

# GUIA DE ASISTENCIA AL PARTO POCO INTERVENCIONISTA

## **PROTOSCOLOS PARA LA ASISTENCIA DE LA GESTANTE EN LA UNIDAD DE DILATACIÓN Y PARITORIO**

### **• ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN LA UNIDAD DE DILATACIÓN Y PARITORIO**

- La gestante será recibida en la unidad por la matrona y la auxiliar de enfermería, ambas se presentarán, dirigiéndose a ella por su nombre.
- Hablar con calma y en voz baja, dejando tiempo para contestar.
- Se procurará un ambiente de intimidad y respeto
- La auxiliar dará a la gestante un camisón y una bolsa para que pueda depositar su ropa en ella, marcando la misma con una etiqueta identificativa.
- Se acompañará a la gestante a su dilatación, mostrándosela como tal, enseñándole el lugar en que se encuentra el aseo y pidiéndole que se quite la ropa, dándole si lo precisa compresas
- Se le indicará donde se encuentra el aseo, y se preparará la cama para que la gestante se encuentre cómoda, elevando el cabecero y colocando un empapador.
- La auxiliar preguntará a la gestante por la persona que quiere que la acompañe e irá a buscar a ésta a la sala de espera de familiares, proporcionándole una bata y unas calzas e indicándole la forma correcta de colocarlas.

### **• IDENTIFICACIÓN DE LA GESTANTE**

Se buscará la historia, si la gestante se encuentra en semana 30 o más se abrirá partograma:

- Gestantes controladas en nuestra consulta:
  - A término: Historia en archivo de dilatación
  - Pretérmino: Historia en archivo general (rellenar el formulario) y pedirla)
- Gestantes controladas fuera de nuestra consulta: rellenar datos con la documentación que aporte la gestante
- Embarazo no controlado: Abrir historia, y completar los datos que podamos mediante un pequeño interrogatorio:
  - Estado de salud de la madre
  - Curso del embarazo
  - Antecedentes obstétrico-ginecológicos
  - Antecedentes personales (enfermedades importantes, alergias, etc.) y familiares

Si fuera preciso y especialmente en gestaciones no controladas, pedir analítica con:

- Hemograma y grupo
- Pruebas de coagulación
- Serología de Hepatitis B: Por el momento el resultado de la analítica no es posible pedirlo con carácter urgente, por lo que se sacará la analítica y si naciera el bebé se vacunará dejándolo reflejado en la Historia y en la Hoja de Vacunación a expensas de que llegue el resultado para administrar la gammaglobulina
- Tomar SGB si procede, en todas las gestantes, incluidas las que se encuentran de parto a partir de la semana 35

En caso de que no se localice alguna historia (Ej. En el turno de noche), se dejará escrito en la hoja de Enfermería para que se localice en la mañana con ayuda de la secretaria.

- Verificar que todos los datos de interés estén recogidos, abrir hoja del partograma si no está abierta en la consulta de Bienestar Fetal y rellenar lo que falte.
- Abrir la hoja de Enfermería en la que quedará escrito todo cuanto sea de interés.
- La Historia de las gestantes deberá estar completa y ordenada:
  - Hoja de Partograma
  - Hoja de Enfermería
  - Consentimiento Informado para la Identificación del Recién Nacido
  - Historia Obstétrica
  - Hoja Obstétrica para segundas gestaciones y siguientes
  - Hoja de Ecografías
  - Hoja de Analíticas
  - Observaciones acerca del curso clínico
  - Ordenes de tratamiento
  - Hoja de Farmacia
  - Siguintes (Analíticas, Informes de Alta, Gestaciones anteriores, etc.)

- **VALORACIÓN DE LA GESTANTE Y DEL FETO**

- **Valoración Física:**

- Pedir a la gestante que se recueste en la cama, elevando el cabecero de esta unos 30° o hasta una posición en la que se encuentre cómoda. Si no desea estar en la cama se le puede acondicionar un sillón.
- Toma sistemática de las constantes vitales (tensión arterial, pulso y temperatura)
- Atención a:
  - Edemas, varices o hemorroides
  - Infección vaginal
  - Hemorragia vaginal (no exploración vaginal)
  - Coloración de piel y mucosas
  - Estado nutricional
  - Peso y talla
  - Palpación abdominal, mediante maniobras de Leopold determinar: altura uterina, estática fetal, situación, posición, presentación y grado de encajamiento.
- Tacto Vaginal: Si previamente no se ha tomado el cultivo vaginal para SGB, se tomará antes de realizar la exploración. Determinar las características del cuello uterino (dilatación, borramiento, dureza y posición), la presentación fetal en el canal del parto, altura de la misma y posición, así como las características de la pelvis, estado perineal y vaginal y el estado de las membranas y/o líquido amniótico.

**NOTA:** Como antes del cualquier maniobra o técnica que se le vaya a realizar a la gestante, de forma educada y amable se le solicitará su permiso y colaboración, explicándole lo que se va a hacer y el motivo, procurando que esté lo más relajada posible. En el caso de una exploración vaginal de forma más explícita, ya que para una gestante asustada o nerviosa puede resultar en extremo desagradable.

- Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y de la dinámica uterina mediante un Registro Cardiotocográfico Externo (RCTG), el tiempo suficiente para determinar el estado fetal:
  - RCTG con alteraciones: Avisar al ginecólogo de guardia
  - RCTG normal:
    - Si la gestante no se encuentra en fase activa de parto, y quedase ingresada, puede pasar a la planta de maternidad para observación.
    - Si la gestante se encuentra en fase activa de parto, actuar según protocolo.

