

MALPOSICIÓN FETAL: IMPLICACIONES EN EL PARTO

Kmom

Existen dos términos para denominar cómo está situado el bebé en el cuerpo de la madre: *presentación* y *posición*. Aunque algunas fuentes usan estos términos sin consistencia, *presentación* hace referencia a qué parte del bebé se "presenta" primero en la vagina; en otras palabras, si el bebé tiene la cabeza arriba (nalgas), cabeza abajo (cefálica) u hombros o costados (transversa). Por su parte, *posición* se refiere a cómo la nuca del bebé se sitúa respecto de la columna vertebral de la madre (hacia su columna u opuesta a ella, etc.).

Tradicionalmente, la comunidad obstétrica ha dado mucha importancia a la presentación (nalgas, transversa o cefálica). Sin embargo, problemas más sutiles en la posición del bebé y el impacto que tienen en el parto han sido ampliamente ignorados. En otras palabras, si el bebé tiene la cabeza abajo se asume que está listo para parto vaginal y entonces cualquier desviación del parto "normal" pasa a ser vista como un fracaso de la madre en su capacidad para parir, "necesitando" a consecuencia intervención médica y/o fármacos.

Sin embargo, cuando se dan variaciones sutiles de la posición con la cabeza abajo, el resultado podría ser un parto más largo y difícil, a menudo requiriendo fórceps o cesárea. Los estudios de investigación demuestran que las malposiciones terminan a menudo con un alto grado de intervención y parto quirúrgico, y aún así la comunidad obstétrica no reconoce el papel que juega la posición.

Se realizan muchas cesáreas innecesarias por problemas leves de malposición del bebé, a pesar de lo cual pocos médicos o comadronas prestan suficiente atención a la influencia de la posición del bebé en el progreso del parto. Muchas cesáreas (o partos largos y duros) podrían evitarse con una cuidadosa atención para prevenir la malposición, un diagnóstico temprano

del problema durante el parto y empleando medidas correctoras durante el parto si hay posibilidad de malposición. Pocos médicos y sólo algunas comadronas están siendo formados acerca de esto, así que padres, *doulas* y educadoras para el parto deberían buscar la formación y promulgarlo por sí mismos.

Breve historia de Kmom

He tenido dos cesáreas y un parto vaginal. Los tres nacimientos han tenido probablemente algún grado de malposición implicado, ¡así que es un tema cercano a mi corazón! De hecho, creo que fui capaz de tener un Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC) con mi tercer hijo porque prestamos una atención muy estricta al tema de la posición del bebé, y aunque seguramente el tercer bebé tenía malposición, era relativamente inferior o se pudo resolver fácilmente.

Mi propia experiencia personal me ha llevado a pensar que la posición es de **vital** importancia, y de que muchas historias de cesáreas que he recogido para el "Birth Stories FAQ" me han convencido de que otras muchas mujeres han experimentado cesáreas innecesarias por malposiciones sin resolver. A menudo creen que fue porque el bebé era "demasiado grande", su pelvis "demasiado pequeña" o que simplemente "no dilataron bien". En realidad, puede haber explicaciones alternativas. Esta sección es un intento de presentar este área de conocimiento poco estudiada con la esperanza de que otras mujeres puedan prevenir o resolver una malposición de su bebé antes de que una cesárea sea necesaria.

Para aquéllas que han tenido cesárea o parto complicado por malposición del bebé, **es** posible en muchos casos tener un PVDC previniendo la recurrencia de la malposición. Para las que vais a tener el primer bebé, prestad atención a la posición y la postura; intentad prevenir cualquier problema antes de que suceda en el

parto. ¡Podrías ahorraros mucho dolor e incluso cirugía!

Para educadores para el parto, *doulas*, doctores o comadronas, por favor aprended más sobre este asunto de modo que podáis ayudar a las mujeres a las que atendéis. Muchas comadronas han encontrado que, tras emplear estas técnicas y conocimiento, su índice de cesárea o traslado descendió significativamente. ¡Podría tener un efecto similar en vuestra práctica!

Pueden leer otras historias de malposiciones en este website en la sección FAQ, BBW Birth Stories: Malpositions. Algunas de estas malposiciones terminaron resolviéndose, concluyendo en parto vaginal; la mayor parte terminó en cesárea. Leedlas y ved de primera mano cómo afectaron estas malposiciones al parto. Otros sitios que tratan el tema son: www.cefcares.org/fetal/position; www.gentlebirth.org/archives/position; www.homebirth.org.uk/ofp y www.aims.org.uk/posterior.

Definición de Malpresentación

No todas las fuentes hacen uso correcto de los términos, pero básicamente la *malpresentación* tiene lugar cuando la cabeza no es la parte que se presenta primero al cuello del útero. En la *malposición*, en cambio, se presenta siempre la cabeza abajo, **pero** podría no estar situada en la forma óptima para el nacimiento. La cabeza puede estar inclinada hacia un lado, el bebé de cara al vientre de su madre en lugar de su columna, el mentón puede no estar flexionado hacia abajo o el bebé puede tener un brazo / mano arriba con la cabeza. Todas estas posiciones son cefálicas, pero las sutiles variaciones pueden hacer el parto más complicado, más agotador, más doloroso o incluso provocar que el bebé se "atasque". Todas pueden arreglarse normalmente (o resolverse por sí solas) tal que el bebé pueda nacer vaginalmente, pero hay un alto índice de problemas si la posición no se resuelve.

Las presentaciones básicas son: nalgas (nalgas o podálica), cefálica (cabeza abajo) o transversa (de lado). En la mayoría de prácticas obstétricas, sólo se considera para parto vaginal la presentación cefálica, aunque

algunos formados en los viejos tiempos consideran para parto vaginal ciertos casos de nalgas o intentan girar el bebé a cefálica antes de recurrir a cesárea. Sin embargo, muchos obstetras hoy en día simplemente programan la cesárea si se sospecha que el bebé está de nalgas o transverso, sin siquiera intentar girarlo. Las presentaciones más comunes son:

- Cefálica: el bebé tiene la cabeza abajo, un requisito para parto vaginal en casi todas partes. La mayoría de obstetras no distinguen entre las sutiles variaciones en posiciones entre bebés en cefálica; sólo les importa que la cabeza va primero.

- Transversa: el bebé presenta primero el hombro o un costado, aumentando el riesgo de prolapso de cordón. El bebé tiene que girar (o ser girado) para nacer o nacer por cesárea. Si el bebé no gira y se necesita cesárea, la incisión puede ser baja vertical o quizás "clásica" (de arriba abajo) por la difícil posición. Se puede prevenir o solucionar a través de la posición de la madre o "versión externa", pero pocos médicos lo intentan.

- Nalgas: la cabeza del bebé está arriba, en las costillas de su madre; las piernas o trasero presentan primero, en lugar de la cabeza. Esta presentación implica más riesgos para el bebé, nazca por cesárea o vaginalmente. Muchos obstetras hoy no han aprendido el arte del parto vaginal de nalgas, y por tanto hacen cesárea de forma rutinaria (a pesar de la evidencia cuestionable de que mejora el resultado); algunas comadronas y obstetras todavía saben cómo atender partos de nalgas (y deseosos de ello). Entre los bebés de nalgas, hay un número de variaciones de cómo se presenta el bebé exactamente. Algunas son más favorables para un parto vaginal seguro que otras:

- Nalgas puras: el bebé se presenta con las nalgas primero; es la posición más favorable para parto vaginal.

