

Asistencia al parto en casa

P. Saz Peiró*, M.C. Tejero Lainez**, M. Ortiz Lucas***

* Dr. en Medicina y Cirugía

** Diplomada en Trabajo social

*** Licenciada en Bioquímica

RESUMEN:

Consejos sencillos y prácticos para atender el parto en casa o fuera del hospital, en general en el domicilio de la madre, atendido por una comadrona u otro profesional médico.

Palabras clave: Parto en casa, parto natural.

ABSTRACT:

Simple and practical advice to attend home or extra hospital birth, usually in the home of the mother attended by a midwife or other medical professional.

Key Words: Home childbirth, natural childbirth.

“Quisiera que los obstetras del siglo XXI probaran a ver si la mujer sana e informada es capaz de parir con la misma tranquilidad y eficacia que ejecuta las demás funciones fisiológicas. Por probar, nada se pierde. No se trata más que de tener paciencia y confianza en que la naturaleza es capaz de cumplir su cometido sin necesidad de ser reemplazada. La mujer del siglo XXI, a la que tanto se le consiente en otros terrenos, merece que se le deje parir, que se le consienta cumplir una función normal porque la creo verdaderamente capaz de ello. No se trata de volver a tiempos pasados, ya lejanos. Ahora la mujer sabe hacer muchas cosas para las que no se la creía capacitada; en el tiempo actual, la mujer debe saber parir, como sabe hacer la digestión, sin ayudas.”

Consuelo Ruiz Vélez-Frías

La propuesta del parto humanizado realizada por el Ministerio de Sanidad español debería tener en cuenta el parto en casa como un derecho de la mujer (1).

Desde hace tiempo, cada vez son más las mujeres que abogan por un parto normal, en el ambiente

de su propia casa y miran con recelo e incluso con miedo el parto hospitalario (2).

Por otro lado, muchas mujeres acuden al hospital expresando sus deseos de cómo quieren ser atendidas, pero allí difícilmente se les escucha. No tienen en demasiada consideración los derechos humanos, el miedo y la inseguridad prevalecen en los centros donde más tecnología se ha instalado para dar seguridad. Si los padres quieren implicarse, tomar decisiones respecto del parto y de su vida, del nacimiento y del cuidado de su hijo deberían tener la posibilidad de parir en casa.

Aunque, como dice Juan Gervas (3), necesitamos matronas y buenos médicos generales que se atrevan con embarazos y partos normales, que sepan disfrutar del poderío que expresa la mujer y la satisfacción de recibir la vida.

El parto es el proceso que en los mamíferos consigue el tránsito del feto desde el interior de la cavidad uterina hasta el exterior del organismo materno. Por medio de contracciones uterinas rítmicas se produce la dilatación del cuello del útero, seguida de la expulsión del feto a través del canal de parto y a continuación la de los anexos fetales.

Pero, ¿es sólo esto?, ¿o van unidos más factores

de tipo humano y psicológico que hacen de él una experiencia especial? (4).

El parto es un proceso normal dentro de nuestra biología, algo natural y no una patología. Considerarlo como algo doloroso y desagradable es algo falso y sería como tratar a nuestro cuerpo como un error de la naturaleza, pero ésta es capaz no sólo de hacer crecer al niño dentro del vientre, sino también de preparar a la madre para que pueda sacarlo de allí de manera segura y no traumática.

Caldeyro Barcia, obstetra uruguayo que inventó el monitor fetal, es hoy uno de los defensores del parto natural a domicilio. Dice: "Yo desarrollé las máquinas para ayudar a las pocas mujeres que tienen dificultades en el parto y no para poner a todas mujeres de parto en dificultades" (32).

No se trata de una vuelta al pasado, en el que las madres estaban llenas de temor, ignorantes e indefensas, absolutamente dependientes del médico o comadrona y aceptando la maternidad como destino inevitable, sino que se trata de vivir el parto en todos sus ricos matices, en que la madre sea controladora de su parto y sentirlo en toda su explosión, la fuerza de las contracciones y la alegría de la expulsión; sentir la unión del dolor y del placer cuando se juntan para dar la vida.

FRECUENCIA DEL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

Analizaba Martius en 1943 los porcentajes relativos a partos domiciliarios y hospitalarios ocurridos en Alemania en 1937 (71 y 29% respectivamente), concluyendo que *"la práctica tocológica domiciliaria desempeña un papel preponderante y sin duda será siempre así"*. Opinión equivocada, ya que en casi todos los países industrializados, la práctica obstétrica ha ido derivando desde el segundo cuarto del presente siglo hacia las clínicas. Dos grandes cambios se han producido en los últimos años: de la asistencia domiciliaria prestada por la matrona (que era ayudada en los casos complicados por el médico), se ha ido evolucionando a un "equipo obstétrico" formado por tocólogo, anestesista, neonatólogo y matrona, que radica y efectúa su trabajo en una clínica. No obstante, existe actualmente una tendencia que, por razones sentimentales o de vuelta a la naturaleza, preconiza el parto a domicilio, atendido por el esposo, el médico y la comadrona.

Son numerosos los trabajos que demuestran la disminución progresiva del parto domiciliario, aunque hay ciertos países como Holanda que mantienen un elevado número de partos extrahospitalarios (40% del total en 1978); en Inglaterra y Gales, el 85% de los partos se producía en el domicilio de la paciente en 1927, cifra que ha ido descendiendo hasta llegar a ser tan sólo del 1,1% en 1982. En otras zonas y como consecuencia de la corriente anteriormente comentada, la tendencia decreciente se ha invertido en los últimos años (en EE.UU., los porcentajes correspondientes a partos domiciliarios en los años 1970, 1975 y 1977 son, respectivamente, 0,6, 0,9 y 1,5% del total).

Las causas de la frecuencia creciente de los partos en clínica son de naturaleza compleja y no sólo médicas: a) evolución hacia un estado social sufragante en parte o en su totalidad de los gastos; b) ausencia de personal dispuesto a prestar una asistencia domiciliaria, y c) mejores posibilidades diagnósticas y terapéuticas en clínicas, destacado por Ivan Illich en su libro "La medicalización de la sociedad".

Dos comadronas españolas que atienden el parto en casa comentan: "En la formación académica de comadronas y enfermeras, no se tiene en cuenta la atención domiciliaria del parto. Por tanto nos hemos tenido que formar nosotras mismas, acompañando a las mujeres" (5).

En los países en los que el parto extrahospitalario es más habitual que en el nuestro, aproximadamente dos terceras partes de los mismos son planeados para que tengan lugar en el propio domicilio (6). En nuestro medio, algunos partos extrahospitalarios son partos "precipitados" que se producen en el domicilio de la propia paciente por su rapidez, no habiendo posibilidad de que ésta sea trasladada a un centro hospitalario. En realidad se trata de dos grupos totalmente diferentes.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL PARTO DOMICILIARIO

En un estudio realizado con 336 mujeres que habían parido previamente en casa y en hospitales, Gordon y Elias-Jones demostraron que un 80% de ellas preferían el parto domiciliario. Las ventajas del parto en casa (ambiente habitual y relajado, hallarse en el seno de la familia, lazo entre madre y recién nacido más fácil de realizar, médico y/o comadrona conocidos que proporcionan una atención individual-

zada, ausencia de gérmenes hospitalarios y reducción del coste) se ven contrarrestadas por el miedo ante las posibilidades limitadas de asistencia en la aparición brusca de estados graves para la madre y/o el feto; también hay que tener en cuenta que las posibilidades del hospital ante riesgos emergentes no son ilimitadas (7).

Muchas complicaciones (diabetes, presentación de nalgas, placenta previa, etc.) pueden y deben ser detectadas antes del parto. Si se detectan, habrá que programar un parto hospitalario. Sin embargo, otras complicaciones como la hemorragia postparto por atonía pueden ser lo suficientemente importantes como para amenazar la vida de la madre. En cuanto se diagnostiquen será recomendable derivar a la madre hacia el hospital, no obstante el personal que atiende en casa tiene que estar preparado para actuar. Algunos de los riesgos para el feto no son aparentes antes del parto (prolapso del cordón, sufrimiento fetal agudo, etc.). Se controlan tanto en hospital como a domicilio. Los oponentes al parto domiciliario creen que todos los partos son, en algún grado, de alto riesgo, lo cual es falso. Estas consideraciones previas no impiden que las razones dadas por las madres para preferir el parto domiciliario sean válidas.

