

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA



F A M E

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA

www.federación-matronas.org

OSM
observatorio
de salud de la mujer

Dirección General Agencia de Calidad
del Sistema Nacional de Salud.
Ministerio de Sanidad y Consumo

ipn
INICIATIVA
PARTO NORMAL

INICIATIVA PARTO NORMAL

Documento de consenso



F A M E

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA

INICIATIVA PARTO NORMAL

Documento de consenso

*¡Las
Matronas
favorecen*



*el Parto
Normal!*

Este documento debe citarse como:

FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso.

Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.

Diseño: **gráficas**granada

Ilustraciones: MobyNet/Amechazurra

ISBN: 978-84-934222-4-0

Dep. Legal: Gr/2.398-2007

Patrocinado por:

Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Presentación	5
Introducción	7
Objetivos	11
Metodología	11
Definición de Parto Normal	12
Coordinación del proceso de embarazo, parto y posparto en atención primaria y hospitalaria	13
Plan de nacimiento	17
Entorno físico en el parto	23
Necesidades de personal en la asistencia al parto normal	27
Los periodos del parto	31
La dilatación. Prácticas habituales	35
Nutrición en el parto	45
Control del bienestar fetal intraparto	51
Técnicas complementarias para el alivio del dolor en el parto	55
El apoyo en el parto	63
El periodo expulsivo	69
Posiciones en el expulsivo	75
Cuidados del periné	83
El alumbramiento	91
Atención inmediata al recién nacido	97
Actores que han participado	103
Anexo	106

La mejora de los niveles de salud, ligado a un aumento de los niveles socioeconómicos y educativos de nuestro país, ha conllevado que las mujeres pidan una atención al parto más personalizada y más participativa. Algunas mujeres y sus parejas quieren que el nacimiento de sus hijos/hijas suceda en un entorno donde sea posible un parto sin intervenciones y en un ambiente agradable, pero con la seguridad de un hospital. Recientemente profesionales y mujeres se están cuestionando el alto nivel de intervencionismo en el parto normal, ya que puede constituir un factor de vulnerabilidad e insatisfacción de la mujer y su familia con respecto a la experiencia del parto.

A escala mundial la Confederación Internacional de Matronas está llevando a cabo una estrategia cuyo objetivo es favorecer el parto normal, y en la que la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), como miembro de esta confederación, también participa.

Las asociaciones de matronas que integramos la FAME decidimos trabajar en una campaña denominada «Iniciativa Parto Normal» (IPN). Esta campaña está dirigida básicamente a las matronas que trabajan en la atención al parto en los hospitales y también a aquéllas que realizan el control del embarazo o imparten educación maternal en atención primaria. Los objetivos que nos planteamos fueron: sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales; crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal por las matronas; reflexionar con las sociedades científicas sobre la importancia del parto normal, así como ser un referente en el Ministerio de Sanidad y en las respectivas Consejerías de Salud.

Una de las acciones de esta campaña fue una jornada de trabajo en el 2006 en la que la FAME elaboró y consensuó la definición de parto normal. En esta jornada recibimos las aportaciones que han servido para la elaboración de este documento de consenso sobre la asistencia al parto normal por las matronas basado en la evidencia.

Este documento es el fruto del trabajo de diferentes matronas de las distintas asociaciones de matronas de las Comunidades Autónomas (CCAA) de España. La implicación de las asociaciones en esta iniciativa una vez más demuestra el compromiso de las matronas y las asociaciones de matronas en el apoyo a las mujeres en la defensa de los procesos normales y fisiológicos, y en que la toma de decisiones de las mujeres se base en una información adecuada.

Quiero agradecer a todas estas matronas y sus respectivas asociaciones este esfuerzo que sin duda culminará con una asistencia al parto donde profesionales y mujeres consigan, además de tener unos resultados perinatales habituales excelentes, una mejora en la calidad y satisfacción de las mujeres y sus familias en un proceso tan humano y personal como es el parto.

Dolors Costa Sampere

Presidenta. Federación de Asociaciones de Matronas de España

Uno de los objetivos establecidos por la FAME desde sus inicios fue la mejora de la salud de las mujeres y de la competencia de los profesionales. Bajo esta premisa nos embarcamos en la bonita aventura de la Iniciativa Parto Normal, que incluye la elaboración de un documento de consenso elaborado por y para las matronas.

El diseño metodológico de la elaboración del IPN fue elaborado por la Junta Directiva de la FAME y a mí, como su vicepresidenta, me fue asignada su coordinación. Este documento que hoy llega a vuestras manos es el resultado de un laborioso proceso que se inició con la celebración de una jornada en Vélez, Málaga, en mayo de 2006, a la que sesenta matronas de toda España fueron convocadas y cuya celebración no hubiera sido posible sin la colaboración de tantas compañeras.

Dichas matronas fueron seleccionadas según su competencia profesional para cubrir todas las áreas de actividad que éstas desarrollan: asistencial, tanto en atención primaria como hospitalaria, gestión, docencia o investigación. A veinte de las matronas convocadas se les pidió la presentación de un tema basado en la realización de una búsqueda bibliográfica exhaustiva. Dicha presentación debía ser enviada previamente a la matrona encargada de organizar toda la logística para que todos los asistentes a la jornada dispusieran de la documentación.

Posteriormente se constituyeron seis grupos de trabajo para profundizar y elaborar un documento del área concreta al que las matronas habían sido asignadas en función de su perfil profesional. Con los seis primeros borradores, tres matronas del grupo efectuaron una primera revisión y redacción del documento durante los meses de verano. Más tarde, éste fue completado y revisado por otras tres y, finalmente, os llega con esta publicación el documento final en el que se han incluido las ilustraciones encargadas para la campaña y que también estarán disponibles en pósteres.

Sabemos que hay matronas a quienes les hubiera gustado participar en la elaboración de este documento y que seguro disponen de un perfil que nos habría enriquecido a todas, pero había que elegir un grupo y así lo hizo cada una de las asociaciones.

Para mí ha sido un placer trabajar en este documento y coordinar esta campaña. Agradezco a todas las personas que han confiado en este proyecto y a todas las que nos han ayudado, y que estoy segura nos seguirán ayudando, para poder conseguir unas matronas más competentes en bien de la salud de las mujeres.

M^a Casilda Velasco Juez

Coordinadora de la Iniciativa Parto Normal

Introducción

La atención al parto normal en nuestro país cambió de forma importante en la década de los años sesenta, momento en que el sistema público de salud desarrolló una importante infraestructura hospitalaria. Hasta ese momento, la mayoría de los partos se realizaba a domicilio por matronas tituladas, otros por médicos de cabecera y, en algunos lugares, por parteras tradicionales.

El paso del parto domiciliario al hospitalario conllevó importantes cambios en el tipo de atención prestada a las mujeres. La atención al parto en la mayoría de los hospitales también fue asumida por los médicos especialistas en obstetricia. De forma paralela, el Sistema de Seguridad Social extendió su cobertura a todos los ciudadanos en nuestro país con cobertura universal, también la mayoría de las mujeres realizan el control prenatal de forma regular, y las condiciones socioeconómicas han mejorado con el transcurrir de los años.

La natalidad en España ha llegado a ser una de las más bajas del mundo, aunque en los últimos años se observa un ligero aumento; de forma que ha pasado de un 9,5 en 1995 a un 10,7 por mil nacidos vivos en el año 2005¹.

La atención al parto supone una parte importante de la actividad asistencial de los hospitales que disponen de maternidad en nuestro país. Las hospitalizaciones relacionadas con este tema suponen el 14% del total, siendo el parto el motivo de ingreso más frecuente en estos hospitales² La práctica totalidad de los partos se efectúa en los hospitales, lo que supone el primer contacto hospitalario de la mayoría de las mujeres jóvenes.

En España, la tasa de mortalidad materna en el año 2000 fue del 4 por 100.000 nacidos vivos³, y la mortalidad perinatal del 4,7‰ en el año 2004⁴. Estas tasas son de las más bajas de los países europeos. Por otro lado, la tasa de cesáreas ha aumentado en la mayoría de los hospitales públicos y privados, y en el año 2005 la tasa media fue de un 22,5%². Estas tasas son superiores a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con un máximo del 15%⁵.

En los últimos años, el aumento de la tecnología ha contribuido a mejorar los resultados perinatales, pero se ha mantenido la tendencia a atender de la misma forma todos los partos, tanto los de alto riesgo como los de bajo, utilizando el mismo nivel de tecnología, lo que ha supuesto más intervencionismo y medicalización, y que los deseos de las mujeres con frecuencia se subordinen a las prioridades organizacionales creando insatisfacción.

Recientemente, profesionales y mujeres se están cuestionando este alto nivel de intervencionismo en el parto normal. Por una parte, puede constituir un factor de vulnerabilidad e insatisfacción en la mujer y su familia con respecto a la experiencia del parto⁶. Y, por otro lado, la OMS⁷ advierte que, a pesar de que existe evidencia de que algunas intervenciones son perjudiciales, ineficaces o inadecuadas, se siguen practicando de forma rutinaria en muchos hospitales, por lo que es preciso revisar dichas prácticas, para modificar aquéllas sobre las que no existe evidencia y mejorar así la calidad de la asistencia prestada a las mujeres.

Desde hace unos quince años, en algunos países de Europa y en América del Norte han aparecido movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto normal menos intervencionista. En el año 2000 aparece la primera guía

sobre el cuidado al parto dirigido por matronas⁸. Sin embargo, no todos los países han progresado de la misma forma y su punto de partida ha sido diferente. En los Países Bajos, por ejemplo, siempre ha existido la atención al parto domiciliario realizado básicamente por matronas (más del 30% de todos los partos)⁹. Y en el Reino Unido se ha pasado de un parto medicalizado a una atención menos intervencionista que le otorga a la mujer un protagonismo importante¹⁰. Este cambio se ha debido básicamente a los movimientos de mujeres aparecidos en la década de los años ochenta que presionaron a las instancias públicas, de modo que en 1993 apareció el informe *Changing Childbirth*, prometiendo un gran cambio en la asistencia prestada en las maternidades del Reino Unido¹¹.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) desarrolló en el año 2005 una nueva definición de Matrona¹²:

«Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería.

La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo, cuidados y consejos necesarios durante el embarazo, parto y puerperio; dirigir los nacimientos es responsabilidad de la matrona, así como proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de un nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para

la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de los niños.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.»

Esta definición fue adoptada por la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, 19 julio de 2005, Brisbane, Australia.

Asimismo, la ICM contempla en su código ético los siguientes aspectos¹³:

«Las matronas respetan el derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones basadas en una información adecuada.

Las matronas, junto con las mujeres, trabajan con organismos que elaboran políticas con objeto de definir las necesidades de las mujeres en relación con los servicios de salud.

Las matronas aplican sus conocimientos profesionales con el objetivo de garantizar que los procedimientos del parto sean seguros en todos los entornos y culturas.

Las matronas son garantía de que los avances en conocimientos acerca de la Matronería se basan en actividades que protegen los derechos de la mujer como persona.»

La Asociación Europea de Matronas (EMA) aprobó en el año 2005 la definición de «Salud sexual y reproductiva» en la que en referencia a la asistencia al parto señala¹⁴:

«La Asociación Europea de Matronas reconoce que tener un niño es un acontecimiento emocional y social en el que la confianza y la autoestima de la mujer tienen todas las oportunidades de crecer y desarrollarse. Una mujer debe poder dar a luz en un ambiente que refuerce los aspectos del proceso fisiológico normal. La mujer tiene derecho a tener

asistencia médica adecuada si aparecen complicaciones durante el parto.

Todas las mujeres tienen el derecho a tener acceso al cuidado de las matronas durante la etapa preconcepcional, embarazo, parto y posparto. Este cuidado debe incluir el análisis de las elecciones y opciones de la mujer respecto a todos los aspectos de la experiencia del nacimiento y debe ser sensible a sus creencias, valores y costumbres específicas.

La Asociación Europea de Matronas considera que la provisión de cuidados de maternidad que está orientada al servicio en lugar de a la mujer conduce a una medicalización innecesaria y a la subsiguiente morbilidad en el embarazo y el parto. También cree que las matronas en todos los países de Europa deben promover de forma activa su pleno papel autónomo como el profesional experto educado para cuidar a la mujer y su bebé durante el embarazo, parto y puerperio.»

En el año 2005 el *Royal College of Midwives* inició la «*Campaign for normal birth*»¹⁵, campaña dirigida a las matronas en la cual la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se inspiró para realizar esta iniciativa.

En España siempre han existido matronas que atienden a las mujeres que desean parir en casa, y la asociación Nacer en Casa ha desarrollado esta función, pero la actividad de todas ellas, aunque intensa, ha sido casi testimonial¹⁶. Más recientemente han aparecido asociaciones de mujeres como “El parto es nuestro”, que pide a los profesionales una asistencia más acorde con las recomendaciones de la OMS y que propugna una asistencia al parto con menos intervención. En esta asociación han aunado su voz mujeres, profesionales sanitarios y profesionales liberales¹⁷.

Las matronas, responsables de la asistencia al parto normal, durante años recibimos una formación enfocada a asistir los partos de forma interven-

cionista. A partir del cambio de formación de las matronas en España, a mediados de la década de los años noventa, es cuando, por primera vez, las matronas son las responsables de la formación de las nuevas profesionales, y en ella se incluye la perspectiva de la asistencia al parto normal sin intervención y las prácticas clínicas basadas en la evidencia.

Hoy en día, la demanda de las mujeres y el movimiento de ciertos profesionales a favor de realizar un parto más natural o normal en el entorno hospitalario, se encuentra con la resistencia de algunos profesionales, bien porque en la práctica diaria de las matronas resulta difícil llevar a cabo esas recomendaciones, o porque no estamos habituadas a atender los partos sin la ayuda rutinaria de tecnología.

En el año 2006 la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) publicó su postura oficial en la asistencia al parto incidiendo en cuestiones como la utilización selectiva de la episiotomía o evitar el rasurado del periné¹⁸.

El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) del Ministerio de Sanidad y Consumo también abordó la atención al nacimiento en el segundo «Foro de Mujeres, Salud y Género», y en el tercero, trató de los indicadores de embarazo, parto y puerperio¹⁹.

Asimismo algunas Comunidades Autónomas (CCAA) han tomado iniciativas para fomentar una asistencia al parto normal y garantizar los derechos de las madres y los hijos/hijas. En la actualidad los gobiernos de Andalucía^{20, 21}, Cataluña^{22, 23} y Cantabria²⁴ disponen de legislación y documentos sobre este tema.

Ante esta situación, la FAME creyó necesario fortalecer a las profesionales para que se sientan apoyadas y seguras en su actividad diaria y así poder responder mejor a las demandas y necesidades de muchas mujeres que desean tener un parto normal. En el año 2006 tomó la decisión de poner en marcha la «Iniciativa Parto Normal» (IPN).

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Movimiento natural de la población española [consultado 04/03/2007]. Disponible en: <http://www.ine.es>
2. IASIST. Hospitales TOP 20. Benchmarks de Obstetricia. Octubre 2005. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: www.iasist.com/iasist.html
3. OMS. Tasa de mortalidad materna. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_indicator_xrxx.aspx?ind_code=16
4. INE. Mortalidad perinatal. Disponible en: <http://www.ine.es>
5. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001 Sep; 28(3): 202-7.
6. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labour and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*. 1994; 21(1): 4-13.
7. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1999.
8. Munro J, Spiby H. Guidelines for midwifery led care in labour. Sheffield: The Central Sheffield University Hospital; 2000.
9. Emons JK, Luiten MIJ. Midwifery in Europe: An inventory in fifteen EU-member states. Netherlands: The European Midwives Liaison Committee; 2001.
10. Royal College of Midwife. Midwifery Practice Guideline. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. January 2005. Disponible en: http://www.rcm.org.uk/professional/docs/guidelines_formatted_070105v2.doc
11. Department of Health. [consultado 04/03/2007]. Changing Childbirth. Report of the Expert Maternity Group. London: HMSO; 1993.
12. International Confederation of Midwives. Definición de matrona. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/index>. Versión en castellano disponible en: www.federacion-matronas.org
13. International Confederation of Midwives. Código ético. Revisado en Mayo de 1993. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/index>. Versión en castellano disponible en: www.federacion-matronas.org
14. European Midwives Association. Declaración sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Septiembre de 2005. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: <http://www.europeanmidwives.org/uk/> Versión en castellano disponible en: www.federacion-matronas.org
15. Royal College of Midwives. Campaign for Normal Birth. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: <http://www.rcmnormalbirth.org.uk/>
16. Asociación Nacer en Casa. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: <http://www.nacerencasa.org/>
17. Asociación el Parto es Nuestro. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/>
18. SEGO. Postura de la SEGO en la asistencia al parto. Gaceta electrónica SEGO. 2006; 1(1).
19. Observatorio de Salud de la Mujer. III Foro de Mujeres, Salud y Género. [consultado 04/03/2007] Disponible en: <http://www.foromujeressaludygenero.es/>
20. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Decreto 101/95 de 18 de abril (Anexo I) por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento. BOJA. 1995; num 72.
21. Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.
22. Generalitat de Catalunya. Protocol d'assistència al part i al puerperi. Barcelona: Departament de Salut, 2003.
23. Generalitat de Catalunya. Protocol per l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut, 2007.
24. Gobierno de Cantabria. Decreto 23/2007, de 1 de marzo, sobre los derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario. BOC. 2007; num. 54.

Objetivos

- Sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales.
- Elaborar un documento de consenso sobre la asistencia al parto normal por las matronas basado en la evidencia.
- Crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal.
- Establecer estrategias con las asociaciones miembros en sus iniciativas sobre el parto normal en sus respectivas CCAA.
- Reflexionar con las sociedades científicas sobre la importancia del parto normal.
- Crear opinión en los medios de comunicación.

Metodología

La metodología de la Iniciativa Parto Normal se ha desarrollado en varias fases:

- La Junta Ejecutiva de la FAME diseñó el plan estratégico de la campaña «Iniciativa Parto Normal», que fue aprobado por las asociaciones miembros en la asamblea de la FAME.
- Se solicitó la colaboración y el apoyo del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad para esta iniciativa¹.
- La Junta Ejecutiva de la FAME desarrolló la metodología de trabajo de la «Jornada Iniciativa Parto Normal».
- Se efectuó una revisión de la bibliografía sobre la atención al parto normal o natural. Las bases de datos utilizadas fueron: PubMed, Cinahl, Cochrane Library, Cuiden plus, así como bibliografía de la OMS, el *Royal College of Midwives*, la ICM y otras organizaciones gubernamentales de salud y evidencia. El periodo revisado fue de 1995 hasta 2006.
- Elaboración del documento de la «Iniciativa Parto Normal».
- Creación de material gráfico y carteles para la iniciativa.
- Elaboración del material de la iniciativa para la página web de la FAME.
- Difusión con las asociaciones miembros de la iniciativa.

Metodología de la «Jornada Iniciativa Parto Normal», Vélez-Málaga

- El objetivo fue elaborar un documento de consenso sobre los distintos aspectos a considerar en la atención al parto normal.
- Previamente se pidió a las asociaciones de matronas miembros de la FAME que identificaran matronas expertas en diferentes temas referentes al parto normal.
- Las matronas expertas realizaron una revisión bibliográfica sobre la atención al parto normal o natural.
- En mayo de 2006 se llevó a cabo la jornada de trabajo, a la que sesenta matronas de diferen-

tes lugares de España fueron invitadas. Las matronas asistentes estuvieron reunidas durante dos días, trabajando en seis grupos, y produjeron el material que ha servido de base para la elaboración de este documento.

- En este documento cuando se utiliza el término matrona se refiere tanto a los hombres como a las mujeres que ejercen esta profesión.
- Posteriormente, un equipo redactor elaboró el documento y finalmente la Junta de la FAME produjo el documento final.
- En esta jornada de Vélez-Málaga se consensuó, mediante la técnica nominal, la definición de parto normal de la FAME².

Definición de Parto Normal en la FAME

«Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo».

Federación de Asociaciones de Matronas de España,
Vélez-Málaga, junio de 2006.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Observatorio de Salud de la Mujer. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado 04/03/2007] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm>
2. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Definición de parto normal. Vélez-Málaga: FAME; 2006. [consultado 04/03/2007] Disponible en: www.federacion-matronas.org

Coordinación del proceso de embarazo, parto y posparto en atención primaria y hospitalaria

- Una de las condiciones indispensables para una buena atención materno-infantil es la correcta coordinación entre el servicio de obstetricia de los hospitales y los servicios de atención primaria -Programa de atención a la mujer, o Programa de atención a la salud sexual y reproductiva-. Esta coordinación tiene por objetivo la continuidad del proceso de embarazo, parto y posparto.
- La mujer es el centro de la atención prestada durante el proceso de la maternidad: embarazo, parto y posparto. Los cuidados deben estar enfocados en ella, adecuándolos a sus circunstancias y necesidades personales, y respetando sus opciones.
- La matrona debe proporcionar a la mujer durante el control prenatal y en la educación maternal información de todas las opciones posibles para el parto. La mujer y su pareja podrán planificar el tipo de atención al parto que desean y tomar decisiones informadas.
- Es necesario crear áreas de partos de baja intervención en los hospitales, en los que deben existir protocolos con criterios de bajo riesgo obstétrico. →

■ Existe evidencia de los beneficios que representa para las mujeres el recibir una atención continuada del embarazo y parto por un equipo de matronas. Estos beneficios se concretan en: un aumento en la asistencia a los programas de atención prenatal y en una disminución del número de admisiones antenatales, del número de intervenciones en el parto, de la utilización de analgesia farmacológica y de la monitorización continua fetal. Además, las mujeres se sienten mejor preparadas y apoyadas durante el parto.

COORDINACIÓN DEL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

Una de las condiciones indispensables para una buena atención materno-infantil es la correcta coordinación entre el servicio de obstetricia de los hospitales y los servicios de atención primaria (Programa de atención a la mujer o Programa de atención a la salud sexual y reproductiva). El objetivo es la continuidad del proceso de embarazo, parto y posparto.

La situación por excelencia es la gestión de un servicio o unidad que abarque tanto el hospital como la atención primaria en un sólo territorio, y en donde una matrona y un obstetraginecólogo/ga sean los responsables de la atención materno-infantil y la atención a la salud sexual y reproductiva en dicho territorio. Cuando la gestión se efectúe de forma independiente, en el hospital y atención primaria, es indispensable crear espacios de coordinación y unificación de los protocolos, guías y circuitos, así como realizar la formación continuada y sesiones clínicas de forma conjunta¹.

Los servicios hospitalarios de atención materno-infantil y atención primaria deben mantener los buenos resultados en las tasas de mortalidad materna y perinatal obtenidos en la actualidad. También deben adecuar la práctica clínica a la evidencia científica existente, para así poder disminuir la variabilidad de la práctica clínica entre los profesionales y centros en relación con las tasas de episiotomías, estimulación del parto, partos instrumentados, cesáreas, entre otros aspectos.

La provisión y gestión de los servicios deben estar enfocados en la mujer y su familia, en lugar de estar orientados a quienes prestan los servicios y a su organización interna². Así, se logrará mejorar la

percepción de las mujeres sobre la atención recibida y se adecuarán los circuitos asistenciales e instalaciones sanitarias a sus necesidades. Asimismo, es importante contar con la participación de las mujeres en la elaboración de protocolos, guías y circuitos y en la adecuación de los espacios físicos tanto en las consultas de primaria como en las salas de partos y habitaciones de los centros hospitalarios³.

Es necesario crear áreas de partos de baja intervención en los hospitales, en los que deben existir protocolos con criterios de bajo riesgo obstétrico. Los responsables de los servicios de maternidad tienen que revisar las prácticas habituales, las normativas existentes, los protocolos de actuación y las guías de práctica clínica para asegurar que están basados en una filosofía que se comprometa a potenciar el parto normal y, así, asegurar un amplio abanico de opciones a las mujeres⁴.

Para facilitar el acceso a los servicios es importante que exista continuidad en el cuidado del embarazo por parte de los mismos profesionales, ya que dicha continuidad incrementa la seguridad de las mujeres⁵. Si la fragmentación de la atención es menor, se disminuye la duplicación de tareas y aumenta la satisfacción de las mujeres⁶.

Cuando la atención es proporcionada por la misma matrona en el control y seguimiento del embarazo, este profesional constituye el ele-



mento clave para asegurar dicha continuidad. Existe evidencia de los beneficios que representa para las mujeres el recibir una atención continuada del embarazo y parto por un equipo de matronas. Estos beneficios se concretan en un aumento en la asistencia a los programas de atención prenatal y en una disminución del número de admisiones antenatales, del número de intervenciones en el parto, de la utilización de analgesia farmacológica y de la monitorización continua fetal. Además, las mujeres se sienten mejor preparadas y apoyadas durante el parto⁷.

Cuando la mujer manifiesta que quiere una opción de parto con la mínima intervención y en la que quiere ser protagonista, todos los aspectos anteriormente citados son aún más relevantes. La mujer es el centro de la atención prestada durante el proceso de la maternidad: embarazo, parto y posparto⁸. Los cuidados deben estar enfocados en ella, adecuán-

dolos a sus circunstancias y necesidades personales, y respetando sus opciones. Para tomar las opciones sobre su propio cuidado, la gestante debe de disponer de información suficiente y objetiva en cada fase del proceso de maternidad⁹. La matrona debe proporcionar a la mujer durante el control prenatal y en la educación maternal información de todas las opciones posibles para el parto. La mujer y su pareja podrán planificar el tipo de atención al parto que desean y tomar decisiones informadas.

