



LITOTOMÍA EN EL PARTO: UNA PRÁCTICA CUESTIONABLE

Carlos Burgo

Palabras clave: litotomía, parto natural, posición acostada.

¿La postura de litotomía -acostada- es la más cómoda y digna para la mujer? ¿O es la más “cómoda” para los médicos?

Si tenemos que resumir la historia de la obstetricia en algunos pocos hitos hemos de resaltar, por un lado, la aparición de los instrumentos que se usan en la atención, y, por otro, destacar el cambio de posición que le fue impuesto a la mujer en los albores de la obstetricia científica. Es en este trabajo que intentaremos ver a través de consideraciones multidisciplinarias la utilización de esta práctica como un elemento paradigmático de un modelo de atención que desvía su mirada hacia la consagración de la mujer como “objeto” del trabajo médico. Es la posición de *litotomía* impuesta la que define todo el carácter del vínculo asistencial: una mujer acostada en decúbito dorsal con sus muslos y piernas flexionados y sostenidos por encima de ella, atados, y declarando su inmovilidad.

Ya desde el antiguo Egipto nos llegan los testimonios grabados de las mujeres arrodilladas sobre piedras o *ladrillos sagrados*, o bien acucilladas, como antecedentes de las sillas paridoras que se usaron por centurias desde el mundo grecorromano. Durante los siglos XVII y XVIII, en los albores del nacimiento de la obstetricia científica, poco a poco se fue constituyendo *un saber médico* en el que el partero hombre toma el lugar de la comadrona. En esa encrucijada temporal, los hombres del campo intervenían en el momento del nacimiento, ya que sabían asistir los partos de sus rebaños de animales domésticos, mientras que en las

ciudades los varones no sabían lo que debían hacer y delegaban esa tarea en las comadronas, nombradas por el cura o por la asamblea de mujeres, que se ocupaban de las parturientas y los recién nacidos.

La aparición en la escena del parto de un nuevo representante social, el médico, en la habitación y en la intimidad, portando en sus manos los primeros instrumentos y con un naciente discurso científico y deshumanizante desplaza a la comadrona y al padre.

Al imponer la posición acostada, el médico diseña la facilitación de su tarea. Puede dar órdenes que serán obedecidas. Pierde importancia el mundo afectivo de la mujer. Ya no está ella buscando distintas posiciones según sus necesidades, no puede hacerse sostener por una amiga, por su pareja, alentada y protegida. Acostada, expuesta y vulnerable, ya no será el médico quien se inclina a sus pies para recibir al niño.

«Con esta posición se obliga a que el niño nazca hacia arriba»

Han transcurrido muchos años desde aquellos acontecimientos que han sido marcados por la evolución del conocimiento y la resolución de numerosas dificultades que atentaron contra la salud de la madre y del niño en el momento del parto y del nacimiento. Pero poco se ha prestado atención al estilo imperante de atención obstétrica y

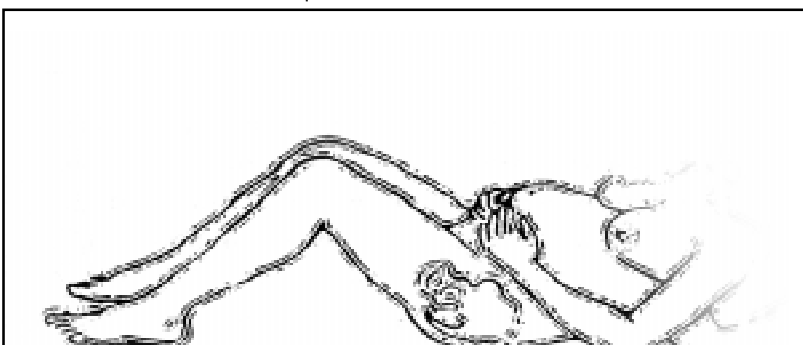
al abuso de prácticas que, muchas veces, por su uso inadecuado, devienen en iatrogenia y en un claro perjuicio para los requerimientos de satisfacción que un buen número de mujeres reclaman para esta experiencia vital de su existencia.

La inmensa mayoría de los obstetras insisten hoy en día en la imposición de la litotomía como posición excluyente de la madre para parir, sin ninguna reflexión sobre lo que vive y siente cada mujer, y obligando al niño por nacer, en el recorrido por el canal del parto y su curvatura, que nazca hacia arriba. Como se asevera en numerosos libros de la especialidad y muchos obstetras sostienen en su práctica diaria, la litotomía es la posición más satisfactoria, la mejor, porque la mujer acostada con sus piernas colgadas está en la posición ideal que favorece, para quien la atiende, resolver cualquier complicación, efectuar (por rutina) intervenciones obstétricas (monitoreo fetal continuo) y conservar pautas de esterilidad.