En la atención al parto en hospitales se suele recurrir a una serie de medicaciones (oxitócicos, sedantes, etc.), maniobras (monitorización, amniorraxis artificial, etc.), posiciones artificiales de la madre (decúbito supino) y otras intervenciones (episiotomía, cesárea en primíparas con presentación de nalgas, etc.) que dificultan la natural evolución del proceso (3). Algunas de estas intervenciones son necesarias para corregir o evitar complicaciones que se producen en partos patológicos; sin embargo, éstos no sobrepasan el 15% del total. Lamentablemente se han generalizado y se emplean también en los partos normales, donde son innecesarias y muchas veces perjudiciales, además de aumentar el coste. En cambio en el parto en casa se adopta la postura de normalidad y se ve como un hecho fisiológico (8).

REPERCUSIÓN DEL TIPO DE ASISTENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

El aumento progresivo que se ha observado durante el siglo XX de la obstetricia hospitalaria a

expensas de la asistencia domiciliaria se ha acompañado de un descenso de la morbimortalidad materna perinatal y neonatal. Entre estos hechos parece existir una relación causal porque participan también y sin lugar a dudas, otros factores como un mejor estado sanitario de la población, una mejor asistencia prenatal a las embarazadas, los progresos de la medicina, las mejores posibilidades de transporte, etc. El primer estudio comparativo que se hizo de morbilidad y mortalidad para comparar el parto en hospital y en casa, dio como resultado que el parto en casa tenía menos riesgo que el parto hospitalario, sorprendiendo a la misma promotora del estudio que solo pretendía demostrar que el hospitalario tenía menos riesgo (9).

Varios hechos confunden la comparación de la mortalidad perinatal y neonatal de partos domiciliarios y hospitalarios: a) los hospitales son los lugares escogidos para los partos de alto riesgo; b) al menos un 10% de las mujeres que han escogido parir en casa han de ser trasladadas al hospital por una complicación inesperada; c) es más difícil recoger la totalidad de muertes del recién nacido en el medio domiciliario que en el hospitalario y d) el nivel socioeconómico y cultural es distinto en ambos grupos.

Un estudio en la publicación del 18 de junio del 2005 en el British Medical Journal expuso que "los partos domiciliarios planificados para mujeres de bajo riesgo en los Estados Unidos están asociados con una seguridad similar y menos intervención médica comparada a los partos hospitalarios de bajo riesgo". Este es el estudio más grande de su tipo, con una información de más de 5000 nacimientos atendidos durante el año 2000 por Matronas Profesionales Cualificadas (*Certified Professional Midwives*) en los Estados Unidos.

Además de descubrir que el parto domiciliario planificado es seguro, el estudio ilustra que el nacimiento extrahospitalario conlleva menos intervenciones médicas y tecnológicas comunes en los hospitales. Por ejemplo, el índice medio de cesáreas era 3,7% comparado con más del 24% para los Estados Unidos en el 2000 (y más del 28% en 2003). España tiene una tasa de cesáreas del 23,5% (20,8% en sanidad pública, 31% en privada. Fuente: Ministerio de Sanidad. Instituto Nacional de Información Sanitaria, 2002). Por comunidades, la Comunidad Valenciana con el 26,9% (M^a Sanidad, INIS, 2001) ostenta el record de ser la comunidad autónoma con la tasa más alta de cesáreas de toda España). La monitorización electrónica fetal, la inducción del parto, y la estimulación del parto eran todos menores al 10% en los partos domicilia-

rios, comparado con el 84%, 21% y 18% para los Estados Unidos. Las episiotomías se redujeron a un 2,1%, frente al 33% de hospital.

Todas estas intervenciones conllevan riesgos para las madres y los bebés, y son innecesarias para la gran mayoría de las mujeres saludables que son capaces de tener partos normales (10).

Satisfactorio para las mujeres. Un 97% de las madres que parieron en su casa se mostraron muy satisfechas o extremadamente satisfechas con los cuidados recibidos por parte del profesional que les atendió. Como dato añadido, seis semanas después del parto el 95.8% de las mujeres que habían dado a luz en su casa seguían amamantando y el 89.7% de ellas en exclusiva.

Ahorra costes. El estudio señala que el parto hospitalario normal es tres veces más caro que un nacimiento similar ocurrido en casa. "Nuestro estudio de las matronas profesionales sugiere que alcanzan buenos resultados en mujeres con bajo riesgo sin el uso de costosas intervenciones hospitalarias por rutina", se indica en los resultados.

En la actualidad, cualquier mujer que en España desea dar a luz en su domicilio (según datos INE nacieron poco más de mil niños en casa atendidos por profesionales cualificados durante el 2001) ha de recurrir a sufragar de su propio bolsillo la atención profesional de una matrona, y se enfrenta a la extendida y generalizada opinión de que es una opción peligrosa para ella y su hijo, cuando estudios científicos como el del British Journal demuestran que no es más que un prejuicio sin evidencia científica alguna que lo sustente.

En países como Gran Bretaña, Holanda o Finlandia, entre otros, el parto domiciliario está cubierto por la Seguridad Social y es una alternativa posible al parto hospitalario.

HUMANIZACIÓN DEL PARTO

Las sociedades de obstetras y matronas están realizando cambios para recomendar un parto más humanizado, tanto las sociedades médicas de obstetras como las de matronas están cambiando sus protocolos de parto (11).

Hay ciertas prioridades en el proceso del nacimiento que deben ser mantenidas. La primera es una madre viva y sana; la segunda, un niño vivo y sano y la tercera, una experiencia provechosa psicológicamente para los padres y el recién nacido. La necesi-

dad de preservar la asepsia, de utilizar métodos de control, las medicaciones e intervenciones habituales, han hecho del parto, en el medio hospitalario, un acto quirúrgico muy tecnificado y deshumanizado. Debido a esta deshumanización e impersonalización de la asistencia están reapareciendo procedimientos que parecían olvidados (parto en el agua, maridos-comadres, etc.).

La deambulación durante la dilatación, la presencia del marido, los pujos naturales y la posición semi-sentada durante el expulsivo son aspectos beneficiosos del parto natural (aquél que se efectúa gracias a las fuerzas naturales y según unas técnicas adquiridas de forma intuitiva y transmitidas de una generación a otra) que la obstetricia moderna ha de incorporar. Por los mismos motivos han surgido en América durante los años setenta los llamados "alternative birth rooms" (habitaciones alternativas de nacimiento), habitaciones hospitalarias decoradas con buen gusto donde las mujeres de bajo riesgo pueden parir en la cama con los familiares presentes y tan sólo a unos segundos de un paritorio convencional donde podría resolverse una emergencia.

Junceda-Avelló resume en una frase la evolución que ha seguido y ha de seguir la filosofía de la asistencia al parto: al viejo lema de "paciencia y pasividad" debe contraponerse en la actualidad el de "ciencia y actividad", que no quiere decir "impaciencia e interencionismo" (12).

ACTUACIÓN EN EL PARTO EN CASA

El paritorio

El lugar sagrado donde el dolor y el gozo se unen para dar la bienvenida a la nueva vida.

Sus características serán las de un lugar limpio, tranquilo, sin ruidos. Lleno de buenos olores y de personas que "huelan" bien.

No necesita ser un quirófano necesariamente, ni tener todos sus elementos, ni siquiera una habitación; puede ser el lugar que la mujer elija, pues es ella quien ha de hacer el parto. Sólo el lugar le acompañará, puede ser en el campo, al aire libre, en una cabaña, en una habitación sencilla, en el lugar que ella elija y sin ningún instrumental, pues la mujer es capaz de realizar todas estas funciones

Pero no vamos a ser prolijos por el momento con

unas circunstancias tan naturales que hacen contraste con una sociedad sofisticada como la nuestra y vamos a hablar de algo más sencillo dentro de nuestras costumbres y que nos haga el parto un poco más cómodo y agradable.

Ya hemos dicho que cualquier lugar servirá; el hecho de que allí se dé el parto hará sagrado hasta el taxi; sé que hay taxistas que se sienten orgullosos de llevar un vehículo en el que se oyó por vez primera la voz de un nuevo ser.