- **Valoración psicológica de la gestante y la familia<sup>1</sup>:**

El embarazo se caracteriza por ser una etapa de alegría y expectativa. No obstante, también suele ser motivo de preocupación y ansiedad. Las conversaciones eficaces con la mujer y su familia pueden contribuir a aumentar la confianza que ella deposita en los profesionales sanitarios. Conversar con la mujer de forma respetuosa y hacer que se sienta cómoda es una tarea que incumbe a todo el equipo. Concentrar la atención en la mujer significa:

- respetar la dignidad y el derecho de la mujer a la privacidad
- ser sensibles y receptivos a las necesidades de la mujer
- no juzgar las decisiones que la mujer y su familia han adoptado hasta ese momento en lo que respecta a su atención.

Es comprensible estar en desacuerdo con el comportamiento de una mujer si éste entraña riesgos o con una decisión que haya demorado la búsqueda de atención. **No es aceptable**, sin embargo, no demostrarle respeto a una mujer o mantener una posición indiferente ante una afección médica que es consecuencia de su comportamiento. Lo que hay que hacer es brindarle orientación formativa una vez que se haya tratado la complicación, nunca antes de manejar el problema ni durante el proceso de hacerlo.

Hablar de una manera tranquila, sosegada y asegúrele a la mujer que la conversación es confidencial. Demostrar ser sensible a las consideraciones culturales o religiosas y respetar sus opiniones.

Además, es importante:

- Alentar a la mujer y a su familia a que hablen con sinceridad y sin reservas
- Escuchar lo que tienen que decir la mujer y su familia y alentarlos a que expresen sus inquietudes, procurando no interrumpir
- Respetar el sentido de privacidad y recato de la mujer, cerrando la puerta
- Demostrarle a la mujer que se la escucha y comprende
- Recurrir a la comunicación no verbal como, por ejemplo, asentir con la cabeza y sonreír en señal de apoyo
- Responder directamente a las preguntas de la mujer de manera sosegada, tranquilizadora
- Explicarle las medidas que se adoptarán para manejar la situación, cualquier técnica o cuidado que se vaya a realizar, antes de hacerlo, solicitando su conformidad
- Pedirle a la mujer que repita los puntos claves para tener la certeza de que los ha comprendido

Una vez realizada la evaluación inicial, deberemos informar a la gestante y a la familia de la evolución y primeras impresiones del proceso por el cuál acude al servicio, haciéndolos partícipes de la situación.

Es importante escuchar, tranquilizar, apoyar y asesorar a la gestante y familia, la matrona y la auxiliar asignadas a esa gestante serán el punto de referencia para cualquier duda que les surja, por lo que es prioritario hacérselo saber.

Se pedirá a la persona que acompaña a la gestante (marido, familiar o conocido) que informe al resto de familiares que esperan fuera de la situación de la gestante.

---

<sup>1</sup> OMS. "Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos". Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud. 2002

- **CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

- Todas las anotaciones que hayan de realizarse sobre la evolución de la gestante que no esté en fase activa de parto, se realizarán en el partograma, en el apartado de observaciones, así como en la hoja de Enfermería.
- A las gestantes que se encuentren en fase activa de parto, se les abrirá el partograma, rellenando todos los apartados de interés y anotando todas las incidencias, estas se incluirán también en la hoja de Enfermería.
- Se comprobará que las historias estén completas y ordenadas.

- **SITUACIONES ESPECIALES**

- **SEDACIÓN:** Si se precisa alivio del dolor, explicar a la gestante las distintas alternativas, y si así lo decide, se consultará previamente con el ginecólogo de guardia, que tras conocer el estado de la gestante, indicará su utilización. Tras poner la dosis indicada por el tocólogo de Sedación (Dolantina® + Haloperidol), se anotará en el libro de estupefacientes, en la hoja de registro de actividades de paritorio y en su historia (Partograma y Hoja de Enfermería). Mantener la monitorización durante otros 30 minutos aproximadamente o hasta el alivio del dolor. Seguidamente, si no se encuentra en fase activa de parto, podrá pasar a la planta.
- **OTRAS:** Ante el ingreso en la unidad de una gestante con algún tipo de alteración (fiebre, hipertensión, presentaciones anómalas de la estática fetal, o cualquier otro factor de riesgo) avisar al ginecólogo para valoración.

## **PROTOCOLO DE ASISTENCIA AL PARTO NORMAL NO INTERVENCIONISTA**

### **OBJETIVOS:**

- Definir el concepto de parto normal y determinar que conjunto de gestantes estarían incluidas dentro de esta categoría.
- Normalizar la asistencia prestada, bajo el diagnóstico de parto normal, según unos estándares de calidad establecidos en el Proceso de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía.
- Protocolizar las actuaciones a seguir ante el diagnóstico de parto normal, respetando y promoviendo en cualquier caso la asistencia individualizada a cada gestante.
- Tratar de dar cobertura a las expectativas de las gestantes y los familiares inmersos en el proceso.

### **NOCIONES BÁSICAS**

**“Definimos Parto Normal como:** Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

Sin embargo, como el parto y alumbramiento de muchas gestantes catalogadas como de alto riesgo tienen un curso normal, numerosas recomendaciones de este estudio pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres.”<sup>2</sup>

La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, es un procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de cambiar los cuidados.

