-65. Disponible en: <http://www.uv.es/jjsanton/Parto/10Cochrane%20posicioneneexpulsivo.pdf>
13. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):1-62. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3
14. Nasir A, Korejo R, Noorani K. Child birth in squatting position. *Rev J Pak Med Assoc* [internet]. 2007 [citado 30 nov 2015];57(1):19-22. Disponible en: http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1040

15. Reitter A, Daviss BA, Bisits A, Schollenberger A, Vogl T, Herrmann E, et al. Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *Am J Obstet Gynecol*. 2014 [citado 19 abr 2016];211(6):662.e1-662.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2014.06.029
16. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [internet]. Ginebra: Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 25 nov 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
17. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería [internet]. Ginebra: CIE; 2012 [citado 20 abr 2016]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
18. Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 42.710 (05/02/1996).
19. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Rev Per Ginecol Obste* [internet]. 2008 [citado 06 nov 2015];54(1):49-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>
20. Bobenrieth M. Lectura crítica de artículos originales en salud. *Med Fam Andal* [internet]. 2001;2(1):81-90. Disponible en: <http://myslide.es/documents/lectura-critica-bobenrieth.html>
21. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [internet]. [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
22. Terry R, Westcott J, O'Shea L, Kelly F. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *J Am Osteopath Assoc* [internet]. 2006 [citado 9 sep 2015];106(4):199-202. Disponible en: <http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093300>
23. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG*. 2007 [citado 18 ago 2015];114(10):1266-72. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x
24. Ley 23 de 1982, sobre derechos de autor. *Diario Oficial*. (28/01/1982).
25. Acuerdo 035 de 2003, por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia (03/12/2003).
26. Roberts C, Algert S, Cameron C, Torvaldsen S. 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(8):794-8. doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00786.x
27. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 [citado 1 oct 2015];1(5):1-30. doi: 10.1002/14651858.CD008070.pub2
28. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Battista G. Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A Cohort Study in Italy. *Biomed Res Int*. 2014;2014:1-7. doi: 10.1155/2014/638093
29. Calvo O, Flores A, Morales V. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecol Obstet Mex* [internet]. 2013 [citado 11 oct 2015];81(1):1-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>
30. Chang SC, Chou MM, Lin KC, Lin LC, Lin YL, Kuo SC. Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. *Midwifery*. 2011;27(6):825-31. doi: 10.1016/j.midw.2010.08.009
31. Jahdi F, Shahnazari M, Kashanian M, Ashghali-Farahani M, Haghani H. A randomized controlled trial comparing the physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and Apgar score. *Int J Nurs Midwifery* [internet]. 2011 [citado 20 abr 2016];3(5):55-59. Disponible en: <http://www.academicjournals.org/journal/IJNM/article-full-text-pdf/88EF2A0841>
32. De Jonge A, Van Diem M, Scheepers P, Van Der Pal-de Bruin K, Lagro-Janssen A. Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *BJOG*. 2007;114(3):349-55. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01210.x

33. De Jonge A, Van Diem M, Scheepers P, Buitendijk S, Lagro-Janssen. Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *Int J Clin Pract*. 2010;64(5):611-8. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x
34. Gayeski E, Brüggemann M. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2009 [citado 16 ago 2015];17(2):153-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2814/281421907003/index.html>
35. Santos P, Souza M, Pinheiro C, Santos M, Monticelli M, Grillo C. Posição materna no parto e Apgar do recém-nascido: estudo transversal. *OBJN* [internet]. 2009 [citado 30 oct 2015];8(3):[aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/2517/553>
36. Altman MR, Lydon-Rchelle MT. Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review. *Birth*. 2006 ;33(4):315-322. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00129.x
37. Thies-Lagergren L, Kvist L J, Christensson K, Hildingsson I. Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomized controlled trial considering first-time mothers obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:135. doi: 10.1186/1471-2393-12-135
38. Altman D, Ragnar I, Ekström A, Tydén T, Olsson S. Anal sphincter lacerations and upright delivery postures--a risk analysis from a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007 ;18(2):141-6. doi: 10.1007/s00192-006-0123-9
39. Villarejo F, Belinchón JM, Carceller F, Gómez-Sierra A, Pascual A, Cordobés F, et al. Lesiones craneales secundarias a parto asistido con fórceps. *Neurocirugía*. 2009 ;20(3):262-4. doi: 10.1016/S1130-1473(09)70165-4
40. Carroli G, Mignini L. Episiotomía en el parto vaginal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 ;(1):1-51. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
41. Albino Sánchez F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. *Rev Salud Sex Soc* [internet]. 2009 [citado 27 oct 2015];1(4):1-9. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistass/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
42. Molina-Reyes C, Huete-Morales M, Sánchez J, Ortiz-Albarín M, Jiménez I, Aguilera M. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza: resultados materno-fetales. *Prog Obstet Ginecol* [internet]. 2011 ;54(3):101-8. doi: 10.1016/j.pog.2011.01.008
43. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD006067. doi: 10.1002/14651858.CD006067.pub2
44. Peyman A, Shishegar F, Abbasi Z. Uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor in Iran: A randomized controlled trial. *J Basic Appl Sci Res* [internet]. 2011 [citado 14 nov 2015];1(11):1930-3. Disponible en: [http://www.textroad.com/pdf/JBASR/J%20Basic%20Appl%20Sci%20Res%201\(11\)1930-1933%202011.pdf](http://www.textroad.com/pdf/JBASR/J%20Basic%20Appl%20Sci%20Res%201(11)1930-1933%202011.pdf)
45. Matsuo K, Shiki Y, Yamasaki M, Shimoya K. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280(5):781-6. doi: 10.1007/s00404-009-1015-2
46. Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: Is there an association? *Birth*. 2005;32(3):164-9. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x
47. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: A population-based study of 113000 spontaneous birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:252. doi: 10.1186/s12884-015-0689-7.
48. Johansson M, Thies-Lagergren L. Swedish fathers' experiences of childbirth in relation to maternal birth position: A mixed method study. *Women Birth*. 2015;28(4):140-7. doi: 10.1016/j.wombi.2015.06.001
49. Nieuwenhuijze MJ, De Jonge A, Korstjens I, Budé L, Lagro-Janssen TL. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*. 2013;29(11):107-14. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.007
50. Nilsson L, Thorsell T, HertfeltWahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nurs Res Pract*. 2013:1-6. doi: 10.1155/2013/349124

51. De Jonge A, Rijnders ME, van Diem MT, Scheepers PL, Lagro-Janssen AL. Are there inequalities in choice of birthing position?: Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery*. 2007;25(4):439-48. doi: 10.1016/j.midw.2007.07.013
52. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth?: A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*. 2013;26(4):99-104. doi: 10.1016/j.wombi.2013.06.004

Notas

- * Artículo derivado de investigación.

CC BY

Información adicional

Cómo citar: Vargas Londoño VF, Rodríguez Castiblanco JP, Corredor Acosta JP, Vallejo Astudillo NM. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2018;20(1):xx-xx. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.vdpv>