

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



## GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

**-Título-**

**Plan de Partos como herramienta para el parto de baja intervención**

**- Autor/a –**

**María del Carmen López Álvarez**

**- Tutor/a –**

**Esther Carmona Samper**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO.....	4
METODOLOGÍA.....	4
DESARROLLO.....	5
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS.....	27

## **RESUMEN**

En los últimos años se ha producido un cambio de paradigma en la atención al parto normal, pasando de un parto intervenido o medicalizado a un parto de baja intervención. El parto de baja intervención es aquel cuyo desarrollo se produce de forma fisiológica y sin intervenciones innecesarias, siempre y cuando sea una gestante a término y sin complicaciones durante el embarazo y el parto.

Para asegurar los deseos y preferencias de la gestante y respetar la fisiología, el Sistema Sanitario Público de Andalucía elaboró un documento: *El Plan de Partos*, que tiene como objetivo que la mujer se sienta protagonista de su embarazo y parto, asegurando a la vez su derecho en la toma de decisiones, siempre y cuando sea posible.

El papel educativo de enfermería en atención primaria durante el control del embarazo y la educación maternal es fundamental y su principal finalidad en los embarazos sin complicaciones es que tanto las mujeres como sus parejas conozcan las opciones que tiene a la hora de tomar decisiones acerca del parto.

Los objetivos de este trabajo son describir el Plan de Partos y evaluar la evidencia de los procedimientos llevados a cabo en un parto de baja intervención a través una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de artículos en bases de datos, revisiones sistemáticas de la biblioteca Cochrane, recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, legislación, textos y manuales de atención al parto normal, guías de práctica clínica y protocolos de atención al parto de hospitales españoles.

## **INTRODUCCIÓN**

En los últimos 30 años, se ha producido un cambio de paradigma en la atención al parto, que se enmarca dentro de un proceso global de humanización en la atención perinatal y que consiste en respetar el proceso fisiológico del parto, siempre y cuando la gestante no presente factores de riesgo durante la gestación y/o el parto. Entre los objetivos principales este nuevo modelo de atención y asistencia al embarazo, parto y crianza, persigue aumentar el protagonismo de la mujer a la hora de tomar decisiones sobre este proceso.

El inicio de este cambio en la atención al parto podemos situarlo en la Declaración de la Organización Mundial de la Salud de Fortaleza, Brasil en 1985, en ella ya se recogían

una serie de recomendaciones para la atención al parto respetando la fisiología y dando protagonismo a la mujer en todo el proceso de atención.

Esta Declaración se traduce años mas tarde en una Guía práctica de cuidados al parto normal donde se identifican cuales son las prácticas más comunes empleadas en el parto y establece una serie de buenas prácticas para un parto y alumbramiento sin complicaciones (1). A partir de ese momento las sociedades científicas en nuestro país comienzan a definir el parto normal y protocolizar cuál debe ser la atención en el mismo, denominándolo en muchos documentos como parto de baja intervención.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), publica en 2007 una serie de recomendaciones sobre la asistencia al parto (2). La Federación española de Asociaciones de matronas (FAME), publica en 2007 un documento de consenso: Iniciativa al Parto Normal (3). La base del parto de baja intervención se encuentra a nivel nacional en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (4). A nivel Andaluz, la Junta de Andalucía junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo, llevan a cabo el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (5).

Para asegurar el protagonismo de la mujer y el respeto al parto, se elabora un documento tanto a nivel andaluz, como nacional: el Plan de Partos (6,7).

## **OBJETIVOS**

- Evaluar la evidencia disponible acerca de los procedimientos llevados a cabo en el parto de baja intervención.
- Describir el Plan de Partos, contenido e implantación en nuestro medio como herramienta para favorecer la toma de decisiones de la gestante y su pareja a través de la educación maternal llevada a cabo por la enfermera de atención primaria.

## **METODOLOGÍA**

Revisión bibliográfica narrativa a partir de la búsqueda de artículos en bases de datos, revisiones sistemáticas de la biblioteca Cochrane, recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, legislación, textos y manuales de atención al parto normal, guías de práctica clínica y protocolos de atención al parto de hospitales españoles.

## **DESARROLLO**

El paso de atender el parto en los hospitales supuso una ventaja, tanto para la madre como para el recién nacido, disminuyendo la morbimortalidad de ambos, pero añadiendo como consecuencia negativa la instrumentalización del parto de bajo riesgo, y por tanto llevando a cabo prácticas innecesarias.

Para cambiar esta tendencia ha sido necesario protocolizar cómo debe ser la atención en un parto de baja intervención o parto normal. Surgen de esta manera en nuestro país, varias definiciones y guías sobre la atención al parto:

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), define un parto normal como *“trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37º-42º semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal”* (2).

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), define parto normal como *“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”*. Además elabora un documento de consenso, Iniciativa al Parto Normal, donde se analiza la situación actual y da una serie de recomendaciones en la atención al parto normal basadas en la evidencia, así como aquellas que no tienen ningún fundamento (3).

El Ministerio de Sanidad y Política Social, elabora una Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, donde recoge los niveles de evidencia y grados de recomendación de los diferentes procedimientos llevados en el proceso del parto (4).

A nivel andaluz, tenemos como base el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, con el objetivo de que el Sistema Sanitario Público de Andalucía ofrezca la atención al parto humanizado y aumente el protagonismo de la mujer y su pareja en la toma de decisiones (5).

Como herramienta para expresar las preferencias en el parto y asegurar el protagonismo de la mujer, surge El Plan de Partos (6,7).

### **El plan de partos**

Una gestante sin factores de riesgo tiene la opción de expresar sus deseos y preferencias acerca de cómo quiere que se desarrolle el proceso del parto. Para ello existe una herramienta, el Plan de Partos, cuya función principal no es planificar el desarrollo del parto o el nacimiento, sino ofrecer la oportunidad de expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras (2).

Además, esta herramienta debe de ser conocida y utilizada por parte de enfermería en atención primaria, de tal manera que las enfermeras sean capaces de transmitir la información adecuada y de utilidad para aquellas mujeres que tienen una serie de preferencias en su parto, sin olvidar que no consiste en una planificación del mismo, ya que en un parto inicialmente normal puede aparecer alguna complicación, por lo que no sería posible emplear el plan de partos y se procedería según los protocolos del centro.

Puede elaborarse en cualquier momento de la gestación, aunque es aconsejable hacerlo entre las semanas 28 y 32 (2).

A continuación, exponemos los diferentes apartados que se recogen en el Plan de Partos (Documento completo en Anexo I) del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como la evidencia existente en algunos de ellos (6).

#### **1. Acompañamiento**

Durante el proceso del parto, la mujer tiene derecho a estar acompañada por una persona que le proporcione apoyo. Además es ella quien decide quién quiere que sea la persona que le acompañe.

Una revisión sistemática Cochrane incluyó 16 ensayos con una total de 13391 mujeres. De los 16 ensayos, en 10 hospitales se permitía a la mujeres estar acompañada, mientras que en los otros 6 no. Los resultados obtenidos son que las mujeres que reciben acompañamiento, tiene menos probabilidad de recibir anestesia, analgesia regional, tener un parto vaginal instrumental, tener un parto por cesárea y una mayor probabilidad de parto vaginal espontaneo y una mayor satisfacción (8).

Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección (Grado de recomendación A) (4).

## **2. Espacio físico y confort**

Un entorno agradable, es esencial para disminuir el estrés de la mujer durante el parto. La habitación de una mujer que desea un parto de baja intervención, debe tener una serie de características: sala única para la atención de la dilatación y el periodo expulsivo, ambiente agradable y parecido al hogar, colores cálidos, de uso individual, con luz natural, cama obstétrica articulada, pelotas, cojines, baño, posibilidad de escuchar música suave, etc (3).

Además, el Plan de Partos ofrece a la mujer la opción de elegir que ropa llevar: la proporcionada por el hospital o la suya propia. Por otro lado, en este documento se puede reflejar si la mujer tiene alguna discapacidad, con el fin de comprobar si el centro puede responder a sus necesidades.

## **3. Intimidad**

Uno de los puntos principales que se debe respetar durante el parto, es la intimidad de la mujer, respetando en todo momento su privacidad y confidencialidad. Cuando su intimidad es invadida, desencadena en estrés que puede dificultar el desarrollo normal del parto. Michel Odent, describe que todos los mamíferos cuando llega el momento del parto se aíslan, no solo para evitar a los depredadores, sino para tener cierta intimidad. Cuando la privacidad se ve invadida, la hembra busca otro lugar donde se encuentre tranquila y segura. Está demostrado que el estrés puede inhibir el parto en los mamíferos (9).