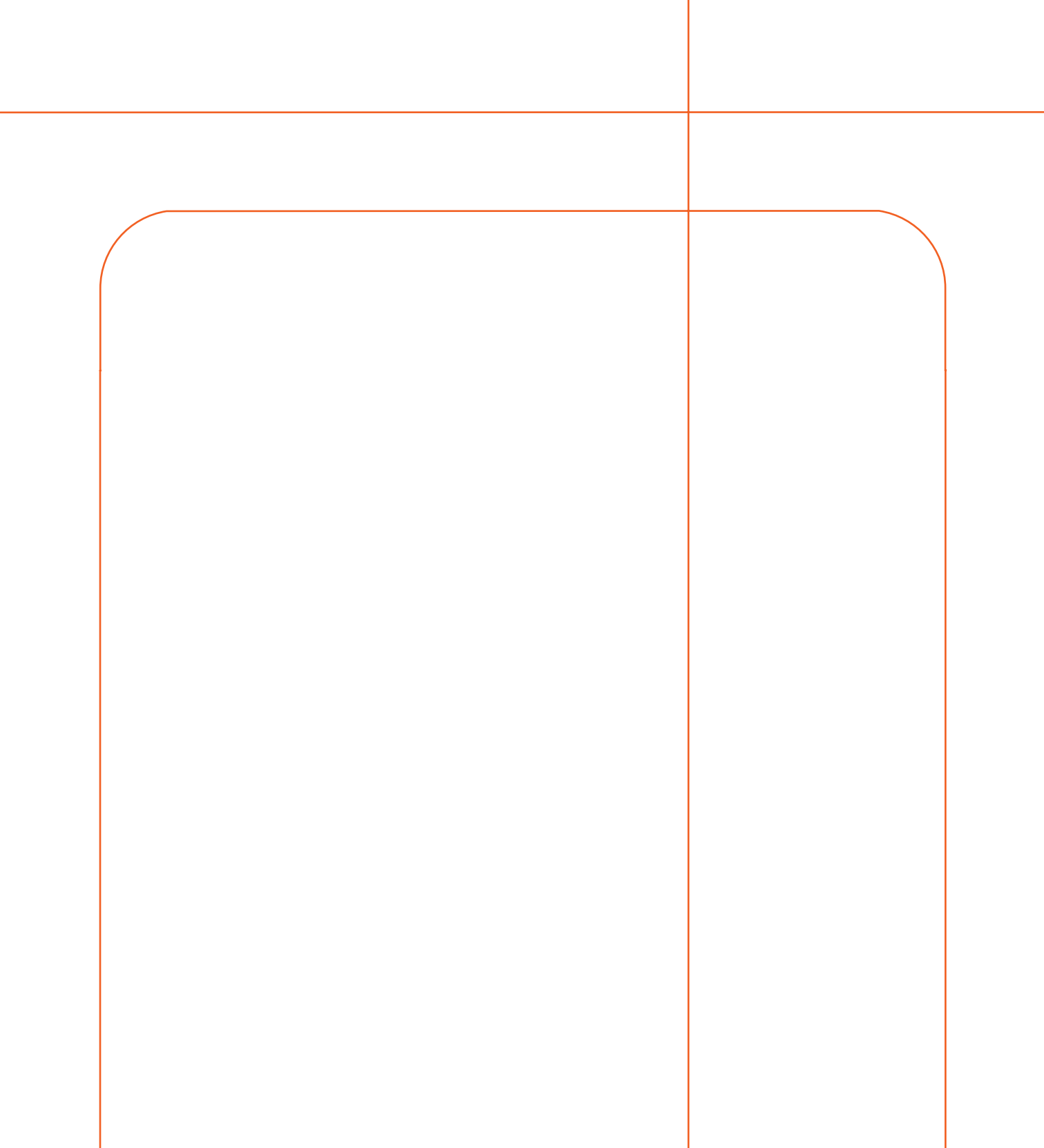
En consecuencia, es importante no crear en la gestante falsas expectativas sobre la posibilidad de tener un parto normal en un medio hospitalario. Para ello, como ya se ha mencionado, es necesario que las matronas de primaria y hospitalaria tengan los protocolos y circuitos consensuados con todo el equipo obstétrico antes de que el hospital oferte este servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya. Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, 2007.
2. European Midwives Association. Declaración sobre la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres. Septiembre de 2005. [consultado 04/03/2007]. Disponible en: <http://www.europeanmidwives.org/uk/> (Versión en castellano disponible en www.federacion-matronas.org)
3. Generalitat de Catalunya. Pla de reordenació de l'atenció materno-infantil als hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, 2007.
4. Dahlen H. Las matronas: al filo de la historia. *Matronas Prof.* 2005; 6(supl.): 18-26.
5. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BR Med J.* 2000; 320: 791-4.
6. Department of Health. Maternity standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. London: Department of Health, Department for Education and Skills, 2004.
7. Hodnnet E, Downe S, Edwards N, walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005; Issue 1.
8. Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado, 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.
9. Steele R. Cuidados de la matrona durante la primera fase del parto. En: Alexander J, Levy V, Roch, eds. Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones. Barcelona: Boehringer Mannheim, 1998.

Plan de nacimiento

- El Plan de Nacimiento es un documento escrito en el que la mujer gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento de su bebé.
- Cuando una mujer manifiesta su inquietud por tener un parto normal, la matrona que la atiende durante el embarazo le facilitará la elaboración de un Plan de Nacimiento.
- Es preciso evitar la obsesión por un «parto perfecto». Hay que advertir que las expectativas y los planes de nacimiento están sujetos a la situación clínica, por lo que se pueden producir desviaciones si la evolución del parto lo requiere.



PLAN DE NACIMIENTO

Cuando una mujer manifiesta su inquietud por tener un parto normal, la matrona que la atiende durante el embarazo, le facilitará la elaboración de un Plan de Nacimiento¹. Se trata de un documento escrito en el que la mujer gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento de su bebé². Este documento también servirá de guía para los profesionales que la asisten en el hospital. Es aconsejable que se elabore alrededor de las 28-32 semanas de gestación, y la mujer lo podrá presentar en el hospital de referencia en el que tiene previsto su parto cuando acuda para visitarlo.



Se recomienda que la mujer visite el hospital de referencia o los hospitales más cercanos para poder conocer las opciones que se le ofrecen y tomar una decisión basada en un conocimiento previo.

A lo largo de la gestación la mujer habrá planificado, con la matrona que le atiende, cómo desea su parto: el lugar, qué intervenciones desea que le sean practicadas y cuáles no, qué aspectos particulares quiere que se tengan en cuenta, por quién desea ser acompañada, y los aspectos del nacimiento y cuidado de su bebé.

Una vez la mujer está de parto, el Plan de Nacimiento debe estar presente en todo el proceso, para que una vez evaluados los posibles riesgos, acomodar los deseos expuestos en el plan de nacimiento a la evolución del proceso. Es preciso evitar la obsesión por un «parto perfecto». Hay que advertir que las expectativas y los planes de nacimiento están sujetos a la situación clínica, por lo que se pueden producir desviaciones si la evolución del parto lo requiere.



Modelo de plan de nacimiento

Nombre y apellidos de la mujer _____

Edad de la mujer _____

Nombre de la matrona que le controla el embarazo _____

Nombre del obstetra que le controla el embarazo _____

Fecha probable de parto _____

Hospital previsto para el parto _____

Mis preferencias para el parto son:

Espacio físico. Prefiero

Sala dilatación/parto única con ambiente agradable y un entorno confortable: parecida al hogar Sí No

Sala con alta tecnificación: sala de partos de tipo quirófano Sí No

Acompañantes y ambiente durante el proceso de parto

La persona que quiero que me acompañe en el proceso de parto es: _____

Prefiero utilizar mi ropa personal durante el parto Sí No

Prefiero escuchar música durante la dilatación Sí No

Prefiero tener las luces atenuadas Sí No

Procedimientos durante el parto. Prefiero

Administración de enema Sí No

Rasurado del vello púbico Sí No

Prefiero ingerir líquidos durante el parto Sí No

Que no me pongan una vía intravenosa si no es necesario Sí No

Que no me estimulen el parto si no es necesario Sí No

Tipo de valoración del bienestar fetal. Prefiero

Auscultación con Doppler Sí No

Monitorización externa en ventanas Sí No

Monitorización externa continua Sí No

Métodos para el alivio del dolor. Prefiero

Relajación y técnicas de respiración Sí No

Adoptar distintas posturas, masaje, agua, terapias complementarias Sí No

Prefiero tener el parto sin anestesia Sí No

Analgesia epidural Sí No

Movilidad y posturas durante la dilatación. Prefiero

Poder caminar, moverme Sí No

Poder utilizar pelotas, cojines, colchoneta, mecedora Sí No

Poder usar una bañera Sí No

Estar tumbada en una cama Sí No

Posturas y pujos durante el expulsivo. Prefiero

Poder elegir alguna de estas posturas: sentada, en cuclillas, de pie, silla de parto Sí No

Utilizar las nuevas mesas articuladas de partos Sí No

Estar en postura ginecológica: mesa de partos Sí No

Cuando esté en dilatación completa, no empezar a pujar hasta que tenga ganas Sí No

Que me digan cuándo empezar a pujar Sí No

Tener un espejo en el momento del nacimiento Sí No

Episiotomía. Prefiero

Que no me practiquen la episiotomía si no es necesario Sí No

Nacimiento del bebé. Prefiero

Tener contacto, piel con piel, inmediatamente después del nacimiento del bebé Sí No

Cortar el cordón cuando deje de latir

Que los primeros cuidados al bebé, siempre que todo esté bien, se proporcionen sin separarlo de mí Sí No

Lactancia materna. Prefiero Sí No

Iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible Sí No

Posibilidad de permanecer un tiempo a solas después del parto: el acompañante, la madre y el bebé Sí No

La lactancia materna a demanda Sí No

Que no den biberones al recién nacido si no es por un problema de salud Sí No

Que me asesoren sobre cómo lactar Sí No

Estancia en el hospital. Prefiero

Tener al bebé conmigo en la habitación Sí No

Alta hospitalaria precoz siempre que lo permitan mi estado de salud y el del bebé (24-48 h) Sí No

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.
2. Lothian J. Birth plans: the good, the bad and the future. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006 Mar-Apr; 35(2): 295-303.

Entorno físico en el parto

- El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influyen en su evolución.
- La excelencia consiste en tener un área de baja intervención, con un ambiente parecido a la habitación de un hogar, dirigida por matronas, separada de las salas de partos tradicionales, cerca del área de obstetricia y del equipo de guardia habitual.
- La mujer que desea un parto de baja intervención necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse libremente, sin las miradas de profesionales que discrepen de su decisión.
- En el cálculo del estándar recomendado para el área de baja intervención, basado en la utilización de un espacio polivalente (que permita realizar todo el proceso de dilatación y parto en el mismo espacio) se tiene en cuenta el tiempo medio que una mujer ocupa una sala polivalente en un proceso de parto. Se precisa una sala para dos partos al día, más el 30% de la media de partos diarios en concepto del solapamiento horario. →

- Debería incorporarse de forma progresiva el modelo de sala polivalente de dilatación y parto como un único espacio físico para todos los partos.
- Los recién nacidos deberían estar ubicados al lado de la madre en la habitación, lo que se denomina en régimen de cohabitación.

ENTORNO FÍSICO EN EL PARTO

Para muchas de las mujeres que ingresan en el hospital cuando están de parto éste supone su primer contacto con este entorno, y lo consideran como un medio relacionado con la enfermedad. El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influye en su evolución^{1, 2}. La asistencia al parto en la mayoría de hospitales está regida por una serie de rutinas que vienen determinadas por los protocolos existentes, en los que no se diferencia entre la asistencia al parto normal del de riesgo elevado.

Durante el parto, es habitual que la mujer experimente emociones como excitación, ansiedad, miedo al dolor, entre otras. El ambiente físico en el que tiene lugar la dilatación, la presencia de profesionales que no conoce previamente, el exceso de personal sanitario o la soledad pueden tener efectos sobre el grado de miedo y ansiedad que la mujer experimenta. La secreción de betaendorfinas se incrementa con el estrés, y tiene efectos de tipo fisiológico y psicológico, aumenta el recuerdo y, a la vez, bloquea el músculo liso. Por ello, si las mujeres se sienten estresadas por el ambiente que las rodea, el parto puede prolongarse debido a una reducción en la contractilidad uterina³.

Los factores que pueden inducir estrés en las mujeres durante las contracciones tienen que minimizarse, dado que la salud emocional de la mujer puede quedar afectada a largo plazo por esta experiencia⁴. Por ello, cuidar el entorno en que se encuentra la parturienta, así como sus necesidades individuales, puede contribuir a que el parto se desarrolle de un modo más satisfactorio para la mujer⁵.

Existen evidencias de los beneficios que conlleva un área de baja intervención dirigida por matronas, separada de las tradicionales salas de partos⁶. La mujer que desea un parto de baja intervención

necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse de forma libre, sin las miradas de profesionales que discrepen de su decisión⁷. La mujer debe sentirse segura en el lugar donde se desarrolla su parto, desde el inicio hasta el final.

Es importante asegurar la privacidad, sobre todo en las exploraciones vaginales. Una mujer necesita su propia habitación y un ambiente de intimidad, y el número de profesionales sanitarios presentes en el proceso del parto debe ajustarse, evitando la presencia de personas innecesarias en la sala de partos⁸.

La excelencia consiste en tener un área de baja intervención, con un ambiente parecido a la habitación de un hogar, dirigida por matronas, separada de las salas de partos tradicionales, cerca del área de obstetricia y del equipo de guardia habitual⁹.

La habitación o sala polivalente para el proceso de parto normal debe tener las siguientes características básicas:

- Sala única habilitada para la atención de la dilatación y el expulsivo.
- Habitación con un ambiente agradable y parecido al hogar.
- Los muebles y el utillaje tendrían que ser de colores cálidos.
- De uso individual e insonorizada.
- Tenerlo todo en un único ambiente sin necesidad de cambiar de lugar.

Los factores favorecedores del entorno para la mujer son:

- Conocer previamente el área y a los profesionales.
- Tener confianza en el equipo que la atenderá.
- Disponer de la atención de una matrona-una mujer durante el trabajo de parto y parto.
- Tener acceso a la ayuda médica en caso de complicaciones.
- Estar acompañada por las personas de su elección, ya sea la pareja, un familiar o una amiga¹⁰.

Disponibilidad de espacios en un área de baja intervención

En el cálculo del estándar recomendado para el área de baja intervención, basado en la utilización de un espacio polivalente (que permita realizar todo el proceso de dilatación y parto en el mismo espacio) se tiene en cuenta el tiempo medio que una mujer ocupa una sala polivalente en un proceso de parto. Se precisa una sala para dos partos al día, más el 30% de la media de partos diarios en concepto del solapamiento horario.

El modelo de sala polivalente de dilatación y parto como un único espacio físico para to-

dos los partos debería incorporarse de forma progresiva. Así, por ejemplo, recientemente, se han especificado las necesidades de espacio físico en el área obstétrica en los hospitales de Cataluña¹¹.

Estancia de la madre e hijo/hija en el hospital

Deben tenerse en cuenta las recomendaciones efectuadas por diferentes estudios sobre las ventajas que supone que los recién nacidos estén ubicados al lado de la madre en la habitación, lo que se denomina en régimen de cohabitación^{12, 13}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Look L, Gibb H. The power of place. *Midwifery*. 2003; 19: 132-39.
2. Steele R. Cuidados de la matrona durante la primera fase del parto. En: Alexander J, Levy V, Roch S, eds. Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones. Barcelona: Boehringer Mannheim, 1998.
3. Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labour: relationship to duration of labour and fetal heart rate pattern. *Am J Obstet Gynecol*. 1985; 153: 870-77.
4. Simkin P. The experience of maternity in a woman's life. *JOGN Nurs*. 1996; 25: 247-52.
5. Garcia J, Redshaw M, Fitzsimons B, Keene J. First class delivery: a national survey of women's views of maternity care. London: Audit Commission, 1998.
6. Byrne J, Crouther C, Moss J. A randomised controlled trial comparing birthing center care with delivery suite care in Adelaide, Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000; 40: 266-74.
7. Lavender T, Chapple J. Evaluation of different models of maternity care. The views of women and midwives. London: Department of Health, 2003.
8. Waldenstrom U, Nisson C, Winblad B. The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 408-10.
9. Hodnnet E, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
10. Green J, Coupland V, Kitzinger J. Great expectations. A Prospective study of women's expectations and experiences of childbirth. Cheshire: Books for Midwives Press, 1998.
11. Generalitat de Catalunya. Avantprojecte del mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, 2007.
12. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
13. Carfoot S, Williamson P, & Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breastfeeding. *Midwifery*. 2005; 21(1): 71-9.

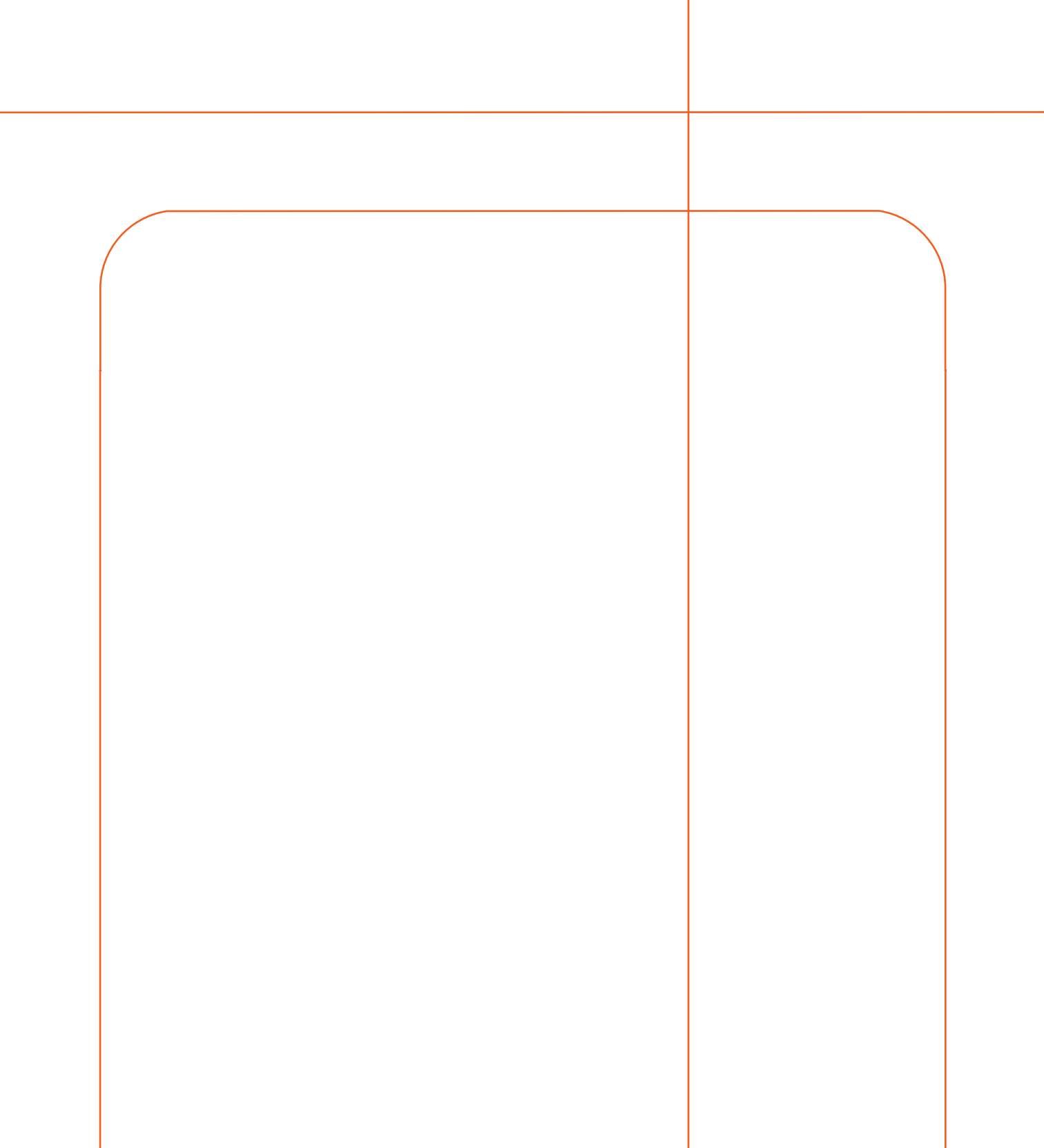
Necesidades de personal en la asistencia al parto normal

■ Para la asistencia al parto normal es necesario disponer de personal sensibilizado y con formación y experiencia en la asistencia al parto natural. Es importante incluir formación sobre las terapias complementarias que se utilizan en el alivio del dolor.

■ Los centros que ofrecen asistencia al parto normal deben contar con la presencia de una matrona que asista de forma individualizada a la mujer: se trata del concepto «una matrona para una mujer». Se garantizará, siempre que sea posible, la continuidad asistencial en todo el proceso de parto.

■ Es necesario contar con la participación del resto del equipo obstétrico del mismo hospital (obstetra, matrona, neonatólogo/ga, anestesista y auxiliar de enfermería). Este equipo tiene que estar sensibilizado y receptivo a las posibles demandas que surgirán del área de baja intervención.

■ Se considera necesaria la presencia continua de una matrona por mujer en la fase activa de parto, lo que supone que, si el parto dura una media de doce horas, una matrona podrá atender a dos mujeres de parto en 24 h de dedicación exclusiva.



NECESIDADES DE PERSONAL EN LA ASISTENCIA AL PARTO NORMAL

Para la asistencia al parto normal se precisa disponer de personal sensibilizado y con formación y experiencia en la asistencia al parto natural.

Es imprescindible que el personal sanitario que intervenga tenga una formación adecuada y actualizada, para así garantizar la calidad asistencial a la mujer.

La formación debe abarcar los aspectos comunicativos y de relación asistencial y, en especial, los aspectos relativos al trabajo en equipo. Es importante incluir formación sobre las terapias complementarias que se utilizan en el alivio del dolor¹.

Los centros que ofrecen la asistencia al parto normal deben contar con la presencia de una matrona que asista de forma individualizada a la mujer que solicita este tipo de parto: es el concepto «una matrona para una mujer»². Se garantizará, siempre que sea posible, la continuidad asistencial en todo el proceso de parto (ingreso hospitalario, dilatación, expulsivo y alumbramiento).

Es necesario contar con la participación del resto del equipo obstétrico del mismo hospital (obstetra, matrona, neonatólogo/ga, anestesista y auxiliar de enfermería). Este equipo tiene que estar sensibilizado y receptivo a las posibles demandas que surgirán del área de baja intervención. Además, se requiere que estos profesionales de la salud ten-



gan formación e información sobre el tipo de atención que se está prestando en el parto normal, lo que generará respeto a las otras opciones.

La planificación de personal en los servicios de maternidad está en función de los objetivos que se quieren alcanzar. La disponibilidad de unos recursos definidos frente a unas necesidades y demandas crecientes o diferentes obliga a optimizar los servicios y el personal sanitario³. Para ello, deben existir unos criterios de ordenación de recursos que justifiquen su necesidad en cada área asistencial. La matrona, como responsable de la asistencia al parto normal, deberá tener en cuenta las necesidades de cada mujer para planificar sus actividades en función de las mismas.

Fase latente del parto

Ante la presencia de una mujer en fase latente del parto, las actividades a desarrollar por la matrona y los tiempos estimados son:

- Revisión y actualización de la historia clínica.
- Exploración física y obstétrica de la mujer y el feto.
- Valoración psicosocial de la mujer y su entorno.
- Información y educación sanitaria.
- Valoración del bienestar fetal.
- Monitorización externa cardiotocográfica de 20-30 minutos (dinámica uterina y frecuencia cardiaca fetal).
- Valoración de la evolución de la mujer y recomendaciones.
- Decisión del destino de la gestante: ingreso o derivación a su domicilio.



El tiempo medio estimado de atención es de 60 minutos.

Aunque en esta fase del parto no se recomienda el ingreso hospitalario para evitar el intervencionismo y la iatrogenia, es preciso tener en cuenta situaciones clínicas o sociales particulares: distancia del hospital al domicilio, acompañamiento, disponibilidad de medio de transporte, entre otras.

Cuando existan dudas, se aconseja la permanencia en un espacio diferente al área de paritorio, donde se pueda controlar la evolución del parto y el bienestar fetal.

Fase activa del parto

En la fase activa del parto hay que tener en cuenta las actividades a realizar en una mujer que se presenta con un parto normal y desea ser atendida con la menor intervención posible. Esta situación incrementa el tiempo de dedicación individual de la matrona. Las actividades a desarrollar son:

- Revisión y actualización de la historia clínica.
- Exploración física y obstétrica de la mujer y el feto.
- Valoración psicosocial de la mujer y su entorno.
- Información y educación sanitaria.
- Valoración del bienestar fetal.