«Al imponer la posición acostada, el médico diseña la facilitación de su tarea. Puede dar órdenes que serán obedecidas. Pierde importancia el mundo afectivo de la mujer»

¿Pero quién considera la situación de la mujer? ¿Se le pregunta si es mejor y más satisfactoria para ella?

La biología no ha previsto que la mujer durante su trabajo de parto permanezca acostada. Puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. Esta movilidad de ninguna manera compromete el bienestar fetal. Ésta es la condición de la inmensa mayoría de las mujeres que, usando los códigos médicos,



Posición de la pelvis en postura acostada (de litotomía)

se encuentran en situación de bajo riesgo. La utilidad de sostener esta posición para la mayoría de las mujeres se expresa por ejemplo en la utilización casi sistemática del control electrónico de los latidos fetales con la presencia de los cinturones ceñidos a su cuerpo y obligándola a estar acostada.

dificultad y alargamiento de la expulsión.
c) La compresión nerviosa, por la presión ejercida sobre las piernas colgadas en los estribos.
d) La ausencia de una efectiva y sostenida presión por parte de la cabeza fetal sobre el periné no permite una eficaz y pausada distensión del mismo, con la consecuencia

El parto es un acontecimiento complejo en el cual intervienen múltiples variables que no pueden interpretarse desde un único discurso médico, sino que debe contemplar y complementarse desde las perspectivas antropológica, psicológica y social. Es un acontecimiento cargado de



Es decir, que la "posición" de la madre es un procedimiento médico, una intervención médica que responde a criterios precisos de organización sujetos a la ideología vigente.

La posición acostada de espaldas es la peor posición que pueda concebirse para el trabajo de parto y el parto. Entre los problemas enumerados desde el punto de vista fisiológico se destacan los siguientes:

a) La compresión de los gruesos vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil y menos frecuente, y la necesidad de pujar se torna más dificultosa debido al esfuerzo mayor al no estar favorecida por la fuerza de la gravedad. El descenso más lento incrementa el uso del fórceps.

b) El cóccix es comprimido contra la cama de parto, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con la mayor

de una necesidad compulsiva de realizar una episiotomía que sería innecesaria.

e) El carácter de procedimiento de intervención de la posición de litotomía se completa con anestias peridurales y perfusiones de oxitocina rutinarias que agregan dificultades inherentes a esos procedimientos, pero que no discutiremos aquí por no formar parte del presente trabajo.

«La posición acostada de espaldas es la peor posición que pueda concebirse para el trabajo de parto y el parto»

Estas consideraciones biológicas y fisiológicas son aún insuficientes para entender la más vasta repercusión sobre la vida afectiva y emocional de cada mujer que atraviesa la experiencia del parto y el nacimiento de su hijo y el impacto que tienen estos aspectos íntimamente ligados a su sexualidad.

emotividad, una escena cargada de simbolismos y de prejuicios, cuando no de ansiedad y angustia, en donde se entrecruzan la sexualidad, la vida y la muerte; por lo tanto, compromete a una diversidad de asistentes profesionales. Estamos frente a un evento biopsicosocial por excelencia.

Pero la medicina aplica un mecanismo de racionalización que reprime aquellos aspectos psicosociales y no biológicos que no se sujetan al orden médico-social establecido. Así, la medicalización del parto tiene en el control de la posición y la posesión corporal del sujeto-persona-mujer uno de sus paradigmas más claros. No hay un solo estudio que se proponga la posibilidad de interrogar y relevar el grado de satisfacción que esta intervención médica determina en la mujer y que tenga en cuenta las reacciones emocionales de las mismas. Sobre este parámetro de la *medicalización* se sostienen y afirman otros dos aspectos que caracterizan y ponen valla a la catarata emocional que

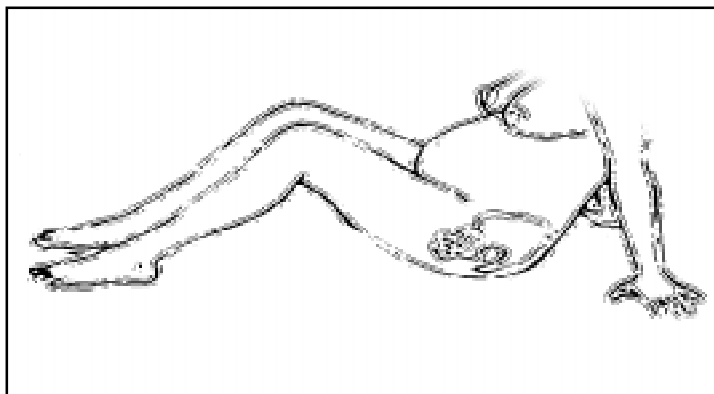
irrumpe continuamente:

· Uno de ellos es la *despersonalización* de la parturienta transformada en un “objeto de trabajo”, un “campo de trabajo”, rendida en su condición de “paciente”, acostada inmóvil y obediente a las prescripciones del “personal”. En esta condición se somete al “torrente animal” de movimientos y sonidos que pulsán internamente por encontrar cauce en su cuerpo “amordazado”. La experiencia de desintegración y pérdida de control resulta intolerable e inmanejable. Un cuerpo-objeto despersonalizado es dócil a la exigencia médica. Un aspecto de enorme relieve es el que compete al atributo por excelencia de esta experiencia, que es el sexual.

· El otro, la *des-sexualización* en la negación de la carga sexual del parto, asimilándola a una operación médica “esterilizada”. Si afinamos la mirada, tenemos un objeto dentro de un objeto; el “objeto de trabajo” en el cuerpo de la mujer es su aparato genital. Si reconocemos en el parto un acto sexualizado e íntimo, la participación que tengan otras personas o los profesionales en el mismo, deberá respetar ese momento, tomando en cuenta el lugar distinguido y protagónico que tiene la mujer en el escenario del mismo. El conocimiento del propio cuerpo y el desarrollo de la sexualidad se van construyendo vincularmente por género dentro de cada comunidad humana a través de códigos culturales socialmente compartidos.

El conocimiento sexual del propio cuerpo le permite a cada mujer elegir en mejores condiciones qué posición puede facilitarle el período expulsivo.

La posición vertical, patrón de nuestros comportamientos sociales vinculares, permite a cada mujer estar en un plano de igualdad espacial frente a los otros asistentes con los que interactúa simétricamente.



Posición de la pelvis en postura semisentada

«La parturienta, en posición de litotomía, se transforma en un *objeto de trabajo*, un *campo de trabajo* rendida en su condición de *paciente*, acostada inmóvil y obediente a las prescripciones del *personal*»

La dificultad de muchas mujeres para alcanzar su autonomía emocional, corporal, sexual, social y económica - debido a condicionantes culturales, fundamentalmente de género- hace que sus capacidades y su fuerza de acción y expresión se hagan invisibles a sus ojos y su conciencia y a las de los demás. Así como en la práctica sexual se refleja frecuentemente este fenómeno, de la misma manera en el momento de parir surge la dificultad para registrar el deseo y la iniciativa para imponerse y asumir

las posiciones que sienta necesarias para ella misma. Queda recluida al lugar de mera receptora y depositaria del deseo del otro, aceptando pasivamente que la “acuesten”, dejando a los otros disponer de su cuerpo.

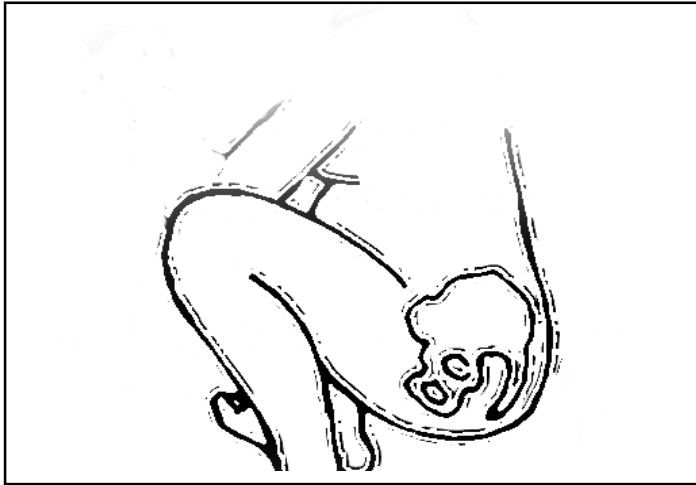
El esfuerzo del dispositivo “médico” por des-sexualizar la situación comienza como un “ritual de iniciación” a través de dos procedimientos generalizados: el rasurado perineal y el enema evacuante. El rasurado des-sexualiza a la mujer al privarla de los rasgos sexuales adultos que la representan, tornándola prepúber. Es un procedimiento que se suma a todos aquellos códigos verbales y no verbales que se dirigen a la mujer, infantilizándola en la relación médica. La excusa higiénica se halla contradicha por la agresión sobre las células de superficie, que por lo contrario, favorece la introducción de bacterias.