Durante el parto solo deben estar el número de personas necesarias, evitando las entradas y salidas continuas y pidiendo siempre permiso a la mujer de la presencia de otras personas, como por ejemplo estudiantes.

## **4. Información y Toma de decisiones**

La ley de Autonomía del Paciente (10), asegura el derecho a la información. La mujer tiene derecho a conocer toda la información acerca del proceso del parto y ésta tiene que ser veraz y comprensible, de tal manera que le ayude a tomar sus propias decisiones.

El Plan de Partos' es en este caso, es de utilidad para que la mujer reciba la información acerca de las alternativas que tiene durante el parto y ayudarle así a tomar las decisiones convenientes.

Además este documento recoge que en caso de existir una dificultad en la comunicación, se debe facilitar un intérprete de lenguaje de signos o información en braille (6).

## **5. Buenas prácticas en el parto. Revisión de procedimientos.**

### **5.1 Personal asistencial**

A la hora de atender el parto, siempre y cuando sea posible en el centro, lo ideal es que una única matrona sea la encargada de llevar la atención al parto, para garantizar así la continuidad asistencial (3, 11). Además proporcionará a la mujer un ambiente de confianza.

A parte de la matrona, el resto de equipo debe estar bien formado, coordinado y sensibilizado con respecto al parto de baja intervención (11).

### **5.2 Enema antes del parto**

El uso de enema durante el trabajo del parto, se emplea con la finalidad de reducir las infecciones puerperales y neonatales (12). Ha sido una práctica habitual en la atención al parto.

En una revisión sistemática (13) se incluyó 1765 mujeres en tres ensayos. En los tres ensayos hubo un grupo de intervención a las cuales se le administraba enemas y un grupo control que no recibía enemas. En los resultados obtenidos no se encontraron diferencias significativas con respecto a infección en la herida perineal, infección neonatal, duración del parto, así como la satisfacción entre las mujeres que recibieron y no recibieron enema. No existe evidencia que justifique el uso de enema por rutina. (Grado de recomendación: D) (14).

La mujer debe saber, que en caso de estar indicado, se le informará y se le pedirá su consentimiento (6).

### **5.3 Rasurado antes del parto**

El rasurado perineal se ha llevado a cabo de forma sistemática con la finalidad de disminuir el riesgo de infecciones y facilitar la sutura de la episiotomía.

Una revisión sistemática incluyó dos ensayos controlados con un total de 535 mujeres, en los que se compara el rasurado perineal versus ningún rasurado perineal. En los resultados obtenidos, no se encontraron diferencias significativas en la morbilidad febril materna, en la colonización de bacterias grampositivas. Si se observó en las mujeres que



no habían sido rasuradas, una menor colonización de bacterias gramnegativas. Por otro lado, se observó una serie de molestias en las mujeres rasuradas: enrojecimiento, prurito vulvar y ardor (15). No existe evidencia que respalde el rasurado perineal de rutina. (Grado de recomendación D) (14).

Por tanto, en un parto normal, no se debe realizar el rasurado del periné; pero en caso de episiotomía o desgarro puede estar indicado, por lo que se llevará a cabo en ese momento.

#### **5.4 Líquidos durante la dilatación**

En un parto de baja intervención no suele existir inconveniente a la hora de tomar líquidos (6).

El hecho de mantener en ayuno a las mujeres, se debe a que en el año 1946, Mendelson observó 66 casos de mujeres que habían sufrido una aspiración del contenido gástrico a los pulmones (mujeres con parto vaginal y anestesia general). Actualmente, en caso de precisar anestesia, se opta por la anestesia raquídea, siendo la anestesia general utilizada en casos específicos (16). Olsson en 1986 llevó a cabo una revisión en la que incluía 185358 mujeres con anestesia general, con el fin de evaluar el síndrome de Mendelson. Obtuvo una incidencia de 1 por cada 2131 mujeres (17).

En una revisión sistemática que incluye 5 ensayos controlados y cuasicontrolados con un total de 3130 mujeres con bajo riesgo de necesitar anestesia general, se estudia la libertad de ingerir líquidos y alimentos versus el ayuno durante el proceso del parto. En los resultados obtenidos, no se vieron diferencias significativas con respecto al tipo de parto y puntuaciones menores de 7 en APGAR, en el recién nacido. Los datos no son suficientes para determinar la incidencia del síndrome de Mendelson. Por otro lado, la ingesta de líquidos, aumenta la satisfacción y confort e la madre (16).

La FAME indica que no se debe impedir a mujeres de bajo riesgo la ingesta de alimentos y líquidos. Además una restricción de estos puede dar lugar a deshidratación y cetosis (3).

Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en mujeres de bajo riesgo (Grado de recomendación A) (4).

## **5.5 Monitorización fetal**

La monitorización cardíaca fetal se puede realizar mediante monitorización electrónica fetal continua o mediante auscultación fetal intermitente (Anexo II). Se lleva a cabo para vigilar el bienestar fetal (1, 3, 4, 18).

La auscultación intermitente se puede llevar a cabo mediante estetoscopio de Pinard o mediante ultrasonidos (Doppler). Se debe realizar durante 60 segundos y cada 15 minutos en el periodo de dilatación, y cada 5 minutos en el periodo expulsivo (18).

La monitorización continua o cardiotocografía (CTG), permite además registrar las contracciones uterinas (19) y se debe realizar en partos con complicaciones, uso de oxitocina, de anestesia epidural, etc.

La auscultación intermitente solo se llevara a cabo en embarazos de bajo riesgo y en caso de complicaciones se deberá pasar a una monitorización continua.

Una revisión sistemática, compara la cardiotocografía continua versus auscultación intermitente en 11 ensayos con un total de 33000 mujeres. Los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas con respecto mortalidad perinatal o parálisis cerebral. Si se observó que las mujeres con una monitorización continua había una disminución de crisis epilépticas neonatales, un aumento de cesáreas y un aumento de probabilidad de que el parto vaginal fuese instrumental (19).

La forma más fisiológica que respeta un parto de baja intervención es la auscultación intermitente y además permite una mayor libertad de movimiento para la madre.

Ambos tipos de monitorización cardíaca fetal son validos (Grado de recomendación B) (4).

## **5.6 Administración de medicamentos para acelerar el parto**

Los medicamentos utilizados para acelerar el parto son la oxitocina y la prostaglandinas. Es necesario emplearlo en ocasiones para asegurar la seguridad de la madre o del recién nacido (20).

Una revisión sistemática que incluyó 61 ensayos con un total de 12819 mujeres, compara la inducción del parto con oxitocina y otros métodos. Al comparar el uso de oxitocina con la conducta expectante, se observó un aumento estadísticamente significativo en los partos por cesáreas y uso de analgesia epidural en las mujeres que se empleó oxitocina. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia

de partos instrumentados. Por otro lado, al comparar el uso de oxitocina con el uso de prostaglandinas vaginales, se observa una mayor incidencia de partos vaginales con el uso de prostaglandinas vaginal. No existen diferencias estadísticamente significativas en las tasas de cesárea y en la satisfacción materna. En ambas comparaciones, no hubo un aumento de la hiperestimulación uterina (20).

Existen otras alternativas no farmacológicas para acelerar el parto como masaje, movimientos pélvicos, deambulación, baños de inmersión.etc. Estos métodos no tienen evidencia científica por lo que se deben continuar los estudios (21).

En un parto de baja intervención se debe dejar que este siga su curso y no emplear medicamentos de forma rutinaria como la oxitocina, excepto que exista indicación médica para ello (6).

### **5.7 Canalización de vía venosa**

En un parto de bajo riesgo, como hemos visto anteriormente, es posible la ingesta de líquidos y no es necesaria la administración de medicamentos para acelerar el parto. Por tanto, en teoría, no es necesaria la canalización de una vía periférica para sueroterapia o para la administración de medicamentos.

No obstante, no hay que olvidar que un parto valorado inicialmente como de bajo riesgo, puede evolucionar con alguna complicación, siendo necesario llevar a cabo técnicas propias de un parto instrumentado (2). Es por ello que se debe canalizar una vía venosa y dejarla heparinizada en caso de ser necesaria (6).

Una vía periférica heparinizada o la ausencia de esta, va a permitir que la mujer se mueva con total libertad, sin necesidad de estar tumbada en la cama.

Por otro lado, la OMS, incluye la canalización venosa se rutina en un grado de recomendación C (1).