**“En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.**

Las tareas del personal sanitario son cuatro:

1. Animar a la mujer, su compañero y familia durante el parto, en el período del alumbramiento y sucesivos.
2. Observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.
3. Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarias, como amniotomía y episiotomía; cuidado del niño después del nacimiento.
4. Traslado de la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado.”<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. “Cuidados en el parto normal: Una guía práctica”. Ed. OMS 1996

### **Baremo de riesgo<sup>3</sup>:**

Los factores de riesgo se han catalogado en cuatro niveles, en orden creciente de probabilidad de aparición de complicaciones materno-fetales. Con ello, se intenta facilitar la organización de los servicios de atención a la embarazada, permitir concentrar recursos específicos sobre las gestantes, fetos o recién nacidos que lo necesiten y **evitar la medicalización excesiva de los embarazos sin riesgo.**

Un determinado factor de riesgo puede pertenecer a dos niveles asistenciales distintos en función de la intensidad que posea y de la aparición de complicaciones.

A efectos de control y seguimiento del embarazo y de posibles derivaciones, se han definido tres niveles asistenciales:

- Primer Nivel: Constituido por los Centros de Atención Primaria y dotados habitualmente de un Médico de Familia y de una Matrona y/o Diplomado de Enfermería.
- Segundo Nivel: Constituido por los Dispositivos de Apoyo de Embarazo e integrados por Especialistas en Obstetricia y Ginecología.
- Tercer Nivel: Constituido por el Servicio de Obstetricia del Hospital de referencia (Consultas de Alto Riesgo, Hospitalización, Urgencias, Diagnóstico Prenatal...).

Los cuatro niveles de riesgo definidos son los siguientes:

- **Riesgo 0 bajo riesgo:** Este grupo está integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se definen en los apartados siguientes. Para catalogar a una paciente como de "Bajo riesgo" los factores de riesgo han debido ser investigados correctamente. Debe recordarse que "Bajo riesgo" no significa ausencia del mismo, ya que esta situación no existe. Por ello, no es prudente hablar de embarazos sin riesgo, sino de embarazos de bajo riesgo.
- **Riesgo I o riesgo medio:** Pertenecen a este grupo aquellas embarazadas que poseen factores de riesgo de baja sensibilidad y especificidad. Los factores de riesgo de este grupo son bastante frecuentes y no se asocian necesariamente con un mal resultado del embarazo, pero su presencia hace más probable la aparición de complicaciones. Estas gestantes no requieren por lo general recursos altamente especializados y deberían ser vigiladas en las Consultas Prenatales de los Dispositivos de Apoyo o Segundo Nivel. También se han incluido en este grupo factores de riesgo con una mayor sensibilidad y especificidad, pero las gestantes que los poseen no requieren Atención Especializada hasta el tercer trimestre o durante el parto. Para el control y vigilancia de estos embarazos, habitualmente es suficiente el personal de los Equipos de Obstetricia de los Dispositivos de Apoyo y el equipamiento que existe normalmente en los Centros de Atención Primaria. En circunstancias o situaciones excepcionales, estas gestantes podrán ser derivadas a Consultas de Tercer Nivel.
- **Riesgo II o alto riesgo:** Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero con una gran especificidad y/o sensibilidad. Estas gestantes tienen un aumento notable de la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, suelen requerir recursos sanitarios habitualmente no disponibles en los Centros de Primer y Segundo Nivel, por lo que el control sanitario del embarazo debería realizarse por un Servicio de Alto Riesgo de Obstetricia o Tercer Nivel desde el inicio del mismo o desde el momento en que aparezca el factor de riesgo. Dependiendo de la intensidad del proceso y de la edad gestacional, el control del embarazo podrá llevarse a cabo en Primer-Segundo Nivel.

---

<sup>3</sup> Consejería de Salud. "Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, parto y Puerperio" Ed. Junta de Andalucía. 2002



- **Riesgo III o riesgo muy alto:** Gestantes con factores de riesgo muy poco frecuentes pero con muy alta sensibilidad y/o especificidad. Las patologías referidas en la literatura en este grupo han sido reseñadas en los grupos de riesgo anteriores, pero ahora las gestantes suelen requerir atenciones especiales, recursos sanitarios de alta tecnología, vigilancia por los Servicios de Alto Riesgo de Obstetricia y hospitalización casi sistemática.

### Riesgo I o Riesgo medio

1. Anemia leve o moderada
2. Anomalia pélvica
3. Cardiopatías I y II.\*
4. Cirugía genital previa
5. Condiciones socioeconómicas desfavorables
6. Control gestacional insuficiente: Primera visita > 20 SG o < de 4 visitas o sin pruebas complementarias
7. Diabetes gestacional
8. Dispositivo intrauterino y gestación
9. Edad extrema: <16 o > de 35 años
10. Edad gestacional incierta: FUR desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante
11. Embarazo gemelar
12. Embarazo no deseado: Situación clara de rechazo de la gestación
13. Esterilidad previa: Pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos.
14. Fumadora habitual
15. Hemorragia del primer trimestre (no activa)
16. Incompatibilidad D (Rh).\*
17. Incremento de peso excesivo: IMC >20% o > de 15 K.