- Monitorización externa cardiotocográfica de 20-30 minutos (dinámica uterina y frecuencia cardiaca fetal).
- Valoración de la evolución de la mujer y recomendaciones.
- Ingreso de la gestante en una sala polivalente de dilatación y parto.
- Revisión y valoración del plan de nacimiento.
- Ofertar métodos complementarios para el alivio del dolor: utilización de la bañera, pelotas, cuerdas, masajes, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), entre otras.
- Cuidados, atención, acompañamiento de la mujer y valoración de la progresión del trabajo de parto.
- Asistencia al parto y al puerperio inmediato.
- Atención al recién nacido.

El tiempo medio estimado de atención es de 12 horas.

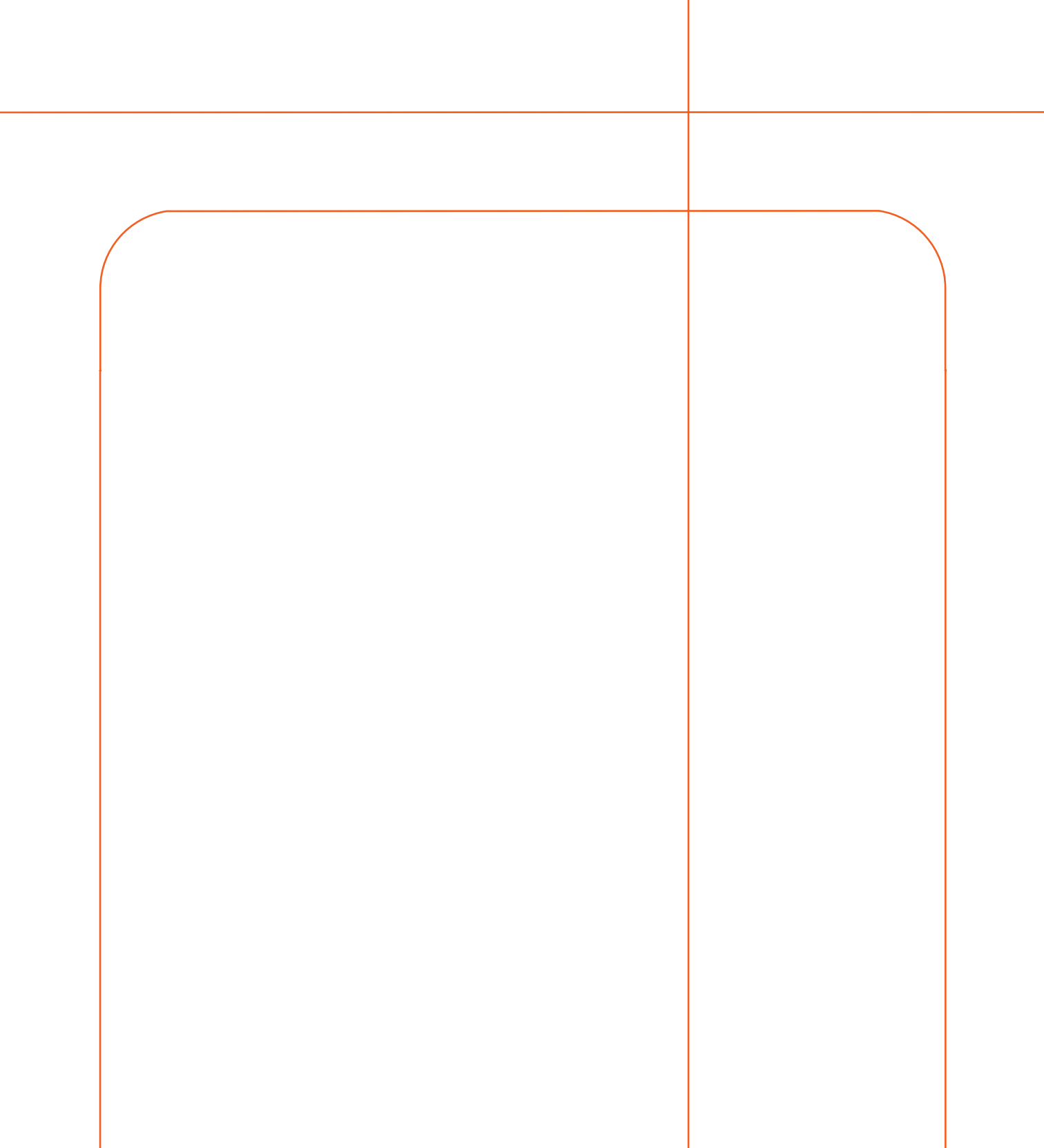
Dado que se considera necesaria la presencia continua de una matrona por mujer en la fase activa de parto, la estimación de la duración media de este periodo permite definir el número de matronas en función de la media diaria de partos en cada maternidad. De este modo, si el parto tiene una duración media de doce horas, una matrona podrá atender a dos mujeres de parto en 24 h de dedicación exclusiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya. Protocol per l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut, 2007.
2. Department of Health. Maternity standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. London: Department of Health, Department for Education and Skills, 2004.
3. Cabrera Sanz T. Planificación de recursos en el área de partos. Matronas Prof. 2000; 1: 26-31.

Los periodos del parto

- Es importante realizar un correcto diagnóstico del inicio de la fase activa del parto, ya que un error en el mismo puede conducir a una serie de intervenciones en el parto que no son necesarias.
- La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino.



LOS PERIODOS DEL PARTO

Definir los diferentes periodos del parto es importante no tanto por poner límites, sino para evitar intervenciones innecesarias o caer en lo que se ha denominado «la cascada del intervencionismo obstétrico», es decir, que una intervención vaya seguida de otra intervención¹.

La evaluación del inicio del proceso de parto es uno de los aspectos más importantes de su manejo. Los signos que deben valorarse son:

- contracciones uterinas regulares,
- acortamiento y dilatación del cuello uterino,
- pérdida de líquido amniótico,
- y flujo sanguinolento.

En la tabla 1 se presenta el diagnóstico del periodo y la fase del trabajo del parto según la OMS²:

Hasta que una mujer no se encuentre en la fase activa del parto, con el cuello uterino dilatado al menos 4 cm, con contracciones rítmicas y regulares, e inicio del descenso de la cabeza fetal, no sería

aconsejable que estuviera en la sala polivalente de dilatación/parto, ya que se podría generar ansiedad y falsas expectativas a la mujer y su pareja, y podría conducir a los profesionales a practicar intervenciones injustificadas (amniotomía, estimulación con oxitocina, monitorización continua, etc.) Es necesario evitar asistir el parto como «manejo activo del parto», ya que podría aumentar la tasa de partos instrumentales y de cesáreas³.



BIBLIOGRAFÍA

1. Kroeger M, Smith L. Impact of birthing practices on breastfeeding. Protecting the mother and baby continuum. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2004.
2. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
3. Aceituno Velasco L, Barqueros Ramírez AI, Moreno García G, Segura García MH, Ruiz Martínez E, Sánchez Barroso T y cols. Análisis crítico de la tasa de cesáreas en un hospital comarcal (primera parte). Toko-Gin Pract. 2000; 59(8): 399-406.

Tabla 1. Diagnóstico del periodo y la fase del trabajo del parto

Signos y síntomas	Periodo del parto	Fase
Cuello uterino no dilatado	Falso trabajo de parto	Pródromos
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm	Primer periodo	Latente
Cuello uterino dilatado 4-9 cm Tasa de dilatación 1 cm/h Comienzo del descenso de la cabeza fetal	Primer periodo	Activa
Cuello uterino dilatado (10 cm) Sigue el descenso fetal No hay deseos de empujar	Segundo periodo	Temprana (no expulsiva)
Cuello uterino dilatado (10 cm) La parte fetal que presenta llega al suelo de la pelvis La mujer tiene deseos de empujar	Segundo periodo	Avanzada (expulsiva)

*El tercer periodo del parto comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

La dilatación Prácticas habituales

- El partograma es una herramienta de trabajo que permite realizar una adecuada evolución del trabajo de parto y reducir el número de intervenciones.
- Es importante evaluar de forma periódica las constantes vitales de la mujer (frecuencia cardiaca, tensión arterial y temperatura) para efectuar una adecuada evaluación del riesgo y detectar posibles problemas.
- No hay evidencia que justifique el uso de enema y el rasurado del vello púbico de forma rutinaria en el parto.
- El tacto vaginal es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios. Éstos suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad. Siempre que sea posible deben ser realizados por la misma matrona, ya que se trata de una medida con un componente de subjetividad. →

- Para valorar la evolución del parto, en partos de bajo riesgo, debería fomentarse el uso de otras técnicas menos invasivas como la palpación abdominal e interpretación del comportamiento de la mujer.
- Los cambios de posición durante la dilatación ayudan a la mujer a afrontar la sensación dolorosa. Si la mujer está en posición vertical padece menos dolor, tiene menos necesidad de analgesia epidural y menos alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, y se acorta el tiempo de la primera fase del parto.
- Cuando un parto tiene una evolución lenta, en primer lugar, deben fomentarse medidas como los cambios de postura o la deambulación; y si éstas no son efectivas, se puede recurrir a la amniotomía, previa información y consentimiento de la gestante, valorando los riesgos y beneficios.

LA DILATACIÓN. PRÁCTICAS HABITUALES

Utilización adecuada del partograma

La utilización del partograma como herramienta de trabajo permite realizar una adecuada evaluación del proceso de parto, teniendo en cuenta los

distintos factores que pudieran afectarlo, como son las constantes vitales maternas, el estado fetal y de la bolsa amniótica, el color de las aguas, así como la evolución de la dilatación y la dinámica uterina. En la figura 1 se presenta el partograma de la OMS modificado¹.

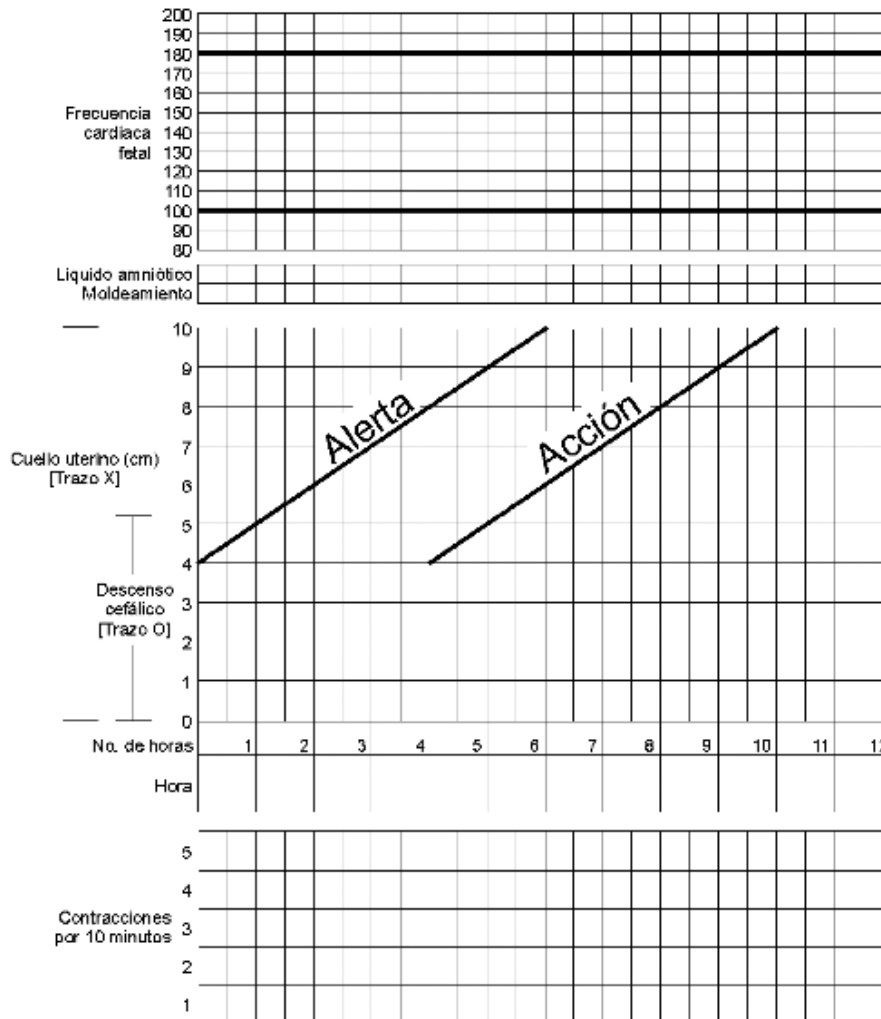


Figura 1. Partograma modificado según la OMS. Fuente: OMS¹

El partograma de la OMS, en el que aparece una línea de alerta y una de acción, nos permite evaluar de forma adecuada la progresión del parto. En un estudio elaborado por esta organización se evaluó la efectividad de la implantación del uso del partograma. Los resultados pusieron de manifiesto un número considerablemente menor de mujeres cuyos partos duraron más de 18 horas (6,4% antes y 3,2% después), requirieron el manejo activo del trabajo de parto (20,7% antes y 9,1% después) o presentaron infecciones en el posparto (0,70 y 0,21%); y las cesáreas disminuyeron del 6,2 al 4,5%².

Es importante registrar las actividades asistenciales, educativas y de información que se realizan a la mujer en el partograma y en los registros clínicos del centro.

Control de la temperatura, el pulso y la presión arterial

Es importante efectuar una evaluación periódica de las constantes vitales de la mujer -que se recomienda con una periodicidad de cuatro horas- ya que la alteración de cualquiera de ellas podría indicar una alteración en el proceso del parto¹.

Un aumento de la temperatura podría implicar un cuadro febril por infección o un signo de deshidratación. Una variación de la presión arterial es un signo importante del estado materno, dado que puede predecir un estado de preeclampsia o una hipotensión. La frecuencia cardíaca materna nos informa sobre su estado físico y emocional. También es importante evaluar el estado de hidratación de la mujer.

Rasurado púbico y aplicación de enemas

El fundamento de la utilización del rasurado perineal en el momento previo al parto se ha basado en que esta práctica disminuye el riesgo de infección

perineal, haciendo que la sutura de la episiotomía resulte más fácil y segura. No hay evidencia de los beneficios de esta práctica en cuanto a la morbilidad materna. Además, la mujer tiene molestias cuando el vello vuelve a crecer. Constituye, por tanto, una práctica innecesaria, utilizada a veces de modo rutinario³.

El uso del enema está cuestionado desde hace varios años porque, además de causar molestias a las mujeres, las heces líquidas pueden contaminar las heridas. Algunos estudios han mostrado que sin la aplicación del enema la emisión de heces es más fácil de limpiar que las inducidas por éste y que, si no se aplica, no se modifica la duración del parto ni el índice de infecciones neonatales o del periné⁴⁻⁶.

Valoración del progreso del parto

Tradicionalmente, y aún en nuestros días, el tacto vaginal ha sido el método más aceptado para valorar la progresión del trabajo de parto, desplazando así a otros métodos menos invasivos y válidos con los que obtener esta información. A su vez, el número de tactos vaginales a efectuar durante la dilatación, así como el intervalo recomendable entre ellos, sigue siendo tema de controversia.

Según la OMS¹, «el número de tactos vaginales debe limitarse a lo estrictamente necesario durante el primer estadio del parto, generalmente uno cada cuatro horas suele ser suficiente (...)». Esta recomendación de un intervalo de cuatro horas viene dada por las líneas de alerta y acción que la propia OMS definió para el uso del partograma. Así pues, la línea de alerta se sobrepasaría si la dilatación en cuatro horas fuese inferior a 1 cm por hora, y la de acción si esto siguiera ocurriendo después de otras cuatro horas, aunque la OMS también incide en que «una progresión lenta tiene que ser un motivo de valoración, NO de intervención».

Mediante un tacto vaginal se obtienen seis fuentes de información con las que valorar el progreso: posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino, y descenso y rotación de la cabeza fetal⁷, aunque la exactitud de esta técnica queda limitada si no es llevada a cabo siempre por el mismo profesional⁸.

Por otro lado, los tactos vaginales suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad, resultando incómodos e incluso dolorosos^{9, 10}. Además, las exploraciones vaginales siempre conllevan un cierto riesgo de infección, pues introducen microorganismos de la vagina en el canal cervical¹¹.

Antes de realizar cualquier maniobra o técnica se tiene que informar a la gestante, de forma correcta y cerca, solicitando su permiso y colaboración. Se

le explicará lo que se va a hacer y el motivo. En el caso de las exploraciones vaginales se le enseñará a relajarse, ya que el tacto vaginal puede resultar muy desagradable en una gestante asustada o nerviosa¹². Las exploraciones vaginales sólo deben efectuarse cuando haya un motivo que las justifique.

Por todo lo mencionado, debería fomentarse la utilización de otras técnicas menos invasivas con las que valorar la evolución del parto, como son:

- La palpación abdominal. Se evalúa el descenso de la cabeza fetal en términos de quintos palpables por encima de la sínfisis del pubis. Una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable, mientras que una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero quintos (0/5) palpable (figura 2) ¹.

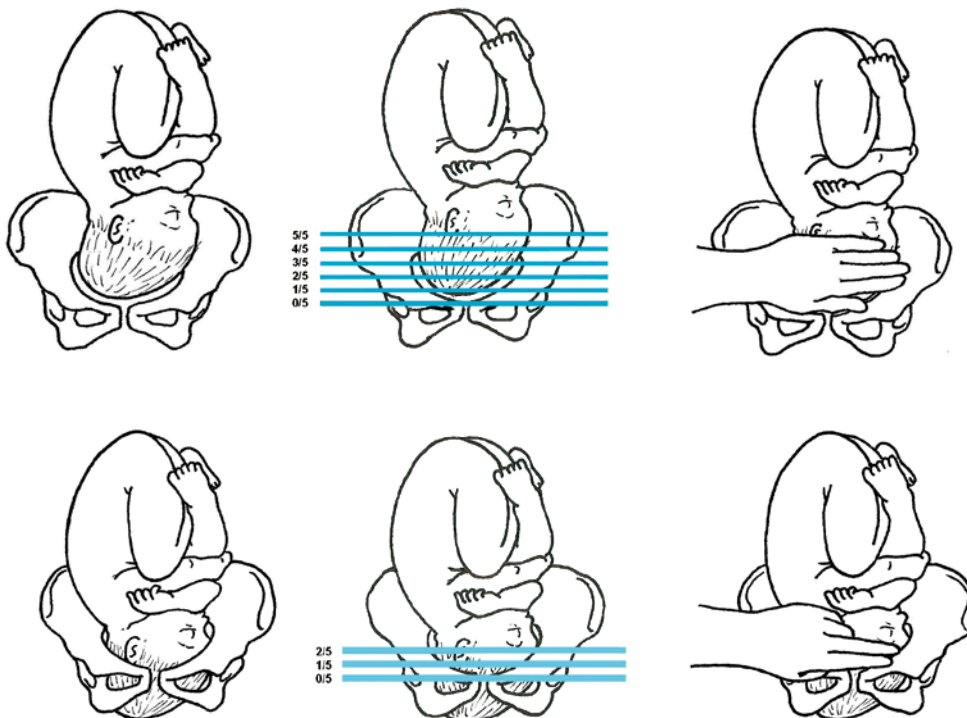


Figura 2. Evaluación del descenso de la cabeza fetal mediante palpación abdominal. Se evalúa en términos de quintos de cabeza fetal palpables por encima de la sínfisis del pubis. Una cabeza fetal que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es 5/5 palpable, mientras que una cabeza que está 2/5 por encima de la sínfisis del pubis es dos quintos palpable. Fuente: OMS¹

- La interpretación del comportamiento y los sonidos maternos (el comportamiento de la mujer, su apariencia y su conducta¹³, así como el flujo y las secreciones vaginales). En la fase latente del expulsivo se produce una disminución de las contracciones y/o del dolor lumbar y la mujer permanece quieta, comunicativa o produciendo diferentes sonidos¹⁴. Se consideran señales de que la mujer entra en la fase activa algunos cambios en la expresión de la cara, palabras y acciones¹⁵. Los signos claros de que ha entrado en la fase activa son respiraciones «forzadas», sonidos potentes y la necesidad de pujar. Sin embargo, si según la evolución del parto aparecen dudas sobre si la dilatación es completa se debe llevar a cabo una exploración vaginal¹⁶.

Existen otros métodos que, aunque carecen todavía de estudios que los avalen, parecen ser de utilidad:

- La valoración de la purple-line (línea rojo-violeta), que aparece en los márgenes del ano con el inicio de la fase activa del parto y va ascendiendo por entre las nalgas hasta llegar a su nacimiento coincidiendo con la dilatación cervical completa¹⁷.

- La aparición del «rombo de Michaelis» como indicativo de la dilatación completa en mujeres cuya

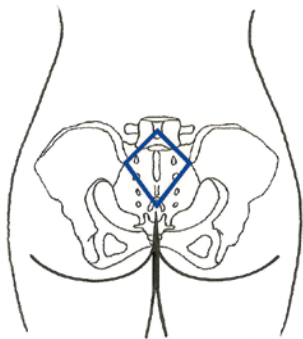


Figura 3. Rombo de Michaelis

posición permite un ligero desplazamiento del triángulo formado por el cóccix, el sacro y las últimas vértebras lumbares (figura 3)¹⁸.

Amniotomía

Ante la sospecha de un parto de evolución lenta, antes de emplear intervenciones invasivas para favorecer el progreso del parto, deben utilizarse medidas no invasivas, como cambios de posición, movilización y deambulación. En el caso de que estas medidas no sean efectivas, puede recurrirse a la amniotomía. La decisión debe tomarse después de informar de los riesgos y beneficios de esta técnica a la mujer y su consentimiento informado. Esta intervención, que no forma parte del parto fisiológico,



Figura 4. Decúbito lateral

tiene que reservarse para las mujeres con un progreso anormal del parto.

Tras la amniotomía hay una tendencia al aumento del dolor de las contracciones, ya que éstas se vuelven más intensas y frecuentes, provocando en la mujer una mayor necesidad de analgesia. La amniotomía está asociada a una reducción de la duración del parto de entre 60 y 120 minutos, en especial en mujeres nulíparas¹⁹. Esta práctica está relacionada con un incremento de las cesáreas y de anomalidades en el registro cardiotocográfico²⁰.

Posiciones durante la dilatación

Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa^{21, 22}.



Figura 5. Sentada en la pelota de partos

La posición de decúbito supino está contraindicada en el trabajo de parto, dado que la compresión que se ejerce en la aorta-cava puede comprometer tanto a la madre como el bienestar fetal^{23, 24}.

La posición en decúbito lateral sería la posición óptima si la mujer tiene contracciones fuertes y desea descansar (figura 4).

La posición vertical en la primera fase del parto es definida en los estudios como cualquier posición que evite el estar tumbada (y que pueda incluir la deambulación).

- Sentada. Se pueden utilizar unas pelotas específicas para el parto (figura 5)
- De pie. Apoyada con las manos en la pared con las piernas bien separadas, oscilando y girando las



Figura 6. De pie

caderas cuando las contracciones no son tan eficaces, o inclinándose hacia delante con los antebrazos apoyados en la pared y los hombros bien relajados, o apoyada sobre su acompañante (figura 6).

- De rodillas. Sobre el suelo, con la espalda recta, las piernas separadas y los tobillos hacia fuera es una buena posición para abrir la pelvis y liberar las tensiones de la espalda; también se puede hacer con los antebrazos planos en el suelo.
- Cuadripedia o a cuatro patas. Esta posición es útil cuando el dolor es en la zona lumbar; el masaje, la contrapresión y el calor alivian mucho. Es muy útil



Figura 7. Cuadripedia

para intentar que roten las presentaciones posteriores (figura 7).

- En cuclillas. Sobre la banqueta de partos o en el retrete (figura 8).

La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto sufre menos dolor²⁵, presenta menos necesidad de analgesia epidural²⁶ y menos alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal²⁷, y se acorta el tiempo de la primera fase del parto²⁸. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis.