### **5.8 Tactos vaginales**

El tacto vaginal es una técnica utilizada para valorar el progreso del parto. Se puede obtener información como la posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino, y descenso y rotación de la cabeza fetal (3). Un tacto vaginal, es considerado un factor de riesgo ya que puede dar lugar a una infección amniótica, materna y neonatal. Además, *“el número de tactos vaginales deben limitarse a los estrictamente necesarios*

*durante el primer estadio del parto generalmente uno cada cuatro horas suele ser suficiente” (1).*

La FAME, indica una serie de técnicas alternativas no invasivas para valorar la evolución del parto (Ver Anexo III) (3). No existe evidencia científica que lo corrobore, por lo que se debería investigar la evidencia de estas técnicas para su uso:

- a. Valoración de la línea purpura: cuando la madre ha dilatado uno dos centímetros se aprecia una línea violeta que asciende desde el ano; cuando ha dilatado de 4 a 5 centímetros, esta línea avanza un poco más, y en la dilatación completa, se observa entera.
- b. Rombo de Michaelis: es indicativo de una dilatación completa. Existe un ligero desplazamiento del triángulo formado por el cóccix, sacro y últimas vertebrae lumbares.

Es importante informar a la mujer de que en caso de realizarse más tactos vaginales por motivo de formación de alumnos o consulta, siempre se le debe informar y pedir su consentimiento (6).

### **5.9 Sondaje vesical**

En un parto fisiológico, no se realiza el sondaje vesical de rutina, ya que la mujer tiene libertad de movimiento para poder ir al cuarto de baño. En caso de que sea necesario, por ejemplo, por un globo vesical, se le informará del procedimiento (3, 5, 6).

En caso de partos con anestesia epidural, la sensación de vejiga llena se pierde, por lo que muchas veces se ve necesaria la utilización del sondaje vesical.

Una de las principales complicaciones asociadas al sondaje vesical son las infecciones urinarias, motivo por el cual se deben evitar los sondajes de rutina y reservarlos solo para los casos necesarios (22).

### **5.10 Rotura de la bolsa**

La rotura artificial de la bolsa o amniotomía es una técnica utilizada con frecuencia, como por ejemplo cuando es necesaria la monitorización interna del feto, para obtener líquido amniótico o bien para acelerar el parto (3, 23). Realizar esta técnica en un parto de bajo riesgo y progreso normal no respeta el parto fisiológico, y solo debe practicarse en mujeres con un progreso lento.

En una revisión sistemática que incluye 14 ensayos controlados aleatorizados con un total de 4893 mujeres, compara el uso de amniotomía frente a la intención de preservar las membranas. Los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en la duración de la dilatación y satisfacción de las mujeres. Si se muestra un mayor riesgo de cesárea en mujeres que se practica amniotomía, aunque los datos no son estadísticamente significativos (24).

Por otro lado, existen alternativas no invasivas en caso de partos de progreso lento, como son la deambulación, movilización y cambios de posición (3).

La OMS incluye la práctica de amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto dentro del grado de recomendación C (1).

### **5.11 Episiotomía**

La episiotomía, es una incisión que se realiza en el periné con la finalidad de prevenir los desgarros perineales severos y facilitar la salida del recién nacido. En muchas ocasiones su realiza para disminuir el tiempo de expulsión del recién nacido. Cuando este procedimiento se realiza de forma sistémica y en partos de bajo riesgo, no se está respetando la fisiología del parto.

En 2008, en un informe realizado por Euro Peristat, muestra a España a la cabeza de Europa con un 82,3% de episiotomías realizadas (25), siendo la recomendación de la OMS entre un 20 y un 30%.

En una revisión sistemática que incluye varios ensayos aleatorizados, se compara el uso de episiotomía sistemática versus su uso restrictivo. Los resultados muestran que en un uso restringido de la episiotomía da lugar a una menor incidencia de trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura, menos complicaciones en la cicatrización y menos mujeres con dolor al alta. Por otro lado no hubo diferencias significativas en incontinencia urinaria, dispareunia e incidencia de laceraciones severas (26).

Una técnica utilizada para prevenir los desgarros durante el parto, es el masaje perineal (Ver Anexo IV), que puede ser realizado por la propia mujer u otra persona. Para ver la evidencia sobre el masaje perineal, una revisión sistemática, incluyó tres ensayos con 2434 mujeres. Los resultados muestran diferencias significativas con respecto a traumatismo perineal que requiere sutura, desgarró perineal de primer y segundo grado, traumatismo de tercer grado, dolor perineal después del parto, etc. Tan solo se observó

una reducción estadísticamente significativa de un 15% en la incidencia de episiotomía en mujeres que practicaron masaje perineal a partir de la semana 35 (27).

No debe realizarse episiotomía de rutina en partos espontáneos y de baja intervención (Grado de recomendación A) y en caso de realizarse la sutura de elección es la continua (26).

### **5.12 Pujos**

Durante el periodo expulsivo, se puede indicar a la madre cuando tiene que empujar o bien que empuje cuando sienta ganas. Muchas veces debido al uso de anestesia epidural, es necesario indicar a la madre cuando tiene que empujar.

El momento de realizar los pujos puede ser de forma temprana o tardía. En los pujos tempranos, se indica a la mujer que puxe una vez producida la dilatación completa e independientemente de las ganas de empujar y de la posición fetal. En los pujos tardíos, tras la dilatación completa se espera al descenso pasivo del feto y la mujer empuja cuando siente necesidad (28).

Una revisión sistemática que incluye 7 ensayos con un total de 2827 mujeres se analiza el descenso pasivo del feto frente a los pujos tempranos. Los resultados muestran que un retraso en los pujos favorece un parto vaginal espontáneo (29).

Los pujos dirigidos, reduce la duración de la segunda etapa del parto y se relacionan con la aparición de incontinencia fecal y urinaria. Por otro lado, los pujos espontáneos, da lugar a una mayor puntuación Apgar al minuto y a los cinco minutos, y a un aumento del pH de la arteria umbilical y mayor satisfacción materna (28).

En un parto de bajo riesgo, se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de ganas de empujar, se recomienda no dirigirlo hasta que se haya producido el descenso pasivo del feto (Grado de recomendación A) (2).

Otra técnica relacionada con el periodo expulsivo, es la maniobra de Kristeller, que consiste en ejercer presión en el fondo del útero, con el fin de acortar la segunda fase del parto. La OMS lo incluye dentro de la categoría C (1).

### **5.13 Pinzamiento del cordón umbilical**

Existen dos opciones a la hora de realizar el pinzamiento del cordón umbilical: realizarlo de forma precoz o tardía. Un pinzamiento precoz es aquel que se lleva a cabo justo tras el nacimiento del recién nacido. Tiene como ventajas una disminución en el

tiempo de alumbramiento y una disminución en la hemorragia postparto; por otro lado, se observa que puede ocasionar mayor dificultad respiratoria, anemia e hipovolemia neonatal (30).

El pinzamiento tardío, es aquel que se realiza en los 2-3 minutos tras el nacimiento y cuando ha dejado de latir. Un pinzamiento tardío proporciona al recién nacido un mayor volumen de sangre (de 20 a 35 ml/Kg), incrementa los depósitos de hierro en este y se observa una mejor oxigenación cerebral en las primeras 24 horas. Como inconvenientes, el mayor volumen sanguíneo puede dar lugar a policitemia e hiperbilirrubinemia con ictericia sintomática (30).

Una revisión sistemática que incluye 11 ensayos con 2989 madres y recién nacidos con el fin de ver la evidencia existente acerca del efecto producido en las madres y recién nacidos según el momento del pinzamiento del cordón umbilical (en general se incluyeron mujeres de bajo riesgo y con una alta probabilidad de que el parto fuese vaginal). Con respecto a los resultados en las madres, no se observan diferencias estadísticamente significativas en hemorragia postparto, media de la pérdida de sangre, niveles de hemoglobina postparto, necesidad de transfusión sanguínea, necesidad de extracción manual de la placenta, etc. La única diferencia estadísticamente significativa fue que en las madres con pinzamiento precoz tenían unos niveles más elevados de ferritina que en el grupo de pinzamiento tardío. En los resultados de los recién nacidos no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación Apgar, dificultad respiratoria, ictericia clínica, policitemia y lactancia. Se observó en los niños con pinzamiento tardío una mayor incidencia que requirió fototerapia, niveles mayores de hemoglobina neonatal e infantil, menor incidencia de anemia y niveles mayores de ferritina (31).

Otra revisión sistemática incluye 15 ensayos con 738 niños que nacieron entre la semana 24 y la 36. El pinzamiento tardío, se relaciona con menos recién nacidos que precisaron transfusiones por anemia, menos hemorragia intraventricular y menor riesgo de enterocolitis necrosante. Por otro lado, se observó una mayor concentración de bilirrubina (32).