18. Incremento de peso insuficiente: < de 5 K.
19. Infecciones maternas: Infecciones sin repercusión fetal aparente.
20. Infección urinaria.: BA y cistitis
21. Intervalo reproductor anómalo: Periodo intergenésico < de 12 meses.
22. Multiparidad: 4 o más partos con fetos > de 28 SG
23. Obesidad: IMC > de 29 y < de 40
24. Obesidad mórbida: IMC > de 40
25. Presentación fetal anormal: Presentación no cefálica > 32 SG.
26. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: Factores de riesgo asociados a CIR.
27. Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.\*
28. Riesgo laboral: Trabajo en contacto con sustancias tóxicas
29. Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas
30. Sospecha de macrosomía fetal: Peso fetal estimado a término > de 4 K
- Talla baja: Estatura < de 1'50 m

## Riesgo II o Alto riesgo

6. Abuso de drogas\*: Consumo habitual de drogas, fármacos,...
7. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios
8. Amenaza de parto prematuro: Desencadenamiento de trabajo de parto sin o con escasos cambios cervicales en < 37 SG
9. Anemia grave\*: Hb < de 7'5
10. Cardiopatías grados III y IV.\*
11. Diabetes mellitus tipo 1\*: Diabetes pregestacional
12. Embarazo múltiple: Gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina
13. Endocrinopatías (otras)\*: Alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo...
14. Hemorragias del segundo y tercer trimestres
15. Hipertensión arterial\*: HTA crónica, preeclampsia
16. Infección materna\*: Cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN

## 12. Isoinmunización.\*

1. Malformación uterina: Cualquier malformación incluyendo la incompetencia cervical
2. Malos antecedentes obstétricos: Dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR...
3. Pielonefritis
4. Patología médica materna asociada grave\*: Cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelular,...)
5. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: Biometría ecográfica fetal < que edad gestacional. Tumoración genital: uterina, anexial...

## Riesgo III o Riesgo Muy Alto

1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado
2. Malformación fetal confirmada
3. Incompetencia cervical confirmada
4. Placenta previa
5. Desprendimiento prematuro de placenta
6. HTA Grave
7. Amenaza de parto y parto prematuro
8. Rotura prematura de membranas
9. Embarazo prolongado
10. Patología materna asociada grave\*.
11. Muerte fetal anteparto
12. Otras

\* Conveniencia de que la gestante acuda al Tocólogo con informe del especialista respectivo (Cardiólogo, Nefrólogo, Endocrino, Hematólogo)

## NOCIONES BÁSICAS

### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del trabajo de parto incluye:

- el diagnóstico y la confirmación del trabajo de parto
- el diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto
- la evaluación del encajamiento y descenso del feto
- la identificación de la presentación y la posición del feto

**Un diagnóstico incorrecto del trabajo de parto puede conducir a estados de ansiedad e intervenciones innecesarias.**

### Diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto

Signos y Síntomas	Período	Fase
Cuello uterino no dilatado	Falso trabajo parto	Pródromos
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm.	Primer Estadio Parto	Latente
Cuello uterino dilatado 4-9 cm. Tasa de dilatación característica 1 cm. / hora Comienzo descenso fetal	Primer Estadio Parto	Activa
Cuello Uterino totalmente dilatado (10 cm.) Continúa el descenso fetal No hay deseos de pujar	Segundo	Temprana (No expulsiva)
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.) La parte fetal que presenta llega al piso de la pelvis La mujer tiene deseos de pujar	Segundo	Avanzada (Expulsiva)

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

### DESCENSO

- **PALPACION ABDOMINAL**

Mediante palpación abdominal, se evalúa el descenso en términos de quintos de cabeza fetal palpable por encima de la sínfisis del pubis

- Una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable
- Una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero quintos (0/5) palpable.



A. La cabeza está flotante por encima de la sínfisis del pubis = 5/5



B. La cabeza se palpa acomodada en el ancho de cinco dedos por encima de la sínfisis del pubis



C. La cabeza está 2/5 por encima de la sínfisis del pubis

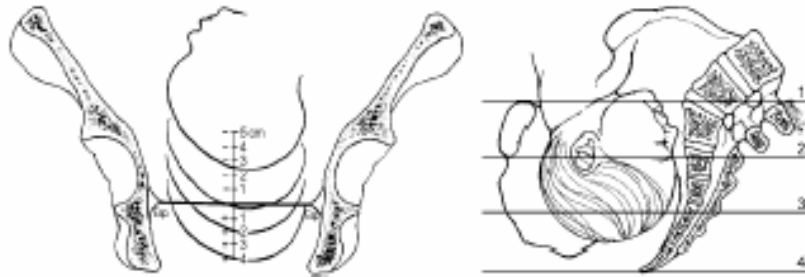


D. La cabeza se palpa acomodada en el ancho de dos dedos por encima de la sínfisis del pubis

## • EXAMEN VAGINAL

Un examen vaginal nos permite evaluar el descenso, relacionando el nivel de la parte fetal que se presenta con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre, en términos de centímetros o planos de Hodge

**Nota:** Cuando hay un **grado significativo de caput o moldeamiento**, la evaluación mediante palpación abdominal usando los quintos de cabeza palpable es más útil que la evaluación mediante el examen vaginal.



## PRESENTACIÓN Y POSICIÓN

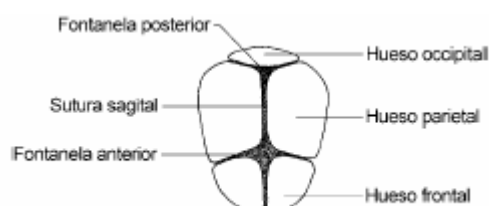
El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente. Si **el vértice no es la parte que se presenta**, se tratará como una anomalía de presentación.

Si **el vértice es la parte que se presenta**, se utilizan los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la madre.

La cabeza fetal se encaja, normalmente en la pelvis materna en una **posición occípito-transversa**, es decir, con el occipucio del feto transversal a la pelvis materna

Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia la parte anterior de la pelvis materna. La ausencia de rotación de una posición occípito-transversa a una posición occípito-anterior, debe manejarse como si se tratara de una posición occípito-posterior.