Entre las cosas que nos pueden ayudar señalaremos:

- Zumos naturales para la parturienta.
- Agua y un antiséptico, por ejemplo arnil, o simplemente jabón para lavar la zona genital.
- Tijeras para cortar el cordón umbilical.
- Hilo de catgut 4 ceros para coser y pinzas por si hubiese pequeños desgarros.
- El mismo hilo y dos pinzas para el cordón umbilical.
- Un par de guantes estériles.
- Saco de arena para poner encima del vientre después de hacer la maniobra de amasar el útero para contraerlo y evitar la hemorragia.
- Gasas estériles.
- De 8 a 12 toallas limpias, entre otras cosas para recoger la placenta.
- Una manta de algodón para envolver al niño.
- La bañera y elementos para lavar al niño no son necesarios: es mejor dejar el vermox y lavarlo con agua en días sucesivos, no en el momento de nacer.
- Si no se succionan las mucosidades de la nariz y boca del niño con nuestra propia boca, se necesitará una pera para hacerlo.
- Teléfono en casa.
- Baño y bañera con agua caliente.
- Cepillo de uñas nuevo para lavarse bien todos y limpiar aparatos.
- Abundantes cojines y almohadas.
- Bolsas para basura.
- Pañales para incontinencia (agua o sangre).
- Trapos para limpiar.
- Recipiente para poner y revisar la placenta.
- Lámpara portátil o luz móvil por si se necesita luz para coser o ver mejor.
- Toallas de todos los tamaños, al menos 4 de cada.
- Sábana de plástico o hule para evitar ensuciar el colchón de la cama.

- Fuente de calor o refrigerador.
- Bolsa de agua caliente.
- Infusiones de retama, bolsa de pastor, frambuesa, zumos de limón.
- Un termómetro.
- Un coche preparado con depósito lleno por si hay urgencias.
- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio de Pinard.
- Tiritas para pruebas de orina.
- Methergin en gotas e inyectable.
- Oxitocina inyectable.
- Anestésico local de 10 mg de Scandinibsa de 0,2%.
- Jeringuillas de 5 y 10 mg.
- Tijeras, al menos dos pares.
- Pinzas normales de Kocher.

Lo más importante es intervenir lo menos posible. Michel Odent dice que hay que ser como un gato, atento pero pasar desapercibido. Aquí la única protagonista es la madre (13).

También es importante no interferir en el ritmo propio de la madre. Durante el parto cada mujer se desvuelve física y psicológicamente a su propio ritmo. Es importante que no intentemos adaptarlas a protocolos estándar.

Datos a recoger por la anamnesis

Una rápida y curiosa anamnesis nos permitirá conocer los siguientes puntos:

- 1) Historia obstétrica anterior, especificando el curso y las complicaciones de eventuales abortos y/o partos si los hubo.
- 2) Curso y complicaciones del embarazo actual. Para ello puede ser de gran utilidad repasar la cartilla sanitaria del embarazo.
- 3) Principio, caracteres y curso de las contracciones desde su comienzo.
- 4) Integridad o momento de rotura de la bolsa de las aguas. En caso afirmativo es fundamental precisar las características del líquido amniótico: a) claro, transparente y con copos de grasa en suspensión si es normal. b) Teñido por meconio, indicativo de sufrimiento fetal. c) Amarillento cuando existe una sensibilización hematogena fetal (incompatibilidad Rh) o una malformación cefalorraquídea. d) Hemático en los casos de hemorragia de origen placentario.
- 5) Posibles anomalías que pudieran presentarse,

principalmente hemorragias. No debe considerarse como tal la expulsión del tapón mucoso cervical, muy frecuentemente teñido de sangre debido a pequeñas hemorragias capilares.

Exploración inicial

Palpación abdominal

Debe efectuarse en el intervalo entre las contracciones, aunque su interpretación es más difícil que en el embarazo, debido al elevado tono uterino existente. Seguimos empleando las cuatro maniobras básicas de Leopold (14): las tres primeras se realizan mirando a la cara de la paciente desde su lado derecho y la cuarta mirando a sus pies.

- La primera (figura 1) consiste en la delimitación del fondo uterino con el borde cubital de una mano y en la palpación del mismo con ambas. De esta manera se aprecia la altura del fondo uterino (edad de gestación) y el polo fetal que lo ocupa.
- Mediante la segunda maniobra (figura 2), palpación de las caras laterales del útero, determinaremos la situación del feto y su posición (dorso fetal liso y uniforme, pequeñas partes en el lado opuesto).
- Se diagnostica la presentación mediante la tercera maniobra (figura 3), intentando buscar el "peloteo" de la cabeza fetal abarcando la presentación entre el pulgar y el índice de una sola mano.
- Con la cuarta maniobra (figura 4) (se realiza aplicando ambas manos sobre la región hipogástrica, convergiendo hacia la pelvis menor por detrás del pubis) se pretende conocer el grado de encajamiento de la presentación y los caracteres de la misma.

Al finalizar la palpación es fácil que encontremos una situación longitudinal (99,5% del total de los partos), presentación cefálica de vértice (95% de las longitudinales) y posición izquierda (70% de las posiciones longitudinales).

Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF)

Mediante la colocación de un estetoscopio de Pinard sobre el abdomen materno, a la altura del dorso fetal, se auscultan los ruidos cardíacos fetales. La figura 5 indica la posición de referencia del feto dependiendo del lugar donde se escuche el latido cardíaco.

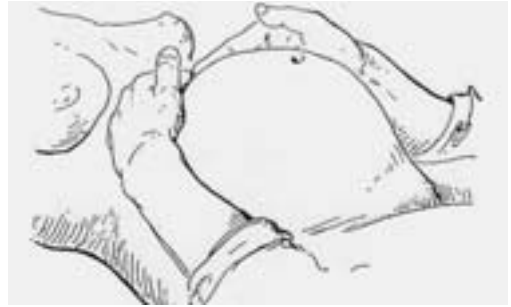


Fig. 1. Primera maniobra de Leopold.



Fig. 2. Segunda maniobra de Leopold.

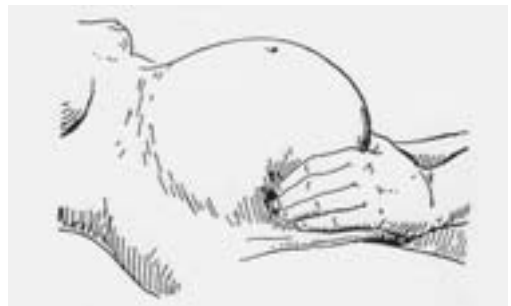


Fig. 3. Tercera maniobra de Leopold.



Fig. 4. Cuarta maniobra de Leopold.

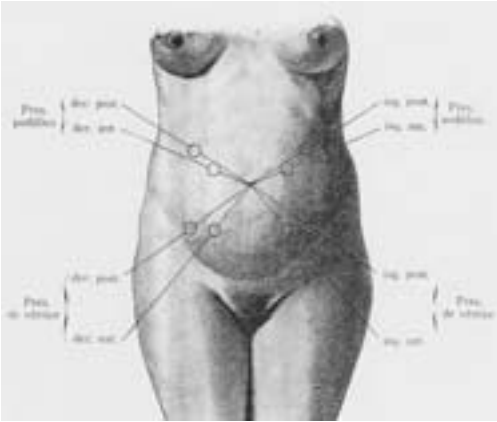


Fig. 5.

La auscultación puede realizarse durante las pausas intercontráctiles, obteniendo así la FCF basal (normal entre 120 y 160 latidos por minuto) o durante la contracción (auscultando durante periodos de 15 segundos separados por intervalos de 5 segundos y multiplicando por 4 cada uno de los valores obtenidos), recogiendo así la repercusión de las contracciones en la FCF. La introducción de aparatos de ultrasonidos ha facilitado extraordinariamente la auscultación fetal. También ha complicado los partos, existen errores de interpretación sobre todo en patología, y la actuación de mecanismos de adaptación del feto a la hipoxia con

modificaciones del ritmo cardiaco que quedan dentro de la normalidad (15).

Tacto vaginal

La exploración vaginal será la que nos proporcione más información sobre la progresión del parto, pero no ha de repetirse más de lo necesario y siempre con las máximas condiciones de asepsia (tras lavado de manos y con guantes estériles). Para evitar el peligro de infección ascendente a través de la vagina se ha recomendado el tacto rectal (no se ha comprobado que evite más infecciones), aunque su interpretación resulta más dificultosa.

Nos ha de informar de:

- Madurez (situación, consistencia y borrarriamiento) y dilatación del cuello uterino.
- Existencia o no de la bolsa de aguas.
- Características de la presentación en lo que se refiere a actitud, posición y variedad (mediante la palpación de suturas y fontanelas) y altura de la misma [según los planos de Hodge (figura 6) o según las espinas ciáticas (estación O de los autores americanos, -1, -2, -3 hacia arriba, +1,+2,+3 hacia abajo)].
- Complicaciones y presentación de cara del feto.
- Características anatómicas de la pelvis (espinas ciáticas, arcada pubiana, concavidad del sacro).
- Amplitud y elasticidad del perineo, de la vulva y de la vagina.