En un parto de baja intervención se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (Grado de recomendación A) y debe realizarse a partir del segundo minuto o tras el cese del latido del cordón umbilical (Grado de recomendación B) (4).

El Plan de Partos da la opción a que las parejas sean quienes corten el cordón umbilical, siempre y cuando el personal que asista el parto lo vea conveniente; así como la opción a donar la sangre del cordón (6).

Tras el pinzamiento del cordón, en la tercera etapa del parto (alumbramiento), aunque el manejo expectante de la expulsión de la placenta sería lo más fisiológico, se recomienda el manejo activo del alumbramiento (Grado de recomendación A) (4), ya que disminuye el riesgo de hemorragia postparto, disminuye la duración de la tercera etapa del parto y reduce la necesidad de uterotónicos.

#### **5.14 Tratamiento y manejo del dolor**

Uno de los mayores miedos para la mujer antes del parto es el dolor (33). En un parto de baja intervención la mujer tiene como opciones las medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor, siendo estas últimas las que respetan un parto fisiológico.

Entre las **medidas farmacológicas**, el método más utilizado es la anestesia epidural (12). Una revisión sistemática evalúa los efectos de la analgesia epidural, en comparación con la analgesia no epidural o ningún alivio del dolor. Para ello se incluyeron 21 estudios controlados aleatorizados con un total de 6664 mujeres. Solo un ensayo mostró resultados sobre la percepción de alivio del dolor: las mujeres con anestesia epidural mostraron mayor alivio del dolor que el resto. Las mujeres con anestesia epidural tienen mayor riesgo de parto instrumental frente a las mujeres que no recibieron ningún tratamiento; y no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la incidencia de cesárea y satisfacción materna. Con respecto a los resultados en el recién nacido, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el índice de Apgar menor a 7 en los 5 primeros minutos (34).

Otro método farmacológico y no invasivo, es la analgesia inhalatoria (óxido nitroso), que es utilizado en otros países con frecuencia. Al estudiar la efectividad y seguridad de este tipo de analgesia, los resultados muestran efectos secundarios como náuseas vómitos, mareos y somnolencia y no existen resultados claros que muestren su eficacia.

Por otro lado, la anestesia general queda limitada para aquellos casos que no es posible llevar a cabo una analgesia regional (12).

Existen diferentes métodos **no farmacológicos** que la mujer debe conocer, para favorecer la toma de decisiones.



a. *Apoyo continuo*: Proporcionar un apoyo continuo durante el parto, tanto por el personal asistencial como por el acompañante, muestran menor necesidad de analgésicos y una mayor satisfacción por parte de la mujer (8).

b. *Inyecciones de agua estéril*: Consiste en la administración intracutánea de agua estéril en la región lumbar, disminuyendo el dolor en esta zona durante una hora aproximadamente, aunque inicialmente produce escozor y dolor en la mujer (3, 4, 33).

Se realizó una revisión sistemática que incluyó 766 mujeres en estudios controlados aleatorios para ver la eficacia del uso de inyecciones con agua estéril. Los resultados no muestran evidencia de la efectividad del agua estéril y requiere de más investigaciones (35).

c. *Uso del agua*: Tanto la inmersión en agua caliente o una ducha 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*” (3).

En una revisión sistemática que incluye 11 ensayos controlados aleatorios con un total de 3146 mujeres para evaluar los efectos de la inmersión en agua. Se observó diferencias estadísticamente significativas en una reducción del uso de métodos farmacológicos en las mujeres asignadas a inmersión en agua. No hubo diferencias significativas en la incidencia de partos vaginales, cesáreas, infección materna o traumatismo perineal (36).

La inmersión no debe durar más de dos horas y no debe producirse hasta que exista una dilatación de 5 o más centímetros, ya que puede dar lugar a partos prolongados (3).

Se recomienda como un método eficaz del alivio de dolor (Grado de recomendación A) (4).

d. *Otros métodos*: existen otros métodos no farmacológicos como las técnicas de relajación, la acupuntura, la hipnosis, el masaje y la musicoterapia, proporcionan a la mujer una disminución del dolor en el trabajo del parto, un aumento de la satisfacción y un menor uso de analgesia, pero no existen estudios suficientes que demuestren su evidencia (37, 38, 39, 40, 41).

Al ser el dolor uno de los aspectos que más puede preocupar a la mujer, es importante que conozco todas las alternativas para su manejo, sin olvidar la importancia de los métodos no farmacológicos.

## **6. Otras consideraciones sobre el desarrollo del parto**

### **6.1 Elección del lugar de parto**

La mujer puede elegir que su parto se lleve a cabo en la sala de partos, en la habitación donde ha llevado a cabo la dilatación (en la cama, en vertical, semisentada, etc.) o bien en una bañera. Estas opciones en gran medida van a depender de los recursos del centro y de la formación del personal asistencial. Siempre que se pueda, la mujer tomara la decisión sobre el lugar que prefiere (6).

La OMS, incluye además el parto en el domicilio, pero no hay que olvidar que un parto que inicialmente es de bajo riesgo, puede evolucionar con alguna complicación siendo necesaria intervenciones y recursos disponibles en un centro hospitalario (1).

### **6.2 Posición durante el parto**

Lo idóneo durante un parto fisiológico, es que la mujer adopte la postura que le resulte más cómoda (3), pero esto va a estar determinado en gran medida de si la mujer tiene anestesia epidural o no, si tiene dispositivos que dificulten su movilidad (sueroterapia), de los recursos del centro, de la formación de las matronas para atender partos en diferentes posiciones, etc.

La posición más utilizada durante el periodo de dilatación es decúbito supino o lateral; y durante el periodo expulsivo, la posición de litotomía. Estas posiciones se llevan a cabo por la comodidad del personal asistencial (42).

Durante el periodo expulsivo, las opciones que tiene la mujer son las posiciones verticales (de pie, en cuclillas, en silla de partos), cuatro apoyos (manos-pies, manos-rodillas), decúbito lateral, semisentada o litotomía (3) (Anexo V y VII).

El uso de posiciones verticales, se asocia a una disminución del periodo expulsivo del parto, de los partos instrumentales y cesáreas, de la incidencia de episiotomías, menos patrones de frecuencia cardiaca fetal anormal y disminución del dolor y necesidad de analgesia. Pero se asocia a un aumento en la pérdida sanguínea estimada mayor de 500 ml y desgarros perineales de segundo grado (3,42, 43).

La libertad de movimiento, facilitará que la mujer cambie de una posición a otra, según se encuentre más cómoda.

## **DISCUSIÓN**

Existe evidencia clara que muestra que un parto de baja intervención debe ser atendido de forma fisiológica, siendo innecesarias ciertas intervenciones que siguen siendo utilizadas en los hospitales de nuestro entorno. La única intervención que se recomienda que no se lleve a cabo de forma fisiológica es el manejo activo del alumbramiento, por las consecuencias que puede tener para la madre (sangrado, atonías, etc).

A pesar de esto, España se sitúa a la cabeza de Europa, tras Islandia, en el número de partos instrumentados (Anexo VII) (44).

El medio para que la gestante y su pareja conozcan las diferentes alternativas a la hora del parto, es mediante la educación maternal y el Plan de Partos en Atención Primaria. Para ello es fundamental la formación y conocimiento por parte de enfermería acerca del parto de baja intervención para favorecer la toma de decisiones de la gestante y su pareja.

Varias preguntas continúan sin respuesta. ¿Son eficaces y seguras las técnicas no invasivas para valorar la evolución del parto?, ¿Proporcionan las medidas no farmacológicas una disminución o ausencia del dolor para la mujer?, ¿Es el masaje perineal eficaz para prevenir el trauma perineal? Es por ello que se necesitan estudios adicionales para abordarlas.

## **CONCLUSIONES**

El Plan de Partos es la herramienta indicada para expresar las preferencias de la gestante y favorecer la toma de decisiones, pero muchas veces se queda en un mero documento ya que muchos hospitales no tienen los recursos necesarios para poder cumplir estas preferencias y/o los profesionales no están formados para atender este tipo de demandas.

La forma de que la mujer y su pareja conozcan las diferentes opciones que tiene a la hora del parto en un parto de bajo riesgo es mediante el Plan de Partos, que recoge las diferentes alternativas. Es aquí donde entra el papel de enfermería, ya que aparte del documento informativo, es necesario que conozcan la evidencia que existe con respecto a las diferentes prácticas que se recoge él.