Además es un preámbulo manifiesto de la voluntad de realizar una episiotomía de rutina.

En fin, “pareciera” comenzar con este procedimiento el despeje de los aspectos sexuales de la situación, una purificación que le confirma a la mujer que no está allí como objeto sexual, sino como “objeto de trabajo”. Una purificación que se logra dentro de este orden simbólico cultural separando las funciones sexuales de las reproductivas.

En estas condiciones, la sumisión de la mujer se potencia también con el propio esfuerzo por dessexualizar ella misma la situación, en un intento de conservar la dignidad.

La culminación de esta escena encuentra a la mujer pariendo acostada en una cama de partos, dentro de un ámbito de sala operatoria, con las piernas alzadas,



Posición de la pelvis en postura de cuclillas

flexionadas y sostenidas firmemente abiertas en unos estribos diseñados al efecto. El sexo rasurado, puesto en primer plano frente a los presentes y bien iluminado, frecuentemente rodeada por los cinturones del monitor fetal y la vía de la venoclisis sistemáticamente colocada. La inmovilidad es completa para la inspección e intervención continua de los asistentes. Se incrementa la vulnerabilidad por el fantasma de lo que el otro puede hacer con su cuerpo ya vulnerable.

«El rasurado dessexualiza e infantiliza a la mujer; además, favorece la introducción de bacterias»

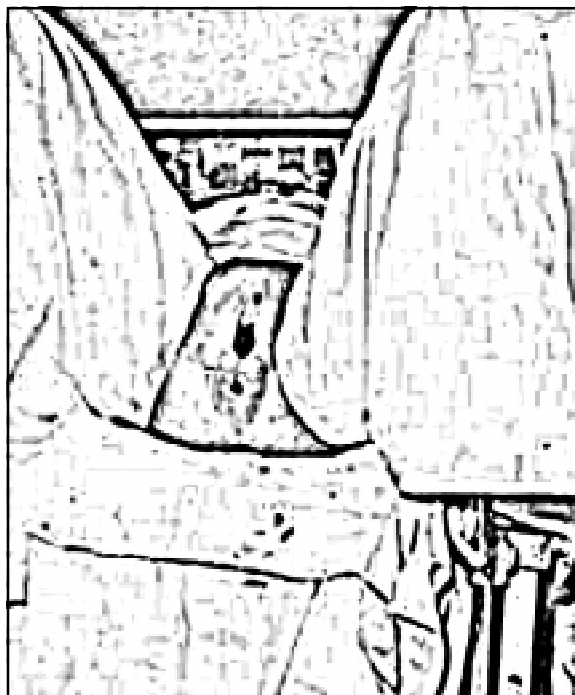
Esta posición de dependencia que la compulsa a estar en manos de los otros tiene un enorme significado simbólico. Acostada, no alcanza con su mirada a sus genitales, y la imposibilidad de movimiento la inhibe de estar conectada con sus impulsos y sensaciones físicas y emocionales. El esfuerzo de parir es una actividad humana que requiere un empeño subjetivo y una necesidad de contacto de los pies con la tierra.

Ella acostada, con los otros de pie frente a ella, está en una posición considerada «más cómoda» para la intervención pero que tiene un claro significado de poder. Así es silenciada la voz de la mujer para elegir la posición

de parir.

Podemos volver un poco atrás y decir que los espacios que ella haya elegido ocupar en sus vínculos sexuales de pareja, de alguna manera intervienen en el que pueda establecer con el médico en el momento del parto. Cual será la posición que elija para parir y hacer nacer, podrá ser reconocida si se encuentra preparada para situarse en diferentes perspectivas vinculadas a su experiencia en el tránsito de la escena sexual. Así, la posición acostada podrá también ser «su elección» para parir si es propia y no del que «la acuesta», aceptando y reconociendo en «su» decisión esta horizontalidad en el vínculo con el equipo obstétrico.

Es decir, que no hay una posición «ideal» para parir, como tampoco hay una posición ideal para la relación sexual.



En nuestra experiencia, cuando la mujer tiene la libertad de elegir la posición para parir, es bastante unánime el rechazo a acostarse en posición supina. Ellas optaron por posiciones verticales, donde mayoritariamente hicieron uso de las cuclillas o usaron la silla obstétrica. La intervención activa de sus parejas fue altamente satisfactoria para ambos, con todos los beneficios resultantes de una experiencia íntimamente compartida y consagrada en la recepción casi inmediata del recién nacido por los padres. Fue prácticamente nula la realización de una episiotomía.