Otra característica de una presentación normal es un **vértice bien flexionado**, con el occipucio más bajo, en la vagina que el sincipucio.



## **ASISTENCIA EN LA FASE LATENTE**

La asistencia de las gestantes que se encuentren en fase latente del parto podrá prestarse en la planta o en la sala de dilatación o paritorio. Es importante hacerle entender a la gestante y a su familia la situación en la que se encuentra para que estén tranquilos. Si no existe dilatación cervical en esta fase o es muy escasa (1-2cm) no se recomienda repetir un nuevo tacto vaginal hasta pasadas al menos 4 horas, de este forma disminuirá el riesgo de infecciones y no "desalentaremos" a las mujeres.

Si la gestante se encuentra muy nerviosa o agitada se pueden valorar diferentes técnicas para aliviar el dolor y la ansiedad

Ver Anexo "Alivio del Dolor en el parto":

- Deambulación por la sala o por su habitación, alentarla a que cambie de posición, que balancee la pelvis, etc.
- Procurar un ambiente tranquilo, sin muchas personas a su alrededor si se encuentra en la planta, sin excesivos estímulos (luz, ruido, etc.)
- Duchas de agua caliente, incidiendo de forma especial en las zonas en las que se presenta el dolor de las contracciones (espalda, piernas y vientre)
- Masajes con aceite en la zona renal y el bajo vientre (deben mostrarse a los familiares)
- Fomentar el uso de técnicas de respiración y relajación si se han aprendido en la Educación Maternal, o enseñarlos en caso contrario (se recomienda especialmente que realice inspiraciones profundas abdominales si es posible y espiraciones lentas, así como procurar relajar todos los músculos del cuerpo en los intervalos entre las contracciones.
- En el caso de que la gestante se encuentre muy molesta por el dolor, se podría valorar una Sedación (Dolantina® + Haloperidol)

## **ASISTENCIA FASE DILATACIÓN**

Sería aconsejable no incluir a una gestante en esta categoría hasta que no se ha iniciado la fase activa del parto, es decir hasta que no presenta unos 3-4 cm. de dilatación y más de 2 contracciones en 10 minutos, ya que a partir de este período la evolución del parto fisiológico puede ser más predecible y no se practicarán técnicas innecesarias.

### **ACTIVIDADES:**

- Aplicar el protocolo de Recepción de la Gestante en la Unidad de Dilatación y Paritorio y Confirmación de Trabajo de Parto.
- Se procederá a abrir el partograma para registrar la evolución del parto, en el se anotarán todos los datos de interés
- De igual modo se abrirá la Historia del Recién Nacido, completando todos los apartados de interés.
- Simultáneamente, si el RCTG previo (20-30 minutos) es normal, se procederá a animar a la gestante a que adopte la posición que desee (sentada, en cuclillas, paseando, etc.)
- No se utilizará enema de limpieza de forma rutinaria, únicamente está indicado su uso si es la gestante la que explícitamente lo solicita.

- Mantenga el aseo de la mujer y del ambiente que la rodea:
  - Animaremos a la mujer para que se lave, se bañe o se duche al inicio del trabajo de parto
  - Asegurar la limpieza de las áreas destinadas al trabajo de parto y el parto
  - Limpiar de inmediato todos los derrames que ocurran
  - Procurar que la cama, la silla, sillón o aquel lugar en el que la mujer se encuentre esté limpio.
  
- En el momento en que se considere más oportuno se canalizará una vía periférica, que se dejará "heparinizada" para su utilización en caso necesario.
  
- Control del Bienestar Fetal: La auscultación intermitente se puede hacer usando un estetoscopio de Pinard, como se ha venido haciendo desde principios del siglo o con un aparato doppler manual. Cuando se usa el estetoscopio, la mujer se encuentra de espaldas o de un lado, aunque es posible oír los latidos del feto incluso estando de pie o sentada. El Doppler se puede aplicar en diversas posturas. La auscultación se ha de realizar una vez cada 15 a 30 minutos durante la fase de dilatación y cada 5 minutos, después de cada contracción en la segunda fase del parto. Si se considera necesario, el latido fetal se compara con el materno. La FCF se toma por un minuto completo. Si se detectan anomalías de la FCF (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto) realizar otro trazado de monitorización continua para descartar posible pérdida de bienestar fetal.
  
- Rotura de las membranas: No es preciso realizar una amniorrexis artificial si la progresión del parto es adecuada, únicamente se optará por esta técnica si hay una detención en la progresión del parto y como primera opción. Tanto si se produce una rotura espontánea de las membranas como si se decide practicar una amniorrexis artificial, una vez rotas las membranas y después de cada exploración se anotará en el partograma:
  - Color del líquido amniótico:
    - Claro, transparente.
    - Teñido: No es un signo directo de pérdida del bienestar fetal, pero nos pone en situación de alerta, por lo que sí encontramos un líquido teñido leve o moderado realizaremos controles de la FCF con monitorización de forma más frecuente, manteniendo una actitud expectante, si el líquido es muy teñido-espeso, controlaremos la FCF de forma continua, sospechando riesgo de pérdida del bienestar fetal.
    - Sanguinolento: El sangrado puede proceder del cuello uterino, si bien puede ser un signo de desprendimiento parcial/total de la placenta o de rotura uterina, por lo que vigilaremos más exhaustivamente a la gestante.
  - Cantidad
  - Olor (si lo hubiera)
  