Actualmente, no existe un documento de consenso que indique el número de clases que deben darse, así como el contenido en cada una de ellas. Es por ello que propongo la siguiente organización para llevar a cabo la educación maternal:

En **primer lugar** tener en cuenta que muchas veces cuando se imparte clases de educación para la salud, se cae en el error de desarrollarla de una forma unidireccional, es decir, se transmite una información donde la gestante y su pareja participan como oyentes. Es primordial favorecer la participación activa, favoreciendo la adquisición y razonamiento de la información.

En **segundo lugar**, hay que favorecer la asistencia y participación de la pareja o acompañante de la gestante. De hecho, proponemos una clase dirigida solo para ellos, para que expresen todas sus dudas y destacar su papel durante el embarazo.

Nuestra propuesta tras la lectura y análisis de la evidencia sería organizar las sesiones de educación maternal y los temas que se deben trabajar haciendo hincapié en las buenas prácticas del parto y con el parto de baja intervención.

Serían del siguiente modo:

<b>1ª Clase</b>	12-13 semanas de gestación.	Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo.
<b>2ª Clase</b>	13-14 semanas de gestación.	Cuidados durante el embarazo: alimentación, ejercicio, actividad laboral y doméstica, higiene postural, ocio, etc.
<b>3ª Clase</b>	30-31 semanas de gestación.	Papel de la pareja/ acompañante.
<b>4ª Clase</b>	31-32 semanas de gestación.	Parto: Tipos de parto. Inicio del parto. 1ª Etapa del parto.
<b>5ª Clase</b>	32-33 semanas de gestación.	Parto: 2ª Etapa del parto.
<b>6ª Clase</b>	33-34 semanas de gestación.	Parto: Alumbramiento
<b>7ª Clase</b>	34-35 semanas de gestación.	Dolor: medidas farmacológicas y no farmacológicas.
<b>8ª Clase</b>	35-36 semanas de gestación.	Contacto piel con piel y lactancia materna.
<b>9ª Clase</b>	36-37 semanas de gestación.	Cuidados en el puerperio y recién nacido
<b>10ª Clase</b>	37-38 semanas de gestación.	Repaso general, dudas.

Las clases relacionadas con el parto (4ª, 5ª y 6ª) se dividen de tal manera, que la mujer y su pareja conozcan las diferentes etapas y los procedimientos que se llevan en cada una de ellas

1. En la 4ª clase se hablaría a las parejas de los tipos de partos que existen, así como saber identificar el inicio del parto. Es en este punto donde se tiene que dar a conocer el parto de baja intervención, así como hacer hincapié que el uso del Plan de Partos, documento donde pueden reflejar sus preferencias. Insistir en que hay que tener presente que cada centro actuará en función de los recursos disponibles, así como de la progresión del parto. Un parto que inicialmente se presenta como de bajo riesgo, puede evolucionar con alguna complicación. Deben saber que la 1ª etapa del parto, se corresponde a la fase de dilatación y que existen determinados procedimientos que se llevan a cabo y que no se fundamentan en ninguna evidencia científica. Las prácticas que se analizarían serían: uso de enema, rasurado perineal, tipos de monitorización fetal, ingesta de líquidos, canalización de vía venosa y administración de medicamentos para acelerar el parto, tactos vaginales, uso de sondaje vesical y rotura de bolsa manual.
2. En la 5ª clase se hablará de la 2ª etapa del parto, que se inicia con la dilatación completa y finaliza con el nacimiento de recién nacido. Se hablará de los tipos de pujos, posiciones que puede adoptar la mujer (ventajas y desventajas) y lugar, uso de episiotomía y masaje perineal.
3. En la 6ª clase se hablará de la 3ª etapa del parto o alumbramiento, donde se explicará el momento óptimo de pinzar el cordón umbilical, el manejo del alumbramiento y la donación de sangre de cordón.
4. La 7ª clase, se dedicará exclusivamente al dolor y su manejo, prestando especial importancia a las medidas no farmacológicas.

Es importante remarcar que un embarazo de bajo riesgo puede evolucionar con complicaciones y que en el documento solo se puede reflejar las preferencias de la gestante y su pareja. En muchos casos, según el centro el personal asistencial, se podrán llevar a cabo, pero en otros casos no, siempre explicando a la mujer la conveniencia de esa medida.

En profesionales formados en la evidencia disponible el Plan de Partos no debe suponer una amenaza, ni un documento mediante el cual se impone al centro como debe ser el parto, sino una herramienta para el desarrollo de buenas prácticas y para la consecución de una mayor satisfacción e implicación de la pareja en el nacimiento de su hijo.

## **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, 1995.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO; 2007.
3. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
5. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Buenas prácticas en atención perinatal. Sevilla: Consejería de Salud; 2008.
6. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan de parto y nacimiento. Sevilla: Consejería de Salud; 2009.
7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de parto y nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Odent M. El bebé es un mamífero. 2ª ed. Madrid: Ob Stare; 2009.
10. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, nº 274; 15 de noviembre del 2002.

11. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. Barcelona: Dirección General de Salud Pública; 2007.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
13. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management; 2008. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
15. Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Singata M, Tranmer J, Gyte G. Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD003930. DOI10.1002/14651858.CD003930
17. Olsson GL, Hallen B, Hambroeus-Jonzon K. Aspiration during anesthesia: A computer added study of 185.358 anesthetics. Acta Anesthesiol Scand. 1986; 30: 84-92.
18. Jiménez M, Pérez A. El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. Matronas Prof. 2008; 9 (2): 5-11
19. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. Zarko Alfirevic, Anthony J Kelly, Therese Dowswell. Oxitocina intravenosa sola para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update

- Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD003246. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Barbosa da Silva FM, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Mota e Silva L, Fernandez Tuesta E. Prácticas para estimular el parto normal. *Index Enferm [revista electrónica]* 2011; 20(3): 169-173. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>
  22. Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L; Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R et al. Protocolo de sondaje vesical. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/>
  23. Wolomby JJ, Tozin RR. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: <http://www.who.int>
  24. Bricker L, Luckas M. Amniotomía como único proceder para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
  25. EURO-PERISTAT Project with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. *European Perinatal Health Report*; 2008. Disponible en: [www.euoperistat.com](http://www.euoperistat.com)
  26. Robinson JN. *Approach to episiotomy*; 2013 Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
  27. Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
  28. Álvarez-Burón E, Arnedillo-Sánchez MS. Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. *Revisión de la evidencia científica. Matronas Prof.* 2010; 11(2): 64-8
  29. Funai EF, Norwitz ER. *Management of normal labor and delivery*; 2013. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
  30. Ortega García EM, Ruiz Sacristán A, Garrido Rivas AE, Marchador Pinillos B. Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. *Matronas Prof.* 2009; 10 (2): 25-28.



31. McDonald Susan J, Middleton Philippa. Efecto del momento de clampeo del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
32. Rabe H, Diaz-Rossello J, Duley L, Dowswell T. Efecto del tiempo adecuado para el pinzamiento del cordón umbilical y otras estrategias para influir en la transfusión placentaria durante el parto prematuro en los resultados maternos y del lactante (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 8. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248
33. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Analgesia del parto Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(6):374-83.
34. 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, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
35. Derry S, Straube S, Moore R, Hancock H, Collins S. Inyección de agua estéril intracutánea o subcutánea comparada con controles cegados para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD009107. DOI: 10.1002/14651858.CD009107
36. Elizabeth R Cluett, Ethel Burns. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD000111. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
37. Smith C, Levett K, Collins C, Crowther C. Técnicas de relajación para el control del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514

38. Smith C, Collins C, Crowther C. Aromaterapia para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD009215. DOI: 10.1002/14651858.CD009215
39. Smith C, Collins C, Crowther C, Levett K. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232
40. Smith C, Levett K, Collins C, Jones L. Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290
41. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Álvarez H. Música para el alivio del dolor (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
42. Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz Rodríguez C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. *Matronas Prof.* 2005; 6(4): 9-12
43. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
44. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013. Disponible en: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)

## Anexo I. Plan de Parto y Nacimiento Junta de Andalucía (6)



### PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

PLAN de parto y nacimiento : Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2009]  
31 p. : 12,2 x 17 cm  
Documento traducido al francés, inglés, rumano, polaco, árabe, castellano y al alfabeto braille.  
1. Parto 2. Servicios de salud materno-infantil 3. Planes y programas de salud I. Andalucía. Consejería de Salud  
WQ 300

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud  
Depósito Legal: SE-5495-2009  
Diseño y maquetación: Obemedia SC  
Imprime: Escandón Impresores. Sevilla

## PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

### SISTEMA SANITARIO

#### PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Este Plan se puede realizar por aquellas mujeres que durante el embarazo quieran manifestar sus preferencias sobre la atención que desearían recibir en el parto, el nacimiento de su hijo o hija y la estancia hospitalaria.