- Podálica: presenta primero los pies; es una posición difícil para parto vaginal y muy pocos lo intentarían, aunque algunos saben cómo asistirlo. Puede ser con un solo pie o con los dos.

- Otras presentaciones de nalgas: hay variaciones etiquetadas de forma diversa e inconsistente por los libros (nalgas completas o incompletas, etc.). Estas variaciones incluyen la posición de las piernas (dobladas, estiradas, de rodillas), etc.

De nuevo, la diferencia principal entre malpresentación y malposición es que los bebés que malpresentan tienen otra parte que la cabeza cerca del cérvix y lista para salir primero. Los bebés malposicionados tienen todos la cabeza abajo, pero puede no ser la posición óptima para nacer.

Definición de Malposición (cabeza abajo)

El término "posición" asume que el bebé tiene la cabeza abajo y se refiere a que la parte **posterior** de la cabeza se relaciona con el cuerpo de su madre. Occipito anterior (OA) significa que el occiput está hacia la parte frontal de la madre, y occipito posterior (OP) significa que el occiput está hacia la columna de su madre. Sin embargo, mucha gente encuentra más fácil pensar en términos de hacia dónde miran los ojos del bebé, y ésta es la referencia usada aquí.

- Anterior: el bebé tiene la cabeza abajo y mira hacia la columna de la madre. La posición ideal para parir generalmente es Occipito Anterior Izquierda, con el bebé encarando la columna de su madre, la barbilla doblada hacia abajo, la cabeza mirando ligeramente hacia el lado derecho de la madre y la espalda del bebé a lo largo de lado izquierdo del vientre de la madre. El bebé en Occipito Anterior Derecha (o espalda a lo largo de lado derecho de la madre) puede nacer también fácilmente, pero tiene una tendencia a volverse hacia una posición posterior antes o durante el parto.
- Posterior: el bebé está cabeza abajo y mirando hacia el vientre de la madre; su columna está contra la de la madre. El diámetro de la cabeza que tiene que encajar es mayor, y muchos bebés posteriores tienen sus cabezas estiradas (barbilla no flexionada o "posición militar"), lo cual crea un diámetro mayor, lo que hace que el parto sea más largo y doloroso. Aunque algunos pueden nacer vaginalmente, si son

más pequeños o tienen la barbilla flexionada, un alto porcentaje de bebés posteriores terminan en cesárea debido a "desproporción céfalo-pélvica" (diagnóstico de cabeza demasiado grande para la pelvis) o "fracaso en el progreso" (diagnóstico de parto atascado que no dilata por falta de presión adecuada sobre el cuello debido a la posición). Una posición posterior puede girar en muchos casos por sí sola o con el uso de ejercicios especiales y de posturas antes o durante el parto. Algunos profesionales incluso saben cómo girar el bebé manualmente durante el parto. Una vez girados, estos bebés suelen nacer rápidamente.

-Occipito Transversa: la cabeza está abajo, pero girada completamente de lado, hacia los huesos de las caderas, haciendo que el bebé se quede "atascado" porque no encaja bien. Para ayudar a que el bebé se desatasque y que rote facilitando el parto normal, los mismos ejercicios usados para bebés "posteriores" pueden servir. (Nota: *transverso* puede referirse a dos cosas: que el bebé está en presentación transversa, presentando hombro o costado, o que el bebé está en posición transversa con la cabeza abajo pero la cabeza completamente de lado y no encaja).

- Asinclítico: el bebé está cabeza abajo y probablemente anterior, pero la cabeza está ligeramente inclinada hacia un lado o fuera de sitio de algún modo; la cabeza no se desplaza descendiendo en la pelvis. El hueso parietal o lado de la cabeza se presenta primero en lugar de la coronilla, aumentando así el diámetro. También hay ejercicios que pueden solucionar esta posición.

- Procidencia de mano: la mano del bebé se presenta junto a la cabeza, aumentando el tamaño que tiene que pasar a través de la pelvis, al igual que con otras malposiciones. Otra variación es cuando el brazo o el codo está delante de la cara; puede causar dolor intenso. Los bebés pueden nacer con la mano compuesta junto a la cabeza, aunque el proceso es lento normalmente. A menudo, algo hace que el bebé mueva su mano o brazo atrás y entonces nace más deprisa. Es muy doloroso, pero se resuelve más fácilmente que algunas de las otras.

- Frente o cara: el bebé está cabeza abajo con la cabeza deflexionada y el mentón estirado de tal forma que la frente o la cara están encarando la vagina. Éste es un parto muy difícil; muchos terminan en cesárea si la posición no cambia.

- Oblicua: el bebé está cabeza abajo, pero todo su cuerpo está en un ángulo con la pelvis y no puede entrar. Si la posición no se resuelve, acaba normalmente en cesárea. (Nota: *compuesta, frente, cara y oblicua* son consideradas tanto como malposiciones como malpresentaciones, dependiendo de la fuente).

Para quienes deseen saber más, hay ilustraciones de algunas de estas posiciones en internet en: www.cefcars.org/fetal/position.htm. Otros artículos que tratan distintas posiciones y su manejo se encuentran en: www.gentlebirth.org/archives/position; www.homebirth.org.uk/ofp. y www.aims.org/uk/posterior.

Complicaciones comunes de las malposiciones del bebé

Hay un gran número de problemas asociados a menudo con malposiciones sutiles del bebé, de los cuales a la mayoría se les atribuirán otras causas por muchos obstetras. Las mujeres a las que se les ha dicho que tenían la "pelvis demasiado pequeña" o el bebé "demasiado grande", o que su cuello "no dilata bien", podrían perfectamente haber tenido un problema de malposición en su lugar. La mentalidad popular en la que los médicos aprenden es que los problemas del parto provienen de la madre, en lugar de un problema que ha pasado desapercibido al cuidador. Así que refuerzan a menudo el mito de la pelvis pequeña o del bebé enorme que no puede pasar. Sin embargo, sólo rara vez es cierto.

Una buena analogía sería una llave (el bebé) y una cerradura (la pelvis de la madre). Si la llave está alineada adecuadamente, se desliza justo en la cerradura, gira fácilmente, la puerta se abre y la persona pasa. Sin embargo, si la llave está al revés (posterior), atravesada (occipito transversa) o incluso ligeramente inclinada a un lado (asínclica), la llave las pasa negras para meterse en la cerradura, y mucho menos pasar la per-

sona por la puerta. La solución es tanto empujar atrás la llave y girarla para alinearla con la cerradura como zarandear la llave hasta que se mete en su sitio. Del mismo modo, con bebés, la solución es tanto soltar al bebé de la pelvis para que pueda girar más fácilmente como zarandearlo a través de cambios de posición de la madre para que pueda encontrar su sitio.

Cuando un bebé está en Occipito Anterior Izquierda (perfectamente posicionado), la presión aplicada sobre el cuello uterino es proporcional y suave, el parto avanza tranquilamente y bastante rápido, y el bebé es capaz de descender a través del canal de parto sin problemas o retrasos. La pelvis de la madre se amplía y expande en los ligamentos para dejar pasar al bebé, y los huesos blandos de la cabeza del bebé se pliegan como en una olla a presión en las fontanelas (se moldea) para facilitar el paso. La "curva de parto" sigue los "promedios aceptados", y el nacimiento sucede sin más dificultades.

Cuando el bebé está en mala posición, la presión sobre el cuello uterino es inconsistente y suele dilatar lentamente, de forma irregular o incluso estacionándose, aunque la madre experimente contracciones fuertes y dolor importante. El diámetro de la cabeza del bebé que presenta suele ser mayor, lo cual significa que tiene lugar más moldeamiento de la cabeza. Si el bebé está en el ángulo incorrecto, puede ser forzado contra la pelvis incómodamente (sobre todo si se está usando oxitocina para incrementar las contracciones), lo cual provocaría sufrimiento fetal.