- Acompañamiento: Alentaremos a la mujer a contar con una persona de su elección (pareja, familiar o amiga) durante el trabajo de parto y el parto. Ayudar al acompañante elegido para el parto para que brinde su apoyo. Se le proporcionará al acompañante un asiento al lado de la mujer y será alentado/a para que le brinde un apoyo adecuado a la mujer durante el trabajo de parto (recordando que cada mujer tendrá unas necesidades diferentes.) Le mostraremos que actividades puede realizar para ayudar a la mujer: dar masajes, frotarle la cara con una compresa húmeda y darle aire con un "abanico", ofrecerle unos sorbos de agua si se encuentra sedienta, ayudarla a moverse esperando las contracciones, etc. Así mismo se le dará información periódica (cada 2 horas aproximadamente o cada vez que lo solicite) para que sea el/la encargado/a de informar al resto de familiares. Si la gestante lo desea, el acompañante podrá cambiar, siempre con el consentimiento del personal del servicio.

- Debemos asegurarnos que haya una comunicación y un apoyo satisfactorios por parte del personal:

- Explicar a la mujer todos los procedimientos, solicitando su autorización y/o aprobación y comunicar los hallazgos, en caso de que haya que decidir intervenir en modo alguno sobre la evolución del parto (estimulación con oxitocina, amniorrexis artificial, monitorización continua, etc.) la gestante y su acompañante deben conocer los motivos por los que se decide intervenir, aceptarlos, autorizarlos y ser partícipes activos en la toma de decisiones
- Crear una atmósfera de apoyo y aliento para el parto, con respeto hacia los deseos de la mujer. Delante de una gestante que se encuentra en trabajo de parto no deben comentarse otros temas (entre el personal, o con los familiares que no sean de su interés, salvo que exista participación activa de la gestante y a ella no le resulte molesto)
- Asegurar la privacidad, la intimidad y la confidencialidad. Siempre que se explore a una gestante, que ésta se encuentre semidesnuda, o que esté realizando pujos, las puertas de la dilatación o el paritorio deberán permanecer cerradas.

- Alivio del dolor: Si la gestante se encuentra muy nerviosa o agitada valorar diferentes técnicas para aliviar el dolor y la ansiedad:

- Deambulación por la sala o por su habitación, alentarla a que cambie de posición, que balancee la pelvis, etc.



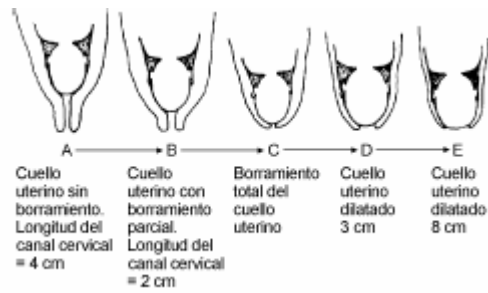
- Es importante que la gestante "**se sienta atendida**", debemos acompañar a la gestante, escucharla y procurar una actitud empática, darle apoyo y animarla, darle la información que necesite, ser sensible con sus sentimientos.

- Procurar un ambiente tranquilo, sin muchas personas a su alrededor si se encuentra en la planta, sin excesivos estímulos (luz, ruido, etc.)
- Duchas de agua caliente, incidiendo de forma especial en las zonas en las que se presenta el dolor de las contracciones (espalda, piernas y vientre)
- Masajes con aceite en la zona renal y el bajo vientre (deben mostrarse a los familiares)
- Fomentar el uso de técnicas de respiración y relajación si se han aprendido en la Educación Maternal, o enseñarlos en caso contrario (se recomienda especialmente que realice inspiraciones profundas abdominales si es posible y espiraciones lentas, así como procurar relajar todos los músculos del cuerpo en los intervalos entre las contracciones y después de cada exhalación).
- Si la gestante solicita **ayuda** para el alivio del dolor de tipo farmacológico, instaurar protocolo de epidural o de sedación según proceda.

- Control de la gestante:

- Constantes vitales cada 4 horas si las previas son normales y anotarlas en el partograma.
- Alentar a la gestante a que orine espontáneamente.
- Ingesta de líquidos y alimentos: Diversos estudios (incluida una revisión de la Cochrane) muestran que no se incrementa el riesgo en una gestante que ha ingerido líquidos y sólidos suaves en fase activa de parto de una aspiración tras anestesia, que si permanece en ayunas. El riesgo de un ayuno prolongado es la deshidratación y el agotamiento de la gestante. Vigilar signos de deshidratación y agotamiento.

• **Control de la evolución del parto:**



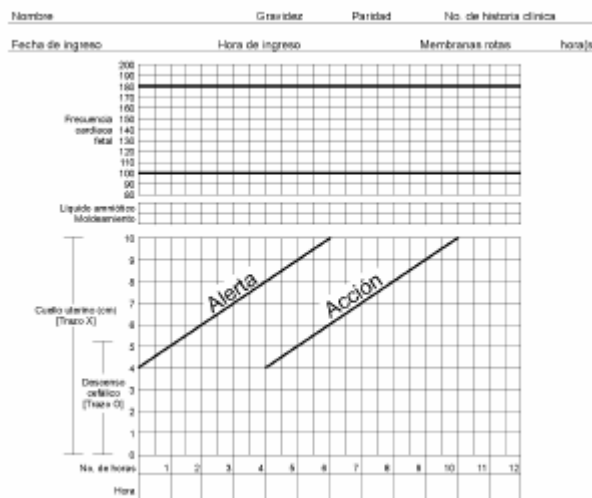
- Progresión de la dilatación: Si la dilatación progresa de media 1 cm. / hora.
- Descenso de la cabeza fetal a medida que progresa la dilatación.