Antes y después de su lectura y elaboración, el personal sanitario que la atiende le informará y asesorará en cuanto precise.

El mismo puede ser revocado o modificado parcial o totalmente en cualquier momento. Igualmente si desea utilizar otro modelo o formato puede hacerlo y entregarlo en su lugar.

## # INTRODUCCIÓN

Un plan de parto y nacimiento es un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de estos acontecimientos. El mismo debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital. Si bien puede elaborarse en cualquier momento de la gestación, es aconsejable hacerlo entre las semanas 28 y 32.

Su función, a pesar de su nombre, no es exactamente planificar el desarrollo del parto o el nacimiento, en los que están implicadas muchas variables impredecibles, sino ofrecer la oportunidad de expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras. En cualquier caso el sólo hecho de leer este documento, les ayudará a usted y a su pareja a comprender mejor todo lo que va a ocurrir y les permitirá participar de forma activa en todo el proceso.

No obstante, la información sobre todos los temas que contempla se la proporcionarán las personas responsables de su atención durante el embarazo, quienes le aclararán las posibles dudas que puedan surgir. No dude en consultarles las implicaciones de cualquier decisión que desee tomar y podrán orientarla adecuadamente. Si es posible visite el hospital donde tiene pensado dar a luz.

La realización de un plan de este tipo le permitirá mejorar su comunicación con el personal sanitario y le evitará tener que exponer sus deseos en unos momentos en los que preferirá centrarse en vivir con satisfacción la experiencia de ser madre.

Debe tener en cuenta que el plan se elabora para ser aplicado en el desarrollo de un **parto normal** y debe abarcar a todas y cada una de las mujeres así como sus diferentes situaciones. En caso de que surja alguna complicación, prevista

3

4

o inesperada, es muy probable que tenga que verse alterado para adaptarse a los protocolos de actuación clínica en cada situación. De todo ello será informada y se solicitará su consentimiento.

Este documento contiene un formato de plan de parto y nacimiento con el que intentamos facilitar su elaboración. Pero usted está en su derecho de redactar cualquier otro, de acuerdo a sus convicciones y sus preferencias, con la seguridad de que será recibido con la misma atención, siempre que queden garantizados el mejor interés de su salud y la de su futuro bebé.

A continuación le ofrecemos una información básica sobre los diferentes momentos, situaciones y procedimientos que suelen presentarse a lo largo del parto, nacimiento y estancia hospitalaria. En aquellos casos en los que existen opciones que resultan igual de eficaces y seguras podrá indicar sus preferencias.

Todas las personas que se ocuparán de su atención y de la de su bebé esperan que el proceso se desarrolle de acuerdo a sus expectativas y deseos. En ello pondrán su empeño y profesionalidad.

5

## # ACOMPAÑAMIENTO

La legislación andaluza recoge el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza durante el parto, parto y postparto, salvo causa debidamente justificada.

Desearía estar acompañada en todo momento por:

---

## # 1. ESPACIO FÍSICO Y CONFORT

### Información:

La oferta en cuanto a tipos de salas de parto, equipamiento no convencional, confortabilidad, habitaciones individuales, etc., no son homogéneas en todos los hospitales. Si tiene oportunidad de visitar el centro donde acudirá para su parto infórmese al respecto y piense si tiene alguna preferencia o quiere hacer alguna indicación.

---

---

Otras opciones: (marque x en su preferencia)

- Desearía usar mi propia ropa.
- Desearía usar ropa facilitada por el hospital.

7

6

## 1.1. NECESIDADES ESPECÍFICAS

### Discapacidad

En caso de padecer algún tipo de discapacidad es posible que alguna de las instalaciones, equipamiento o instrumental en el hospital no responda de forma satisfactoria a sus necesidades. Si este es el caso puede visitar el hospital para comprobar su adecuación. Haremos lo posible para dar respuesta a sus indicaciones. Si lo desea puede usar este documento para informarnos de sus circunstancias y necesidades específicas, que serán atendidas en todo cuanto sea posible.

---

Así mismo se facilitará, en su caso, la presencia del cuidador/a habitual si fue una persona distinta a la elegida como acompañante.

## # 2. INTIMIDAD

### Información:

Para la protección del derecho a la intimidad, sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias, que se presentarán e identificarán para su conocimiento.

Hay hospitales que tienen profesionales en formación con capacidad asistencial que actuarán siempre bajo la supervisión necesaria, con su conocimiento y autorización.

En caso de presencia o participación de otras personas se solicitará su consentimiento con antelación.

## # 3. INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

De acuerdo a sus derechos recibirá información sobre la evolución del parto y participará en las decisiones sobre el mismo, tras ser informada de las diferentes alternativas. En los casos previstos por la ley el consentimiento informado se otorgará por escrito.

En caso de discapacidad se facilitará:

- La presencia de intérprete de lenguaje de signos (discapacidad auditiva).
- El acceso a información en formato braille (discapacidad visual).

9

10

## # 4. PROCEDIMIENTOS

### 4.1. PERSONAL ASISTENCIAL

#### Información:

En la medida de lo posible será atendida por el mismo personal durante todo el proceso. No obstante esto se verá condicionado por la disponibilidad en cada momento.

### 4.2. ENEMA ANTES DEL PARTO

#### Información:

La administración de enemas se realiza para facilitar la evacuación de heces. En general, no son necesarios antes del parto. En caso de estar indicado, se informará por qué y se solicitará su consentimiento.

### 4.3. RASURADO ANTES DEL PARTO

#### Información:

El rasurado del vello genital no es necesario antes del parto. En caso de episiotomía o desgarro puede estar indicado, en ese momento, su realización en la zona del periné, para facilitar la sutura.

#### 4.4. LÍQUIDOS DURANTE LA DILATACIÓN

**Información:**

En general, no hay razones que impidan beber agua o zumos durante la dilatación. Si no es posible por alguna circunstancia será informada del motivo. Puede por tanto, si lo desea, pedir alguna bebida al personal sanitario que actuará según el caso.

#### 4.5. MONITORIZACIÓN FETAL

**Información:**

Durante el parto se debe controlar el estado del bebé. Esto se hace de forma tradicional escuchando los latidos del corazón. Actualmente se dispone de aparatos que permiten realizar esta vigilancia de forma más precisa y continua en caso necesario. En un parto normal no será necesario estar conectada permanentemente a un monitor, lo que permitirá mayor libertad de movimiento. En caso emplear anestesia epidural será necesario un control más continuado.

#### 4.6. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACELERAR EL PARTO

**Información:**

No es aconsejable la administración rutinaria de medicamentos (oxitocina) para acelerar el parto salvo que exista una indicación médica para ello. En caso necesario se le informará del motivo y se solicitará su consentimiento.

#### 4.7. CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA

**Información:**

La canalización de una vía venosa no es imprescindible en los cuidados de un parto normal. No obstante, se puede poner sin estar conectada a un sistema de goteo, lo que permite la movilidad y facilita la administración de medicamentos si fuera necesario. Es la práctica más utilizada. En cualquier caso si no desea que se le coloque, puede hacerlo constar.

#### 4.8. TACTOS VAGINALES

**Información:**

En todos los casos se deben realizar los tactos vaginales mínimos necesarios para evaluar la evolución del parto por el personal responsable del mismo. En caso de que otro profesional, por razones de consulta o formación, los realice, se le informará y solicitará su autorización con anterioridad.

11

12

#### 4.9. SONDAJE VESICAL

**Información:**

No es preciso realizar sondaje vesical durante un parto normal. En caso de ser necesario, le informarán de las causas así como del procedimiento y solicitarán su consentimiento.

#### 4.10. ROTURA DE LA BOLSA

**Información:**

En general la bolsa que envuelve al bebé se rompe espontáneamente y no es necesario hacerlo antes del parto. Pero existen situaciones clínicas en que está indicado. Si es así, le informarán de los motivos y se solicitará su consentimiento.

#### 4.11. EPISIOTOMÍA

**Información:**

La episiotomía es un corte que se realiza en el periné para facilitar la salida del bebé en algunas situaciones. Actualmente no se considera adecuado realizarla de forma rutinaria ya que puede tener complicaciones y efectos negativos. Si fuera necesaria le informarán y solicitarán su consentimiento.

#### 4.12. PUJOS

**Información:**

El esfuerzo de empujar durante la expulsión del bebé se llama pujo. En un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa. Empujar en otros momentos y/o de forma continuada no es necesario ni beneficioso, salvo en situaciones como la anestesia epidural que produce una disminución de la sensibilidad y del deseo de pujo.