A menudo, el bebé se queda "colgado" o atascado antes de pasar del nivel "0" (dentro de la pelvis). Esto también suele ralentizar el parto, contracciones ineficaces pueden aparecer o incluso que el parto se detenga, o impedir que el bebé se mueva en la pelvis a pesar de buenas contracciones, o incluso con dilatación completa y empujando (desproporción cefalopélvica o "bebé grande para la pelvis de la madre").

Por ejemplo, aunque hay más de una causa posible para los siguientes problemas. La ocurrencia de una o más debería levantar sospechas de mala posición:

- Días de "pre-parto" agotador; la madre empieza el parto agotada.
- Tendencia a post-maturidad (embarazo largo) y pasarse de fechas.
- El bebé no se encaja ni antes ni durante el parto.
- La mujer tiene la sensación de muchas manos y pies en la parte frontal de la barriga.
- Ruptura temprana de la bolsa durante el embarazo o al inicio del parto.
- Dificultad para encontrar el latido fetal en lugares donde normalmente se localiza.
- Parto estacionado: parto que se detiene entre 4 - 7 cm. y no progresa.
- Parto prolongado, especialmente en la fase de pujos.
- Parto "en la espalda": contracciones muy dolorosas que se notan más en la espalda, común en partos posteriores porque la espalda del bebé está apretando el sacro (baja espalda); también sucede con el brazo alrededor de la cara del bebé porque presiona el sacro de la madre.
- Necesidad de medicación para el dolor, ya que los dolores son insoportables.
- Transición temprana: la mujer muestra signos de transición (nauseas, escalofríos, mucho dolor, temblores, etc.) entre 4 - 7 cm. en lugar de entre 7 - 10 cm.
- Sufrimiento fetal: el bebé se queda atascado y sufre estrés, lo que también aumenta la incidencia de meconio en el parto.
- Pujos tempranos: la madre siente deseo de pujar antes de estar completamente dilatada.
- Labio anterior: cuello dilatado (9,5 cm.), aunque un pequeño "labio" del cuello persiste.
- Bebé atascado: el bebé no puede avanzar ni pasar a través de las espinas isquiáticas (nivel 0) y no desciende incluso tras horas de pujos.
- Dolor terrible al empujar, especialmente en un lado o en el otro.

Aunque la literatura se concentra en los problemas en el parto provocados por las malposiciones de los bebés, muchos quiroprácticos y otros profesionales creen que estos bebés también sufren otros problemas tras nacer. Creen que la inadecuada posición durante el

parto puede presionar la columna o los huesos del cráneo, comprimiendo algunos nervios de la columna vertebral o impidiendo el movimiento de los huesos del cráneo. Se ha observado que los bebés con malposición experimentan índices más elevados de cólicos graves, infecciones de oído, problemas nutricionales, irritabilidad, etc. después de nacer, y esos problemas suelen responder a manipulaciones de la columna o a la liberación de los huesos craneales a través de la terapia Cráneo-Sacral.

Aunque los estudios son limitados, muchos padres y quiroprácticos informan anecdóticamente de grandes mejoras con Terapia Cráneo-Sacral o manipulación vertebral en bebés malposicionados o aquellos que han requerido intervención en el parto. En uno de los pocos estudios disponibles sobre esto, una prueba controlada aleatoria en Dinamarca comparó la manipulación vertebral con el uso de dimethicon (medicación recomendada por doctores para el cólico en Reino Unido), y encontraron que la manipulación obtuvo mejores resultados aliviando los síntomas del cólico (Wiberg, 1999). De forma parecida, en una serie de casos, Hewitt (1999) encontró que la corrección vertebral y/o Terapia Cráneo-Sacral ayudaba a bebés con disfunciones alimentarias a resolver sus dificultades. Aunque se necesita más investigación, parece posible que los efectos de una malposición fetal se extiendan más allá de las dificultades del parto y pueden afectar al bebé después del nacimiento también en algunos casos.

Investigación sobre malposiciones

No todas las malposiciones siguen el mismo guión. Depende en gran parte de cómo el bebé comienza el parto y qué ocurre en lo sucesivo. Por ejemplo, algunos bebés comienzan en mala posición pero rotan durante el parto. Estas madres y sus bebés suelen tener partos duros, pero todo mejora en cuando el bebé resuelve su posición. Muchos de estos bebés terminan naciendo vaginalmente y todo sale bien.

Algunos bebés comienzan el parto en una buena posición, pero rotan o giran hacia una posición menos favorable durante el parto. Esto podría deberse a la posi-

ción de la madre (a menudo sobre su espalda) o la musculatura laxa causada por una epidural. Estos bebés suelen nacer vaginalmente, si no fácilmente (y algunos terminan en cesárea también). Sin embargo, estos bebés tienden a salir bien. Los casos más difíciles se refieren a bebés que empiezan el parto malposicionados y se quedan así a lo largo de todo el proceso ("posterior persistente"). Los estudios muestran que entre un 60 y un 90% de esos bebés nacen con parto instrumental (fórceps, ventosa o cesárea). Tienden a ser partos muy duros y difíciles, y a menudo los médicos rompen la bolsa o usan oxitocina; en estos casos, sufrimiento fetal, meconio o incluso hematomas son habituales. Muchas malposiciones resultan en cesárea tras partos prolongados.

Sizer y Nirmal (2000) estudiaron un grupo muy amplio de bebés que nacieron en posterior o que constaba en los documentos que habían girado para poder nacer. Sólo un 14.6% nacieron por parto espontáneo vaginal. El 85.4% requirieron parto instrumental (43.7%, fórceps o ventosa, y el 41%, cesárea). Si sólo el 14% de esos bebés pueden nacer de forma normal y sin ayuda de intervenciones arriesgadas, esto demuestra que las malposiciones pueden tener un impacto significativo en el parto.

Gardberg (1998) halló que mientras sólo 1/3 de posiciones posteriores empezaban así antes del parto, los bebés que persistían en esa posición requirieron parto instrumental en el 66.7% de los casos (fórceps o cesárea). Del grupo que comenzó el parto con un bebé malposicionado, 2/3 necesitaron parto instrumental.

Otro estudio (Fan, 1997) halló que el grupo con posición transversa persistente requirió parto instrumental en el 83% de los casos, y que el grupo con posición posterior persistente requería parto instrumental en el 92% de los casos. Los autores también notaron un aumento en la "inercia uterina" y partos más largos y anómalos.

Resulta interesante destacar que un número significativo de posiciones posteriores ocurren de hecho en el parto; esto es, el bebé estaba bien posicionado antes

del parto y se giró a una posición menos favorable durante éste. Las comadronas han teorizado largo tiempo que esto podría ocurrir por la laxitud muscular que provoca el uso de anestesia epidural, especialmente cuando se combina con la posición de la madre sobre su espalda. El estudio de Gardberg (1998) parece corroborar esto: halló que 2/3 de posiciones posteriores se volvieron así durante el parto. Sizer y Nirmal (2000) también hallaron que las epidurales estaban fuertemente asociadas con bebés posteriores.