«No hay una posición “ideal” para parir, como tampoco hay una posición ideal para la relación sexual»

La libre elección de la posición vertical reforzó en cada una elocuentemente la capacidad de expresarse atendiendo a sus íntimas necesidades, en un momento de importante transformación individual. Los beneficios de deambular durante el trabajo de parto y la expulsión vertical del niño comienza a ganar adeptos y aceptación.

El modelo basado en sostener la práctica de la litotomía discrepa con conceptos basados en la evidencia. Esta posición, sustento básico de un modelo

tecnocrático en la atención de un parto de bajo riesgo, es la expresión simbólica de la despersonalización de una mujer. Un intento de responder a evidencias científicas ha sido el desarrollo de los sillones de parto electrónicos, que con desigual fortuna han circulado por muchas salas de parto pero sin la correspondiente creencia en sus valores y beneficios. Pero debemos advertir que este diseño se transforma eventualmente en un instrumento más que intenta reemplazar el más valioso instrumento para parir que tiene una mujer: su propio cuerpo. En estas sillas de alta tecnología, a la mujer se le priva de la libertad de salir de su posición las veces



que desee entre las contracciones, y sus parejas se distancian del contacto íntimo necesario. A pesar de las ventajas fisiológicas que ofrece sobre la cama de partos y la litotomía, sigue constituyendo un obstáculo para las mujeres que desearían tener la libertad de cambiar frecuentemente de posiciones entre contracciones, para pujar quizás sentada, arrodillada o en cuclillas, en el piso o en el agua.

«La posición vertical permite a cada mujer estar en un plano de igualdad frente a los otros asistentes»

En la atención de partos domiciliarios ponemos a disposición de las mamás una silla obstétrica de baja tecnología que podría ser una alternativa para modificar el modelo tecnocrático institucional, de bajo costo y fácilmente transportable. Una opción viable para todas las instituciones, pero indudablemente un estímulo para un cambio ideológico profundo del dispositivo asistencial.

En nombre de la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, como uno de los elementos más importantes e inconfundibles que pueden ser evaluados por numerosos estudios estadísticos como avance en los últimos años, se siguen sosteniendo en la práctica numerosos procedimientos de rutina que resisten cualquier intento de modificación. Los obstetras oponen una



notable resistencia a verificar la eficacia de las prácticas que caracterizan su disciplina. Y ésta suele ser, como muchas otras, una disciplina de opiniones donde la “práctica aceptada” es a menudo un consenso desarrollado por una mayoría de profesionales en un determinado período y no siempre verificado por un método científico.

«La posición de acostada podrá ser *su elección* para parir si es propia y no del que la acuesta»

En este orden la posición de litotomía impuesta a la mujer es la más significativa de las rutinas por el impacto en el desarrollo y el ejercicio de su sexualidad. Aspecto revelador de una cultura en la

cual el “escenario del parto” es la representación de la relación de sometimiento que impregna a la condición femenina en numerosas circunstancias.

Concluimos con esta presentación en la necesidad de poner atención sobre el grado de satisfacción que la intervención obstétrica, en este caso de carácter operativo, determina en la mujer en un campo en el cual es dificultoso tener criterios de normatización que permitan medir las reacciones emotivas de una mujer por la naturaleza misma del sistema de atención y por la desatención que se le presta a los aspectos emocionales de la experiencia.

Ilustraciones: Editorial OB STARE
Fotografías: Editorial OB STARE



Carlos Rubén Burgo. Médico obstetra y ginecólogo.
Miembro Titular de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (AAGOP), Miembro Titular de la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER). Premio de la Fundación E. Korembli: *Retorno al parto natural*, 1990, Bs Aires, Argentina.
En los últimos años, coordinación de los encuentros y seminarios: “La libertad de elección para un parto diferente”, “Parto y nacimiento. Paradigma tecnológico y crisis vincular”, “Parto y nacimiento. Preparación, para qué”, “Parto intervencionista vs. parto no intervencionista”. Facultad de Psicología, UBA, AAAGOP y Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Participación en el Seminario “Experiencias antes y después de Nacer”, Thomas Verny (APPPAH, The Association for Pre & Perinatal Psychology and Health), 2000. Presentación en la Conferencia Internacional por la Humanización del Nacimiento: *¿Qué parto y qué nacimiento queremos?*, Fortaleza, Brasil, 2000
El presente trabajo fue presentado en el XIII Congreso Internacional de la ISPOG (International Society of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology): “Litotomía, una práctica cuestionable”, 2001
Teléfonos: 54(11)4582-2781 54(11)4772-2211 Fax: 54(11)4585-4776
E-mail: cburgo@fibertel.com.ar / cburgo@intramed.net.ar