21

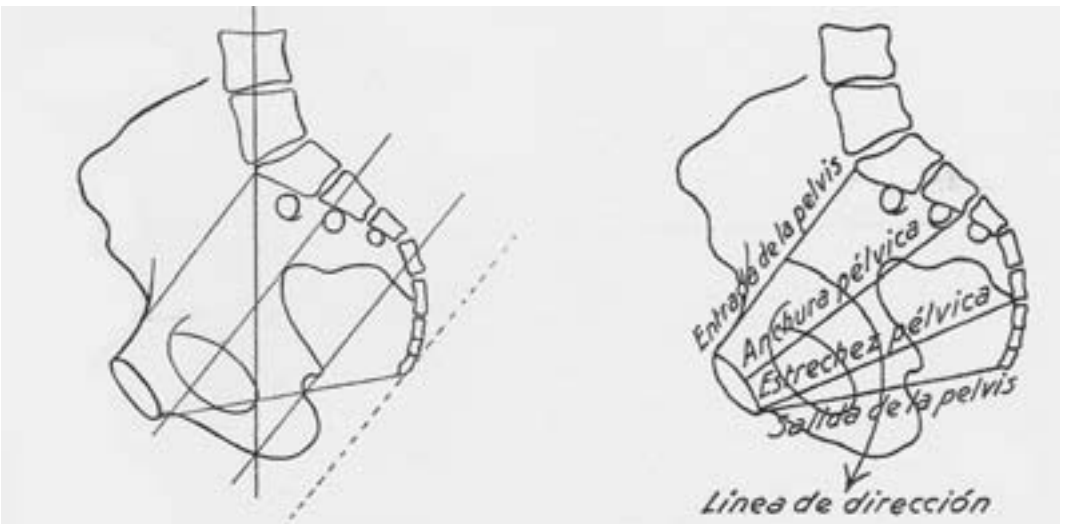


Fig. 6. Planos de la pelvis según Hodge y División de la pelvis comúnmente usada.

- Presencia de meconio o sangre en los dedos al retirarlos tras el tacto.

Exploración general

De suma importancia es la toma de constantes: temperatura, frecuencia cardíaca, tensión arterial y analítica de orina mediante una tira reactiva que determine al menos glucosa, albúmina y acetona.

Periodos del parto

Cómo comienza el parto. Si preguntásemos, cada mujer nos daría una explicación particular de este comienzo, un detalle. Comentaremos algunos indicadores por los cuales se podría comenzar, sin dar preferencia a ninguno de ellos.

El abdomen, que ya venía poniéndose duro con regularidad, de pronto se vuelve a poner muy duro, acompañando a esta dureza la sensación de llevar una faja que comienza apretando desde la parte inferior de la espalda hacia la parte frontal del abdomen.

Estas contracciones comienzan a tener un ritmo definido, son cada vez más fuertes y más largas y se repiten en menos tiempo o con más frecuencia.

El que esta nueva sensación ocurra de un modo fuerte hace que la mente de la parturienta (acostumbrada a oír relaciones de parto-dolor), asocie rápidamente el dolor a la contracción; si así sucede, ocurrirá igual durante todo el parto; por ello es importante percibir la fuerza de la contracción y asociarla a algo agradable, a la vez encargado de sacar fuera al niño.

Unos 20 a 10 días antes del parto la madre nota que puede respirar con mayor profundidad; es una pequeña señal de que el niño se está encajando entre los huesos de la pelvis y prepara su salida.

Otras mujeres notan su primer aviso del comienzo del parto en la salida de un moco sanguinolento por la vagina, un moco rosado; es la expulsión del tapón mucoso del cuello uterino, tapón que durante el embarazo vigila atentamente la entrada del útero impidiendo que entren allí gérmenes, bacterias u hongos de la vagina.

Otras veces, el primer signo es la expulsión por vagina de un líquido claro; es la rotura de la "bolsa de aguas" o líquido amniótico, donde sobrenadaba el feto.

Llegados a este punto, nos fijaremos en el color de ese líquido; si es claro, es un buen síntoma; si fuese verde oscuro, podría indicar sufrimiento del feto y

habría que adelantar en lo posible el parto; A veces este líquido está lleno de pequeñas motas como de nieve y son debidas al *vermix caseoso* del ser que está por nacer.

El parto es un proceso continuo que se ha dividido teóricamente para su mejor comprensión en periodos (dilatación, expulsión y alumbramiento) cuyos límites son fácilmente objetivables. *Dexeus* identifica un "cuarto periodo o posparto inmediato". Previamente al comienzo del parto existen unos "pródromos del trabajo de parto o preparto", fase indeterminada en su duración, con una clínica muy variable: pérdida de peso de unos 500 g, contracciones uterinas molestas o brevemente dolorosas, amniorrexis "prematura" en el 10% de los casos, polaquiuria, tenesmo, etc. se considera que una gestante se halla de parto cuando el cérvix se aprecia al tacto vaginal centrado, borrado un 50% y con 2 cm de dilatación, existiendo tres contracciones de al menos 30 segundos cada 10 minutos.

Dilatación

El cuello uterino, de 3 ó 4 cm de longitud, se acorta y desaparece su conducto central, quedando reducido a un orificio (fase de borramiento); seguidamente aumenta de forma progresiva su diámetro, pasando de 2 a 9-10 cm. *Friedman* dividió el periodo de dilatación en distintas fases según la velocidad con que se producen los cambios descritos. En las primíparas primero se produce el borramiento y luego la dilatación, mientras que en las multíparas tienen lugar simultáneamente. La clínica está dominada por la repercusión de las contracciones (de intensidad creciente a intervalos decrecientes) en los flancos del hipogastrio o en la región lumbosacra. En ocasiones se desprende al comienzo de este periodo el tapón mucoso y la rotura precoz de la bolsa de las aguas se acompaña de la salida de líquido más o menos abundante por la vulva.

Si al llegar al período de dilatación el saco amniótico ha permanecido íntegro, mucho mejor, ya que está destinado a representar un papel importantísimo en la dilatación, a impulsos de la presión que, a consecuencia de la contracción, sufre el líquido amniótico, una pequeña parte de la bolsa se introduce en el orificio cervical y, a cada contracción lo va expandiendo, circularmente.

La dilatación normal del orificio uterino se efectúa de esta forma naturalmente, y en el parto en casa está contraindicada cualquier manera artificial de llegar a

ella, tanto goteros, inyecciones o pastillas sublinguales, como la dilatación manual.

Es preferible esperar y que sea la naturaleza la que ejecute espontáneamente ese trabajo. A veces los oxitócicos tienen efectos inesperados y hay que evitar, a toda costa, que se produzca la menor complicación. La dilatación natural, si se realiza en un cérvix debidamente reblandecido, es muy soportable, a pesar de ser la parte peor del parto, y no hace falta que las contracciones sean fuertes y seguidas. Se puede llegar a la dilatación completa con contracciones tan suaves que la mujer cree que "aún no era parto".

La dilatación digital, es muy molesta y dolorosa para la parturienta, existe el peligro lejano de rotura o infección y es casi seguro que el cérvix se edematiza, pues no está hecho para ser manoseado (16).

Cuidados generales

Incluyen los siguientes aspectos:

- Evacuación de heces, previa al parto, para impedir la acción inhibitoria de la repleción fetal sobre la contractilidad uterina, así como para evitar la contaminación del campo operatorio con materias fecales (no hay que tener demasiado miedo ante estas bacterias, la madre tiene anticuerpos). Tampoco poner por sistema el enema (17).
- Micción espontánea.
- Ducha caliente o mejor baño caliente (entre 38 y 40 grados). Ayuda a dilatar el cuello uterino y le da a la madre sensación de alivio y bienestar, de relajación. Al salir del agua de la bañera se puede provocar el reflejo de eyeción del feto, con enormes ganas de empujar (18).
- El rasurado y pincelación de los genitales externos con una solución antiséptica es un ritual arcaico que ocasiona daños en la piel y altera los sistemas de protección de la piel, el manto ácido, la flora habitual y la descamación, la cual da lugar a posteriores infecciones bacterianas (19).
- La mujer podrá tomar alguna comida ligera (de preferencia líquida) si se prevé una larga duración del parto.
- Deambulación, alternando con baño caliente.
- El estímulo del pezón ayuda a las contracciones uterinas.
- La administración de oxitocina para acelerar el parto puede encubrir problemas o provocarlos.