Figura 8. Cuclillas en la banqueta de partos

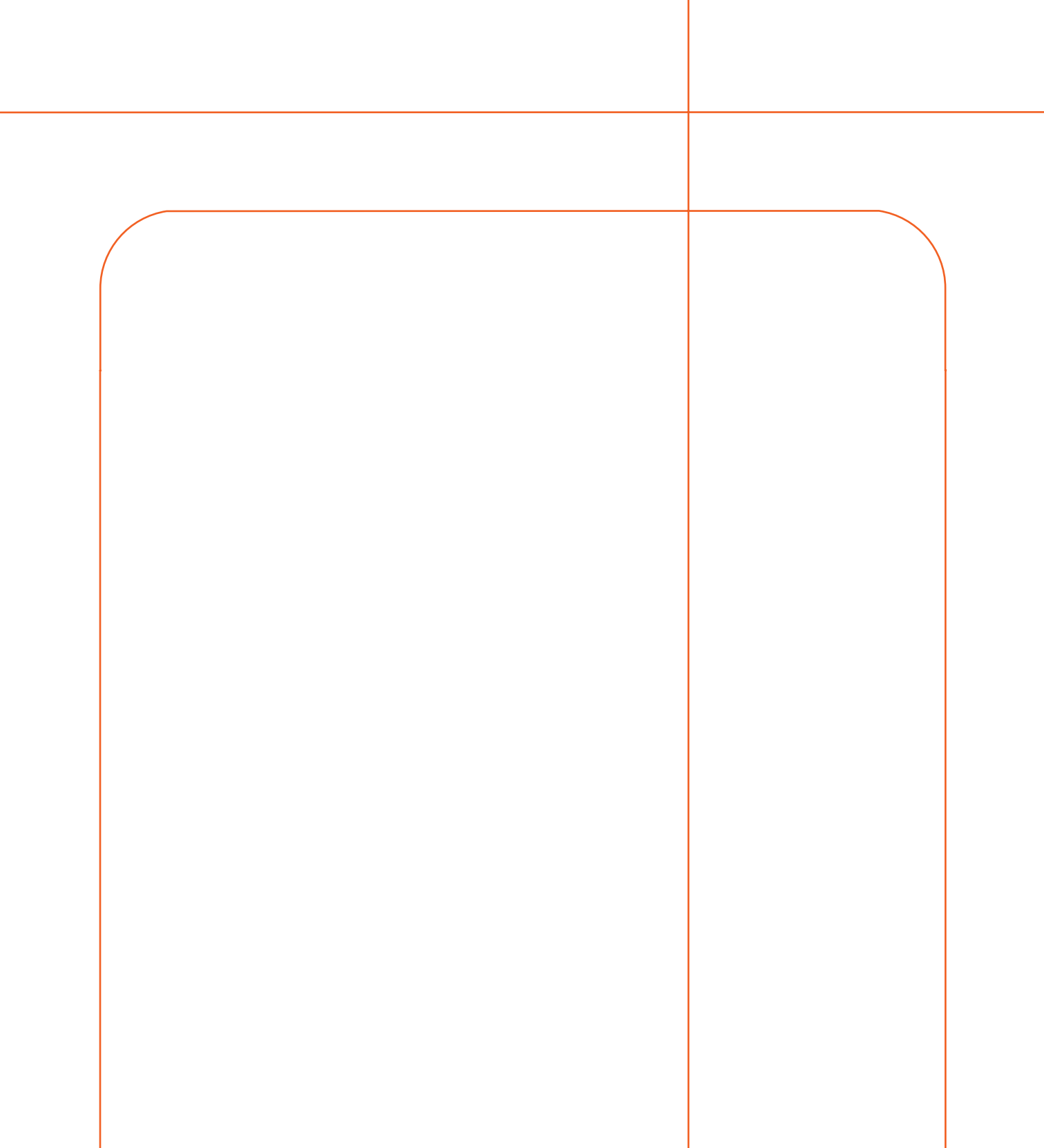
BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. World Health Organization. Preventing prolonged labour: a practical guide. The partogram. Geneva: WHO/FHE/MSH/93.8; 1994. [consultado 07/04/07]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/partograph/index.htm>
3. Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso en sala de partos (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enema vs no enema during labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
5. Rommey ML, Gordon H. Is your enema really necessary? *BMJ*. 1981; 282: 1.269-71.
6. Hay-Smith J. Routine enema on admission in labor (revised 27 January 1994). En: Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther C, eds. Pregnancy and childbirth module. The Cochrane pregnancy and childbirth database. The Cochrane Collaboration, issue2, Oxford: Update Software, 1995.
7. Sweet B. *Mayer's Midwifery: a textbook for midwives*, 12.a ed. Londres: Bailliere Tynhall, 1997.
8. Walsh D. Part three: Assessing women's progress in labour. *Br J Midwifery*. 2000; 8(7): 449-57.
9. Levy V, Chit Ying L. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2002; 18: 296-303.
10. Warren C. Why should I do vaginal examinations?. *Pract Midwife*. 1999; 2(6): 12-13.
11. Imseis H, Trout W, Gabbe S. The microbiologic effect of digital cervical examination. *Am J Obstet Gynaecol*. 1999; 180(3): 578-80.
12. Lewin D y cols. Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2005; 21:267-77.
13. Mc Kay S, Roberts J. Obstetrics by ear—maternal and caregivers' perceptions of the meaning of maternal sounds during second stage of labour. *J Nurse Midwifery*. 1990; 35(5): 266-73.
14. Kitzinger S, Simkin P. *Episiotomy and the second stage of labour*. Seattle: Pennypress, 1991.
15. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E y cols. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3.ª ed. Oxford University Press, 2000.
16. Munro J, Spiby H. *Evidence based midwifery. Guidelines for midwifery led care in labour*. Sheffield: The central Sheffield University Hospitals, 2000.
17. Hobbs L. Assessing cervical dilatation without VEs. Watching the purple line. *Pract Midwife*. 1998; 1(11): 34-5.
18. Sutton J. Birth without active pushing and physiological second stage of labour. *Pract Midwife*. 2000; 3(4): 32-4.
19. Johnson N, Lilford R, Guthrie K, Thorton J, Barker M, Kelly M. Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 340-6.
20. Goffnet F, Fraser W, Marcoux S, Breart G, Moutquin J, Daar M. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart anomalies. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 340-6.
21. Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. *Birth*. 2003; 30: 189-94.
22. Melzack R, Bélanger E, Lacrois R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage*. 1991 Nov; 6(8): 129-39.
23. MIDIRS and the NHS Center for Reviews and Dissemination. *Positions in labour and delivery. Informed choice for professionals leaflet*. MIDIRS, 2003.

24. Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. En: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Vol 2. Oxford: Oxford University Press, 1989; 883-92.
25. Melzack R, Bélanger E, Lacroix R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. *J Pain Syntom Manage*. 1991 Nov; 6(8):129-39.
26. William RM, Thom MH, Studd JVV. A study of three benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1980 Feb; 87: 122-6.
27. Flynt AM, Kelly J, Hollins G y cols. Ambulation in labour. *BMJ*. 1978 Aug; 26: 591-93.
28. Allahbadia GN, Vaidia PR. Why deliver in the supine position? *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 1992 May; 32(2): 104-6.

Nutrición en el parto

- No existe suficiente evidencia que justifique el ayuno en las mujeres en trabajo de parto por el riesgo de aspiración del contenido gástrico.
- La restricción de comida y bebida puede derivar en deshidratación y cetosis.
- No se debería impedir la ingestión de alimentos y líquidos a las mujeres de bajo riesgo y con progreso de parto normal.
- La dieta más recomendable para las mujeres que solicitan comer o beber es la ingestión de bebidas isotónicas, el uso de dietas bajas en residuos, dietas blandas y/o pequeñas ingestas en intervalos frecuentes.
- Existe una regulación natural de las mujeres a medida que avanza el trabajo de parto, con una disminución progresiva y espontánea del consumo de comida.



NUTRICIÓN EN EL PARTO

Para algunas mujeres, la prohibición de tomar alimentos sólidos o líquidos durante el parto representa un problema. Aunque hay mujeres que no desean comer ni beber durante la fase activa de parto, forzar al ayuno a aquéllas que quieren comer puede suponer una experiencia muy desagradable.

La medida del ayuno, establecida en la mayoría de los hospitales, se remonta a la década de los años cuarenta coincidiendo con la publicación del estudio de Curtis Mendelson, en el que éste describió 66 casos de aspiración en pacientes obstétricas sometidas a anestesia general¹. Como consecuencia de este estudio se generalizó que comer y beber durante el trabajo de parto podría poner a la parturienta en riesgo de sufrir una aspiración del contenido gástrico debida a una regurgitación². Este efecto es real y serio, pero quizá mal interpretado. El riesgo de aspiración está asociado al uso de anestesia general, y, de hecho, en todos los casos descritos por Mendelson se utilizó este tipo de anestesia. Sin embargo, en la actualidad, el uso de anestesia general para las cesáreas es, o debiera ser, muy reducido. De hecho, el propio Mendelson, en el mismo estudio, estableció como medida preventiva de la aspiración el uso de anestesia regional.

En 1986 Olsson realizó una revisión de la incidencia actual del síndrome de Mendelson en la que incluyó los resultados de 185.358 anestésias generales, y obtuvo una incidencia de 1 por cada 2.131 anestésias, es decir, un 0,05%³.

Respecto a la mortalidad del síndrome, dependiendo de los autores, oscila entre un 3 y 70%, siendo del 30% la más habitual. La mortalidad depende fundamentalmente del material aspirado y del tratamiento realizado: es cercana al 95% cuando el pH

del contenido aspirado es $<1,8$ y de un 25% cuando el pH se sitúa entre 1,8 y 2,5, alcanzando porcentajes aún más bajos cuando el pH es $>2,5$. Es decir, que la aspiración de sustancias con pH menor de 2,5 o volúmenes mayores de 25 ml se asocian a un riesgo elevado^{4,5}.

A la vista de estos resultados, para prevenir la bronco aspiración sólo resultarían efectivas dos medidas⁶:

1. Conseguir un volumen gástrico ≤ 25 ml. Existe evidencia científica que demuestra que el tiempo desde la última comida hasta el parto no garantiza el bajo volumen de jugos gástricos.

2. Un pH del contenido gástrico $>2,5$. En este sentido, el ayuno elimina las partículas sólidas del contenido gástrico, pero aumenta la producción de ácido clorhídrico, por lo que disminuye peligrosamente el valor del pH.

Los protocolos actuales en los que se prohíbe la ingesta tienen el propósito de reducir el riesgo de regurgitación y aspiración de contenido gástrico.

Las alternativas asistenciales vigentes son la restricción de alimentos, las perfusiones intravenosas y la administración de fármacos.

Restringir la ingestión oral de alimentos

En 1989 el National Birth Center Study, tras realizar un estudio con casi 12.000 mujeres que habían tomado alimentos durante el trabajo de parto, afirmó que no existía evidencia de que la ingesta estuviese relacionada con la morbilidad por aspiración^{7,8}.

El ayuno es comúnmente usado para reducir el contenido del estómago. Sin embargo, es sabido que el ayuno durante el trabajo de parto no garantiza este efecto. No hay un intervalo de tiempo, desde la última ingesta, que garantice en una embarazada

un contenido gástrico <100 ml. De hecho, el propio Mendelson, en 1946, señaló que la comida podía ser vomitada 24 e incluso 48 horas después de su ingestión¹.

El vómito es quizás otro de los motivos, por lo que algunos profesionales niegan la posibilidad de alimentar por vía oral a las madres; sin embargo, las náuseas y los vómitos forman parte del parto en un alto porcentaje de mujeres. Y la bibliografía lo que evidencia es la relación entre los vómitos y la presencia de cuerpos cetónicos, de forma que el promedio de horas sin recibir alimento es significativamente superior en el grupo de madres que padece vómitos⁹⁻¹³.

Por otro lado, la restricción de comida y bebida puede derivar en deshidratación y cetosis. El ayuno disminuye las reservas de hidratos de carbono y, por tanto, activa el metabolismo de las grasas, lo que resulta en una liberación y oxidación de ácidos grasos. Los cuerpos cetónicos, por su parte, proveen una fuente energética alternativa para muchos órganos, tanto de la madre como del feto; sin embargo, su excesiva producción puede reducir la actividad uterina y relacionarse, por tanto, con una mayor incidencia de alteraciones en la progresión del trabajo de parto y de partos instrumentales, junto con los riesgos para el feto y recién nacido. La



dieta previene el aumento de cuerpos cetónicos y permite entregar el sustrato energético más importante para el feto, que es la glucosa¹⁴⁻¹⁶.

Perfusiones intravenosas de rutina

Una vez que se instauran las políticas de no ingesta en los partorios, se hacen necesarias las infusiones intravenosas de rutina. Su función es combatir la deshidratación y la cetosis derivada del ayuno prolongado. Ahora bien, las perfusiones sistemáticas de líquidos en el parto también tienen sus efectos colaterales.

Los efectos del uso de soluciones intravenosas de glucosa durante el trabajo de parto han sido medidos en numerosos estudios. El aumento de la glucemia en la madre va acompañado de un incremento en la producción de insulina. Otro efecto es el aumento en la glucemia del feto y posterior hipoglucemia neonatal, y también un descenso en el pH de la sangre de la arteria umbilical.

El excesivo uso de soluciones salinas intravenosas (perfusiones >3.500 ml de suero fisiológico) puede provocar una hipernatremia, tanto en la madre como en el feto, y causar taquipnea transitoria en el recién nacido y edema cerebral materno, más aun si se le añade el efecto antidiurético de la oxitocina en partos prolongados¹⁷.

Para evitar estos efectos indeseables de las perfusiones intravenosas, la mayoría de los protocolos contempla el uso de Ringer Lactato y soluciones sin glucosa, que disminuyen los riesgos anteriores pero no aportan energía.

Administración de fármacos que disminuyen la acidez y el contenido gástrico

La imposibilidad de predecir tanto el volumen del contenido gástrico como su acidez, llevó a implantar el uso de fármacos que disminuyen el contenido gástrico y elevan el pH del mismo por encima de 2,5. De todas las medidas utilizadas para prevenir el síndrome Mendelson en una cesárea con anestesia general, ésta es la única que ha demostrado su eficacia^{18, 19}.

Permitir la ingestión de líquidos y sólidos

La ingestión de alimentos y líquidos no se debería impedir a las mujeres de bajo riesgo. La OMS recomienda «no restringir líquidos durante el trabajo de parto y permitir a las mujeres con trabajos de parto que progresan con normalidad ingerir comidas livianas si las necesitan»²⁰. Hoy en día no existe evidencia para mantener la rutina del ayuno institucional⁶.

Ante la cuestión de qué deberían poder ingerir las mujeres durante el periodo activo de parto, hay que tener en cuenta que la ingestión de agua, bebidas isotónicas o alimentos sólidos no modifica la duración del parto, los requerimientos de oxitocina, el tipo de parto, el Apgar, ni la incidencia de vómitos. Es decir, que no hay diferencias en los resultados maternos y neonatales. Las principales diferencias radican en el efecto que ejerce el tipo de ingesta sobre el contenido gástrico y el aporte de energía:

- Los alimentos sólidos disminuyen la producción de ácidos gástricos, aportan energía, pero incrementan significativamente el volumen del contenido gástrico.
- El agua incrementa ligeramente el volumen del contenido gástrico, no disminuye la producción de ácido clorhídrico y no aporta energía.

- Las bebidas isotónicas aumentan ligeramente el volumen del contenido gástrico, disminuyen su acidificación y aportan energía (28 kcal/dL)¹⁶.

Lo más recomendable sería permitir la ingestión de bebidas isotónicas, el uso de dietas bajas en residuos, dietas blandas y/o pequeñas ingestas en intervalos frecuentes. En este sentido, el American College of Nurse-Midwives aboga por no restringir la toma de alimentos y defiende realizar una valoración exhaustiva seleccionando a las mujeres de bajo riesgo para permitirles la ingesta⁷.

De hecho, a medida que avanza el trabajo de parto, existe una regulación natural de las mujeres hacia una disminución progresiva y espontánea del consumo de comida. Las preferencias de las mujeres se encaminan fundamentalmente hacia el régimen líquido más que al sólido, y su consumo se presenta incluso después de episodios de náuseas y vómitos. Además, la autorregulación de la ingesta disminuye en la mujer el nivel de estrés y provee un sentimiento de autocontrol⁹.

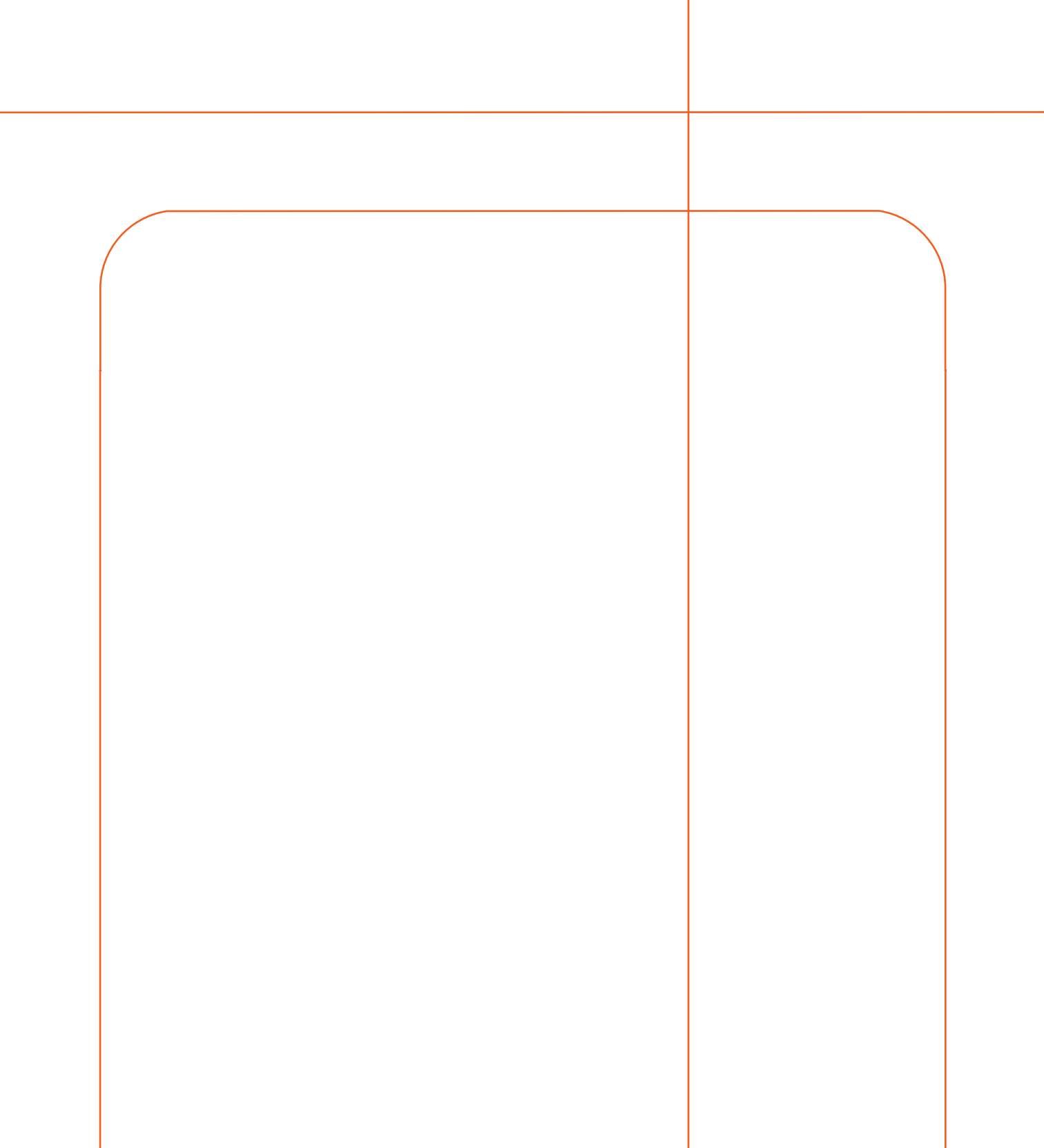


BIBLIOGRAFÍA

1. Mendelson C. The aspiration of the stomach contents into the lungs during obstetrics anesthesia. *Am J Obst Gynecol.* 1946; 52: 191-205.
2. Sleutel M, Sherrod S. Fasting in labor: relic o requirement. *JOGNN.* 1999 September/October; 28(5): 507-12.
3. Olsson GL, Hallen B, Hambroeus-Jonzon K. Aspiración during anaesthesia: A computer arded study of 185.358 anaesthetics. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1986; 30: 84-92.
4. James C, Gibbs C, Banner T. Postpartum perioperative risk of aspiration pneumonia. *Anesthesiology.*1984; 61: 756-9.
5. James C, Modell J, Gibbs C, Kuck E, Ruiz B. Pulmonary aspiration: effects of volume and pH in the rat. *Anesthes Analg.* 1984; 63: 665-8.
6. Somavilla Pérez MJ, Paz Pascual MC. ¿Nada por boca durante el parto?. *ROL.* 2000 nov; 23(11): 809-12.
7. American College of Nurse-Midwives. Intrapartum nutrition. *Clinical Bulletin* N° 3, March 1999, revised February 2000.
8. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK, Stapleton DR, Rosenfield A. Outcomes of care at birth centers: The National Birth Center Study. *N Engl J Med.* 1989; 321: 1804-11.
9. Urrutia MT, Abarca C, Astudillo R, Llevaneras S, Quiroga N. Alimentación durante el trabajo de parto ¿Es necesario el ayuno?. *Rev Chil Obstetric Ginecol.* 2005; 70(5): 296-302.
10. Ludka L, Roberts C. Eating and drinking in labor. A literature review. *J Nurse-Midwifery* 1993; 38(4): 199-207.
11. Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34(3): 319-28.
12. Scrutton MJ, Metcalfe GA, Lowy C, Seed PT, O'Sullivan G. Eating in labour. A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. *Anaesthesia.* 1999; 54: 329-34.
13. Parsons M, Bidewell J, Nagy S. Natural eating behavior in latent labor and its effect on outcomes in active labor. *J Midwifery Womens Health.* 2006 Jan-Feb; 51(1): 1-6.
14. Parsons M. Midwifery dilemma: To fast or feed the labouring women. Part 2: The case supporting oral intake in labour. *Aust J Midwifery.* 2004; 17(1): 5-9.
15. O'Sullivan G, Scrutton M. NPO during labor: Is there any scientific validation?. *Anesthesiol Clin North America.* 2003; 21(1): 87-9.
16. Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G. An evaluation of isotonic "sport drinks" during labor. *Anesth Analg.* 2002; 94: 404-8.
17. Paz MC, Somavilla MJ. Políticas de ingesta en fase activa de parto. Realidad en los hospitales del Estado Español. *Enferm Cient.* 1999 Sep-Oct; 210-211: 56-61.
18. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: Recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof.* 2006; 7(1): 27-33.
19. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Donet E y cols. A guide to effective care in pregnancy an childbirth, 3.ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
20. Chalmer B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth.* 2001; 28:202-7.

Control del bienestar fetal intraparto

- El control de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) durante el parto puede realizarse de manera intermitente mediante el estetoscopio de Pinard o utilizando ultrasonidos (Doppler) en las mujeres de bajo riesgo y con una evolución normal del parto. Las mujeres prefieren los ultrasonidos porque les permite escuchar el latido de su bebé.
- Se recomienda auscultar la FCF de forma intermitente, durante 60 segundos como mínimo, cada 15 minutos en el periodo de dilatación y cada 5 minutos en el periodo de expulsivo.
- La auscultación intermitente deberá interrumpirse y sustituirse por la monitorización continua cuando aparezcan alteraciones en la FCF o en la evolución del parto.
- La valoración del estado de la bolsa amniótica, así como del color y la cantidad de líquido sirven para evaluar el estado fetal y la evolución del parto.



CONTROL DEL BIENESTAR FETAL INTRAPARTO

El estudio de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto. La valoración de la FCF puede realizarse durante el parto de manera intermitente o continua. La auscultación fetal intermitente puede efectuarse mediante el estetoscopio de Pinard o, preferentemente, utilizando ultrasonidos (Doppler), ya que éstos permiten a la madre escuchar el latido fetal.

La auscultación intermitente es recomendable en el grupo de mujeres que al inicio del parto son consideradas de bajo riesgo^{1, 2}. Diferentes estudios concluyen que, en este grupo de mujeres, la monitorización continua durante todo el proceso de parto frente a la intermitente no aporta beneficios significativos pero aumenta el número de intervenciones obstétricas y de cesáreas^{3, 4}. Esto se debe a que la monitorización continua de la FCF es un método que tiene una alta especificidad y una baja sensibilidad, por lo que puede dar falsos positivos. Es decir, diagnostica acertadamente el bienestar fetal pero tiene poca capacidad para diagnosticar el deterioro fetal.

Para que la monitorización continua de la FCF no incremente el número de intervenciones obstétricas y cesáreas se tiene que complementar con la monitorización bioquímica (pH fetal)⁵. El registro cardiotocográfico continuo es útil en los partos en que se administra oxitocina para inducir o aumentar la dinámica uterina, ya que se ha demostrado que reduce las complicaciones fetales⁶.

No existe evidencia de que en el grupo de gestantes de bajo riesgo, la realización de un registro cardiotocográfico al ingreso aporte beneficios^{7, 8}, aunque en la mayoría de centros hospitalarios se

efectúa un registro rutinario de 20 minutos para comprobar y dejar constancia gráfica del bienestar fetal⁹.

Para utilizar la auscultación intermitente de la FCF como método de control fetal en los partos de bajo riesgo, se recomienda auscultar la FCF durante 60 segundos como mínimo, en el periodo de dilatación cada 15 minutos, y en el expulsivo cada 5^{10, 11}. La auscultación intermitente deberá interrumpirse y sustituirse por la monitorización continua siempre que surja algún factor de riesgo.

Todos los controles de la FCF deben registrarse en el partograma.