No todos los estudios han hallado altas incidencias de problemas con malposición. Neri (1995) encontró una incidencia similar de cesáreas, aunque sí halló un parto más prolongado en los pujos y aumento en el uso de fórceps bajos. Sin embargo, esto podría reflejar simplemente que los bebés que se malposicionan durante el parto suelen resolver su posición por sí mismos o se les puede ayudar con fórceps bajos (fórceps usados sólo en la salida de la vagina). Sería interesante saber qué porcentaje de dificultades había en el subgrupo de malposiciones persistentes a lo largo de todo el parto.

En resumen, los estudios han encontrado elevados índices de problemas con malposiciones persistentes y otras, y esto refleja las observaciones anecdóticas de muchas comadronas. Muchas mujeres en grupos de PVDC se han dado cuenta de que sus cesáreas fueron practicadas precisamente por malposición fetal. El alcance de este problema es aún más amplio de lo que los profesionales sospechan.

La actitud de los médicos sobre malposición ha cambiado a lo largo de los años. A principios del s. XX, muchos doctores se preocupaban de los problemas asociados con malposición. En 1936, J. B. Jacobs (citado en Neri, 1995) declaraba que "occipito posterior, por su frecuencia y desfavorable efecto sobre el parto y mortalidad infantil, es la complicación obstétrica más seria, confirmando la actitud mantenida por casi todos los escritores modernos en estos tiempos".

En aquellos tiempos, una cesárea era peligrosa, y, por ello, los médicos desarrollaron un gran número de maniobras con fórceps altamente intervencionistas

para girar el bebé. Aunque era dañino para el bebé, se consideraba menos arriesgado que una cesárea o un parto obstruido. Con el tiempo, sin embargo, los médicos empezaron a tener más problemas con el alto riesgo implicado en el uso de las maniobras con fórceps. Pronto se pasó a una actitud conservadora y expectante, sobre todo desde que las cesáreas fueron más seguras y siempre había la salida de "sacar el bebé por cesárea".

De hecho, la actitud conservadora es la postura adoptada por muchos estudios, como el de Neri en 1995. Desde que algunos bebés posteriores logran nacer vaginalmente (generalmente los más pequeños y cuyo mentón está bien flexionado o los que se vuelven posteriores durante el parto.), los investigadores concluyeron que la malposición no es tan relevante. También pensaron que incluso cuando se sospecha malposición, la actitud conservadora es mejor y que no vale la pena el riesgo de los fórceps. Sizer y Nirmal (2000) estuvieron de acuerdo, afirmando que el uso de fórceps altos para rotar es "una práctica que no se aprobaría hoy día". Su posición es básicamente considerar cesárea cuando el bebé está malposicionado.

Ambos estudios reflejan la actitud común de los obstetras de que la **única** forma de cambiar la malposición del bebé es con fuertes intervenciones y rotaciones de altísimo riesgo con fórceps. ¡Ignoran la información valiosa y la experiencia anecdótica de que el bebé puede cambiar la posición simplemente cambiando a la madre de posición! E ignoran por completo la posibilidad de prevenir el problema de antemano.

En su estrecha visión, sólo hay tres opciones cuando se enfrentan a un bebé malposicionado (asumiendo que ni tan siquiera lo reconozcan, ya que a menudo no lo hacen):

- Primero: pueden esperar a que el bebé gire por sí mismo, lo cual sucede en un buen número de casos, pero podría suponer un parto largo y difícil agotándose la madre y con riesgo de sufrimiento fetal.

- Segundo: pueden intentar hacer la rotación alta con fórceps, asumiendo grandes riesgos. Esta práctica podría provocar más perjuicio que beneficio.

- Tercero: pueden escoger hacer una cesárea, que por supuesto no les parece gran cosa pero que de hecho causa más morbi-mortalidad materna y aumenta el riesgo en futuros embarazos. A medida que la comunidad obstétrica empieza a reconocer más y más los problemas asociados con malposición, más de ellos apurarán las cesáreas.

Por lo menos, todos estos doctores están empezando a reconocer que las malposiciones **son** un problema; la mayoría de los médicos lo consideran irrelevante mientras sea cabeza abajo. Incluso hoy, las malposiciones no suelen ser documentadas, ni siquiera cuando acaban en cesárea. El tamaño del bebé o de la pelvis se considera el mayor problema, en lugar de la posición del bebé. Muchas mujeres han tenido cesárea por "desproporción céfalo pélvica" o "fracaso en el progreso" cuando en realidad era una malposición que nadie reconoció o supo cómo girar.

Desde hace relativamente poco se está prestando atención a la malposición, sobre todo por parte de comadronas, doulas y cuidadoras. La educadora prenatal Pauline Scott y la comadrona Jean Sutton escribieron quizás la contribución más valiosa a este tema, llamada "Understanding and Teaching Optimal Foetal Positioning". Resumieron su experiencia en diagnóstico, prevención y tratamiento de las malposiciones. Sostienen que una atención mayor a la postura en los estadios tardíos del embarazo puede reducir el número de casos de malposiciones, y que el uso proactivo de ciertas posiciones maternas pueden girar el bebé en el parto, previniendo el alto índice de intervención en el parto y distocias. Penny Simkin y Ruth Ancheta, educadoras prenatales y doulas, han publicado un nuevo libro titulado "The Labor Progress Handbook" que trata los mismos temas en más detalle, junto con otras sugerencias para solucionar situaciones distócicas.

Varias cuidadoras han escrito sobre la importancia de la posición de la madre para tratar malposiciones (Andrews & Andrews, 1983; Biancuzzo, 1993), y la

comadrona Valerie El Halta (1995) escribió también sobre los problemas con posteriores y cómo resolverlos. De los médicos que han escrito sobre occipito posterior, la mayoría son europeos o chinos, por lo que gran parte de la información sobre este tema, su influencia en el parto y tratamiento proactivo ha sido escrito y publicado en revistas extranjeras, de enfermería o revistas y textos de comadronas; la mayoría de los obstetras americanos desconocen la información o la descartan totalmente.

Por qué sucede la malposición

Nadie lo sabe con seguridad. Como se ha mencionado arriba, pueden tener lugar por nuestra tendencia moderna a una postura inadecuada y poco fisiológica. Estas malposiciones tienden a responder bien cuando se cambia la postura materna y se resuelve a menudo si la madre se mueve lo suficiente en el parto. Sin embargo, del modo en que muchas mujeres son forzadas en el parto (tumbadas sobre su espalda en la cama, movilidad limitada debido a constante monitoreo fetal) puede dificultar que el bebé gire.

Algunas comadronas han percibido una tendencia a posiciones posteriores cuando la placenta es anterior (yaciendo en el frente), ya que los bebés suelen mirar hacia la placenta. Un estudio de Gardberg y Tuppurainen (1994) confirma que las placentas anteriores predisponen a posición posterior. Las placentas anteriores son particularmente comunes en mujeres que han tenido cesárea previa o cirugía uterina, aunque se puede encontrar en otras mujeres.

Las malposiciones también ocurren cuando hay fibromas de tamaño considerable, ya que éstos tienden a "acorralar" al bebé y forzarlo a una posición no natural. Sizer y Nirmal (2000) observaron que las malposiciones son más comunes en bebés grandes; teorizaron que podría ser más difícil para los bebés grandes rotar cuando el parto progresa, así que quizás ésta es la explicación de que los bebés que persistían en malposición no la resolvieran por sí mismos.

Algunos investigadores han observado que mujeres con cintura corta, espalda desviada o con lesiones de espal-

da tienden a tener bebés malposicionados y parto sentido en la espalda. Mujeres con lesión pélvica pueden presentar igualmente una alta incidencia de malposición.