Posición de la madre

François Mauriceau, en 1738, introdujo la posición horizontal supina con la parturienta acostada en la cama, con el fin primordial de facilitar la exploración y la asistencia obstétrica. Actualmente, y dentro de la tendencia fisiológica de la obstetricia actual, se está produciendo un cambio respecto de la posición adoptada por la madre durante el parto, de manera que cada vez es más frecuente observar a la embarazada en posición vertical durante la dilatación e incluso durante el expulsivo (20).

Son muchas las ventajas demostradas de la posición vertical materna durante el parto (21):

- Influye positivamente sobre la ventilación pulmonar en la gestante, con lo que mejora la oxigenación fetal.
- Previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supinohipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído). El tratamiento de ambos es cambiar la posición de la mujer a decúbito lateral o a la vertical.
- La duración del parto se acorta, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo (22, 23).
- La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. No se aconseja realizar amniotomía porque está demostrado que mientras la bolsa está íntegra disminuyen las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal de parto.
- El modelaje céfalico fetal es menor.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición de pie evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aún cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical.
- Se reduce el dolor (24).

Es de gran valor la utilización de las técnicas de

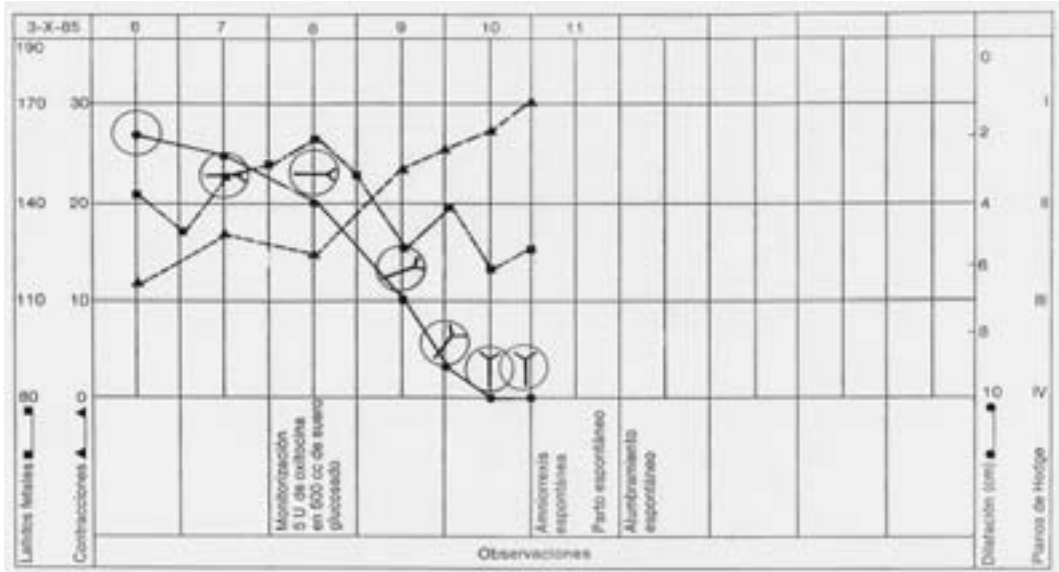


Fig. 7. Partograma.

24

relajación y respiración aprendidas durante la preparación psicoprofiláctica y la práctica del baño caliente (25).

Control obstétrico

La asistencia profesional sanitaria tiene una doble finalidad: la observación y control del progreso del parto (vigilando la actividad contráctil del útero, la dilatación y el descenso de la presentación) y el mantenimiento del máximo bienestar maternal y fetal (observación de la FCF).

Cada 30 minutos aproximadamente se auscultará la FCF y se comprobará por palpación la frecuencia y duración de las contracciones (la intensidad resulta más difícil de valorar). El desplazamiento hacia abajo y en dirección a la línea media de los tonos cardiacos fetales permite seguir a grosso modo el descenso y rotación de la cabeza. El tacto vaginal nos informará objetivamente de ambos procesos. Es obligado realizarlo tras la rotura de la bolsa de aguas para descartar un prolapso de cordón. Muy útil y enormemente didáctico resulta la utilización durante ese periodo de un "partograma" (figura 7), imagen gráfica de la progresión y eventualidades del parto en cualquier momento del mismo. Sabemos que en el parto hay una percepción del tiempo indefinida, es un tiempo

Kairós, la sensación de que no pasa el tiempo, pero también hay un tiempo de Kronos, el dios que devora a sus hijos, es importe anotar y vivir los dos tiempos ya que los dos nos sitúan en la realidad de la vivencia presente.

Expulsivo

La hora del último esfuerzo. Hay que observar con atención diversos acontecimientos que anuncian el inicio del segundo periodo del parto: a) tras una pausa intercontráctil aparecen contracciones más dolorosas irradiadas a todo el cinturón pelviano y hacia las extremidades inferiores, más frecuentes (hasta 5 en 10 minutos) y más duraderas. A pesar de ello, se soportan mejor que las de dilatación; b) la amniorraxis se llama "tempestiva" cuando se produce al alcanzar la dilatación completa y "tardía" si ocurre después de haberse completado la misma; c) normalmente aparece algo de sangre en la vulva, debido a pequeñas dislaceraciones del cuello y de la vagina; d) la paciente refiere deseos de defecar en cada contracción, provocados por la presión de la cabeza sobre el suelo perineal y el recto; e) es frecuente la emisión involuntaria de orina y/o de heces y f) el perineo comienza a abultarse y el orificio anal se dilata. El examen vaginal confirma la sospecha de manera definitiva.

Al no existir el obstáculo del cuello uterino, el

feto acelera su descenso por el canal del parto hasta que se produce su salida al exterior. Los movimientos fundamentales del descenso y expulsión fetal son: encajamiento y flexión, descenso y rotación interna, deflexión y desprendimiento de la cabeza, rotación externa, desprendimiento de los hombros y expulsión de las restantes partes fetales; son movimientos perfectos grabados en todo el cuerpo del niño, hechos con la máxima perfección para salir por un canal estrecho. Miles y millones de antecesores suyos pasaron por él e hicieron los mismos movimientos, grabados en una clave genética que no se equivoca.

Asistencia al periodo expulsivo

Dejar hacer y no manipular es lo más sensato.

Este periodo es el más manipulado y el que más complicaciones produce, una gran cantidad de ellas debidas a las manipulaciones.

Si el parto es un momento importante para el ser humano, el periodo expulsivo es trascendental, ya que durante el mismo pueden surgir complicaciones que pueden originar la muerte del feto o del neonato y dejar secuelas (principalmente neurológicas) que lastarán la vida del individuo. Para evitarlo, este periodo deberá estar sometido a una vigilancia cuidadosa y a una asistencia reglada, cuyos principales pasos son los siguientes:

- Se colocará a la parturienta como la apetezca a ella, en cuclillas o en una posición vertical que favorezca el expulsivo. La posición dorsal sólo debiera utilizarse ocasionalmente. La posición lateral o de Sims no se utiliza en nuestro medio, sólo en raras ocasiones.
- La bolsa se romperá espontáneamente y si no lo hace, el niño nacerá "velado", signo de buena suerte desde tiempos inmemoriales.
- A partir de 1929 se sistematizó la amniorresis artificial. Caldeyro y col. en 1960 demostraron que el parto era más rápido y, en 1974, que tenía más complicaciones fetales. La bolsa no se debe romper, sino dejar la evolución espontánea, la postura vertical ayuda a no tener que romper (26).

Odent nos habla de que en este periodo existen dos posturas: las posiciones arrodilladas y de pie, bus-to inclinado hacia delante, facilitan una rotación inacabada de la presentación. Al final del expulsivo, la posi-



Fig. 8. *Diosa del parto.*

ción en cuclillas sostenida durante la contracción parece ser la más eficaz.

Pero la madre, ¿qué postura toma?, qué hace esa madre cuyas condiciones ambientales, cuya sociedad que le rodea le han hecho olvidar la postura más elemental, pues es igual que la de defecar, aunque también ésta la ha olvidado. Hay que ponerse en cuclillas, sentada sobre los talones comprimiendo el vientre contra las rodillas. Y las manos, ¿qué hacer con ellas?, ¿dónde agarrar para controlar esa fuerza tremenda del útero?, pues hay que llevarlas a la parte del cuerpo que más las necesita; un reflejo instintivo las debe llevar hacia el perineo, no para "aparar" al niño: él no lo necesita, sabe darse la vuelta y caer sin hacerse daño, como los mejores especialistas de Judo, sino para proteger la zona del perineo de desgarros.