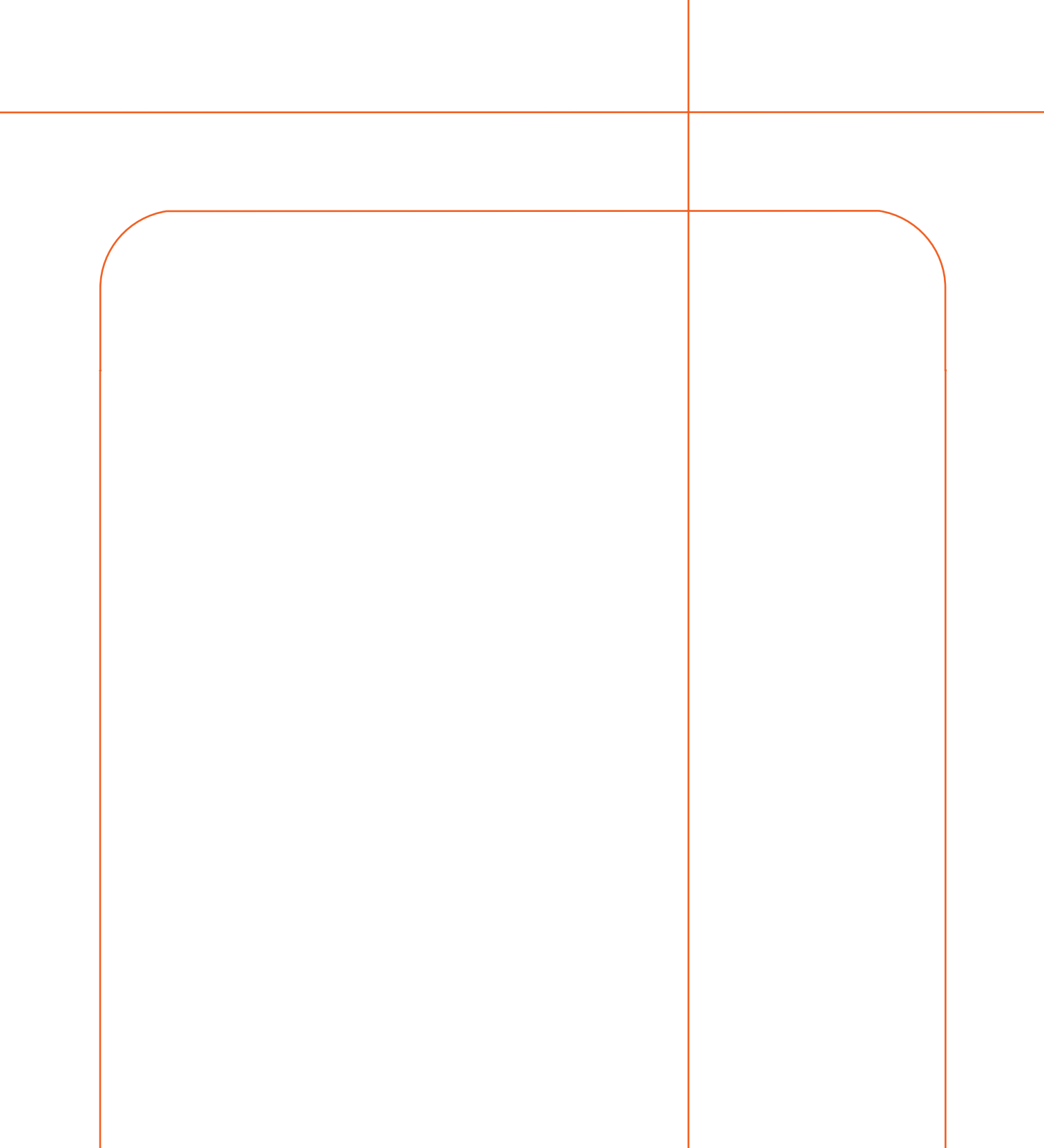
La evaluación del estado de la bolsa amniótica, así como del color y la cantidad de líquido amniótico, también es determinante para la evolución de la progresión del parto y estado fetal. La presencia de meconio puede indicar distrés fetal, aumento de la morbilidad neonatal y muerte intrauterina¹²⁻¹⁴. El meconio espeso tras la ruptura de la bolsa amniótica implica el peor pronóstico, mientras que un meconio diluido implica probablemente un riesgo menor pero precisa una evaluación más exhaustiva del estado fetal. La cantidad de líquido también es importante, ya que la falta de líquido amniótico en el momento de la rotura de la bolsa se considera de igual forma un factor de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thacker SB, Stroup DF, Peterson HB. Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an update. *Obstet Gynecol.* 1995; 86: 613-20.
2. Albers LL. Monitoring the fetus in labor: evidence to support the methods. *J Midwifery Womens Health.* 2001 Nov-Dec; 46(6): 366-73.
3. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. Smith JF Jr, Onstad JH. Assessment of the fetus: intermittent auscultation, electronic fetal heart rate tracing, and fetal pulse oximetry. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005 Jun; 32(2): 245-54
5. Dellinger EH, Boehm FH, Crane MM. Electronic fetal heart rate monitoring: early neonatal outcomes associated with normal rate, fetal stress, and fetal distress. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Jan; 182: 214-20.
6. Macdonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M y cols. The Dublin randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 152: 524-39.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Potocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia. Monitorización fetal intraparto.* Madrid: SEGO, 2004.
8. Luyben AG, Gross MM. Intrapartum fetal heart rate monitoring: do Swiss midwives implement evidence into practice?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001 Jun; 96(2):178-82.
9. Cheyne H, Dunlop A, Shields N, Mathers A. A randomised controlled trial of admission electronic fetal monitoring in normal labour. *Midwifery.* 2003; 19(3): 221-9.
10. Midirs and the NHS centre for reviews and dissemination. *Fetal heart rate monitoring in labour. Informed choice for professionals leaflet.* MIDIRS; 2003.
11. NICE. *Inherited Clinical Guideline C. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance.* London: National Institute for Clinical Excellence,; 2001.
12. Organización Mundial de la Salud: *Cuidados en el parto normal: una guía práctica.* Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.
13. Organización Mundial de la Salud. *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos.* Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
14. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Donet E y cols. *A guide to effective care in pregnancy an childbirth*, 3.ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.

Técnicas complementarias para el alivio del dolor en el parto

- El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona.
- Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles.
- Las técnicas complementarias no farmacológicas de alivio del dolor en el parto que se utilizan son:
 - Deambulación y cambios de posición durante la dilatación y el expulsivo.
 - Apoyo continuo de la gestante.
 - Uso del agua como analgésico.
 - Inyecciones de agua estéril.
 - TENS, acupuntura, técnicas de relajación y masajes.



TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona.

El dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto es producto de una acumulación de estímulos fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Las sensaciones difieren sustancialmente de una mujer a otra en cada uno de sus partos.

Se considera dolor a la experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, en relación con alguna alteración física y/o condicionantes afectivos, sociales y culturales. La gran variedad de factores que intervienen en la vivencia del fenómeno doloroso explican las diferencias personales y socioculturales en su apreciación y manifestación, así como los modos de afrontarlo^{1,2}.

La experiencia dolorosa abarca sensaciones, sentimientos y respuestas de comportamiento en torno a la sensación del dolor antes, durante y después de experimentarlo. En este sentido, la expresión del dolor por parte de cada mujer debe ser respetada. Se hace precisa, por tanto, una personalización de los recursos disponibles para el manejo del dolor en el parto.

En general, se proporciona más información a las gestantes sobre los métodos farmacológicos para el alivio del dolor, especialmente más acerca de la analgesia epidural que sobre los métodos complementarios o alternativos. Cuando se ofrece información a las gestantes sobre el alivio del dolor en el parto es necesario incluir todas las opciones existentes, y no informar sólo de las ventajas y desventajas de la analgesia epidural^{3,4}.

La utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor incluye una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y también para prevenir la percepción psicemocional del dolor. Los principales métodos no farmacológicos de alivio del dolor en el parto son:

Libertad de movimientos

Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa^{5,6}.

La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor⁷, menos necesidad de analgesia epidural⁸, menos alteraciones en el patrón de la FCF⁹ y se acorta el tiempo de la primera fase del parto¹⁰. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis.

Apoyo continuo durante el parto

Los efectos del apoyo continuo de la mujer durante el parto ha sido objeto de una revisión Cochrane, en la que se ha concluido que las mujeres que contaron con apoyo continuo durante sus partos tuvieron menor necesidad de analgésicos y estuvieron más satisfechas con la experiencia¹¹.

Uso del agua

La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación, y aumenta la sensación de control del dolor y la satisfacción. Los resultados de la revisión Cochrane¹² muestran que la utilización del agua caliente reduce de forma estadísticamente significati-

va el uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación sin efectos adversos en la duración del trabajo de parto, la tasa de partos quirúrgicos y el bienestar neonatal (figura 1). No existe evidencia de cómo influyen los diferentes tamaños de la bañera, el volumen de agua empleado, etc. (figura 2).

La temperatura del agua no debe superar los 37°C¹³ y no se aconseja la inmersión durante más de 2 horas¹⁴. La inmersión debe producirse cuando la mujer se encuentre con una dilatación de al menos 5 cm, ya que la inmersión en una fase temprana del parto puede inducir a partos prolongados y al uso de analgesia epidural y oxitocina¹⁵. La rotura de membranas no contraindica el uso del agua.



Figura 1. Utilización del agua en la dilatación

Inyecciones de agua estéril

Esta forma de analgesia consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intracutánea (0,1-0,5 ml). Se ha estudiado también la administración subcutánea con resultados más débiles en cuanto a su efectividad analgésica.

Mediante la administración de agua estéril se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales¹⁶.

Las inyecciones deben ponerse a ambos lados de la base de la columna vertebral, en la pequeña de-



Figura 2. Utilización de la bañera en la dilatación

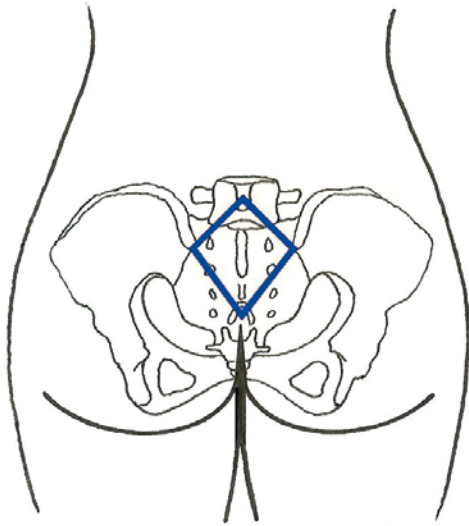


Figura 3. Rombo de Michaelis

presión muscular existente a ambos lados de ésta: región lumbosacra dentro del área comprendida por el rombo de Michaelis¹⁷ (figura 3). El efecto comienza a los pocos segundos, es máximo a los 30-40 minutos y puede durar en torno a los 90 minutos. La analgesia se produce exclusivamente para el dolor lumbar, pero no es efectiva para el dolor abdominal ni perineal. Se recomienda la aplicación temprana durante la fase de dilatación.

Existen varios estudios con buena calidad metodológica en los que se demuestra su efectividad analgésica¹⁸⁻²³.

Otras técnicas

Hay otras técnicas no farmacológicas de alivio del dolor en el parto sobre las que no existe evidencia científica demostrada, aunque algunos ensayos clínicos recomiendan su utilización.

Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

Consiste en una estimulación nerviosa eléctrica transcutánea que aporta beneficio psicológico y autonomía. Este método consiste en un generador de impulsos eléctricos conectado a uno o dos pares de electrodos que son adheridos a la piel en la zona en que se pretende reducir el dolor. En concreto, en su uso para el trabajo de parto, los electrodos se colocan a ambos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda.

Es la propia mujer la que, mediante un pulsador, puede controlar el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica durante las contracciones. Su utilidad se basa en que los estímulos procedentes del aparato viajan más rápidamente que los estímulos dolorosos, bloqueando la transmisión de estos últimos hacia el cerebro (teoría del cierre de la puerta de entrada de los estímulos dolorosos motivada por estímulos eléctricos previos). Además, parece influir en la secreción de endorfinas, aumentando sus niveles. Se trata de un dispositivo portátil, que permite la movilidad de la madre durante la dilatación, es de manejo muy sencillo y carece de efectos adversos (salvo una leve irritación de la piel). Al ser conectado, la mujer siente un leve cosquilleo cuya intensidad puede ajustarse manualmente, controlando la intensidad de emisión de los impulsos en función del grado de dolor²⁴.

Se sugiere su uso exclusivamente durante la fase de dilatación y, de manera preferente, al inicio del trabajo de parto, cuando el dolor no es demasiado intenso. Su efectividad ha sido objeto de varios estudios en los últimos años, al existir experiencias contradictorias tras su empleo para el alivio del dolor del parto. Se considera que el dispositivo TENS podría tener un beneficio psicológico para las mujeres que lo usan, debido a la posibilidad de contar con

un dispositivo de manejo del dolor controlado por ellas mismas, y se recomienda en los casos en que esté desaconsejado el empleo de métodos farmacológicos o como elemento complementario para el manejo del dolor del trabajo de parto. En una revisión sistemática sobre este tema, basada en ocho ensayos controlados y de distribución aleatoria, se concluyó que los estudios analizados no proporcionaban evidencia clara de la efectividad analgésica de el TENS durante el parto. La asociación entre el uso de esta técnica y el alivio del dolor fue débil, y no permitió concluir la eficacia del método²⁵. Cuando se ha tratado de medir el grado de satisfacción de las mujeres con esta técnica, se ha constatado que ésta es de hasta un 96%²⁶.

Acupuntura

Aunque no se ha podido establecer una conclusión sobre la eficacia analgésica de este método para el tratamiento del dolor, algunos ensayos encuentran diferencias significativas respecto al acortamiento de la duración del parto y menor uso de analgesia²⁷.

Técnicas de relajación

Permiten una disminución de la tensión muscular y proporcionan tranquilidad. No existe una revisión sistemática de estudios que evalúen la eficacia de las técnicas de relajación en la reducción del dolor, aunque hay algunos artículos que concluyen que existe una percepción subjetiva de mayor control por parte de la mujer. Existe también una disminución de la ansiedad, una mayor distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción²⁸.

Masaje

Incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo y se utiliza para ayudar a relajar los mús-

culos tensos y suavizar y calmar a la gestante. Dos ensayos efectuados concluyen que la utilización del masaje durante el parto mejora la relajación y reduce el dolor porque mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos²⁸ (figura 4).

Existen otros métodos como la hipnosis, aromaterapia, audioanalgesia, reflexología y música que han sido revisados por la Biblioteca Cochrane en los que no se encuentra evidencia científica²⁹.



Figura 4. Masaje

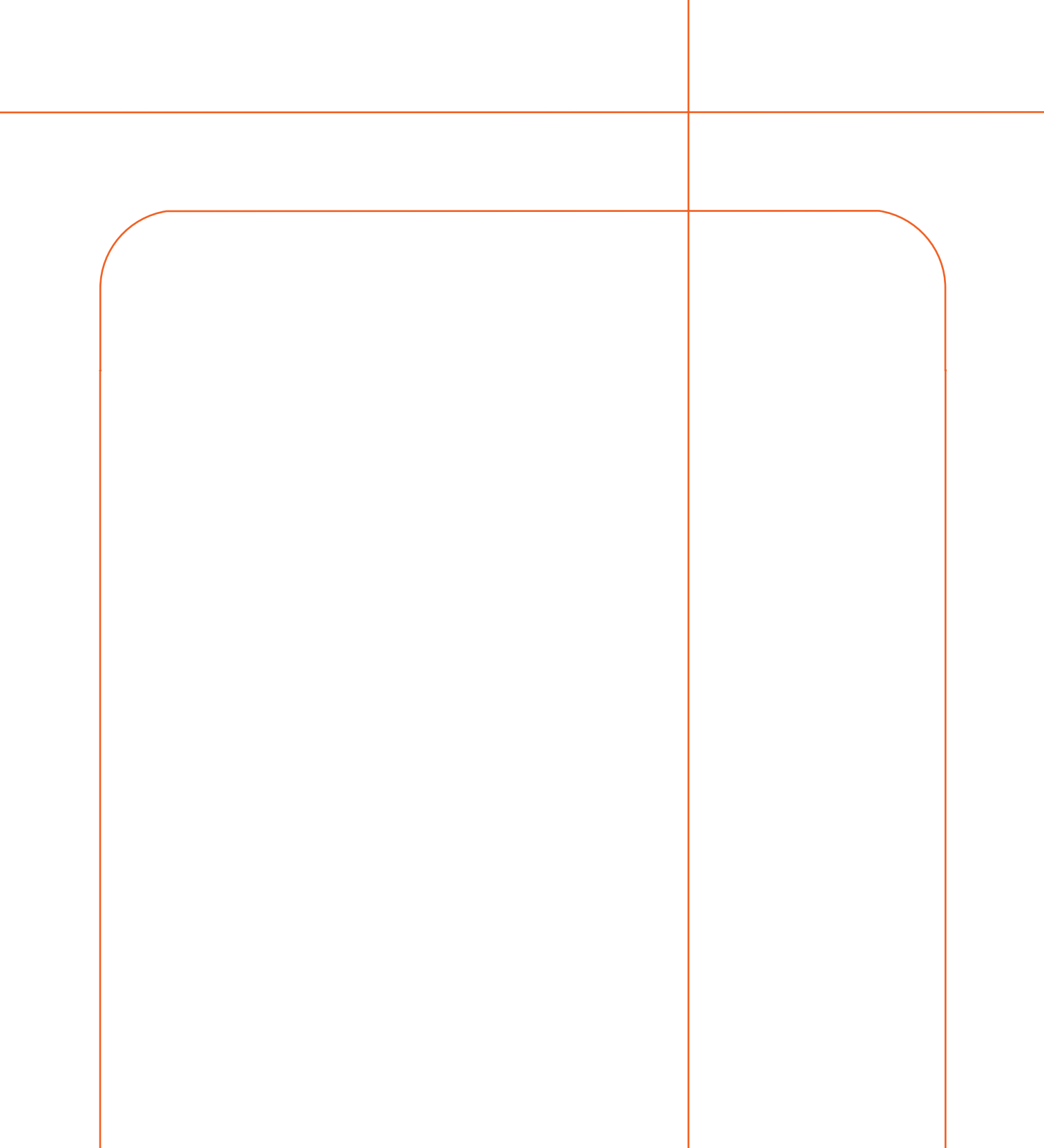
BIBLIOGRAFÍA

1. Celesía MC. Mitos y realidades de la analgesia para partos. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2003; 22(1): 22-7.
2. Torres LM. *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson, 1997.
3. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
4. De Palma MT; Weisse, CS. Psychological influences on pain perception and non-pharmacologic approaches to the treatment of pain. *J Hand Ther*. 1997 Ap-Jun; 10(2): 183-91.
5. Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. *Birth*. 2003; 30: 189-94.
6. Melzack R, Bélanger E, Lacrois R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage*. 1991 Nov; 6(8): 129-39.
7. Melzack R, Bélanger E, Lacrois R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage*. 1991 Nov; 6(8):129-39.
8. William RM, Thom MH, Studd JVV. A study of thre benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1980 Feb; 87: 122-6.
9. Flynt AM, Kelly J, Hollins G y cols. Ambulation in labour. *BMJ*. 1978 Aug; 26: 591-93.
10. Allahbadia GN, Vaidia PR. Why deliver in the supine position? *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 1992 May; 32(2): 104-6.
11. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
12. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
13. Charles C. Fetal hyperthermia risk from warm water immersion. *Br J Midwifery*. 1998; 6(3): 152-6.
14. Odent M. Can immersion stop labour? *J Nurse Midwifery*. 1997 Sep-Oct; 42(5): 414-6.
15. Eriksson M, Mattson L-A, Ladfors L. Early or late during the first stage of labor: a randomised study of 200 women. *Midwifery*. 1997; 13: 146-8.
16. Dahl V, Aarnes T. Sterile water papulae for analgesia during labour. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1991 May; 111(12): 1.484-7.
17. Bradford N. *Childbirth doesn't have to hurt. Strategies for an easier labour*. Londres: Vega, 2002.
18. Martensson L, Wallin G. Labour pain treated with cutaneous injections of sterile water: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999 Jul; 106: 633-7.
19. Martensson L. Subcutaneous versus intracutaneous injections of sterile water for labour analgesia: a comparison of perceived pain during administration. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000; 107(10): 1.248-51.
20. Trolle B, Moller M, Kronborg H, Thomsen S. The effect of sterile water blocks on low back labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 1991 May; 164 (5): 1.277-81.
21. Ader L, Hansson B, Wallin G. Parturition pain treated by intracutaneous injections of sterile water. *Pain*. 1990 May; 41(2): 133-8.
22. Labrecque M, Nouwen A, Bergeron M, Rancourt JF. A randomised controlled trial for nonpharmacological approaches for relief of low back pain during labor. *J Fam Pract*. 1999 Apr; 48(4): 259-63.
23. Reynolds JI. Intracutaneous sterile water for back pain in labour. *Can Fam Physician*. 1994 Oct; 40: 1.785-8, 1.791-2.

24. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Matronas Prof.* 7 (1): 14-22.
25. Carroll D, Tramer M, McQuay H, Nye B, Moore A. Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 Feb.; 104(2): 169-75.
26. Faggian L, Zennaro R, Luppardi T, Ciciarella R, Sannito F, Tirocinio A y cols. Transcutaneous electrical nerve stimulation as treatment of the delivery pain. *Rivista di Ostetricia e Ginecologia.* 1999; 12(1): 39-42.
27. Rammero A, Hanson U, Kihlgren M. Acupuncture for labor pain management: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Nov; 19(85): 1.573-9.
28. Simkin P, O' Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S131-59.
29. Smith CA, Collins CT, Zina AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software LTD. Disponible en: <http://www.update-software.com>

El apoyo en el parto

- Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan las matronas.
- Todas las mujeres tendrían que poder elegir la persona que les proporcionará apoyo social durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga. Las matronas deben respetar los deseos de las mujeres y proporcionarles apoyo físico y emocional.
- El apoyo continuo de la mujer durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de partos vaginales instrumentales y cesáreas; asimismo, las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto.
- En los programas de educación maternal se debe ofrecer a las gestantes instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el trabajo de parto.
- El apoyo continuo y personalizado tiene cuatro elementos básicos: apoyo informativo, apoyo físico o tangible, apoyo emocional y representación.



EL APOYO EN EL PARTO

La preocupación por la humanización en la experiencia del parto y por el incremento de la calidad asistencial ha propiciado que las mujeres, su pareja/familia y los profesionales de la salud se planteen la necesidad de la participación de la pareja/familia en la experiencia del parto. Como consecuencia, se han modificado las normativas existentes en los centros hospitalarios, y en el transcurso de los últimos quince años, se permite y potencia el acompañamiento de la mujer por su pareja en el parto.

Las matronas en las visitas de control de la gestación y/o en los programas de educación para la maternidad proporcionan información o imparten sesiones específicas a las parejas¹ para que asuman



un papel activo en el parto, realizando una labor de acompañamiento^{2, 3}.

Todas las mujeres deberían poder elegir la persona que les dará apoyo social durante el parto, ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amistad. Las matronas deben respetar los deseos de las mujeres y proporcionarles también apoyo físico y emocional⁴.

En España la mayoría de las mujeres decide antes del parto la persona que les acompañará durante este proceso y, por lo general, la persona elegida es la pareja (94%). Asimismo, después del parto manifiestan que están contentas con el apoyo recibido y que volverían a elegir a dicha persona en otro parto. El porcentaje de mujeres que están acompañadas por sus parejas en el parto oscila entre un 87 y 96%^{5, 6}. La mayoría de las parejas refieren la vivencia como agradable y se sienten satisfechas con su labor de acompañante.

Sin embargo, un 87% de las parejas no asiste a cursos de preparación al parto, aunque más de la mitad considera necesaria una preparación específica para ser acompañante. Las mujeres que estuvieron acompañadas durante el parto estuvieron mucho más satisfechas que las que estuvieron solas⁵.

En nuestro medio la mayoría de las parejas participan activamente en el parto, pero en el actual contexto multicultural y étnico, las mujeres pueden requerir otras opciones que deben respetarse. Cada centro asistencial deberá buscar soluciones en función de las necesidades existentes. La figura de la mediadora cultural entrenada podría ejercer una labor importante con las madres inmigrantes que no hablan el idioma y que no están acompañadas durante el parto.

El apoyo continuo de la mujer durante el parto fue objeto de una revisión sistemática⁷ cuyos resul-

tados mostraron que el apoyo continuo intraparto está asociado a:

- una menor utilización de analgesia farmacológica;
- una disminución en el número de partos vaginales instrumentales, así como del número de cesáreas, y un incremento de partos vaginales espontáneos; y
- las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto.

Las mujeres deberían contar con personas próximas y profesionales que las apoyen durante el trabajo de parto y el nacimiento, ya que este apoyo mejora la fisiología del parto y la sensación de confianza materna. Dicho apoyo también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido. La ansiedad durante el parto se asocia con altos niveles de epinefrina (adrenalina), la hormona del estrés, que, a su vez, puede ocasionar una disminución de la contractibilidad uterina, originando un retraso en el progreso del parto^{8,9}, así como con patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal y bajas puntuaciones en el test Apgar. Asimismo, las catecolaminas, al estimular la vasoconstricción, reducen la perfusión del espacio intervelloso y pueden causar bradicardia e hipotensión fetal.

En los programas de educación para la maternidad se debe ofrecer a las gestantes instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el trabajo de parto, como son las respiraciones lentas, técnicas de relajación y cambios de posición, cuya utilidad ha sido demostrada¹⁰. Durante el trabajo de parto las matronas pueden ayudar a las mujeres a utilizar estas estrategias aprendidas.