Por añadidura, las mujeres con disfunción de la sínfisis del pubis (dolor al girar en la cama, molestias levantando una pierna para vestirse, ciática, caderas chasqueantes, dificultad al mover las piernas para entrar y salir del coche, etc.) probablemente tienen una pelvis desalineada, especialmente en la parte delantera, donde los huesos se unen. Si esos huesos se desalinean, estiran del cartílago que hay en medio causando un gran dolor delante y detrás, y podría predisponer a malposición del bebé. Una pelvis desalineada puede provocar que tejidos blandos tengan tensión, torsiones o contraer el útero fuera de su forma óptima, forzando al bebé a una posición desfavorable y dificultando el descenso. Cuando la pelvis y la zona sacroilíaca se alinean y se liberan los tejidos blandos, el bebé puede reiniciar su posición óptima girándose. Si el pubis continúa desalineado, no sólo hay riesgo de malposición sino también la mujer de de daño y debilitación del pubis durante el parto. Por ello, algunos profesionales creen que los cuidados quiroprácticos puede ser muy beneficiosos para el dolor de espalda, dolor púbico, historia de bebés malposicionados o cesárea anterior por desproporción céfalo-pélvica. La mujer no sólo necesitaría una realineación de la zona sacroilíaca, sino también de la pelvis y la sínfisis púbica.

Otra teoría muy popular entre algunas comadronas y obstetras es que la malposición podría estar relacionada con la forma de la pelvis de la mujer (ver www.fpnotebook.com/OB31). Aunque la mayoría de las mujeres tienen el tipo de pelvis más "deseable", esto es, ginecoide, algunas presentan una forma pélvica que deja menos espacio en según qué partes (antropoide, androide o muy raramente platipeloide). Esto hace que el bebé prefiera otra posición, como la posterior, o puede hacer más difícil que el bebé se mueva bajo el pubis durante el parto. Así que la forma de la pelvis también puede influir en la posición.

Importancia de la forma de la pelvis

Las autoridades disienten. Los obstetras tienden a tratar este tema con miedo. Muchos recurren a la forma pélvica y la pelvimetría (medida de las dimensiones relativas de las partes de la pelvis con radiografías o manualmente) para decirles a las señoras que sus pelvis son "demasiado pequeñas" y que "necesitarán" una cesárea sin ningún intento de parto. Esto es irracional, porque las hormonas del embarazo aflojan la pelvis y los ligamentos de forma significativa hacia el final del embarazo, y los huesos del cráneo del bebé se moldean o superponen, gracias a lo cual hay **mucha** más flexibilidad para que nazca el bebé de lo que una pelvimetría en el embarazo podría indicar.

Algunos médicos insisten en la pelvimetría después de una cesárea por desproporción céfalo-pélvica para intentar predecir si un PVDC es posible o no, pero los estudios demuestran que ésta no es una prueba suficiente como para predecir un parto vaginal. Se predijo en un gran número de mujeres que tenían una "pelvis inadecuada" (vía pelvimetría) y que necesitaban cesáreas en el futuro, las cuales acabaron teniendo partos vaginales de alguna forma (Goer, "Obstetric Myths vs. Research Realities", 1995). Por ejemplo, Thubisi (1993) encontró que el 55% de mujeres en el grupo de "intento de parto" con diagnóstico de "pelvis inadecuada" con pelvimetría por radiografía tuvieron parto vaginal. Si más de la mitad de las mujeres con predicción de pelvis inadecuada han parido vaginalmente, la pelvimetría no es útil y puede ser muy dañina. Los autores consideraron la pelvimetría por radiografía innecesaria para un intento de parto, y observaron que "aumenta el índice de cesáreas y es un pobre predictor del resultado del parto".

Otros obstetras han intentado otras formas de determinar desproporción céfalo-pélvica, incluyendo interpretaciones estrictas de parámetros de partos estacionados. O'Herlihi (1998) halló que sólo 84 mujeres de 42.793 realmente cumplían con los criterios de "verdadera" desproporción céfalo-pélvica cuando se revisaron cuidadosamente los informes. De esas 84, 40 intentaron un parto vaginal, de las cuales el 68% lo consiguió (7 de ellos, bebés grandes); de las 40 que intentaron un

parto vaginal, 15 tuvieron una cesárea tras llegar a dilatación completa, y aún el 73% parieron vaginalmente sin ningún problema para la madre o el bebé. Los autores concluyeron que incluso las definiciones estrictas de desproporción céfalo-pélvica no deberían usarse como una indicación recurrente y automática para cesáreas electivas de repetición. Así que a menos que haya malnutrición severa o heridas graves previas, la forma de la pelvis o la pelvimetría no deberían ser motivo para una cesárea electiva. Nadie puede decir con certeza qué grado de amoldamiento y flexibilidad hay en la pelvis: podría aflojarse durante el parto, así que un intento de parto adecuado es la única forma de saber con seguridad "si el bebé pasará". Muchas mujeres con la pelvis diagnosticada como "demasiado pequeña" o con la "forma equivocada" paren vaginalmente, y cerca de 2/3 de mujeres que han tenido cesárea previa por desproporción céfalo-pélvica e intentan un PVDC acaban teniendo partos vaginales, a menudo con bebés incluso mayores que el de la cesárea. Esto deja el diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica bajo considerable sospecha.

Las comadronas, en general, suelen tratar este tema basándose en uno de los siguientes principios:

- Algunas creen que es modestamente relevante, sobre todo si están presentes otros factores como problemas de espalda o dolor en la sínfisis púbica. Sin embargo, las comadronas difieren de los obstetras en que usan la forma de la pelvis para ayudar a la mujer a encontrar la posición más efectiva para que el bebé pase a través de la pelvis. A veces, estirándose en según qué fases, arqueando la espalda marcadamente o recurriendo a la posición de MacRoberts (rodillas en las orejas) puede ayudar al bebé a meterse bajo el pubis si tenía alguna dificultad en el descenso. A diferencia de los obstetras, estas comadronas no utilizan la pelvimetría para aterrorizar a las mujeres con cesáreas electivas innecesarias, sino que su intención es ayudar a la mujer a encontrar la mejor forma de parir.
- Por otro lado, otras comadronas descartan la importancia de la forma de la pelvis por completo.

Consideran que es una limitación ridícula, que la evolución ha asegurado que casi todas las mujeres tengan una pelvis funcional y que la pelvimetría ha sido probada como errónea demasiado a menudo. La comadrona Gloria Lemay escribe sobre ello en su artículo, "La Pelvis que conocí y amé" (ver Revista **OBSTARE**, Invierno 2002, nº 7).

En resumen, todas las malpresentaciones y malposiciones no ocurren por un solo factor pero pueden ocurrir por una combinación de ellos, como: placenta anterior, fibromas, mala postura, tamaño del bebé (en algunos casos), traumatismo previo en la pelvis, desalineamiento de la sínfisis púbica y forma pélvica (en algunos casos, especialmente combinado con otros factores). Las malposiciones no tienen que ser una sentencia inmutable para un parto difícil, intervenciones o cesáreas. Existen técnicas para girar a los bebés en la mejor posición para nacer.

Estrategias para Corregir Malposiciones

Antes del parto

La mejor defensa contra una malposición es un buen ataque; un gramo de prevención vale más que un kilo de curas. Es mucho más fácil girar al bebé antes de que se encaje en la pelvis que una vez encajado o con el bebé a término. Es importante prestar atención a la posición durante las últimas semanas del embarazo, no sólo al comienzo del parto.