Las manos de la madre protegen con toda su fuerza el perineo. Esta es la postura de parir, de llevar al exterior la vida que hasta ahora se formaba dentro, la postura de las diosas aztecas (figura 8). Y ésta es la representación de la mujer en ese momento: la de una diosa de la vida.

Como efecto psicológico, la postura sentada en vertical va a dar a la madre una gran seguridad en sí misma, de ser ella la que se controla y tiene fuerza sobre todo lo que está ocurriendo en sí misma, mientras que tumbada en la horizontal es la postura del que



Fig. 9. Posturas de parto.

26

ha perdido el control y se siente desesperado, abandonado a lo que los demás quieran hacer con él.

Muchos dirán que es un asunto puramente psicológico, cuestión de sugestión; yo digo que no es esto únicamente, pero que aunque así lo fuera, podría ser la clave de un feliz parto.

Hemos de estar atentos a otras posturas que elige libremente la mujer y si es posible respetarla porque para ella pueden ser las más eficaces. En otras tradiciones se han seguido recomendaciones y actitudes para este momento que es importante tenerlas en cuenta (figura 9).

- El asistente al parto se lavará las manos y antebrazos con un jabón antiséptico durante unos 5 minutos, colocándose posteriormente una bata y guantes estériles.
- Asepsia y preparación del campo operatorio a la vez que se efectúa la preparación de la mesa con el instrumental (como mínimo ha de constar de tijeras rectas, pinzas de disección, pinzas de Kocher, portaagujas y agujas, material de sutura -catgut-, tallas y gasas estériles).
- Es clásico incitar a la paciente a que empuje

cuando la dilatación es completa. Sin embargo, es evidente que la mujer, al contener prolongadamente la respiración durante los pujos dirigidos, interrumpe el intercambio gaseoso a nivel pulmonar con lo que el aporte de oxígeno al feto a través de la placenta es deficitario (descenso del pH fetal y posibilidad de sufrimiento. Por lo cual no ordenaremos nunca pujar sino dejar que la madre empuje o se deje llevar por sus sensaciones. Está contraindicada también la maniobra de *Kristeller*, que consiste en empujar en el vientre de la embarazada, es peligrosa e ineficaz.

- Cuando la cabeza fetal se abomba se plantea la necesidad de una episiotomía mediolateral o media. La episiotomía pertenece al pasado; es una técnica muy utilizada en hospital (27), pero no tiene ningún carácter preventivo y sólo tiene efectos secundarios (28, 29).

Un estudio del *Journal of the American Medical Association* (Revista de la Asociación Médica Americana) demuestra que la episiotomía rutinaria no ofrece ningún beneficio y causa daño a las mujeres. La

episiotomía es un corte quirúrgico en el perineo mientras el bebé nace para aumentar la abertura de la vagina. Además de aumentar la necesidad de sutura, causar dolor y ampliar el período de curación, la episiotomía está también asociada con un aumento de la incontinencia y del dolor durante el coito (30).

Se permite el avance de la presentación hasta que la circunferencia suboccipitobregmática traspasa el anillo vulvar distendido, momento en el que se ordena suspender los pujos ("soplar la vela") y se ayuda la deflexión de la cabeza, protegiendo el perineo con la mano derecha provista de un apósito. O mejor no se hace nada o se deja que la misma madre se proteja si le apetece (31).

Una vez desprendida la cabeza fetal y efectuada su rotación externa, se comprueba la ausencia de una circular de cordón apretada; si existe, intentaremos soltarla de alrededor del cuello y dejaremos salir el niño y si no desprende. Se secciona el cordón entre dos pinzas de Kocher. Dejaremos salir al niño. Si no sale le ayudaremos tomando la cabeza fetal por sus parietales entre las palmas de las manos, traccionando hacia abajo para descender el hombro anterior hasta sobrepasar el pubis y desprenderlo. Seguidamente se eleva el sentido de la tracción, desprendiéndose de este modo el hombro posterior. El resto del feto sale con facilidad.

Alumbramiento

Después de la expulsión atendemos a que el niño respire. Con una pera o si no hubiese con la boca de la madre o la de quien ayude, aspiramos y limpiamos sus fosas nasales y boca. Después, con cuidado, dejamos que la madre tome al niño y lo abrace y disfrute mirándole a la cara por primera vez y se lo ponga sobre su pecho, para que succione con fuerza el pezón. Esto ayudará al alumbramiento o expulsión de la placenta, ya que da un movimiento reflejo de

aumento de secreción de oxitocina y aumenta por tanto la contracción uterina.

Seguiremos vigilantes al cordón del niño y, poco antes de que deje de latir o en el mismo momento que deje de latir, colocaremos dos pinzas de Kocher (de las que tienen la forma de tijera) o en su defecto, dos pinzas umbilicales, separadas entre sí un palmo, la primera que esté a unos 10 cm de distancia del ombligo del niño (figura 10).

Si no se tiene esto a mano, utilizar dos hilos separados del mismo modo que las pinzas y teniendo la precaución de que queden fuertemente atados, que no salga nada de líquido ni se quede abierto por algún orificio. El hilo ha de ser recio y, si no está estéril, por lo menos que esté suficientemente limpio; a continuación, cortar por el medio, dejando bien pinzado el resto de cordón que quedará unido al niño durante unos días, hasta que caiga.

Asistencia

Debe vigilarse el pulso y la cuantía de la hemorragia. No debe superar los 500 ml, seis compresas empapadas totalmente o diez parcialmente. Es fundamental observar los signos de desprendimiento placentario:

Tras la salida del feto, el útero reemprende su actividad contráctil, pero con menor intensidad. El desprendimiento de la placenta se produce por la desproporción creada entre la superficie placentaria y la superficie uterina en el lugar de inserción, coadyuvando la acumulación de sangre entre ambas.

Cuando el desprendimiento se inicia por el centro y se completa por sus bordes (desprendimiento tipo Schultz, 75% del total), primero se expulsa la placenta y tras ella la sangre acumulada, mientras que cuando lo hace antes por uno de sus bordes (tipo Duncan, 25%), la sangre aparece antes de salir la placenta.

Signo de Schröder (figura 11). Consiste en valorar el relieve del fondo uterino a través de la pared abdominal: si la placenta no se ha desprendido, el fondo lle-



Fig. 10.



Fig. 11. *Signo de Schröder*.



Fig. 12. Signo de Ahlfeld.

ga hasta el ombligo; si ya lo está, se coloca 2-3 traveses de dedo por encima del mismo y generalmente a la derecha; una vez expulsada, a 2-3 traveses bajo el ombligo, duro y con una contracción tónica de la musculatura uterina (globo de seguridad); así se consigue la hemostasia mediante las "ligaduras vivientes de Pinard".

Signo de Ahlfeld (figura 12). Una vez cortado el cordón se pone en el mismo una pinza o ligadura a la altura de la vulva. Al desprenderse la placenta se observa cómo desciende unos 10 cm al mismo tiempo que rota sobre sí mismo. Hay otros signos de menor interés.

28

Una vez desprendida la placenta (nunca antes) se procede a su expulsión, la cual se ayuda con las siguientes maniobras:

- La más utilizada en nuestro medio es la *maniobra de Credé* (figura 13), consistente en la expresión del fondo del útero con una o ambas manos aprovechando una contracción uterina.



Fig. 13. Maniobra de Credé.

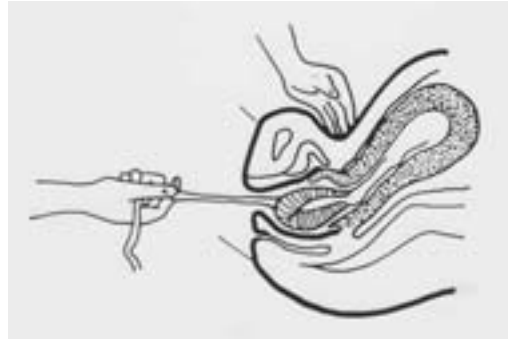


Fig. 14. Maniobra de Brandt-Andrews.



Fig. 15. Maniobra de Baer.



Fig. 16. Maniobra de Dublín.