La presencia continua de las matronas no significa necesariamente un acompañamiento eficaz. Para considerarlo eficaz es necesario que la matrona realice una escucha activa de la mujer.

El apoyo profesional a las mujeres en el parto tiene cuatro dimensiones: apoyo informativo, apoyo físico, apoyo emocional y representación o defensa¹¹.

- Apoyo informativo (AI). Consiste en informar y aconsejar a las mujeres con una terminología que sea comprensible sobre las diferentes actividades que se realizan, su finalidad y sus limitaciones, la evolución del parto y el estado del feto. Se debe evitar comunicar pronósticos que sean poco probables o erróneos.
- Apoyo físico o tangible (AT). Se trata de ofrecer todas aquellas medidas que ayudan a mejorar el confort y la comodidad, como mantener la ropa de la mujer y la cama limpia y seca, facilitar la eliminación de fluidos, mantener la hidratación de la mucosa oral, facilitar la ingesta, u ofrecer la posibilidad de baños o duchas; así como ofrecer medidas de alivio del malestar o dolor como son las técnicas respiratorias, los masajes, la movilidad y los cambios posturales.
- Apoyo emocional (AE). Consiste en la asistencia continuada presencial en el parto, es decir, mantener una actitud empática, amable y paciente, cuidar el lenguaje verbal y no verbal, potenciar la autoconfianza, reforzando y premiando verbalmente la conducta de la mujer, y animarla y tranquilizarla si es necesario¹².
- Representación (R). Se basa en ayudar a que la mujer pueda expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás.

A continuación se detallan un listado de los cuidados proporcionados por las matronas, que las mujeres valoran como más importantes, en una escala del 1 al 10 según la mayor puntuación obtenida entre 10 y 7. En éste se tienen en cuenta las dimensiones del apoyo¹³:

- Favorecer el contacto con el recién nacido (AE).
- Trato respetuoso (AE).
- Transmisión de seguridad y profesionalidad (AE).
- Facilitar la presencia del acompañante elegido (AE).
- Recibir respuestas comprensibles (AI).
- Coordinación de la matrona con el resto de los profesionales (AT).
- Alivio del dolor (AT).
- Mostrar interés por la mujer (AE).
- Atención con prontitud (AT).
- Información del progreso del parto, bienestar del bebé y las actividades realizadas (AI).
- Instrucción en respiración, relajación y pujos (AI).
- Respeto de la intimidad (AE).
- Reconocimiento de los esfuerzos de la mujer (AE).
- Atención personalizada (AE).
- Animar al acompañante a participar (AE).

- Proporcionar comodidad (AT).
- Información al acompañante (AI).
- Ayuda en el inicio precoz de la lactancia materna (AT).
- Familiaridad con el ambiente, aparatos y profesionales (AI).
- Aceptación de la conducta sin culpabilizar (AE).
- Acompañamiento por la matrona (AE).
- Facilitar la libertad de movimientos (AT).
- Ayuda a través del contacto físico (AE).
- Participación en la toma de decisiones (R).
- Facilitar la postura deseada en el expulsivo (AT).
- Presentación de la matrona por su nombre (AI).

Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el prestado por las matronas.

Las referencias a estudios efectuados con doulas como acompañantes del parto no se han incluido a pesar de que en algún país participan en esta tarea. En España esta figura no forma parte de los servicios de atención materno-infantil.

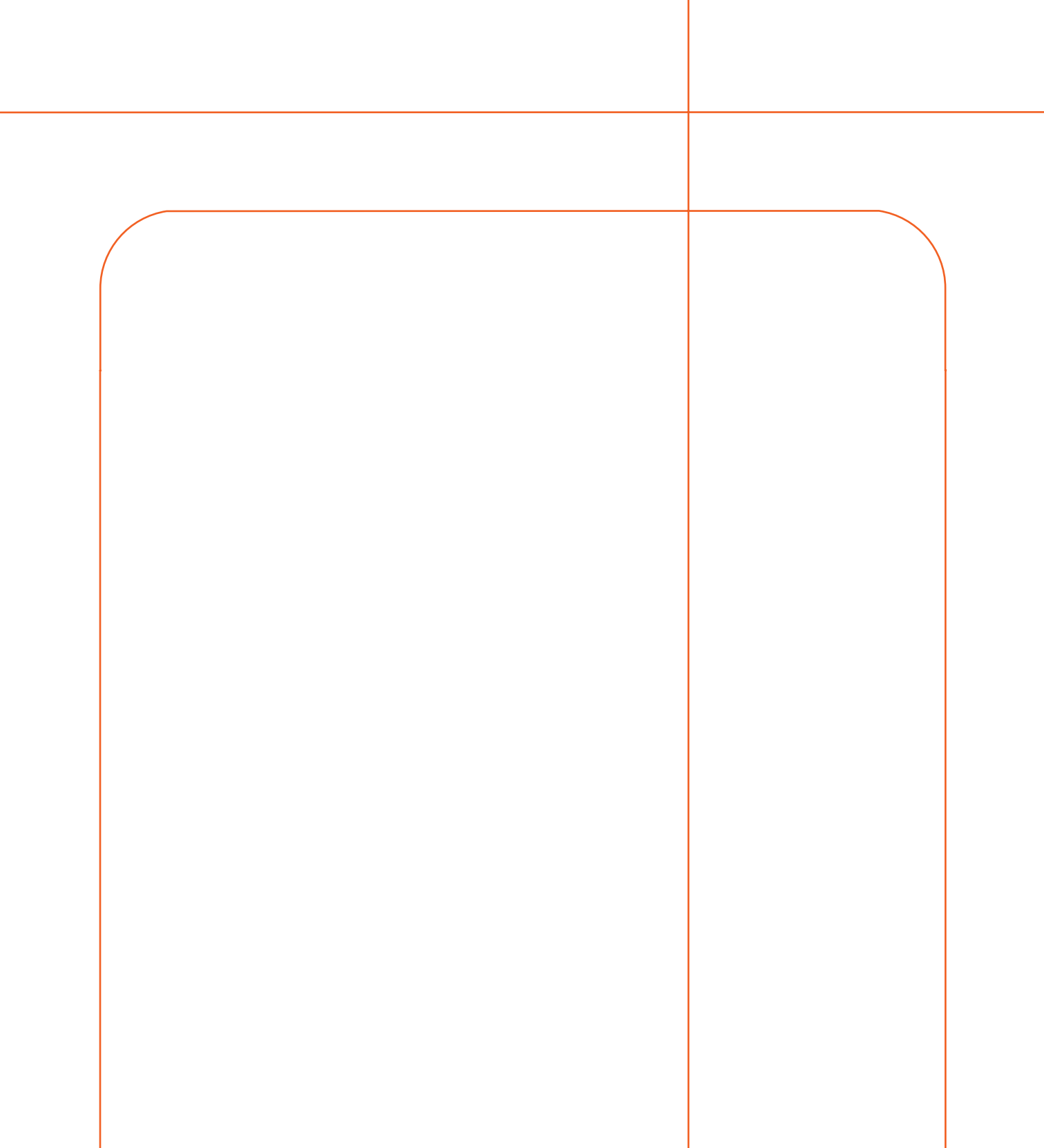


BIBLIOGRAFÍA

1. Paulí Cabezas A. La conducción de grupos en educación para la salud. *Matronas Prof.* 2005; 6(1): 23-9.
2. Pérez Gómez MM. Preparación para la maternidad. *Inquietudes.* 2006 jul-dic; XII(35): 4-9.
3. Linares M, Serrano J, García MC, Bruno A, Ortega MC, Ríos AB y cols. El padre en la experiencia del parto: valoración del acompañamiento a su pareja. *Enferm Univ Albacete.* 1999 oct; 10: 5-11.
4. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E y cols. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3.^a ed. Oxford University Press, 2000.
5. Ibáñez Díaz MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que las atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Prof.* 2004; 5(16): 25-31.
6. Fernández MA, Fernández R, Pavón I, López L. La calidad percibida por el usuario, su relación con la información y la presencia de acompañante en una unidad de paritorios. *Matronas Prof.* 2003; 4(13): 29-34.
7. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 2. Oxford Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Lederman RP, Lederman E, Work BAJr, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1979; 132: 495-500.
9. Cibil LA, Pose SV, Zuspan FP. Effect of 1-norepineph infusion on uterine contractility and cardiovascular system. *Am J Obstet Gynecol.* 1982; 84: 307-16.
10. Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experience. *Birth.* 2003; 30: 189-94.
11. MIDIRS. Support in labour. Informed choice for professionals leaflet. MIDIRS, 2003.
12. Simkin P. Supportive care during labor: A Guide for busy nurses. *JOGNN.* 2002; 31: 721-32.
13. Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G, García Ruiz-Castillo A, Sánchez Perruca MI. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada durante el parto? *Rev Rol Enf.* 2001; 24(4): 290-9.

El periodo expulsivo

- El segundo periodo del parto se divide en dos fases: fase temprana no expulsiva y fase avanzada o expulsiva. No hay evidencia científica que justifique la necesidad de iniciar los pujos antes de que la mujer note la sensación imperiosa de empujar o antes de las 2 horas de descenso pasivo.
- Se recomienda que la mujer puje de forma espontánea cuando sienta el impulso. Pujar espontáneamente dará lugar a unos 4-5 pujos espiratorios cortos con contracción y a glotis abierta. Este tipo de pujos ha demostrado una mejor oxigenación maternofoetal.
- No está demostrada la efectividad de la presión fúndica o Maniobra de Kristeller, la cual puede ser dañina para el útero, el periné o el feto y puede ocasionar molestias para la madre.
- Se recomienda que las mujeres miccionen espontáneamente en vez de practicar el sondaje vesical en el expulsivo.



EL PERIODO EXPULSIVO

El periodo expulsivo es el segundo periodo del parto que se inicia cuando el cuello del útero está totalmente dilatado. Este inicio anatómico puede coincidir o no con la necesidad urgente de pujar o expulsar de la mujer. Se divide en dos fases¹⁻³:

- Fase temprana, no expulsiva o de descanso, que se inicia cuando el cuello uterino está totalmente dilatado.
- Fase avanzada, expulsiva, que comprende desde que la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento.

En el expulsivo el feto está siendo expulsado de la cavidad uterina, lo que produce una retracción del útero y una disminución de la circulación placentaria, por lo que la oxigenación al feto se reduce de forma gradual. Las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación útero-placentaria. Este descenso de la oxigenación fetal se acompaña de acidosis.

La mujer puede sentir la necesidad de pujar antes de estar totalmente dilatada, a los 8 cm; si ésta es la situación, la mujer debería adoptar otra posición en la que se encuentre más cómoda o practicar ejercicios de respiración⁴.

Pujos

Existen dos formas de realizar pujos.

Pujos con maniobra de Vasalva

La mujer se coloca sujetando las rodillas y llevándolas en dirección al pecho, con los codos extendidos. Se instruye a la mujer para que coja gran cantidad de aire, lo mantenga con la boca cerrada y empuje (pujos con la glotis cerrada); esto se repite de tres a cuatro veces con cada contracción, sin emi-

sión de ningún sonido. La maniobra de Vasalva se empezó a utilizar en obstetricia cuando las madres estaban sedadas durante el expulsivo y no sentían el impulso de empujar.

Durante esta maniobra se producen una serie de alteraciones fisiológicas que pueden producir un efecto negativo progresivo en el bienestar fetal:

- Aumento de la presión intratorácica.
- Disminución del retorno sanguíneo de las extremidades inferiores.
- Subida de la presión arterial y posterior bajada.
- Disminución de la pO_2 materno y aumento de la pCO_2 .
- Disminución del riego sanguíneo a la placenta.
- Riego sanguíneo a la placenta con pO_2 y pCO_2 disminuidas⁵.

Pujos espontáneos

En los pujos espontáneos se deja a la mujer que puje libremente cuando ella sienta el impulso. Pujar espontáneamente normalmente desencadena de 3 a 5 pujos espiratorios cortos (4 a 6 segundos) con cada contracción y con la glotis abierta^{6,7}.

Existen dos actitudes en cuanto al momento en que la mujer debe iniciar los pujos:

- Pedir a la mujer que comience los pujos a los 10 cm de dilatación cervical. Este método carece de base científica².
- Esperar a que la presentación fetal descienda pasivamente hasta que la mujer sienta el fuerte impulso de empujar y entonces se alienta a la mujer a seguir sus instintos.

Este impulso involuntario se produce cuando la contracción alcanza 30 mm/Hg de amplitud y la presentación fetal distiende los músculos del suelo pélvico provocando el reflejo de Ferguson, que se

acompaña de la liberación de oxitocina^{1, 8}. Esta oxitocina adicional aumenta la calidad y fuerza de las contracciones, facilitando el pujo.

Se debería permitir el descenso pasivo fetal y los pujos espontáneos no deberían comenzarse hasta la fase avanzada o expulsiva. De esta forma, se deja a la mujer que pujan libremente cuando ella sienta el impulso (figuras 1 y 2).

Si el feto no ha descendido suficientemente después de un periodo de dos horas de descenso fetal pasivo, la mujer es alentada a realizar pujos espontáneos durante las contracciones. No es necesario pedir una duración específica del pujo.

El «descenso pasivo fetal» no ha demostrado ser más efectivo que los pujos realizados una vez diag-

nosticado el comienzo de la fase temprana expulsiva. Sin embargo, el «inicio precoz del pujo» parece tener efectos negativos como⁹⁻¹²:

- Alteraciones hemodinámicas maternas y fetales.
- Efectos negativos en el bienestar fetal, como deceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, hipoxemia y cambios en el equilibrio ácido-base.
- Aumento de la fricción de la presentación fetal con la pared vaginal posterior.
- Lesión de los músculos perineales y los ligamentos uterinos.
- Mayor incidencia de partos instrumentales.

El «descenso pasivo fetal» no ha mostrado ningún efecto adverso en el resultado fetal o neonatal y, por el contrario, sí parece tener algunos beneficios¹³:



Figura 1. Pujos espontáneos de rodillas



Figura 2. Pujos espontáneos en la banqueta de partos

- Mayor tasa de partos espontáneos.
- Menos fatiga o cansancio materno.
- Menos traumatismos perineales.
- Mayor protección del suelo pélvico.
- Menor tasa de incontinencia y prolapso de órganos pélvicos en el futuro.

No existen estudios que sostengan que es beneficioso instruir a las mujeres a no emitir ningún ruido o grito, ni a expulsar aire mientras empuja en la fase expulsiva, ni a empujar con una fuerza o duración determinada^{4, 14-16}. Tampoco hay evidencia científica que sugiera la necesidad de instruir a una mujer cuándo y cómo debe pujar.

La práctica de pujos dirigidos a glotis cerrada es perjudicial¹⁷, por lo que la OMS ha recomendado la eliminación de esta práctica³.

A las mujeres se les debe dar la confianza necesaria para que sigan sus propios instintos. Si la conducta materna y los instintos se respetaran, la gran mayoría de los partos progresaría de forma fisiológica¹⁸.

Maniobra de Kristeller o presión fúndica

En el informe de la OMS sobre las prácticas en el parto normal, la práctica de ejercer presión en el fondo uterino durante la segunda fase del parto, con el fin de acortarla, está clasificada dentro de la categoría C (prácticas de las que no existe una clara evidencia y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema).

En este informe se establece la hipótesis de que la maniobra de Kristeller se utiliza con demasiada frecuencia sin estar demostrada su efectividad, y que pudiera ser dañina para el útero, el periné o el feto y acarrear molestias para la madre¹⁹.

Sondaje vesical

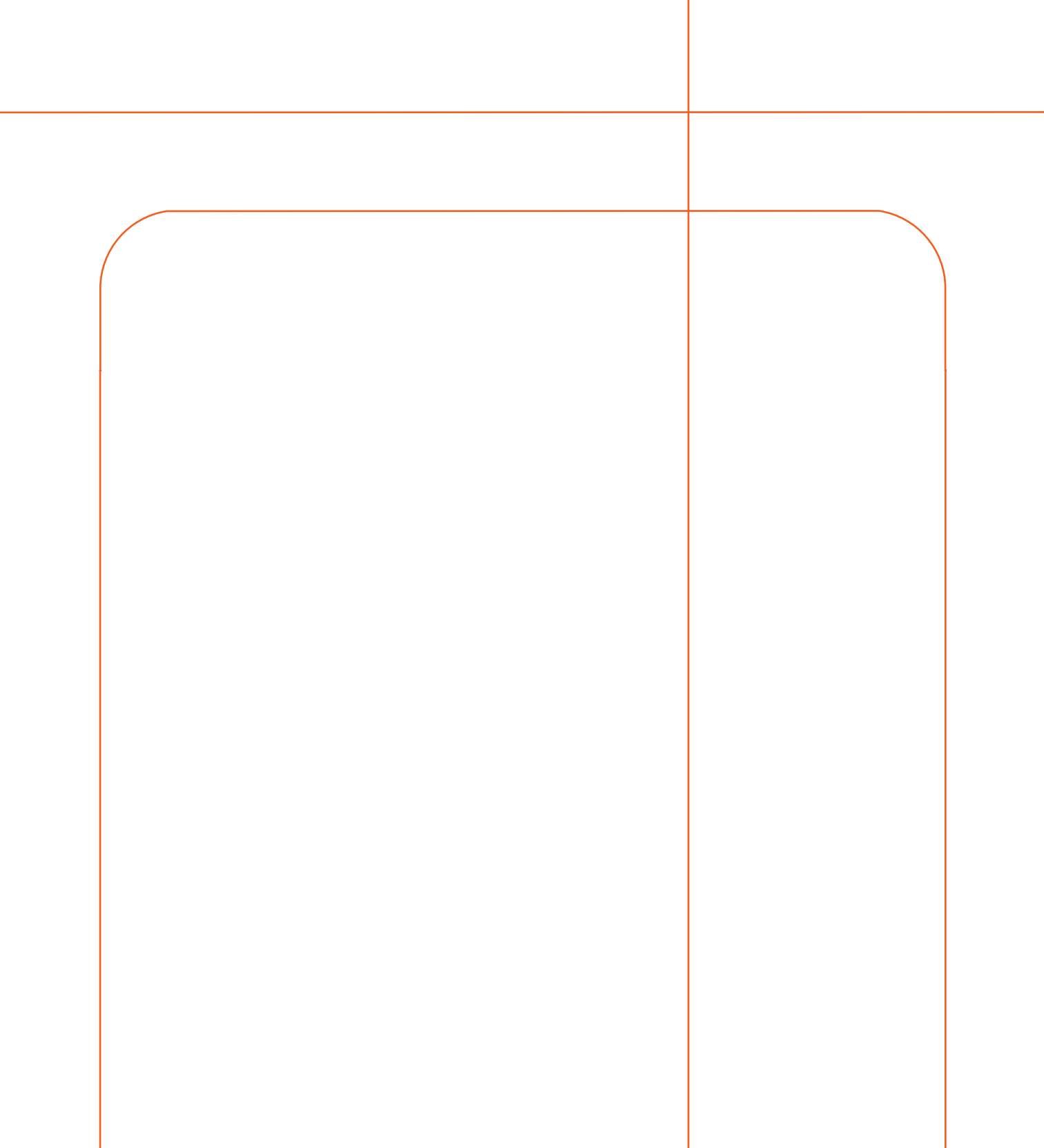
Al iniciar el periodo expulsivo se debe preguntar a la mujer si desea miccionar y/o valorar la existencia de globo vesical. Siempre que sea posible la mujer miccionará de forma espontánea, por lo que hay que evitar la cateterización vesical. Este sondaje carece de sentido si se permite a las mujeres deambular libremente y utilizar el baño cuando lo precisen. Además, hay que tener en cuenta que esta práctica es molesta para la mujer y que no está exenta de riesgos, ya que puede lesionar la uretra (es muy difícil la cateterización vesical con la presentación fetal baja) y aumenta el riesgo de infección de orina¹⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Long L. Redefining the second stage of labour could help to promote normal birth. *Br J Midwifery*. 2006 Feb; 14(2): 104-6.
2. Roberts JE. The "push" for evidence: Management of the second stage. *J Midwifery Women Health*. 2002; 47(1): 2-15.
3. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
4. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E y cols. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3.^a ed. Oxford University Press, 2000.
5. Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E, Poseiro JJ, Lafaurie N, Kettenhuber K y cols. The bearing-down efforts and their effects on fetal heart rate, oxygenation and acid base balance. *J Perinat Med*. 1981; 9 Suppl 1: 63-7.
6. Parnell C, Langhoff-Roos J, Iverson R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labour: A randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993; 72(1): 31-5.
7. Thomson A. Pushing in the second stage of labour: a randomised controlled trial. *J Adv Nurs*. 1993; 18: 171-7.
8. Chalk A. Spontaneous versus directed pushing. *Br J Midwifery*. 2004; 12(10): 626-30.
9. Mayberry LJ, Hammer R, Kelly C, True-Driver B, De A. Use of delayed pushing with epidural anesthesia: Findings from a randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 1999; 19(1): 26-30.
10. Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labour on fetal well-being: A randomized clinical trial. *Nurs Res*. 2005; 54(3): 149-57.
11. Sampsel CM, Miller JM, Luecha Y, Fischer K, Rosten L. Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005 Nov-Dec; 34(6): 695-702.
12. Schaffer JJ, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labour on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May; 192(5): 1692-6.
13. Sampsel C, Hines S. Spontaneous pushing during birth - relationship to perineal outcomes. *J Nurs Midwifery*. 1999; 44(1): 36-9.
14. Roberts J, Woolley D. A second look at the second stage of labour. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25(5): 415-23.
15. Fitzpatrick M, Harkin R, McQuillan K, O'Brien C, O'Connell PR, O'Herlihy C. A randomised clinical trial comparing the effects of delayed versus immediate pushing with epidural analgesia on mode of delivery and faecal continence. *BJOG*. 2002; 109: 1.359-65.
16. Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labour with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 182(5): 1.165-72.
17. Thomson AM. Pushing techniques in the second stage of labour. *J Adv Nurs*. 1993; 18: 171-7.
18. Downe S. Rebirthing midwifery. *RCM Midwives*. 2005 Aug; 8(8): 346-9.
19. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.

Posiciones en el expulsivo

- Se debe dejar que las mujeres adopten la posición en el parto que sea más cómoda para ellas.
- Hay que favorecer la utilización de posiciones verticales.
- En caso de que la mujer desee parir en una cama, se emplearán las camas normales o la cama obstétrica automatizada evitando la posición de litotomía.
- Las matronas deben ser expertas en asistir partos en diferentes posiciones y deben asesorar a las mujeres sobre la posición que más les conviene.



POSICIONES EN EL EXPULSIVO

La posición que adoptan las mujeres durante el parto responde a diferentes factores, especialmente de tipo cultural, por lo que parece difícil determinar cuál sería la conducta instintiva de las mujeres que habitan en países desarrollados. No obstante, en mujeres que viven en zonas menos desarrolladas y que no están tan influidas por la «tecnología» en el parto, se puede observar cómo adoptan posiciones más «fisiológicas», buscando la verticalidad: de pie, cuclillas, cuadripedia o de rodillas, (figuras 1-3).

Se debe dejar que las mujeres tengan el parto en la posición más cómoda para ellas¹.

Sería conveniente abandonar el uso de la mesa obstétrica tradicional para los partos normales, y podría usarse una cama normal en caso de que la mujer elija parir en la cama^{2, 3} o utilizar las nuevas camas obstétricas articuladas automatizadas que permiten diferentes posiciones (figura 4) Una de las posiciones que se utiliza es la de Sims o decúbito lateral (figura 5).

Se ha demostrado que las posiciones verticales en el expulsivo tienen beneficios evidentes¹⁻⁴. Por ello, si la mujer lo elige durante el parto, se debería favorecer la posición vertical y evitar el uso de la posición supina, particularmente la de litotomía. Sin embargo, en las posiciones verticales parece produ-



Figura 1. Posición vertical de pie



Figura 2. Posición vertical de cuclillas

cirse un aumento del sangrado estimado y un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado.

En general, las posiciones alternativas a las supinas presentan una serie de ventajas evidentes, especialmente sobre la de litotomía:

- Acortamiento del segundo periodo del parto⁵⁻⁹. En estas posiciones la mecánica del parto se ve favorecida por la ampliación de los diámetros de la pelvis y por la utilización de la gravedad, y ello sucede tanto en mujeres primíparas como multíparas.
- Disminución del dolor y la necesidad de analgesia^{1,6,9-11}. La posibilidad de que la mujer pueda elegir la posición en que le resulta más cómoda estar, así como cuándo y cómo iniciar los pujos, aumenta el

flujo de endorfinas y disminuye la sensación dolorosa. Las posiciones verticales, sentadas y de rodillas, parecen reducir el dolor lumbar de las contracciones y disminuyen la necesidad de analgesia.

- Mejora de la dinámica uterina^{8, 10, 12, 13}. Con las posturas verticales aumentan la frecuencia y la eficacia de las contracciones uterinas. La oxitocina se segrega en forma de pulsos por el mecanismo reflejo relacionado con la estimulación del cuello uterino durante el parto (efecto Ferguson-Harris). Cuando la mujer adopta cualquier posición vertical, se produce una mejor presión de la presentación fetal sobre el cuello del útero, mientras que en las posiciones horizontales, la presen-



Figura 3. Posición vertical de rodillas



Figura 4. Posición semisentada en cama obstétrica

tación suele tener que remontar el promontorio del sacro.