Cuidados quiroprácticos

Una de las mejores cosas que una madre puede hacer durante todo el embarazo para fomentar una buena posición del bebé es recibir cuidados quiroprácticos, especialmente si ha sufrido de malposición previamente, dolor de espalda, ciática o tiene mucho dolor durante el embarazo. Como ya se ha dicho, una de las causas de malposición es la pelvis, el pubis o la zona sacroilíaca desalineadas, ya que puede retorcer los tejidos blandos y, a su vez, provocar torsión en el útero. Si esto ocurre y el útero está torcido, ligeramente fuera de su forma normal, la teoría es que el bebé no tiene otra opción que asumir una malposición para colocarse

cómodamente, o incluso tener problemas para descender aunque esté bien posicionado. Restablecer el alineamiento de la zona ayuda al útero a recuperar su forma adecuada, permitiendo el giro del bebé.

La "Técnica de restricción uterina" del Dr. Larry Webster ha sido usada por muchos quiroprácticos para ayudar a las madres a recuperar el área pélvica/sacroilíaca y girar a muchos bebés de nalgas, y una variación de ésta ha sido utilizada para girar a bebés posteriores u otras malposiciones. Además, un ajuste directo del pubis podría ser necesario también para aliviar completamente los problemas de la sínfisis púbica. Aunque no es fácil encontrar a un quiropráctico formado apropiadamente en estas técnicas (o formado para tratar embarazadas), la International Chiropractic Association's Council on Chiropractic Pediatrics (www.chiropractic.org) o la International Chiropractic Pediatric Association (www.4icpa.org) podrían dar referencias sobre estas técnicas.

Postura

Sutton y Scott ("Optimal Foetal Positioning") atribuyen muchas malposiciones a una mala postura materna debido a nuestras conveniencias modernas como sillas cómodas, añadiendo una reducción en el ejercicio. Las siguientes posiciones reducen el espacio en la parte anterior de la pelvis (predisponiendo el bebé a adoptar una posición posterior), por lo cual se recomienda:

- Evitar sentarse con las caderas más bajas que las rodillas.
- Evitar estirarse con los pies elevados.
- Evitar encorvar la espalda en una silla.
- Evitar asientos hundidos en los coches.
- Evitar sentarse con las piernas cruzadas.

En su lugar, recomiendan que las madres estén erguidas o inclinándose hacia adelante tanto como sea posible, con sus caderas más altas que las rodillas. También recomiendan tener la barriga más baja que la columna, como en la posición de cuatro patas. Esto ayuda a aumentar el ángulo entre la columna de la madre y el canal de la pelvis, estimulando al bebé a moverse y a encajarse en la posición Occipito Anterior Izquierda.

Para ayudar a que el bebé gire su parte más pesada hacia el suelo (con la gravedad) y que así tome la posición deseada, muchos profesionales recomiendan:

- Nadar (barriga abajo).
- Balanceos de la pelvis a cuatro patas (varias veces al día).
- Sentarse en una pelota de partos.
- Arrodillarse e inclinarse hacia adelante usando un saco o silla para ver la tele.
- Posición "de sastré" (sentarse con la espalda recta y las plantas de los pies juntas).
- Dormir o estirarse sobre el lado izquierdo.
- Fregar el suelo, gatear o hacer otras tareas que requieran estar a cuatro patas durante una o dos semanas antes del parto (20-30 minutos mínimo).



Fotografía: Jerry Whiting

Hasta que el bebé se coloca en la pelvis en la posición Occipito Anterior Izquierda, se recomienda evitar agacharse. Una vez asegurada de que el bebé está Occipito Anterior Izquierda, usted puede agacharse para ayudar a que el bebé encaje profundamente en la pelvis en esa posición. Sin embargo, es importante prestar atención constante a la postura durante el último mes o dos de

embarazo para que sea eficaz; agacharse de vez en cuando no es suficiente. Las madres tienen que estar muy atentas (sobre todo las que han tenido malposiciones previamente), evitar no sentarse con las rodillas más altas que la pelvis e intentar sentarse erguidas o inclinándose hacia adelante y sin encorvar la espalda. Esto puede ser muy frustrante para aquellas que se encorvan en sillones cómodos, poniendo los pies en alto o sentándose inclinada hacia atrás en un sofá. Sin embargo, las que han sufrido un parto con el bebé en mala posición pueden decir que un poco de frustración en las últimas semanas vale la pena en términos de prevención del dolor intenso cuando el bebé está malposicionado y de la recuperación de una cesárea.

Otras técnicas

Aunque suene muy "alternativo", muchas comadronas sienten que las madres pueden comunicarse con sus bebés en el útero, y, así, les proponen que visualicen a sus bebés en la posición óptima para nacer (la columna del bebé a lo largo del costado izquierdo de la madre, la nuca del bebé hacia el lado izquierdo del vientre de la madre, los ojos del bebé mirando hacia la columna de la madre o un poco hacia la cadera derecha, mentón doblado hacia abajo, manos y pies acurrucados contra el cuerpo). Muchas comadronas recomiendan a las madres que visualicen esta posición repetidamente y que le digan al bebé que se ponga en esa posición. También les dicen que se fotocopien una ilustración de un bebé perfectamente posicionado y lo cuelguen por toda la casa para verlo con frecuencia. Aunque existen muy pocos datos científicos sobre la visualización y hablar al bebé (y la mayoría de obstetras se mofarían), hay datos de que la relajación, visualización y sugestión por hipnosis pueden ayudar a girar un gran porcentaje de bebés de nalgas (ver trabajo del Dr. Lewis Mehl y Gayle Peterson, PhD; el 80% de bebés de nalgas se giraron en su estudio, con una incidencia mucho más elevada que terapias convencionales como versión externa). La evidencia anecdótica sugiere ciertamente que la visualización y la sugestión puede ayudar a girar a los bebés, y los datos científicos de Mehl y Peterson lo apoya. No parece que pueda causar ningún

daño si se intenta, y puede ser de ayuda. Aunque difícil de verificar su utilidad científicamente, es otro instrumento útil y de confianza para las comadronas.

Durante el parto

Hay muchas cosas que se pueden hacer para ayudar a un bebé a modificar su posición justo antes o incluso después del inicio del parto. Esto implica el principio de la comadrona "Si no puedes mover al bebé, mueve a la madre". En otras palabras, si la posición del bebé es mala y no se mueve fácilmente, intenta ayudar a que se libere y se alinee en la pelvis de forma favorable cambiando la postura de la madre. Sin embargo, para que esto tenga lugar es importante que la bolsa de aguas esté intacta.

Evitar romper la bolsa

Es crucial que la rotura artificial de la bolsa (o membranas) no se practique cuando hay posibilidad de malposición. El líquido amniótico suele amortiguar al bebé como un cojín, protegiéndolo del sufrimiento debido a un mal encajamiento en mala posición. Si se retira ese cojín, el bebé puede experimentar un sufrimiento importante, ya que las contracciones lo fuerzan contra la pelvis a pesar de la postura inadecuada. Este estrés puede provocar que el bebé haga caca prematuramente (meconio), que a veces puede causar problemas. Además, aumenta el dolor de parto porque el efecto amortiguador de las aguas ha sido eliminado. Tras la ruptura de bolsa, muchas madres piden una epidural o cualquier otra forma de analgesia porque el dolor se vuelve más fuerte. Aunque a veces la epidural relaja el suelo pélvico permitiendo rotar al bebé, más a menudo la falta de tono muscular impide el giro.