- *Maniobra de Brandt-Andrews* (figura 14). Con los dedos de una mano por encima del pubis se desplaza el útero hacia arriba, al tiempo que con la otra mano se realiza una suave tracción del cordón umbilical.
- *Maniobra de Baer* (fig. 15), útil en multiparas con paredes musculares flácidas. Con ambas manos se toman y levantan las cubiertas abdominales, lo que concentra sobre el útero la fuerza de la prensa abdominal.



Fig. 17. Revisión de la cara materna de la placenta.



Fig. 18. Revisión de las membranas.

- La salida de la placenta debe ir seguida de las membranas. Para evitar que se rompan es conveniente dar reiteradas vueltas a la placenta siempre en el mismo sentido, con lo que se convierten en un cordón [maniobra de Dublín (fig 16)] o traccionar de ellas con una pinza Kocher o Pean hasta notar que el útero disminuye de tamaño y queda en una consistencia pétreo, muy duro.

Inmediatamente después de su expulsión, se revisa la placenta, colocándola en la concavidad formada por la unión de las dos manos de tal manera que su cara materna queda mirando hacia nosotros (fig. 17) (de este modo es fácil advertir la falta de un cotiledón) y revisando después la integridad de las membranas, cogiendo la placenta por el cordón umbilical (fig. 18);



Fig. 19. Posición de Fritsch.

es importante observar que no haya vasos que se dirijan a dicho borde interrumpiéndose en él (signo de placentas accesorias).

Finalmente y antes de proceder a la sutura de algún desgarro o episiotomía o episiorrafia (si ésta se ha llevado a cabo) es aconsejable efectuar una detallada revisión del cuello y de la vagina que nos permita descubrir y suturar alguna lesión que pudiera haber-nos pasado inadvertida. Terminada la episiorrafia se coloca a la paciente en posición de Fritsch (fig. 19), cruzando ambas piernas, y la cubrimos para que no se enfríe. Encima del vientre le dejaremos un pequeño saco de arena. Hay que vigilar si la madre tiene hemorragias, cada dos horas, y por lo demás la dejaremos descansar.

Postparto inmediato

Es muy frecuente la aparición de escalofríos, a causa de una irrigación sanguínea periférica deficiente originada por la brusca deplección del vientre, lo que lleva consigo un gran aflujo de sangre hacia los órganos abdominales; se corrige comprimiendo la pared abdominal por encima del fondo uterino. En las horas que siguen al parto, la púerpera requiere una vigilancia estricta debido al peligro de hemorragias:

- Se ha de controlar periódicamente el estado general: aspecto, pulso, tensión arterial, temperatura, etc.
- Se vigilará la formación y persistencia del globo de seguridad.
- Debe observarse atentamente la hemorragia vaginal: tanto o más peligrosas que las intensas hemorragias lo son las débiles y persistentes, ya que en general se subestiman.
- La vejiga llena perturba la contractilidad uterina, por lo que se advierte a la puérpera la conveniencia de evacuar su vejiga.

Caldeyro-Barcia afirma que “el periodo de interacción madre-hijo durante la primera o segunda horas inmediatas al nacimiento es esencial para que se reconozcan madre y recién nacido. Si se separan caprichosamente, esta relación madre-hijo se hará deficitaria para el resto de sus vidas”. La madre debe amamantar al recién nacido inmediatamente después del parto (32).

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO (RN)

30

Inmediatamente después del parto se coloca al RN con la cabeza más declive que el resto del cuerpo para de este modo facilitar la salida del moco y líquido amniótico contenido en sus vías respiratorias. Debe tenerse a mano una pera de goma para aspirar las secreciones si existe una excesiva cantidad de líquido en la cavidad bucofaringea y en las aberturas nasales (33).

El cordón umbilical se corta cuando deja de latir pero no hay prisa. Se corta a unos 5 cm de la superficie abdominal y luego se liga con hilo estéril o bien se deja pinzado con un clip de plástico. Una vez ligado,

se cubre con una gasa estéril empapada en alcohol y se venda.

Se realizará un somero examen clínico inicial, siendo su objeto fundamental cerciorarse de la integridad física del RN y de su adecuada adaptación a la vida extrauterina. Debe incluir la valoración (en los minutos 1,5 y 10 de vida) del test introducido por Virginia Apgar en 1953 (tabla I). Los latidos del corazón, la respiración, el tono muscular, la coloración de la piel y la irritabilidad refleja (respuesta a la estimulación faríngea de la aspiración) son valorados de 0 a 2 puntos (de mayor a menor alteración); la suma de los cinco valores refleja el grado de normalidad (7 a 10 puntos) o depresión del RN (menos de 7).

La aplicación de calor es una medida indiscutible debido a la rápida pérdida de calor por el neonato. No es aconsejable en este momento bañar completamente al niño, sino que se limpiará con algodón empapado en agua hervida o suero fisiológico estéril, respetando de este modo la parte del vérmix que cubre su piel. El mejor contacto es piel con piel con la madre y servirá para que se acerque al pecho e inicie la toma de calostro (34). El niño siente normalmente a través de los sonidos o porque nota que la madre está cerca de él, o con el padre, al niño le ayuda sentir su cercanía, su calor y su voz (35). Vítus Dröschler señala que ésta es una forma de prevenir la muerte súbita, que él achaca a un shock producido por la sensación de abandono que tiene el hombre, al igual que otros primates (36).

La profilaxis de la oftalmia gonocócica se realiza instilando unas gotas de colirio preparado con suero salino y unas gotas de limón u otro colirio a base de aureomicina (activa también frente a las clamidias). Dicha substancia ha sustituido a la solución al 1% de NO_3Ag (método de Credé).

Se pueden prevenir las hemorragias del RN (debidas a déficit de los factores de coagulación vitamina K dependientes) administrando una dosis única parenteral de 1 mg de vitamina K, 1 o 2 mg de la misma por vía oral. No se ha comprobado si existe efecto profiláctico por la toma de vitamina K de la madre, por ejemplo con alfalfa. El contacto rápido del niño con el calostro y las bacterias del mismo ayudara al expulsión de meconio y a un establecimiento de flora intestinal que produce grandes cantidades de vitamina K y ésta ayudará a la prevención de hemorragias en el niño.

SEÑAL / PUNTAJACIÓN	TONO MUSCULAR	RESPUESTA A LA SONDA NASAL	COLOR	RESPIRACION	FRECUENCIA CARDIACA
0	Ausente	Ninguna	Azul o pálido	Ausente	Ausente
1	Semiflexión de miembros	Ligera	Membranas azules	Bradipnea o irregular	Menor de 100
2	Movimientos activos	Tos o estornudo	Todo rosado	Amplia o llanto	Mayor de 100

Tabla 1. *Test de Apgar.*

PEQUEÑO RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES PRÁCTICAS DE OMS (37)

Categoría A:

Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas

1. Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y si procede a su familia.
2. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.
3. Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto, y el postparto.
4. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
5. Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
6. Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro y donde la mujer se sienta más segura y confiada.
7. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
8. Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
9. Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.
10. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
11. Métodos no invasivos, no farmacológicos, de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje, las técnicas de relajación y baño caliente
12. Monitorización fetal con auscultación intermitente.
13. Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
14. Uso de guantes en los tactos vaginales durante nacimiento del bebé y en el manejo de la placenta.
15. Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
16. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS.
17. Esterilidad al cortar el cordón.
18. Prevención de hipotermia en el recién nacido.
19. Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera

hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.

20. Examen sistemático de la placenta y las membranas.

Categoría B:

Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas

1. Uso rutinario del enema.
2. Uso rutinario del rasurado púbico.
3. Infusión intravenosa de rutina en el parto.
4. Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
5. Posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación.
6. Examen rectal.
7. Uso de pelvimetrías.
8. Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
9. Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto.
10. Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
11. Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.
12. Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
13. Uso de ergometrina parenteral de rutina en la tercera fase del parto.
14. Lavado rutinario del útero después del alumbramiento.
15. Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

Categoría C:

Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que no debieran usarse o hacerlo con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema

1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto como hierbas, y estimulación nerviosa.
2. Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
3. Presión fúndica durante el parto.
4. Maniobras relativas a la protección del periné y al

manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.

5. Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.
6. Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto
7. Ligadura y sección precoz del cordón umbilical.

Categoría D:

Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente

1. Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
2. Control del dolor con agentes sistémicos.
3. Control del dolor con analgesia epidural.
4. Monitorización fetal electrónica.
5. Llevar mascarilla y batas estériles durante la atención del parto.
6. Exámenes vaginales repetidos o frecuentes especialmente si los realiza más de un asistente.
7. Estimulación con oxitocina.
8. Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase del parto.
9. Cateterización de la vejiga.
10. Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es casi completa o ya completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma.
11. Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto –como por ejemplo 1 hora–, incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
12. Maniobras de alumbramiento.
13. Uso liberal o sistemático de la episiotomía.
14. Exploración manual del útero después del alumbramiento.