Es importante mantener unos criterios uniformes para no realizar intervenciones innecesarias. Las exploraciones vaginales en gestantes que se encuentran en fase activa de parto no tienen porqué ser frecuentes y repetidas. Realizándose al menos cada 4 horas o en caso de que la gestante refiera percibir sensaciones diferentes (aumento en la intensidad o frecuencia de las contracciones o la sensación dolorosa, sensación de ganas de orinar muy frecuentes, sensación de pujo, etc.)

Tras cada exploración vaginal se anotará en el partograma la dilatación cervical, el descenso de la presentación y la posición de la cabeza, así como las características del líquido amniótico si procede.

Es importante anotar igualmente en el partograma, la FCF cada vez que sea auscultada.

Según el partograma de la OMS, podríamos apreciar dos líneas de progresión separadas por un intervalo de 4 horas a contar desde el inicio del parto (dilatación de 4 cm.). La primera sería una **línea de alerta**, la segunda una **línea de acción**. Si la progresión del parto es menor a 1 cm. a la hora o la cabeza fetal no está bien apoyada en el cuello uterino (probablemente por una mala posición de la cabeza fetal) la progresión del parto se verá estancada, en cuyo caso se requerirá la intervención. En primer lugar se procederá a la amniorrexis artificial si esta no se ha producido de forma espontánea. Transcurrido un tiempo, si no se modifican las condiciones, a la administración de oxitocina exógena mediante una perfusión intravenosa controlada para estimular las contracciones uterinas si estas no fuesen suficientes. Si la situación persiste avisar al tocólogo para su valoración.





## ASISTENCIA FASE EXPULSIVO

El segundo periodo del parto se inicia cuando la gestante presenta dilatación completa (10 cm.):

- Puede aparecer una fase no expulsiva, en la cual la gestante no muestra deseos de empujar, en cuyo caso se esperará hasta que la sensación cambie. No se recomiendan realizar pujos dirigidos en este periodo. Se le pedirá a la mujer que cambie la posición, adoptando diferentes posiciones para facilitar el descenso de la cabeza fetal.
- La fase expulsiva se caracteriza porque la mujer presenta sensación de pujo en cada contracción.
- Se le pedirá a la gestante que adopte la posición en que más cómoda se encuentre y que empuje. No es recomendable dirigir los pujos si estos son efectivos, independientemente de si son o no realizados en apnea. Si los pujos realizados no parecen tener efectividad, se le puede mostrar la forma de realizarlos.



- La episiotomía ya no se recomienda como procedimiento de rutina. No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. En realidad, la episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y la consecuente disfunción muscular del esfínter anal. **Sólo debe considerarse en los casos de:**

- Parto vaginal complicado (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, vacuo, etc.)
- Cicatrices de mutilación de los genitales femenina o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados
- Sufrimiento fetal

## EXPULSIÓN DE LA CABEZA

- Pedir a la mujer que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé
- Para controlar la expulsión de la cabeza, colocar los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada (inclinada)
- Continuar sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pedir a la mujer que deje de pujar
- Aspirar o limpiar la boca y la nariz del bebé
- Tantear con los dedos alrededor del cuello del bebé para verificar si encuentra el cordón umbilical
- Si **el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo**, deslizarlo por encima de la cabeza del bebé

- Si **el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello**, pinzarlo dos veces y cortarlo antes de desenrollarlo del cuello
- Permitir que la cabeza del bebé gire espontáneamente
- Después de que la cabeza haya girado, colocar una mano a cada lado de la cabeza del bebé. Decir a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción
- Reducimos la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez, para ello movemos hacia abajo la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior y seguidamente movemos la cabeza del bebé hacia arriba para extraer el hombro posterior
- Sostener el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.
- Colocar al bebé sobre el abdomen de la madre. Secar al bebé por completo, limpiar los ojos y evaluar su respiración. La mayoría de los bebés comienzan a llorar o respiran espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento
- Si **el bebé llora o respira** (ascenso del tórax por lo menos 30 veces por minuto), dejar al bebé con la madre
- Si **el bebé no comienza a respirar dentro de los 30 segundos**, pedir ayuda y adoptar los pasos necesarios para reanimar al bebé
- Pinzar y cortar el cordón umbilical en el lapso de 1–5 minutos siguientes
- Asegurarse de que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel-a-piel con el pecho de la madre. Envolviéndolo con un paño suave y seco, cubriéndolo con una manta o empapador y procurando que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor.

### **ASISTENCIA EN EL TERCER PERÍODO**

Hasta el momento las recomendaciones hablaban de una actitud expectante hacia el tercer periodo del parto (alumbramiento). Se espera pacientemente a que la placenta se desprenda espontáneamente, observando los signos de desprendimiento placentario, recogiendo la placenta con cuidado de que no se desgarre cuando la mujer empuja espontáneamente para expulsarla y revisando posteriormente con cuidado membranas y placenta para verificar su integridad.

Actualmente parece haber pruebas y evidencias suficientes que recomiendan un manejo activo del tercer periodo del parto. La OMS lo recomienda especialmente en mujeres que presentan una anemia importante. El manejo activo del tercer período (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia postparto.