La rotura artificial de membranas puede prevenir al bebé de girar en la posición anterior, más favorable. Las aguas evitan que el bebé se encaje demasiado profundamente como para no poder rotar más; tras la ruptura de bolsa, es más difícil que rote. Esto suele ir acompañado del uso de oxitocina, que aumenta la fuerza de la contracción de forma artificial y puede forzar al bebé a meterse en la pelvis en una posición inadecuada, provocando "parto distócico", "bloqueo transverso profun-

do" o "estacionamiento del parto" (como quedarse atascado) y convirtiendo la rotación hacia la posición anterior casi imposible. Aunque podría ser posible todavía realinear al bebé utilizando la posición abierta "rodillas al pecho" para ayudarlo a desplazarse fuera de la pelvis lo suficiente como para girarse, incluso con ello podría ser que no funcionara en un bloqueo transverso profundo.

Por desgracia, muchos obstetras (y algunas comadronas), en las inducciones de parto o en partos que no progresan, utilizan la ruptura de bolsa y oxitocina de forma habitual, suponiendo que eso ayudará a que la cabeza descienda y haga presión sobre el cuello uterino. Sin embargo, esto es lo peor que podrían hacer si el bebé está malposicionado, y suele resultar en que el bebé se quede atrapado, no pueda girar y no pueda nacer normalmente. Entonces hacen cesárea por sufrimiento fetal, agotamiento materno tras parto prolongado o desproporción cefalo-pélvica (bebé demasiado grande o pelvis pequeña).

Técnicas para girar al bebé

No sólo es importante mantener la bolsa de las aguas intacta a ser posible, también es de vital importancia que la madre no esté sobre su espalda o trasero cuando se sospecha malposición. La madre necesita crear más espacio en la pelvis para que el bebé gire. Y las posturas tradicionales estiradas o semi-sentadas fuerzan el cóccix hacia dentro y constriñen el espacio disponible. Se puede hacer más espacio en la pelvis de la siguiente forma:

- Alterando el nivel de las caderas de la madre (contoneándose o bailando, moviendo las caderas en círculo, danza del vientre)
- Balancearse de lado a lado.
- Arrodillarse sobre una rodilla levantando un pie.
- "Paso militar" exagerado.
- Marchando escaleras arriba y abajo (levantando las rodillas con exageración).
- Subir y bajar escaleras de lado.
- Subir y bajar de un taburete.
- Posiciones asimétricas para el parto (sobre un costado, con una pierna doblada y levantada, etc.).

- Cambios de lado bruscos una y otra vez.
- "Apretón de las caderas" (un ayudante apreta a la vez ambos lados de la parte superior de la pelvis por detrás).

Ciertamente, estas técnicas no suenan muy científicas y pueden parecer extrañas. ¡Desde luego no las usan muchos doctores! Algunas vienen de comadronas ancianas tradicionales en sociedades tercermundistas, donde una cesárea no era una opción para un parto difícil o un bebé "atascado", y aunque a muchos médicos les parezcan "primitivas", con frecuencia funcionan. De hecho, la danza del vientre, al parecer, comenzó en diversas sociedades como un ritual para la maternidad en lugar de ser una forma de seducción sexual. Otras mujeres en la comunidad ayudaban a la madre a hacer salir al bebé "bailando". Aunque suene poco científico, el movimiento de la pelvis ayudaba probablemente a "sacudir" y resolver muchas malposiciones oportunamente, y mantener a la madre en pie y móvil seguramente ayudaba a que la gravedad favoreciera la fuerza de las contracciones.

Las comadronas que utilizan estas técnicas corroboran que son extremadamente eficaces para muchas mujeres. Los obstetras contemplan estas técnicas dudosamente porque vienen de las comadronas, y lo ven como "medicina vudú", pero funcionan. De hecho, la incidencia de cesárea en las comadronas es más baja (la mitad o menos que la de los obstetras), y eso sirve de evidencia de la efectividad de estas técnicas. Difícilmente podrían causar daño alguno, así que no debería impedirse que la mujer las intentara. ¡Es mejor que un fórceps arriesgado o una operación de cirugía mayor!

Cuando a Jean Sutton (Comadrona y coautora de "Optimal Foetal Positioning") la nombraron directora de Comadronas y Enfermería en su unidad de maternidad y enfatizó en la educación prenatal sobre la posición fetal, el índice de traslado al hospital cayó del 30 al 5%, y el índice de partos con fórceps bajó de 3 - 4 al mes a 2 - 4 al año. Prestar atención a la prevención antes y durante las primeras fases del parto puede reducir considerablemente el índice de complicaciones.

Si durante el parto, se sospecha que el bebé está posterior, una técnica poco intervencionista que funciona a menudo para girar el bebé es poner a la madre a cuatro patas para parir o voltear a la madre de lado (las fuentes difieren en si debería yacer sobre el costado en el que está la columna del bebé o el contrario). Aunque los datos son limitados, varios estudios parecen mostrar que estas técnicas pueden ayudar a girar muchos bebés posteriores.

En 1997, Ou dividió a mujeres con bebés posteriores en el parto en dos grupos. Para uno, recurrió a una posición lateral (yaciendo sobre el mismo lado que el bebé), y para el grupo control, no. El 88% de las del grupo experimental tuvo una buena rotación del bebé y parieron vaginalmente, mientras que en el grupo control (sin cambio de posición), el 83% tuvo cesárea. Como podría esperarse, el parto se hizo más corto; el grupo estudio tuvo una media de 6 horas de parto, y el control, de 10,5 horas. En 1983, Andrews y Andrews (analizado en "Obstetric Myths vs. Research Realities", H. Goer) estudió un grupo aleatorio de mujeres que no estaban de parto a las 38 semanas con 4 variaciones de la posición de cuatro patas y un grupo control de mujeres que se sentaron erguidas. Todos los grupos de la posición a cuatro patas rotaron al bebé a anterior en 10 minutos. En el grupo control, ningún bebé rotó.

Si el bebé no se gira fácilmente tras el uso de estas técnicas, probablemente esté bien encajado en la pelvis y pasando un mal rato para girar. En esta situación, la posición de rodillas al pecho podría ayudar. En esta posición, la madre se coloca con las manos y rodillas en el suelo y pone los hombros y la cabeza en el suelo. Es importante que las piernas **no** estén bajo la barriga en ese momento. Una posición "cerrada" de cuatro patas significa que las caderas y las rodillas están flexionadas de tal modo que los muslos quedan parcialmente bajo el abdomen, lo que deja menos espacio al bebé para moverse fuera de la pelvis e interfiere con el efecto de la gravedad. En la posición "abierta", las piernas **no** están bajo el abdomen, y las caderas están flexionadas en un ángulo mayor de 90°. Esto es una diferencia crítica, ya que bascula la pelvis hacia delante lo suficiente

para que la gravedad ayude al bebé a desencajarse de la pelvis, permitiendo que se repositone antes de volver a encajarse (ver "The Labor Progress Handbook" y www.cefcare.org/fetal/position.htm).

Una tabla (usada a menudo para girar a bebés de nalgas) también puede ayudar. Se coloca una tabla inclinada (como la tabla de planchar) respaldada contra el sofá, y la madre se estira sobre su espalda con la cabeza abajo y los pies arriba durante 30 minutos cada vez (a menos que se maree). Al poner la pelvis más alta que el fundus (parte superior del útero) e inclinando la pelvis, el bebé se puede desencajar y disponer así de más espacio para girar. Aunque es incómodo para la madre (sobretudo durante el parto), estas posiciones facilitan la rotación del bebé y previenen un parto difícil y/o cesárea, así que unos pocos minutos de incomodidad temporal pueden ser vistos como un sacrificio para estar mejor después. Otras alternativas que las comadronas consideran útiles para girar un bebé malposicionado incluyen el remedio homeopático "pulsatilla", visualización de la posición correcta durante un baño caliente y pedir al bebé que se mueva o acupuntura y acupresión en el hueco externo bajo la uña del dedo pequeño del pie, entre otras acciones. Cardini y Weixin (1998) hallaron que la moxibustión (aplicar calor local en el punto de acupresión) ayudaba a girar al 75% de los bebés de nalgas (versus 48% en el grupo de versión externa), probablemente haciéndoles estar más activos aumentando la posibilidad de giro. Puede ser que esto también tenga un efecto en los bebés malposicionados.