13

14



### 4.13. CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL

#### Información:

El cordón umbilical se corta cuando ya ha dejado de latir, salvo que exista alguna circunstancia justificada que haga necesario realizarlo antes.

Si va a donar de sangre del cordón, se seguirá el protocolo establecido para ello, del que se le habrá informado durante su embarazo antes de autorizar la donación.

#### Opciones:

##### Corte del cordón por la pareja.

Si usted lo desea, su pareja o acompañante pueden cortar el cordón. Siempre por indicación del personal sanitario y si las circunstancias lo permiten (marque x si es su preferencia).

Desearía, si es posible, que mi pareja cortara el cordón.

##### Donación de sangre del cordón.

Si desea donar la sangre del cordón umbilical hágalo saber a su matrona o ginecólogo/a para que le informen y le indiquen el procedimiento (marque x si es su caso).

He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación.

15

16

### # 5. TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR

#### Información:

El manejo del dolor durante el parto y las posibilidades de tratamiento son muy diversas. Durante su estancia se cuidarán aspectos como la intimidad, ambiente tranquilo, movilidad, relajación y otros que contribuyen a una disminución de la percepción del dolor. Pida información al personal que sigue su embarazo e infórmese de las alternativas disponibles en su hospital antes de tomar decisiones.

#### Opciones: (marque x en la opción que prefiera)

No deseo (en principio) ningún tipo de analgesia farmacológica.

Deseo analgesia epidural. (He sido informada sobre su eficacia y posibles efectos secundarios). Es precisa la cumplimentación del documento de consentimiento informado antes de su utilización.

Deseo otros tipos de analgesia o métodos alternativos para tratar el dolor (especificar):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### # 6. OTRAS CONDICIONES SOBRE EL DESARROLLO DEL PARTO

#### 6.1. ELECCIÓN DEL LUGAR Y POSICIÓN DURANTE EL PARTO

##### Información:

Hay diversas posturas para el parto (acostada, de pie, en cuclillas, etc.) y varios posibles lugares en los que llevarlo a cabo (mesa de paritorio, cama, silla de parto vertical, etc.).

En la actualidad no está demostrado cual es la postura o el lugar más adecuado para facilitar el parto. La elección depende de cada mujer y de sus necesidades o deseos en cada fase del mismo. Aunque ello puede verse condicionado por la evolución normal o no del parto y por los medios disponibles en cada hospital.

En cualquier caso puede expresar sus preferencias que serán atendidas en la medida de lo posible.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17

18

#### 6.2. MOVILIDAD DURANTE EL PARTO

##### Información:

La restricción de la libertad de movimientos durante el parto no es una práctica aconsejada, por lo que es recomendable que cada mujer elija lo que precise en cada momento. En caso necesario el personal sanitario le indicará lo más conveniente.

#### 6.3. USO DE MATERIAL DE APOYO PARA EL PARTO

##### Información:

Dependiendo de la disponibilidad de cada centro usted podrá usar, de la forma en que le indique el/la profesional que le atienda, elementos tales como pelotas, espejos, cuerdas, cojines, etc.

#### Opciones: (marque x en la opción que prefiera)

Deseo utilizar material de apoyo facilitado por el hospital.

Deseo utilizar mi propio material de apoyo.

Describir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6.4. USO DE BAÑERA / DUCHA DURANTE LA DILATACIÓN

### Información:

La inmersión en agua durante la dilatación reduce la percepción del dolor y disminuye la necesidad de medicamentos analgésicos en las mujeres que desean realizarla.

En caso de disponibilidad en su centro, puede solicitar el uso de bañera o ducha durante el parto en la forma que le indique el personal que le atiende y siempre que la evolución del parto lo permita.

## 6.5. PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA PAREJA

### Información:

Si lo desea, y la evolución del parto así lo permite, su pareja podrá participar en todo el proceso de acuerdo a las indicaciones del personal que le atiende.

**Opciones:** (marque x en su preferencia)

- Deseo que mi pareja/acompañante pueda participar en el proceso cuando yo lo solicite.
- No deseo estar acompañada.

19

20

## # 7. MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN

### 7.1. IDIOMA

En caso de dificultad en el uso del idioma es posible que necesite la ayuda de una persona como traductora para facilitar la comunicación con el personal sanitario. En algunos centros se dispone de este servicio para diversos idiomas. Pida información en su hospital.

Así mismo puede contar con la ayuda necesaria en este sentido a través de diversas instituciones públicas y asociaciones ciudadanas. Puede obtener información al respecto en el mismo hospital, en su ayuntamiento y otros organismos oficiales.

**Idioma principal:**

**Otros idiomas que domina:**

**Opciones:** (marque x en su preferencia)

- Necesitaré asistencia para la traducción.
- Me acompañará una persona como traductora.

## 7.2. REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS

Las expectativas en cuanto a la atención al parto y nacimiento dependen en gran medida de la cultura de origen de cada persona. La diversidad actual en la sociedad andaluza no permite a los profesionales de la salud conocer en su totalidad los requerimientos específicos de cada una en relación a sus creencias y costumbres.

Si lo estima conveniente puede indicar a continuación cualquier petición o sugerencia en éste sentido. Será atendida en la medida de lo posible, siempre y cuando se atenga a la legalidad vigente y no suponga un riesgo para su salud o la de su futuro hijo o hija.

---

---

## # 8. RECIÉN NACIDO

### 8.1. CONTACTO INMEDIATO PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO

#### Información:

El contacto piel con piel inmediato tras el parto es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido como para la madre. En general se debe colocar al bebé en contacto directo con su madre al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que ella desee. En caso de no ser posible se le explicará el motivo.

No obstante usted puede expresar sus preferencias en cuanto al contacto piel con piel tras el parto, así como la participación de su pareja o acompañante.

---

---

### 8.2. INICIO INMEDIATO DE LA LACTANCIA

#### Información:

En caso de haber optado por dar lactancia materna a su bebé, el inicio inmediato tras el parto es la mejor opción. Así se realizará si es su deseo y siempre que la situación tanto de la madre como del recién nacido lo permitan.

Para ello se colocará al bebé sobre el pecho, en contacto piel con piel, dejando que comience a mamar, de forma espontánea, durante el tiempo que precise para ello.

21

22



### 8.3. ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

#### Información:

Las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados o tratamientos) en el recién nacido se pueden aplazar para permitir el mantenimiento del contacto madre/hijo - hija.

### 8.4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAS EL NACIMIENTO

#### Información:

La aspiración de secreciones de forma rutinaria tras el nacimiento en el recién nacido sano no es una práctica aconsejable. En caso de ser necesaria se le informará sobre las circunstancias que la motivaron.

### 8.5. SONDAJES

#### Información:

La realización de sondajes tras el nacimiento de un bebé sin problemas no es una práctica aconsejada. En caso de ser necesario se le informará sobre las circunstancias que lo motivaron.

### 8.6. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS Y VACUNACIÓN TRAS EL NACIMIENTO

#### Información:

Tras el nacimiento, las autoridades sanitarias y organizaciones científicas recomiendan la administración a todos los recién nacidos de:

- **Cotirio o pomada antibiótica oftálmica**, en una sola dosis, ya que previene infecciones oculares severas. No obstante es aconsejable retrasar su aplicación en las primeras dos horas de vida para facilitar el contacto visual del bebé con su madre.
- **Vacuna de Hepatitis B** (1ª dosis). Se administra vía intramuscular. Puede hacerse tras permitir el establecimiento del vínculo madre - recién nacido y el inicio de la lactancia. Para su realización no es conveniente la separación.
- **Vitamina K** para la prevención de hemorragias. El método de administración más frecuente y aconsejado es la vía intramuscular. Al igual que la vacunación puede demorarse y hacerse manteniendo el contacto piel con piel.

Existe la alternativa de administración oral de la vitamina K, que resulta igual de eficaz, pero ha de realizarse de forma estricta, de acuerdo a la pauta prescrita.

23

24

**Opciones:** (marque x en la opción que prefiera)

- Deseo que se administre vitamina K oral a mi bebé tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba.

Si desea realizar algún comentario, sugerencia o indicación al respecto puede hacerlo a continuación.

---

---

### 8.7. HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

#### Información:

El baño del recién nacido no es una práctica aconsejable en las primeras horas de vida pudiendo retrasarse hasta el segundo día o más si las condiciones así lo permiten. Cuándo hacerlo por primera vez es una decisión personal.

En caso necesario se le informará y solicitará su consentimiento.

**Opciones en la planta de maternidad:** (marque x en la opción que prefiera)

- Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi bebé, si es posible.
- Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo y ayuda de mi acompañante o pareja.
- Sí yo no puedo hacerlo, deseo que mi pareja u otra persona realice dichos cuidados.