- Disminución de partos instrumentales y cesáreas. Las posiciones verticales mejoran la estática fetal, disminuyen el porcentaje de malposiciones de la cabeza fetal y favorecen un mejor alineamiento de la cabeza fetal. Además, las posiciones verticales (especialmente las de cuclillas y cuadrupedia) incrementan los diámetros pélvicos.
- Menor porcentaje de patrones anómalos de la frecuencia cardíaca fetal por una disminución en el riesgo de compresión de los grandes vasos de la pelvis y una mejor oxigenación fetal.
- Una disminución en el porcentaje de episiotomías.

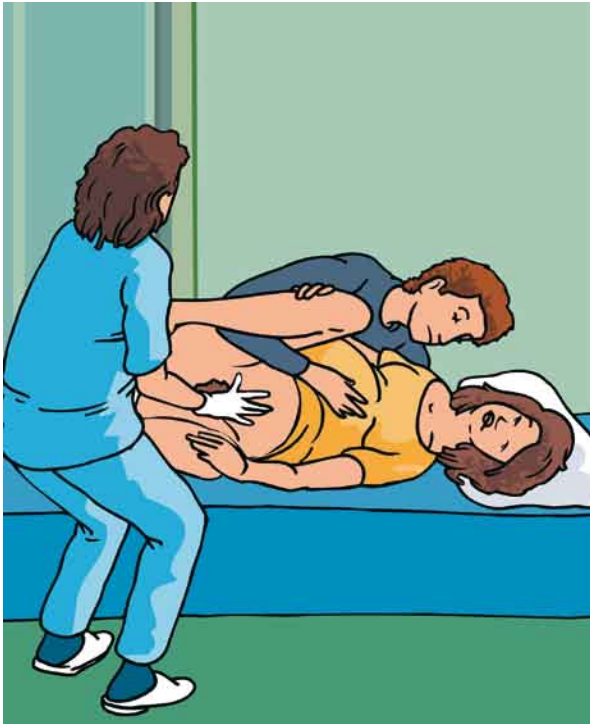


Figura 5. Posición lateral o Sims

En un reciente informe publicado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹⁴, si bien no se encontraron diferencias importantes entre las diferentes posiciones para el parto en diferentes parámetros maternos y fetales, sí se establecieron diferencias significativas en cuanto a la satisfacción materna y a la elección de la posición vertical para partos sucesivos.

Para las mujeres de nuestro medio es difícil adoptar posiciones «alternativas»¹⁵ a las que tradicionalmente han visto como «normales», y para los profesionales que asisten los partos es necesaria una formación específica para aprender a asistir partos en diferentes posiciones, así como los beneficios y las desventajas de cada posición (tabla 1).

Sería conveniente mostrar a las mujeres durante la gestación, mediante gráficos, las diferentes posiciones que pueden adoptar, así como las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de las diferentes posiciones para el expulsivo

Posiciones para el expulsivo		Ventajas	Inconvenientes
Vertical	De pie	Mayores diámetros pélvicos < Partos instrumentales < N.º de episiotomías < Dolor expulsivo < Patrones anormales en el FCF > Libertad de movimientos Ayuda de la gravedad Contracciones de mayor intensidad	> Desgarros perineales Sobrestimación del sangrado
	Cuclillas	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie En nulíparas: más traumas y mayor incidencia desgarros grado III Resultados perineales más desfavorables para las nulíparas
	Silla de partos	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie
4 apoyos (cuadrupedia)	Manos-pies	Favorece la rotación fetal en presentaciones posteriores Favorece el descenso fetal Menores traumas perineales	Rechazo cultural de la mujer
	Manos-rodillas		
Decúbito lateral (Sims)		Tasa más alta de periné intactos Mejores resultados perineales Previene el síndrome de compresión de la vena cava Más libertad de movimientos Mayor intensidad y menor frecuencia de las contracciones	
Semisentada		Abre el estrecho pélvico Mejor para el dolor lumbar que la posición de litotomía Adecuada para el uso de epidural	Uso parcial de la gravedad
Litotomía		Adecuado para partos instrumentales Comodidad del profesional Facilidad para la colocación del RCTG	Más episiotomías Menor libertad de movimientos Cierra el estrecho inferior

FCF: frecuencia cardiaca fetal; RCTG: registro cardiotográfico.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, van der Westhuisen S, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour . *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 May; 104(5): 567-71.
2. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001; 28: 202-07.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. Carreras I. Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. *Evidentia*. 2005 sept-dic; 2(6). En: <http://www.index-f.com/evidential/n6/139articulo.php>
5. Liu YC. The effects of the upright position during childbirth. *J Nurs*. 1989; 21(1): 14-8.
6. Gardosi J, Hutson N, B-Lynch C. Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. *Lancet*. 1989 Jul; 8(2):74-7.
7. Gardosi J, Hutson N, Lynch CB. Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. *Lancet*. 1989; 2: 74-7.
8. Bomfim-Hyppolito S. Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. *J Gynaecol Obstet*. 1998 Dec; 63(1): 67-73.
9. Allahbadia GN, Vaidya PR. Squatting position for delivery. *J Indian Medical Association*. 1993; 90(1): 13-6.
10. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wien Klin Wochenschr*. 2003; 115(19-20): 720-3.
11. Waldenstrom U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage of labor. *Birth*. 1991 Mar; 18(1): 5-10.
12. Gardosi J, Sylvester S, Lynch CB. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989; 96: 1.290-6.
13. Chen SZ, Aisada K, Mori H, Kigawa T. Effects of position on uterine activity during labor. *J Obstet Gynaecol*. 1987; 69(1): 67-73.
14. Cuerva Carvajal A, Márquez Calderón S. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2006. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA.
15. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*. 2002; 29(1): 18-27.

Cuidados del periné

■ El masaje perineal durante la gestación es efectivo para reducir el trauma perineal y las episiotomías.

■ No hay evidencia de que el estiramiento o masaje perineal en el expulsivo aporte algún tipo de beneficio.

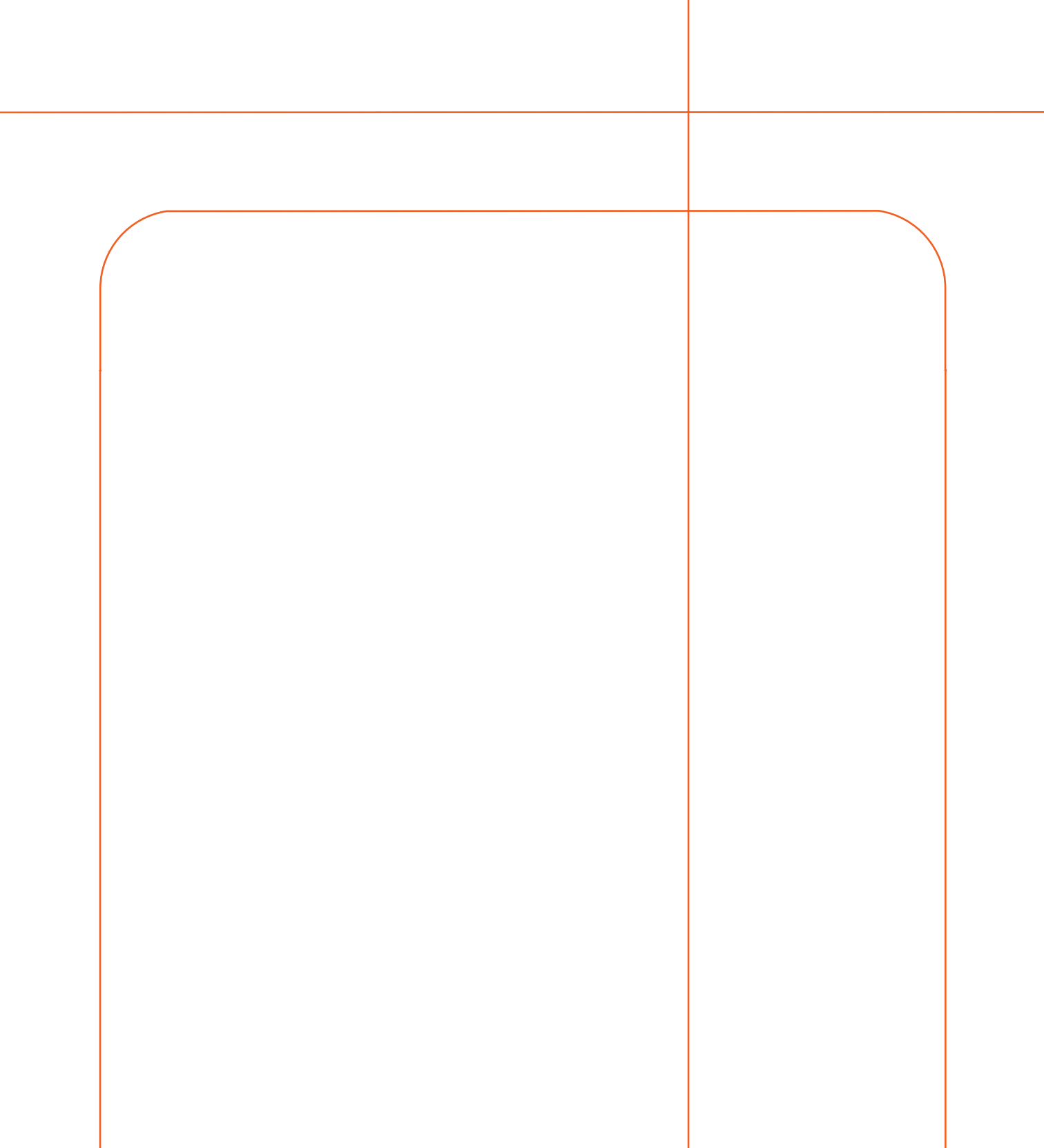
■ Existen dos métodos de cuidado del periné en el expulsivo:

- La conducta de protección activa del periné: una mano ejerce presión sobre el periné, mientras que la otra sujeta la cabeza para que ésta salga suavemente, y se maneja de forma activa la salida de los hombros.

- La conducta expectante: se mantienen las manos preparadas, pero sin tocar la cabeza fetal y se espera la salida espontánea de los hombros.

No existen diferencias en los resultados a excepción del incremento de episiotomías en la conducta activa. El profesional que atiende el parto debería emplear uno u otro dependiendo de su habilidad y de la elección informada de la mujer.

■ La sutura continua tiene más beneficios que los puntos sueltos. Deberían utilizarse siempre suturas de absorción rápida.



CUIDADOS DEL PERINÉ

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural¹⁻³.

Masaje perineal prenatal

No existe evidencia científica de que los masajes perineales y estiramientos del periné con lubricante hidrosoluble en el expulsivo tengan efectos beneficiosos⁴⁻⁶ relacionados con la integridad del periné, los traumatismos perineales, el dolor, las relaciones sexuales o la incontinencia urinaria o fecal posterior, aunque tampoco se ha demostrado que sean perjudiciales⁷.

El masaje perineal en el embarazo, con aceite de almendras dulces durante 5-10 minutos, al menos unas cuatro semanas antes del parto y una o dos veces por semana, ayuda a reducir el traumatismo perineal en el parto, principalmente las episiotomías, y también el dolor posterior continuo. Este efecto es más importante en mujeres nulíparas⁸.

La práctica del masaje perineal en el embarazo es bien aceptada por las mujeres⁸, aunque en la primera semana algunas mujeres pueden tener algunas molestias o dificultades en la técnica del masaje que luego desaparecen. En un estudio de opinión de las mujeres respecto al masaje perineal prenatal, la mayoría lo recomendaría a otras mujeres y lo repetiría en gestaciones posteriores⁹.

Paridad

Al aumentar la paridad disminuye el riesgo de traumatismo perineal en el parto, incluso de episiotomías, por tanto éste se produce con más frecuencia en mujeres primíparas^{1, 4, 10}.

Posición en el expulsivo

La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal¹⁻³:

- En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%).
- Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas.
- En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos).
- Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53%) y la tasa más baja de perinés intactos (<42%) se dan en la posición de cuclillas para las nulíparas. También en nulíparas se produce la tasa más alta de desgarros de tercer grado (3,2 comparado con el 0,9% del total).

Por tanto, las posiciones menos lesivas para el periné en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo. Sin embargo, puesto que en las revisiones efectuadas los resultados no son concluyentes, se debe dejar a la mujer elegir la postura en la que se encuentre más cómoda.

El profesional que asiste el parto

Dependiendo de la pericia y la tendencia del profesional que atiende el parto, existe mayor probabilidad de lesión perineal, ya que el uso de la episiotomía está asociado en gran medida a estos factores¹¹. Si el profesional que atiende el parto está asociado a una alta tasa de episiotomías (>40%), aumenta la probabilidad de tener otra episiotomía o lesión perineal en los partos que atiende, mientras que si presenta una tasa baja de episiotomías (<40%), existen más posibilidades de que la mujer conserve un periné íntegro.

No existen diferencias en los desgarros de tercer y cuarto grado en relación con la categoría del profesional que atiende al parto¹². Una política de práctica selectiva de episiotomías reduce las lesiones perineales y la necesidad de suturas¹³.



Además de la categoría profesional del asistente al parto, existen diferencias según tendencias en hospitales y países. De tal manera que en un hospital español donde se realizan episiotomías de forma sistemática, éstas pueden afectar al 88,2% de las mujeres con parto eutócico; sin embargo, en otro hospital español la tasa es de un 18% en partos vaginales espontáneos¹⁴. Mientras que en Inglaterra las episiotomías pueden afectar al 16% del total de partos y, en Estados Unidos, al 38,6%¹⁵.

La episiotomía

Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal^{16, 17}. Un porcentaje del 10% de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar¹⁸.

Entre los beneficios de esta práctica se encuentra el hecho de que previene el traumatismo perineal anterior, y entre sus inconvenientes¹⁰:

- Mayor lesión perineal y sus secuelas.
- No previene la debilidad de la musculatura del suelo pélvico y sus secuelas.
- No protege al feto de la asfixia intraparto.
- Aumenta la pérdida sanguínea de la mujer.
- Incrementa la profundidad media de los desgarros perineales posteriores.
- Aumenta el riesgo de lesión al esfínter anal.
- Incrementa los problemas de cicatrización y el dolor en los primeros días posparto.

En función de los datos anteriores, se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía únicamente en las indicaciones maternas o fetales siguientes:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Parto vaginal complicado.
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos

o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores mal curados.

En una revisión de la Biblioteca Cochrane sobre episiotomía en el parto vaginal se concluyó que su uso restrictivo se asocia a un menor riesgo de morbilidad incluyendo los traumatismos perineales posteriores, la necesidad de sutura y las complicaciones en la cicatrización dentro de los siete primeros días. No existieron diferencias en cuanto a los traumatismos vaginales o perineales graves, el dolor, la dispareunia o la incontinencia urinaria. Se obtuvieron resultados similares con los dos tipos de episiotomías, mediolateral y media. Por tanto, se recomienda un uso restrictivo de la episiotomía, utilizando la técnica más conocida por el profesional que asiste el parto¹⁷.

Macrosomía fetal

El peso del recién nacido no está relacionado con la práctica de episiotomías en el parto vaginal espontáneo¹³. Sin embargo, la macrosomía fetal o el diámetro biparietal grande aumentan el riesgo de traumatismo perineal o de episiotomía^{1, 12}.

El tiempo de expulsivo

El expulsivo prolongado es un factor predisponente a la práctica de episiotomía en los partos vaginales espontáneos, independientemente del profesional que asiste el parto en estos casos¹².

Analgesia epidural

El uso de analgesia epidural no incrementa el riesgo de tener que practicar una episiotomía, aunque, a veces, puede llevarse a cabo debido a la impaciencia del profesional que asiste el parto¹².

Métodos de cuidados del periné en el expulsivo

En un estudio realizado en Inglaterra con 5.316 mujeres, se compararon dos técnicas de cuidados del periné durante el expulsivo¹⁹:

- *Hands on* o conducta de protección activa del periné: una mano ejerce presión sobre el periné mientras que la otra sujeta la cabeza para que ésta salga suavemente, y se maneja de forma activa la salida de los hombros.
- *Hands poised* o conducta expectante: se mantienen las manos preparadas, pero sin tocar la cabeza fetal, y se espera la salida espontánea de los hombros.

En este estudio sólo se establecieron diferencias significativas en cuanto a la reducción del dolor a los ocho días posparto en las mujeres a quienes se había protegido el periné. No existieron diferencias en cuanto a la localización y la gravedad del traumatismo perineal en ambos grupos.



En otro estudio realizado en 1.076 mujeres en que se comparaban ambos métodos, su autor no encuentra diferencias estadísticamente significativas de lesión perineal entre los dos grupos, pero considera que existe un aumento de episiotomías y desgarros de tercer grado en el grupo de protección del periné (*hands on*). Considera que la isquemia provocada por la intervención manual de los tejidos del periné es un factor de riesgo importante en los desgarros perineales graves¹.

Se recomienda la realización de más estudios para determinar qué método ofrece más beneficios¹⁹. Y el profesional que atiende el parto debería utilizar uno u otro dependiendo de la habilidad y la elección informada de la mujer.

Existen diversas técnicas para disminuir el dolor en el parto espontáneo y su posterior sutura, pero se deberían elaborar más estudios para demostrar su efectividad²⁰.

- Métodos no farmacológicos: paños calientes (utilizados en un 33% de las unidades maternas), paños fríos (utilizados en un 21% de las unidades

maternas) y masaje perineal con crema (utilizado en un 52% de las unidades maternas).

- Métodos farmacológicos: anestésicos locales (lidocaína, lidocaína + adrenalina, prilocaína).

En cuanto a la sutura de episiotomías o desgarros²¹⁻²⁴:

- Los materiales sintéticos reabsorbibles son mejores (disminución del dolor).

- La sutura intradérmica de la piel en los desgarros de primer y segundo grado y en las episiotomías reduce el dolor a corto plazo.

En cuanto al hecho de dejar sin suturar la piel de los desgarros de primer y segundo grado que no presentan sangrado, se precisan más estudios que clarifiquen cuál es la mejor forma de actuar²⁵. Si bien el hecho de no suturar la piel no parece tener incidencia en las infecciones, la necesidad de resuturar posteriormente o la incontinencia. Además las mujeres presentan una disminución del dolor en los días siguientes al parto y dispaurenia posteriormente²⁶.

Es necesario planificar estrategias con los profesionales y las mujeres para disminuir la práctica sistemática de la episiotomía^{27, 28}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabi M, Kaider A, Wagenbichler P y cols. Traditional care of the perineum during birth. *J Reprod Med.* 2002 Jun; 47(6): 477-82.
2. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth.* 2002 March; 29(1): 18-27.
3. Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre los distintos parámetros en el proceso del parto. *Matronas Prof.* 2005; 6(4): 9-12.
4. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(3): 464-71.
5. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E y cols. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3.^a ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
6. Stamp G, Kruzins G, Crowter C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *Br Med J.* 2001; 322: 1.277-80.
7. McCandlish R. Cuidados del perineo durante el periodo expulsivo del parto. *Matronas Prof.* 2001; 6: 9-12.
8. Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
9. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *Br J Obstet Gynaecol.* 2001 May; 108(5): 499-504.
10. Woolley, RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstet Gynecol Surv.* 1995 Nov; 50(11): 806-20.
11. Low LK, Seng JS, Murtland TL, Oakley D. Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. *J Midwifery Womens Health.* 2000 Mar-Apr; 45(2): 87-93.
12. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2000 Aug; 96(2): 214-8.
13. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Ginecol.* 2004; 47(9): 414-22.
14. Margaix L, Peransi P, Ros MV, Carreguí S. Revisión de la práctica de la episiotomía en la atención al parto en el Hospital de la Plana desde 2002 al 2005. Póster presentado en el Congreso Nacional de matronas de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia y la FAME. Cartagena, 2006.
15. Montenegro Alonso MS, Blanco Nieves I, Pereiro Bangueses MA, Barro Rochela E, Rico Padín B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Matronas Prof.* 2005; 6(1): 30-2.
16. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.
17. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
18. Sleep J, Grant A, Garcia J y cols. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984; 298: 587-690.
19. McCandlish R, Bowler U, Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L y cols. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Dec; 105(12): 1.262-72 .

20. Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery*. 2005; 21: 154-60.
21. Green J, Coupland V, Kitzinger J. *Great expectations. A prospective study of women's expectations and experiences of childbirth*. Cheshire: Books for Midwives, 1998.
22. Kettle C. Perineal care. *Clin Evid*. 2005 Jun; (13): 1.780-95.
23. Kettle C, Johanson RB. Suturas continuas versus suturas interrumpidas para la reparación del periné (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
24. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 359: 2.217-23.
25. Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Apr; 105(4): 435-40.
26. Grant A, Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S. The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *BJOG*. 2001 Jan; 108(1): 34-40.
27. Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán JM. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002; 62(2): 115-21.
28. McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment. *J Midwifery Womens Health*. 2001 Nov-Dec; 46(6): 396-401.

El alumbramiento

■ Existe evidencia de que el manejo activo del alumbramiento en comparación con el fisiológico conlleva un menor índice de hemorragia posparto, menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas.

■ Las matronas deben estar capacitadas con los conocimientos, las habilidades y el juicio crítico para el manejo activo de esta etapa del parto, y también deben estar capacitadas para practicar con habilidad ambas modalidades de alumbramiento: el activo y el fisiológico.

■ El manejo activo del alumbramiento puede incluir las siguientes acciones:

- administración de uterotónicos antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé,
- aplicar tracción controlada del cordón umbilical, y
- aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según sea apropiado. →

■ El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos. El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes:

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.

■ Debería facilitarse un ambiente adecuado para el primer contacto madre-hijo/hija y la liberación de oxitocina endógena, pudiendo así obtener su pico máximo; de esta forma madre e hijo/hija podrían beneficiarse de los efectos de ésta, tanto a nivel fisiológico como conductual.

EL ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales. La expulsión del feto y la aparición de contracciones uterinas concomitantes originan una sensible reducción del tamaño del útero. Por este mecanismo la superficie interna del cuerpo del útero disminuye, mientras que la superficie de la placenta mantiene su tamaño, lo que provoca que ésta se combe y se separe de la pared uterina a través de la decidua esponjosa. Se produce una contracción y retracción del miometrio y un efecto de colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formándose las ligaduras vivientes de Pinard¹.

El engrosamiento del sitio de la placenta de la pared uterina y las contracciones son las principales fuerzas impulsoras en el proceso de separación placentaria. A veces, se origina un hematoma entre la placenta que se separa y la decidua restante, como resultado de la separación; sin embargo, es posible que este hematoma acelere el proceso de separación. No obstante, en la actualidad, no existe suficiente evidencia sobre la fisiología de la separación placentaria².

El grado de pérdida de sangre depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de las contracciones uterinas alrededor del lecho placentario durante y después de la separación¹. Si los músculos no se contraen lo suficiente, puede ocurrir una hemorragia posparto (HPP) cuya causa más frecuente es la hipotonía uterina.

La hemorragia grave, dentro de las primeras 24 horas después del parto, es la causa más importante de muerte materna en todo el mundo. Estas

situaciones son frecuentes en los países de escasos recursos donde la mortalidad materna es aproximadamente 100 veces mayor que en los países de grandes recursos³.

Se han realizado intentos para identificar a las mujeres con factores de riesgo de HPP por atonía uterina, basados en los antecedentes o en factores clínicos, y se han planificado acciones para este presumible grupo de mujeres de alto riesgo. Desafortunadamente la HPP por atonía incluso puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo. Numéricamente tienen atonía uterina más mujeres sin factores de riesgo que las mujeres que los presentan. Para lograr la prevención de la HPP por atonía, las intervenciones se deben dirigir a todas las mujeres en el parto⁴.

En función de la evidencia disponible, la ICM y la FIGO formularon dos declaraciones conjuntas sobre la prevención, el manejo y el tratamiento de la hemorragia posparto en los años 2003 y 2006^{5, 6}. Posteriormente, la OMS ha publicado las recomendaciones para la prevención de la hemorragia posparto⁴. Se ha comprobado que el manejo activo del alumbramiento en comparación con el fisiológico conlleva un menor índice de hemorragia posparto, menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas^{7, 8}.

Las matronas deben estar capacitadas con los conocimientos, las habilidades y el juicio crítico para el manejo activo de esta etapa del parto⁵, y también deben estar capacitadas para practicar con habilidad ambas modalidades de alumbramiento: el activo y el fisiológico⁹.

Alumbramiento dirigido. Manejo activo

La conducta activa puede incluir las siguientes acciones^{4, 5}:



- Administración de uterotónicos antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé,
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, y
- Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según sea apropiado.

Los métodos de manejo activo según la ICM y la FIGO son⁴:

Manejo de los fármacos uterotónicos

- Se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s)

dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, e inyectar 10 unidades de oxitocina intramuscular (i.m.). Entre los fármacos uterotónicos la oxitocina es la preferida porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse en todas las mujeres¹⁰.

- Cuando no haya oxitocina disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos, como la ergometrina 0,2 mg i.m., sintometrina (1 ampolla) i.m. o misoprostol 400-600 µg oralmente. Los efectos secundarios derivados de la ergometrina son la hipertensión, las cefaleas, las náuseas y los vómitos. La administración de misoprostol debe reservarse para situaciones en las que no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergóticos inyectables.