Janie McCoy King argumenta una técnica comúnmente conocida como "levantamiento abdominal" para ayudar a corregir malposiciones. La madre entrecruza los dedos de las manos bajo su abdomen y lo levanta arriba y abajo mientras dobla las rodillas para balancear la pelvis. Este movimiento cambia el ángulo del bebé en relación a la pelvis de la madre y a menudo facilita que el bebé descienda o que salga de la pelvis mejorando su posición. Penny Simkin, autora de "The Labor Progress Handbook", observa que muchas comadronas mejicanas hacen una versión de esto utilizando el

rebozo (una especie de manta) atada al abdomen de la madre, y la levantan hacia arriba durante la contracción mientras la madre balancea su pelvis.

Todas estas técnicas pueden ser de gran ayuda para volver al bebé malposicionado en la posición Occipitoanterior Izquierda, la más fácil para parir. Cuando el bebé gira, si tiene dificultad para descender, las mujeres pueden recurrir a la posición de McRoberts (rodillas a las orejas) o arqueando su espalda **muy** fuertemente para que el bebé pase por el canal de parto. Aunque la comunidad obstétrica ha estudiado formalmente algunas de estas técnicas, hay datos de su uso en literatura de comadronas y enfermería, y años de evidencia anecdótica. Por desgracia, la comunidad obstétrica es renuente al uso de estos recursos e incluso rechazan estudiarlos. Incluso entre comadronas hay una falta de énfasis sobre la posición del bebé. Recientemente, sin embargo ha resurgido, un interés sobre la materia, y las comadronas, enfermeras y doulas están comenzando a estudiar de nuevo los métodos antiguos para que el bebé adopte la mejor posición en el parto y asegurar un buen resultado. (Nota de la traductora: se refiere a la sociedad estadounidense).

Resumen

La malpresentación del bebé (nalgas o transversa) es un problema reconocido en la comunidad obstétrica. Por otro lado, las malposiciones del bebé (posterior, asinclítica, procidencia de mano, etc.) tienden a ser tratadas mayormente como irrelevantes.

Como algunos bebés posteriores nacen por vía vaginal, no consideran que la posición posterior sea un factor real de nada más serio que enlenteecer el parto. Su estrategia general es que si el parto se enlentece o se atasca, la ruptura de membranas artificial y añadir oxitocina es la mejor acción. Pero cuando el problema es la malposición, eso es precisamente lo peor que se puede hacer. Si el bebé no logra descender tras la ruptura de membranas y la oxitocina, es por culpa del tamaño del bebé o de la pelvis de la madre. A menudo la madre no llega a enterarse de la malposición y ni siquiera se hace constancia de ello en los informes.

Muchas madres pasan la vida culpando a sus cuerpos por "no funcionar bien" o sus pelvis por ser "demasiado pequeñas" y terminan teniendo cesáreas innecesarias con todos los riesgos que acompañan.

Muchas comadronas, enfermeras, doulas y algunos obstetras están empezando a reconocer que las desviaciones sutiles de la posición del bebé pueden causar muchas de las distocias de parto encontradas. Aunque los bebés pueden nacer en otras posiciones, la Occipito Anterior Izquierda es la óptima y la más eficiente, y más fácil para el bebé y la madre. A pesar de ello, el abordaje de esta complicación no suele ser eficiente; creen que se puede dejar a la madre teniendo un parto largo y difícil y que el bebé ya girará por su cuenta, o que lo pueden arreglar con un fórceps o cesárea. Muchos obstetras ignoran por completo la posibilidad de prevención del problema en primer lugar, y descartan las intervenciones no invasivas que las comadronas han utilizado por generaciones para prevenir o tratar malposiciones. Las comadronas aseguran que cuando empiezan a prestar atención a la posición del bebé e intentan corregirla activamente, el índice de cesáreas e intervenciones desciende drásticamente. El momento de trabajar en la posición del bebé empieza mucho antes del parto. Las madres deberían considerar la quiropraxia durante el embarazo para mantener la columna y la pelvis alineadas; sobre todo, las mujeres con dolor de espalda y en la sínfisis púbica se beneficiarían de esto. Las mujeres deberían evitar malas posturas en las que las rodillas están más altas que la pelvis. En cambio, deberían adoptar posiciones inclinándose hacia delante y pasar más tiempo de cuatro patas. Aquéllas con malposiciones persistentes se beneficiarían de ciertas técnicas, como balancear la pelvis, la posición de rodillas al pecho abierta, la técnica de Webster, pulsatilla, etc. Si la malposición se presenta en el parto, técnicas como posiciones asimétricas (giros bruscos, balanceos de las caderas de lado a lado, subir escaleras de lado, etc), pulsatilla, levantamiento abdominal, postura de cuatro patas o en la posición rodillas al pecho o incluso estar de lado pueden ayudar al bebé a moverse. El punto más importante es mantener a la madre en movimiento constante para que ayude al bebé a rotar,

evitar cerrar la zona sacra (no sentarse o estirarse sobre las nalgas) para que el bebé tenga más espacio para moverse, y evitar romper la bolsa o administrar medicación como oxitocina para no agravar el problema y dar la oportunidad al bebé de girar. Posiciones como la de McRoberts (rodillas a las orejas) o arquear su espalda **muy** fuertemente facilitará que el bebé pase por el canal de parto una vez girado.

Por desgracia, casi toda la información acerca de la importancia de la posición del bebé y técnicas de baja intervención para resolverlas están publicadas en revistas profesionales extranjeras. Muchos obstetras y comadronas no saben nada de estas técnicas o no las toman en serio. Esto lleva al dilema del "huevo y la gallina", donde los profesionales rechazan tomárselo en serio porque no hay suficientes datos científicos, pero ¿cómo va a haber datos científicos si no se molestan en estudiarlo? Este rechazo de los profesionales ha costado ya muchos partos difíciles y dolorosos innecesariamente, muchas cesáreas innecesarias, y muchas mujeres creen que sus pelvis son inadecuadas o demasiado pequeñas. Los datos abundantes sobre cesáreas por desproporción cefalo-pélvica podrían haber sido en realidad por malposiciones. Aunque haya muy pocos estudios en comparación que examinen la eficacia de resolver la malposición, hay datos que apoyan la eficacia de estas técnicas. Además, la evidencia anecdótica de cientos de comadronas, doulas y madres muestran la importancia que tienen para facilitar muchos partos y prevenir cesáreas.

Cuanto más profesionales descubran la importancia de estas técnicas, más estudios formales se harán y seguirá una mayor aceptación. Mientras tanto, todo depende de las educadoras para el parto, doulas y padres para empezar a darse cuenta y transmitir el conocimiento sobre la influencia de la posición del bebé en el parto y el nacimiento, y qué se puede hacer para mejorarlo. Las madres podrían leer "Optimal Foetal Positioning" y/o "The Labor Progress Handbook", y cada doula, enfermera, educadora y comadrona o médico que trabajan con mujeres de parto deberían leer y poseer estos libros también.