Tratamiento de las complicaciones

Es imposible prevenir en la totalidad de los casos la aparición de complicaciones, algunas con muy mal pronóstico para la madre y/o el feto, incluso en los partos de bajo riesgo. Su manejo adecuado sólo se puede realizar en el medio hospitalario, por lo que si surgen fuera del mismo lo idóneo será el traslado urgente.

La posibilidad de que se produzca la muerte es necesario valorarla. Si ocurre en el hospital el senti-

miento de fracaso o de tristeza queda difundido o compartido por todos. “Se hizo lo que se pudo”. Pero en casa el dolor es directo, sin protecciones. Se necesita madurar para asumir el hecho. El profesional está implicado en la situación y participa de esta vivencia.

Las principales complicaciones que podemos encontrar y los cuidados que hay que proporcionar hasta el hospital se exponen brevemente a continuación:

Sufrimiento fetal agudo

El diagnóstico se podrá sospechar por la aparición de patrones anormales de la FCF (bradicardia, taquicardia, etc.) o de líquido amniótico teñido de meconio. La colocación de la madre en decúbito lateral (lo que disminuye la compresión de los grandes vasos por el útero y el tono de dicho órgano) y la administración de úteroinhibidores: Pulsatilla CH 200 son las medidas inmediatas a tomar mientras se efectúa el traslado de la paciente.

Parto prematuro

Se considera como tal todo parto que se desencadena entre las 28 y 37 semanas de gestación. Se recomienda reposo, relajación y Pulsatilla CH 200.

Parto prolongado

Cuanto más se prolonga el parto, mayor es el riesgo tanto para la madre como para el niño. Todo parto en el que se produce un estancamiento anormal de su progresión debe ser evacuado al hospital más cercano. Evaluar si hay una desproporción pélvico-céfálica.

Anomalías de la presentación

Lo más prudente es proceder al traslado urgente de la enferma tan pronto como se haga el diagnóstico. No obstante, en la presentación de nalgas (la más frecuente de las anomalías estáticas fetales) la maniobra más efectiva y más sencilla de realizar es la maniobra de Bracht, complementada, si no se obtiene extracción de la cabeza fetal, con la maniobra de Mauriceau-Veit-Smellie. Muchos tocólogos lo consideran normal, proponen la confianza en la madre y seguimiento normal sin intervenir. En Medicina Tradicional China antes de la 36 semana se hace acupuntura o moxibustión en el dedo meñique del pie punto 66 de meridiano de la vejiga.

Prolapso de cordón

La primera medida que hay que tomar será la colocación de la madre en posición de Trendelenburg, al mismo tiempo que se rechaza la presentación a través de la vagina y después, lo más pronto posible, la rápida extracción fetal, generalmente por vía alta.

Hemorragia postparto

Normalmente se produce por algún desgarro que ha pasado desapercibido o por una atonía uterina. Su mejor tratamiento es la profilaxis mediante la conducción adecuada del expulsivo (protección del perineo y/o episiotomía) y del tercer periodo del parto (alumbramiento dirigido), no olvidando la revisión cuidadosa de la placenta y del canal del parto tras el mismo.

La administración intravenosa de 0,2 mg de male-

ato de metilergobasina (Methergin) junto al masaje del fondo uterino con ambas manos son las medidas que hay que tomar mientras se realiza el traslado de la paciente; si fracasan se puede recurrir a la compresión bimanual del útero. También se puede utilizar la maniobra de reflexoterapia podal de masaje sobre el canal posterior al maleolo interno (punto uterino) que induce una contracción uterina y podría ser útil mientras se llega al hospital.

El parto en casa siempre es una vivencia sobre la vida y la muerte, sobre los riesgos y el potencial del momento. En la antigüedad la mujer que moría en el parto se la consideraba una guerrera y una diosa, una heroína. La verdad es que el parto es un momento de fuerza de valentía y coraje, pero también de paz y de gozo. Muchas de estas vivencias imprimen carácter y vivirlas nos ayuda a entender que también son las aplicaciones más sencillas para mantener la salud y la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.msc.es/novedades/docs/estrategia-AtencionPartoNormal.pdf>
2. Fernández del Castillo I. La revolución del nacimiento. Editorial Edaf. 1994.
3. Gervas J. Matronas. Rev El Médico 14 sep 1994; 17.
4. Montes MJ, Garcés B. El parto como proceso fisiológico natural. Rev Natura Medicatrix 1993; (33): 28-31.
5. García Carabantes A. Replanteándonos la episiotomía. Un examen de sus improbables beneficios. Rev Natura Medicatrix 1995-96; (42): 28-32.
6. Kitzinger S. Nacer en casa. Editorial Interamericana. 1993.
7. Cortejoso Hernández FJ. Asistencia al parto extrahospitalario. Rev Medicina Integral 1986; 7 (5).
8. Olza I, Lebrero E. Nacer por cesárea. Editorial Granica. Barcelona. 2006.
9. Tew M. Place of birth and perinatal mortality. Journal of the Royal College of General Practitioner 1985; 35: 390-4.
10. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. BMJ 2005; 330: 1416.
11. Aceituno Velasco L, Oliver Reche MI. Asistencia al parto normal. Boletín informativo de la Aso-

- ciación andaluza de matronas 2003; (11): Monográfico.
12. De la Fuente P. Actitud ante el parto natural. Med Clin (Barc) 1984; 83: 65-6.
13. Odent M. Nacimiento Renacido. Errepar SA. 1984.
14. Bumm E. Tratado de Obstetricia. Seix y Barral. Barcelona, 1906.
15. Fernandez C. El feto anteparto se adapta a la hipoxia y mantiene la circulación. Diario Médico 1995: 16.
16. Nichols RL. Post operative wound infection. M Engl J Med 1982; 307: 1701-2.
17. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4. Art. N.º: CD000330.
18. 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, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
19. Ballesta López C. Profilaxis antibiótica en Cirugía. Ediciones SA. 1987.
20. Gonzalo Díaz A, et al. Efectos de la posición

vertical materna sobre la evolución del parto. *Clin Invest Obstet Ginecol* 1978; 5: 101.

21. Odent M. Las posiciones de la madre durante el parto. *Rev Natura Medicatrix* 1989; (19).

22. Schwarcz y Col. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. *Clin Invest Obstet Ginecol* 1980; 7: 135.

23. Schwarcz R. *Obstetricia*. Ed Ateneo. Buenos Aires, 1970.

24. Arroyo J y Cols. La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. *Clin Invest Obst Ginec* 1974; 1: 221.

25. Odent M. El agua, la vida y la sexualidad. Ed Urano.

26. Gallo Vallejo y otros. Influencia de la posición vertical materna y de la rotura espontánea de las membranas en el parto. *Clin invest Gin obst* 1982; (3).

27. Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *Semergen*; 25 (3): 239-48.

28. Contra la episiotomía sistemática. *Lancet* 1993; (564).

29. La episiotomía innecesaria. *Medicina Holística* 1993; (32): 166.

30. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gertlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic. *JAMA* 2005; 293: 2141-8.

31. Hernández García, et al. Repercusiones del periodo expulsivo sobre el feto. *Clin Invest Gin Obst* 1982; 9 (3).

32. Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E, et al. Tecnología apropiada para la atención al parto. *Bol of Sanit Panam* 1981; 90: 69-79.

33. Cortejoso Hernández FJ. Reanimación del recién nacido. *Tiempos médicos* 1984; 23: 19-30.

34. Fernández Dopico R, Olaizola JL, Iribarne C, Bajo Arenas J. La relación madre-hijo. *Progr obstet Ginecol* 1983; 26: 305-13.

35. Saz Peiró P. Costumbres populares en el embarazo y el parto. *Natura Medicatrix* 1988; (18): 4-7.

36. Dröcher Vitus. *Calor de Hogar*. Ed. Planeta.

37. WHO/FRH/MSM/96.24. Care in Normal Birth: a practical guide. http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_newborn.en.html.

Otras páginas de referencia

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/330/7505/1416>.

Versión pdf en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/330/7505/1416>.

Respuestas al trabajo: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/330/7505/1416#109756>.

www.elpartoesnuestro.es.

www.holistika.net.

<http://www.escuelasaludholisticaconsueloruiz.org/>