### 8.8. SEPARACIÓN DE LA MADRE Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

#### Información:

Siempre que sea posible su hijo o hija permanecerá junto a usted. La separación sólo habrá de realizarse por motivos claramente justificados que deberán constar en la historia clínica. En caso necesario se le informará y solicitará su consentimiento.

25

26



Dª \_\_\_\_\_

Declaro que he leído el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi "Plan de Parto y Nacimiento". En todo caso me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria.

Fecha:

Firma:

34

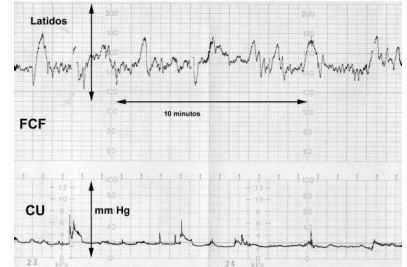


## Anexo II. Tipos de monitorización fetal

### Monitorización fetal continua



Cardiotocógrafo



Registro Cardiotocográfico

### Monitorización intermitente



Mediante ultrasonidos (Doppler)



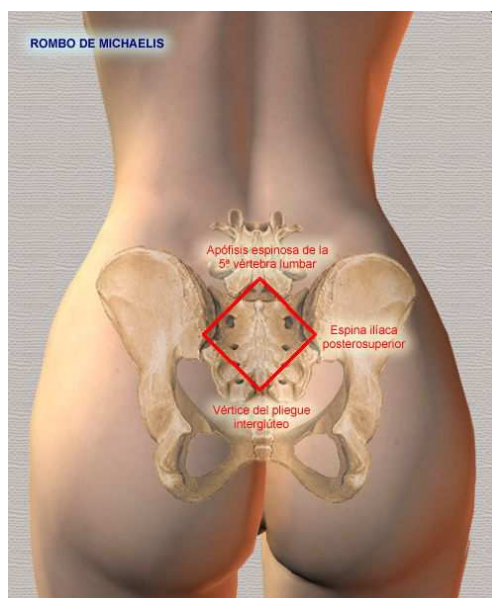
Mediante estetoscopio de Pinard

## Anexo III. Alternativas no invasivas para valorar la evolución del parto

### Línea purpura








### Rombo de Michaelis





## Anexo IV. Masaje Perineal

<p>Lávese bien las manos. Las uñas deben estar bien recortadas y limpias.</p>  <p>Himen (vulva) Vagina (horquilla) Uterus (matrón) Recto (Colon recto)</p>  <p>Vagina Periné</p> <p>Vacíe la vejiga de orina antes de realizar el masaje. Familiarícese con su propio periné; Puede ayudarse de un espejo.</p> <p>Puede aplicarse compresas templadas, o realizar el masaje después de la ducha.</p> 	<p>Coloquese cómodamente, Puede adoptar una posición en cuclillas, semisentada, o apoyada en la pared.</p> <p>Si se realiza automasaje, es más cómodo usar el pulgar. Para la pareja, lo será el índice y/o corazón. Aplique lubricante en sus dedos.</p>   <p>1º: Introduzca el/los dedos en la vagina 3-4cm, presione hacia abajo, y hacia los lados de la vagina con un movimiento de balanceo firme pero delicado, estirando la zona hasta que sienta una leve sensación de quemazón o escozor.</p>	<p>2º: Deslice el dedo desde el fondo de la vagina hacia afuera y viceversa, manteniendo una ligera presión durante 2 minutos.</p> <p>3º: Coloque el/los dedos en la entrada de la vagina (horquilla) y realice una presión hacia abajo durante 2 minutos o hasta que le moleste. Esto le ayudará a imaginar la presión que ejercerá la cabeza del bebé.</p> <p>4º: Después coja esta zona entre el dedo pulgar y los opuestos, a modo de pinza, y realice un movimiento de vaivén, de un lado al otro, para estirar el tejido de la entrada de la vagina y la piel del periné; realice este movimiento durante 2-3 minutos.</p> <p>5º: Para terminar, manteniendo los dedos en la misma posición, realice estiramientos desde dentro hacia afuera abarcando la zona inferior y lateral de la vagina y piel del periné, durante 2 minutos. Esto le ayudará a relajar la zona.</p>
--	--	---

**Anexo V. Ventajas e inconvenientes de las diferentes posiciones durante el periodo Expulsivo (3)**

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 Manos-rodillas	Favorece la rotación fetal en presentaciones posteriores Favorece el descenso fetal Menores traumas perineales	Rechazo cultural de la mujer
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

**Anexo VI. Posiciones durante el parto (3)**



Vertical de pie



Vertical- cuclillas



Vertical- cuclillas



Silla de partos



Cuatro apoyos



Decúbito lateral



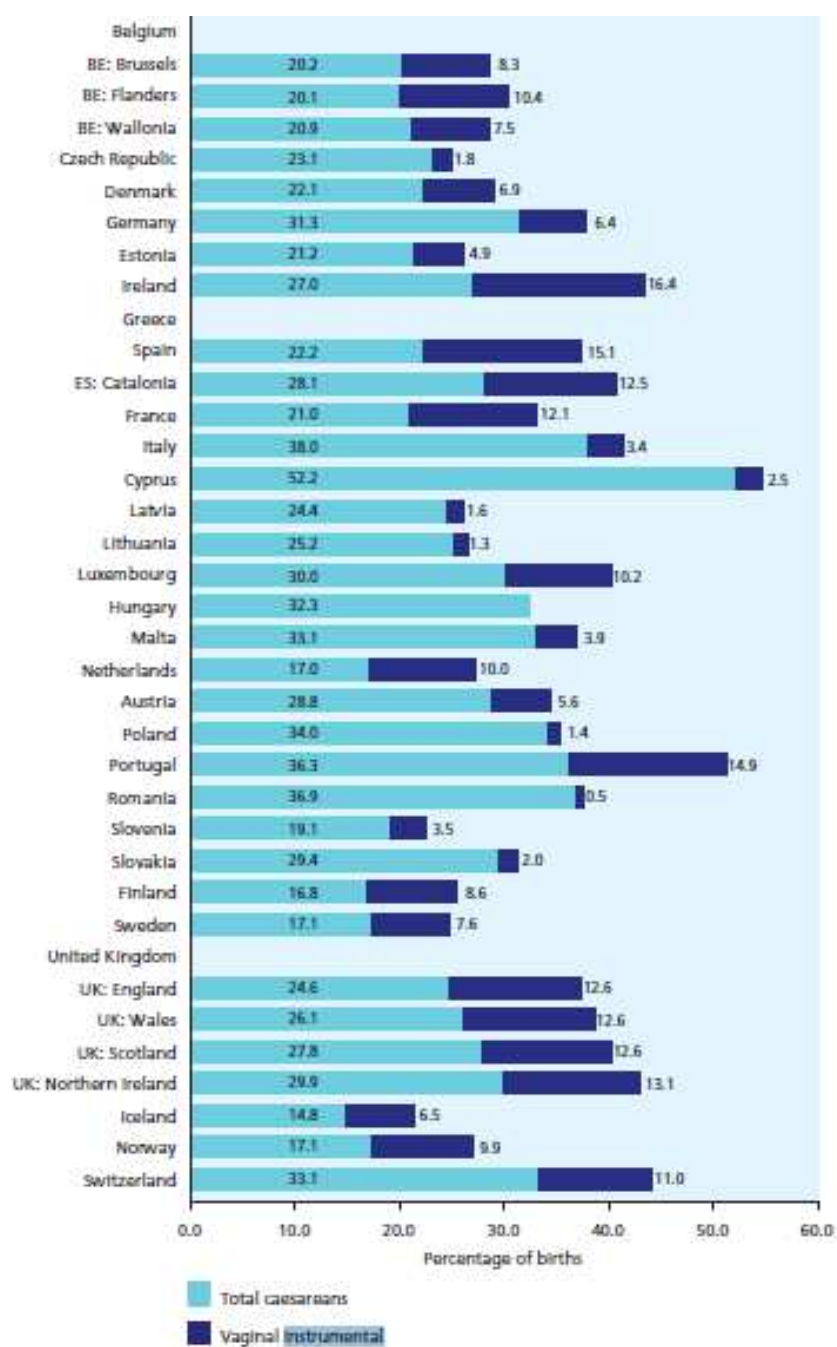
Semisentada



Posición de litotomía



## Anexo VII. Porcentaje de nacimientos por tipo de parto en 2010 (44)



NOTE: for Spain, percentages refer to public hospitals only.