- Los fármacos uterotónicos requieren un almacenamiento adecuado:

- Oxitocina: 15-30°C. El mejor método de almacenamiento de este fármaco es la refrigeración pero puede almacenarse a temperaturas de hasta 30°C hasta tres meses sin gran pérdida de su potencia, y se debe evitar la congelación.

- Ergometrina: 2-8°C. Requiere protección de la luz y evitar que se congele.

- Misoprostol: Tiene que mantenerse a temperatura ambiente, en un recipiente cerrado.

Tracción controlada del cordón umbilical

- Pinzar el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que cesen las pulsaciones en un recién nacido saludable) y sostenerlo en una mano.

- Colocar la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y estabilizar el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical. Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).

- Durante la contracción uterina fuerte, animar a la madre a pujar y, con mucho cuidado, tirar hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continuar aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.

- Si la placenta no desciende y es expulsada en los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no hay que continuar traccionando:

- Sostener el cordón cuidadosamente y esperar a que el útero esté bien contraído de nuevo.

- Durante la siguiente contracción, repetir la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario.

- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sostenerla con las dos manos y voltearla con

cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Traccionar lentamente para extraerla por completo.

- No se debe realizar una tracción del cordón umbilical sin efectuar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

Masaje uterino

- Practicar el masaje inmediatamente en el fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.
- Asegurarse de que el útero no se relaje después del masaje uterino.

Alumbramiento fisiológico. Conducta expectante

El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos¹¹.

El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes⁶:

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.
- No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, o previa a las señales de separación de la placenta, ya que esto podría causar una separación parcial de la placenta, una ruptura del cordón, sangrado excesivo e inversión uterina.

Se debería facilitar un ambiente adecuado para el primer contacto madre-hijo/hija y la liberación de oxitocina endógena, para obtener así su pico máximo; de esta forma, madre e hijo/hija podrían beneficiarse de los efectos de ésta, tanto a nivel fisiológico como conductual¹² (figura 1).

Deberían desarrollarse más estudios aleatorios, controlados, en poblaciones de bajo riesgo que comparen los beneficios y riesgos de las dos conductas, así como estudios que valoren de forma individualizada cada acción (uso uterotónicos, tracción controlada y masaje activo).

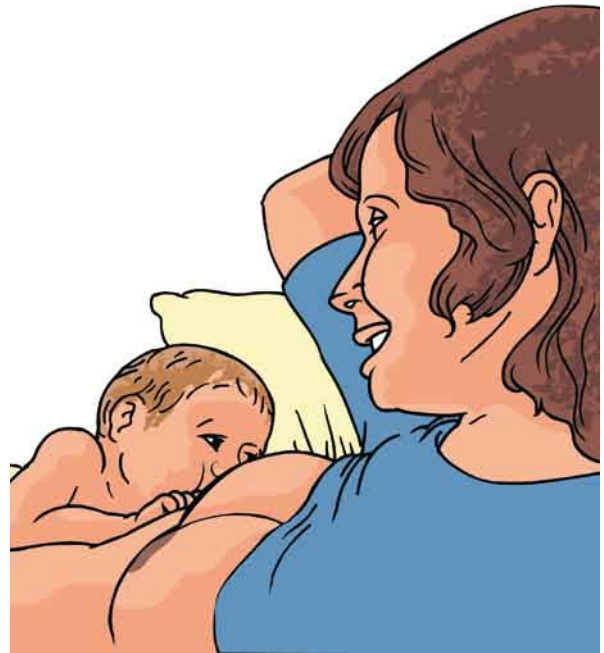


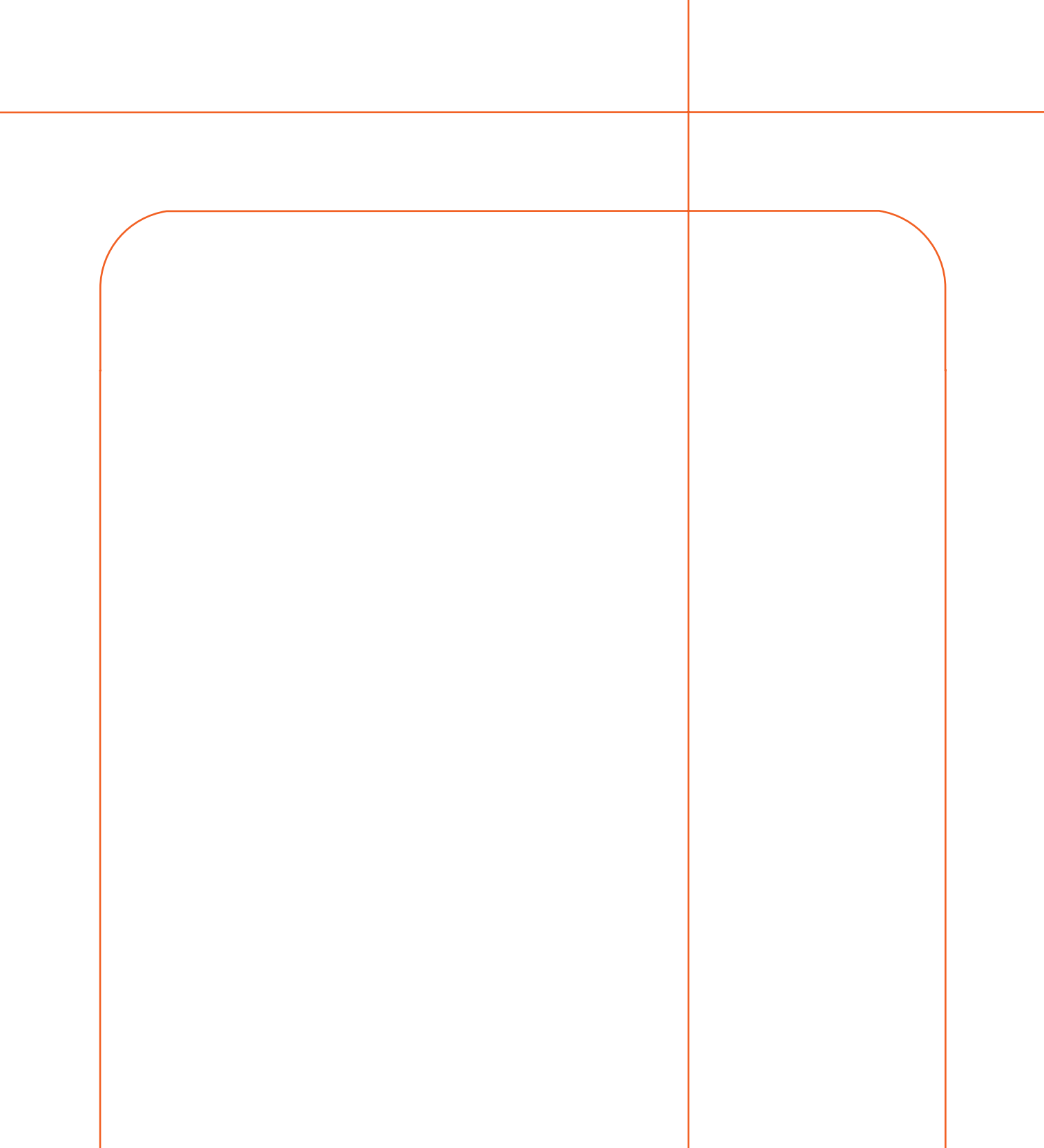
Figura 1. Succión del bebé

BIBLIOGRAFÍA

1. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
2. Soltani H, Dickinson F, Symonds I. Drenaje del cordón placentario después del parto vaginal espontáneo como parte del tratamiento de la etapa expulsiva del parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
3. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia posparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. WHO. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Making Pregnancy Safer. Ginebra: WHO, 2006. [consultado 05/05/2007]. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/WHORecommendationsforPPHaemorrhage.pdf
5. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Declaración conjunta. Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia posparto. La Haya: ICM; Londres: FIGO; 2003. [consultado 05/05/2007]. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/modules/ContentExpress/img_repository/final%20joint%20statement%20active%20management-eng%20with%20logo.pdf
6. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Declaración conjunta. Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto: Nuevos avances para un entorno de bajos recursos. La Haya: ICM; Londres: FIGO; 2006. [consultado 05/05/2007]. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/docs/FIGO-ICMstatement_Spanish_November%202006_Final_.pdf
7. McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Administración profiláctica de sintometrina versus oxitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
8. Giacalone PL, Vignal J, Daures JP, Boulot P, Hedon B, Laffargue F. A randomised evaluation of two techniques of management of the third stage in women with low risk of postpartum haemorrhage. BJOG. 2000 Mar; 107(3): 396-400.
9. Gyte GM. Evaluation of the meta-analyses on the effects on both mother and baby, of the various components of "active" management of the third stage of labour. Midwifery. 1994; 10(4): 183-99.
10. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
11. Royal College of Midwives. Debating Midwifery Normality in Midwifery. Londres: Royal College of Midwives; 1997.
12. Odent M. The first hour following birth: don't wake the mother!. Midwifery Today. 2002; 61: 9-11.

Atención inmediata al recién nacido

- La criatura recién nacida (RN) que en una primera evaluación presenta todos los parámetros normales debe permanecer junto a su madre.
- Para evitar la pérdida de calor del RN hay que secarlo con una toalla precalentada y colocarlo junto a su madre, a ser posible contacto piel con piel.
- Los criterios sobre el pinzamiento del cordón umbilical no son uniformes, pero parece que pinzar tardíamente el cordón es más fisiológico.
- La madre y el recién nacido no deben separarse tras el parto, y en aquellas mujeres que lo deseen se iniciará de forma precoz la lactancia materna, idealmente en la primera hora de vida.
- En situación de normalidad es necesario posponer aquellos procedimientos rutinarios que puedan interferir con el primer contacto madre e hijo/hija.



ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO

Tras el nacimiento, el RN a término que en una primera evaluación presenta todos los parámetros normales en el test de Apgar debe permanecer con su madre. El profesional que atiende el parto debe contestar las cinco preguntas siguientes en los primeros treinta segundos de vida del bebé¹:

- ¿El líquido amniótico es claro?
- ¿El recién nacido respira o llora?
- ¿Tiene buen tono muscular?
- ¿El color es sonrosado?
- ¿Es un bebé a término?

Si la respuesta a estas cinco preguntas es afirmativa, se seca al RN con un paño precalentado y se limpian las secreciones de la boca y la nariz con una gasa. No es necesaria la aspiración sistemática de las vías respiratorias². Es aconsejable evitar aspirar la orofaringe, practicar lavado gástrico o introducir sondas para descartar malformaciones de coanas o esofágicas, de modo sistemático a recién nacidos con una puntuación de Apgar buena, a fin de evitar lesiones de la mucosa que podrían interferir con el establecimiento de un patrón adecuado de succión³.

La pérdida de calor del RN es uno de los problemas más frecuentes que puede ocurrir si no se mantiene una actitud cuidadosa. Para evitar esta pérdida de calor se seca al RN y se coloca piel con piel sobre el tórax o el abdomen de su madre, tapándolo con una manta previamente calentada y un gorro⁴.

El contacto piel a piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna. La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido⁵ (figura 1). En el momento del nacimiento se estable-

ce un vínculo afectivo madre/bebé muy importante para el futuro desarrollo de la infancia⁶.

Si bien la existencia o no de contacto piel a piel ha mostrado pocas o ninguna diferencia significativa en algunos de los resultados fisiológicos de los recién nacidos y de apego materno, parece que el contacto ofrece ciertos beneficios clínicos, en especial con respecto a la lactancia materna y el llanto^{2,7}.

Pinzamiento del cordón

La forma cómo se efectúa el pinzamiento del cordón umbilical en el parto normal difiere según el centro. Éste puede realizarse de forma precoz, si se hace inmediatamente después del nacimiento, o de forma tardía, si se realiza cuando el cordón ha



Figura 1. Contacto precoz

dejado de latir o pasados 2 a 3 minutos desde el nacimiento⁸. En condiciones normales, una vez nace el bebé y mientras las arterias umbilicales se constriñen espontáneamente, la placenta le transfiere sangre oxigenada permitiendo dos hechos importantes: mantener la respiración placentaria y aumentar el volumen sanguíneo del neonato.

El pinzamiento del cordón debería realizarse una vez el bebé esté estabilizado¹. Los defensores del pinzamiento tardío sugieren que éste es un mecanismo fisiológico que provee al recién nacido de un volumen sanguíneo necesario para perfundir los pulmones, intestinos, riñones y piel, sustituyendo así las funciones respiratoria, nutritiva, excretora y termorreguladora que realizaría la placenta⁹.

Demorar el pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar, genera el tiempo suficiente para que ocurra la transfusión placentaria que le aporta al recién nacido cerca de un 30% adicional de volumen sanguíneo y hasta un 60% más de eritrocitos, los cuales, al destruirse por hemólisis, suplen alrededor de 50 mg de hierro a las reservas del bebé.

Por ello, aunque no existe evidencia de que sea mejor una actitud o la otra, parece que el pinzar tardíamente el cordón es más fisiológico.

Inicio de la lactancia materna

En las salas de partos debe proporcionarse un ambiente que apoye y refuerce la lactancia materna. Las mujeres que lo deseen deben poder iniciar la lactancia materna de forma precoz, en la primera hora de vida del RN. Las matronas tienen que asesorar y apoyar a las madres que dan el pecho y esta actividad debe considerarse prioritaria en la distribución de tiempos y actividades de estas profesionales¹⁰. Además también constituye un factor muy positivo para el éxito de la lactancia¹¹.

El RN a término que no se separa de la madre en la primera hora tras el parto y que está apoyado en el abdomen materno en contacto piel a piel trepa hasta el pecho e inicia su succión¹². También se ha observado un aumento en la duración de la lactancia materna exclusiva y en su duración total en los RN a término sanos y que mantuvieron contacto precoz piel a piel en el nacimiento¹³ (figura 2).

Algunas de las ventajas mostradas de la lactancia en la primera hora de vida del RN son:

- Estimula la liberación de oxitocina, favoreciendo la contractibilidad uterina y un menor sangrado.
- La subida de la leche ocurre de forma más precoz.
- El recién nacido tras el parto tiene un buen reflejo de succión que provoca en la mayoría de los casos un agarre correcto del pecho originando una sensa-



Figura 2. Succión del bebé

ción de seguridad en la madre y un aprendizaje del bebé cuando las mamas aún no están tensas por la subida de la leche.

- Favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo/hija.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad. Para lograr este objetivo, conjuntamente con la UNICEF, elaboró un documento con recomendaciones para todos los servicios de maternidad que se recogen en los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural»^{14, 15}. La lactancia materna exclusiva a los seis meses tiene como ventajas la disminución de los procesos infecciosos gastrointestinales y el tiempo de amenorrea en las madres es más prolongado¹⁶.

Se deben retrasar aquellas técnicas de control rutinarias que interfieran en el establecimiento del vínculo y que puedan realizarse una vez que el bebé haya estado en contacto piel con piel con la madre y ya esté estabilizado y caliente¹⁷ (figura 3).

Profilaxis de la hemorragia por deficiencia de vitamina K en el RN

Para evitar el riesgo de enfermedad hemorrágica neonatal se recomienda la administración de vitamina K en las primeras dos-cuatro horas de vida, no debiendo retrasarla más allá de las doce primeras horas de vida. La dosis recomendable es de 1 mg por vía intramuscular una sola vez en la cara anterolateral del muslo¹⁸.

Profilaxis de la oftalmia neonatal

Para la profilaxis ocular se recomienda la utilización de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5%, tetraciclina al 1% (aplicando una cantidad similar a un grano de arroz en cada ojo) o colirio de eritromicina o tetraciclina (administrando 1-2 gotas en

cada ojo en el saco conjuntival inferior). Para prevenir contaminaciones cruzadas, estas medicaciones deben administrarse en envases de un sólo uso. La OMS recomienda demorar la profilaxis de la oftalmía neonatal hasta después de la primera hora para evitar que el contacto visual madre-bebé se vea alterado¹⁹.

Identificación del recién nacido

Se debe identificar al bebé en presencia de la madre antes de salir del paritorio, según la normativa de cada centro.

Se verificará en la historia clínica de la mujer la existencia de factores de riesgo materno y neonatal que requieran actividades preventivas específicas.

Se registrarán todas las actividades realizadas al RN en las hojas de registro del centro.



Figura 3. Lactancia materna

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Neonatología. SEN: Manual de reanimación neonatal. 1.ª ed. Madrid: Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología, 2006.
2. Walkman PA, Brewer JM, Rogers BP, May WL. Building evidence for practice: a pilot study of newborn bulb suctioning at birth. *J Midwifery Womens Health*.
3. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(4): 340-56.
4. Herrera Cabrerizo B, Muñoz Martínez AL, Rey Márquez MD. Termorregulación neonatal y contacto precoz madre-hijo tras el parto. *Index Enferm*. 1999 prim-ver. Año VIII (24-25); 12-18.
5. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
6. Kitzinger S. El nuevo gran libro del embarazo y del parto. Barcelona: Ed. Medici, 1998.
7. Gil Casado B. Manifestaciones emocionales de los padres en el nacimiento de su hijo. *Matronas prof*. 2000 dic; 2: 37-44.
8. Lainez B, Bergel E, Cafferata, ML, Belizán JM ¿Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(1): 1-21.
9. Mercer J. Current best evidence: A review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Women Health*. 2001; 46(6): 402-13.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies. London: NICE clinical guideline 37; 2006.
11. Kramer MS y cols. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA*. 2001 Jan; 285: 413-20.
12. Sinusas A, Gagliardi J. Initial management of breastfeeding. *Am Fam Physician*. 2001 Sep; 64(6): 981-8.
13. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002; 91(12): 1.301-6.
14. Iniciativa Hospital Amigos de los Niños. Diez pasos hacia una lactancia feliz. [consultado 05/'5/2007]. Disponible en: <http://www.ihan.org>
15. OMS. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. División de salud y desarrollo del niño. Ginebra: OMS, 1998.
16. Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
17. González C. Manual práctico de lactancia materna. Barcelona: ACPAM, 2004.
18. Puckett RM, Offringa M. Uso profiláctico de la vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en recién nacidos. (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
19. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.

Actores que han participado

Coordinación de la Iniciativa Parto Normal

M^a Casilda Velasco Juez

Equipo redactor

Blanca Herrera Cabrerizo Dolors Costa Sampere
M^a Isabel Oliver Reche Lourdes Margaix Fontestad
M^a Casilda Velasco Juez Gloria Seguranyes Guillot

Grupo de Expertas

Coordinadoras de los grupos de trabajo

Isabel Cascales Sánchez	Araceli Macías Jiménez	Laura Lecumberri Esparza	M ^a Dolores Nicolás Viguera
Blanca Herrera Cabrerizo	Celia Pedrero Palacios	Macarena Arjona Alba	Alicia Ferrer Comalat
Ana Sánchez Alonso	Carmen Terré Rull	Lourdes Margaix Fontestad	Sagrario Martín de María
M ^a Isabel Oliver Reche	Rosario Espliego Ramos	Nuria Barberá Rubini	Begoña Gil Casado
Cristina Martínez Bueno	Laura Pérez Benito	Concepción Cuenca Calabuig	Gloria Miralpeix Pomar

Grupos de trabajo

M^a Casilda Velasco Juez Vicepresidenta de la FAME. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Grupo I. Coordinación del proceso de parto. Plan de nacimiento. Entorno físico. Necesidades de las matronas

Anna Soligó Illamola	Supervisora. Hospital Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona
Isabel Cascales Sánchez	Coordinadora del Área de partos. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca
Fermina Casas Navarro	PASSIR Cerdanyola. Barcelona
Juan Carlos Higuero	Supervisor. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga
M ^a Angeles Alvarez Soriano	Supervisora. Hospital de la Axarquía. Vélez Málaga (Málaga)
Araceli Mejías Jimenez	Supervisora. Hospital Virgen del Camino. Pamplona
M ^a Ángeles Fernández Martínez	Hospital de Valme. Sevilla
Dolors Costa Sampere	Adjunta a la Dirección General de Planificación y Evaluación. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya, Presidenta de la FAME
Alicia Ferrer Comalat	Supervisora. Hospital Santa Caterina. Girona
Gloria Seguranyes Guillot	Profesora titular Unidad Docente de Matronas de Cataluña, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona. Relaciones Internacionales de la FAME
Natividad Astrain Elizalde	Jefa de Área de los centros de atención a la mujer de Navarra. Tesorera de la FAME

Grupo II. Los periodos del parto. Prácticas habituales en los periodos del parto. Nutrición en el parto.

Control del bienestar fetal intraparto

Ana Sánchez Alonso	Hospital de La Plana. Vila-Real. Castellón
Encarna Casas Almela	Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca
M ^a Dolores Nicolás Viguera	Hospital Santa María del Rosell, Cartagena. Murcia
Carme Garrido Palanca	Centro de Salud de Aldaia. Valencia
M ^a Ángeles Moreno Zambudio	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
Celia Pedrero Palacios	Hospital Río Tinto. Huelva
Carmen Terré Rull	Profesora titular, Unidad Docente Matronas Cataluña, Universidad de Barcelona
Juana Leonés Alcalá	Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
Roser Gol Gómez	Hospital de Mataró. Barcelona
Débora Garduño Egea	Centro de Salud de Carinyena. Vila-real. Castelló

Grupo III. El apoyo en el parto

Josefa Domínguez Canon	PASSIR. Ezquerria. CAP Les Hortes. Barcelona
Rosario Espliego Ramos	Hospital de Getafe. Madrid
M ^a Isabel Oliver Reche	Distrito de Almería. Almería
M ^a Carmen Rodríguez Rivas	Hospital de Getafe. Madrid

Grupo IV. Técnicas complementarias para el alivio del dolor en el parto. Posiciones en el trabajo de parto

Susana Arranz Pérez	Hospital Universitario de Valladolid
Benedicta Cutanda Carrión	Hospital General Alcázar de San Juan. Ciudad Real
Concha Gamundi Fernández	Hospital Puerto Real. Cádiz
Carmen Huertas Ferrando	Hospital Clínico Universitario de Valencia
Laura Lecumberri Esparza	Hospital Virgen del Camino. Pamplona
Cristina Martínez Bueno	Responsable PASSIR Barcelona ciudad. ICS. Presidenta de la Associació Catalana de Llevadores
Francisca Martínez Ruíz	Hospital Fuenlabrada. Madrid
Laura Pérez Benito	Hospital Fuenlabrada. Madrid. Presidenta Asociación Matronas Madrid
Sonia Rubio Alacid	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Grupo V. El periodo expulsivo. Posiciones en el expulsivo. Cuidados del periné. El alumbramiento

Blanca Herrera Cabrerizo	Hospital de Baza. Granada
Macarena Arjona Alba	Hospital Punta Europa, Algeciras. Cádiz
Alicia Ferrer Comalat	Supervisora Hospital Santa Caterina. Girona
Adoración Pulido Soto	Hospital Ciudad de Jaén. Jaén
M ^a Mar Horcada Ibáñez	Hospital Virgen del Camino. Pamplona
Juana María Reyes Yepes	Hospital Santa María del Rosell, Cartagena. Murcia

Regina Ruiz de Viñaspre Hernández Hospital de la Rioja
 Lourdes Margaix Fontestad Hospital de La Plana. Vila-Real. Castellón. Secretaria de la FAME
 Concepción Cuenca Calabuig Hospital Lluís Alcanyís, Alcoi. Alacant.

Grupo VI. Atención inmediata al recién nacido

Nuria Barberá Rubini Hospital de Valme. Sevilla
 Pilar Fuentes Pérez Hospital General Alcázar de San Juan. Ciudad Real. Presidenta Asociación de Matronas de Castilla La Mancha
 Mercedes Garrido Paniagua Hospital Reina Sofía. Córdoba
 Begoña Gil Casado Centro de Salud Santa Clara. Burgos. Presidenta Asociación Castellano- Leonesa de Matronas
 Sagrario Martín de María Hospital de Medina del Campo. Valladolid
 Gloria Miralpeix Pomar PASSIR Sabadell. Hospital Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona
 Josefa Inés Santamaría Castañer Hospital Lluís Alcanyís. Alcoi, Alacant

Vídeo y fotos de la Jornada

Andrés Cuevas Lozano Hospital Costa del Sol, Marbella. Málaga
 Luís Torrecillas Rojas Supervisor de docencia. Hospital Punta Europa, Algeciras. Cádiz

Asociaciones Participantes

- Asociación Andaluza de Matronas
- Associació Catalana de Llevadores
- Associació de Comares de la Comunitat Valenciana
- Asociación Navarra de Matronas
- Asociación Castellano-Leonesa de Matronas
- Asociación Matronas Región de Murcia
- Asociación Matronas de Madrid
- Associació Balear de Comares
- Asociación de Matronas de Castilla La Mancha
- Asociación de Matronas de La Rioja

Ilustraciones: Mobyenet / Amechazurra

Dibujos técnicos: Jaume Rius Gol

Corrección de estilo: Angels Bermejo Colom

Agradecimientos: Al Excelentísimo Ayuntamiento de Vélez-Málaga (Málaga) por su contribución en la Jornada de la Iniciativa Parto Normal.

Posiciones en dilatación



Posiciones en el expulsivo



Lactancia materna