En el manejo activo del tercer período del trabajo de parto se incluyen:

- La administración inmediata de oxitocina
- La tracción controlada del cordón umbilical
- El masaje uterino

#### ● **OXITOCINA**

- Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpar el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y administre oxitocina 10 unidades IM
- La oxitocina se prefiere porque produce efecto 2–3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si **no se dispone de oxitocina**, administre ergometrina 0,2 mg. IM o prostaglandinas. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebé.
- **No administre ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebrovasculares**

### ● TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL

- Pinzar el cordón umbilical cerca del perineo. Sostener el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
- Colocar la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer y estabilizar el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
- Mantener tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción fuerte del útero (2–3 minutos)
- Cuando **el útero se redondee o el cordón se alargue**, tirar del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta.
- No esperar que salga un chorro de sangre antes de aplicar tracción al cordón. Con la otra mano, continuar ejerciendo contracción sobre el útero.
- Si **la placenta no desciende** después de 30–40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continuar tirando del cordón. Se sostiene con delicadeza el cordón umbilical y se espera hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilizar la pinza para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue
- Con la contracción siguiente, se repite la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contracción.
- **Nunca aplicar tracción al cordón umbilical sin aplicar la contracción por encima del pubis con la otra mano.**
- Al ser expulsada la placenta, las membranas pueden desgarrarse. Sostener la placenta con las dos manos y hacerla girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas.
- Tirar lentamente para completar la extracción.
- Si **las membranas se desgarran**, examinar con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino utilizando una pinza para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examinar cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Si **falta una porción de la superficie materna o hay desgarros de membranas vascularizadas**, sospecharemos retención de fragmentos placentarios

### ● MASAJE UTERINO

- Masajear de inmediato el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga
- Repetir el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas
- Asegurarse de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

### EXAMEN PARA DETECTAR DESGARROS

- Revisar suavemente el canal del parto, con delicadeza y explicándole a la mujer lo que se está haciendo
- Si aparecen desgarros o episiotomía suturelos con cuidado y de forma estética

Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:

- ✓ Los desgarros de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo
- ✓ Los desgarros de segundo grado involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes
- ✓ Los desgarros de tercer grado involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal
- ✓ Los desgarros de cuarto grado involucran la mucosa rectal

## REPARACIÓN DE LOS DESGARROS DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO

- La mayoría de los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas
- En caso de que se precise una sutura, preparar un campo estéril para suturar y colocarse guantes estériles, preparar la zona lavándola con un antiséptico (no utilizar tinturas yodadas)
- Realizar una infiltración con lidocaína si la extensión del desgarro es importante para evitar molestias excesivas, informar a la mujer de lo que se está haciendo y hacerla partícipe, escuchando sus sugerencias
- Reparar la mucosa vaginal con una sutura continua. Comenzar la reparación cerca de 1 cm. por encima del vértice (parte superior) del desgarro vaginal. Continuando la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal y anudando
- Reparar los músculos perineales utilizando puntos sueltos
- Coser la piel con puntos sueltos o sutura intradérmica estética

## EPISIOTOMÍA

La episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina, **debe considerarse sólo en los casos de:**

- ✓ parto vaginal complicado (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con o vacío)
- ✓ cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados
- ✓ Sufrimiento fetal

- Se aplica una solución antiséptica al área perineal
- No se recomienda el rasurado del vello púbico, aunque si el asistente lo considera necesario, se realizará solamente en la zona de la incisión
- Explicarle a la gestante lo que se va a hacer y el motivo. Infiltrar con lidocaína (siempre que no exista alergia conocida) por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml. de solución de lidocaína. Aspirar para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre.
- Se esperará 2 minutos y luego pellizcar la zona con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, esperar 2 minutos más y volver a probar.
- Esperar para realizar la episiotomía hasta que se haya adelgazado el perineo y se vean 3–4 cm. de la cabeza del bebé durante una contracción. Al realizar una episiotomía se producirá sangrado. Por lo tanto, no debe hacerse con demasiada anticipación.
- Colocar dos dedos entre la cabeza del bebé y el perineo. Use las tijeras para cortar el perineo cerca de 3–4 cm. en dirección mediolateral
- Controle la cabeza y los hombros del bebé a medida que se expulsan, asegurándose de que los hombros hayan girado hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía.
- Examine con cuidado para detectar extensiones y otros desgarros, y repararlos
- Reparación de la episiotomía:
  - Cerrar la mucosa vaginal con una sutura continua. Comenzando la reparación cerca de 1 cm. por encima del ápice (parte superior) de la episiotomía. Continuar la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal, donde se anudará, juntando los bordes coincidentes de la apertura vaginal
  - Cerrar el músculo perineal utilizando puntos simples
  - Cerrar la piel utilizando puntos simples o sutura continua

## ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

- Si el recién nacido no tiene ningún problema evidente, y el estado de la madre lo permite mantener al bebé en contacto de piel-a-piel con la madre en todo momento. Si el estado de la madre no le permite mantener contacto piel-a-piel con el bebé después del parto, secamos al bebé con un paño suave, y lo colocamos bajo una fuente de calor asegurándonos de que la cabeza esté bien cubierta. **Evitar separar a la madre del bebé siempre que sea posible**
- La valoración del test de Apgar se realizará al minuto y a los 5 minutos, teniendo en cuenta cada uno de sus parámetros

Parámetros/ Puntuación	2	1	0
Respiración	Llanto vigoroso /30 rpm	Llanto débil/ < 30 rpm	No respira
Frecuencia Cardíaca	> 100 lpm	< 100 lpm	0
Coloración	Sonrosado	Cianosis distal	Cianosis o Palidez
Reflejos	Estornuda, tose o llora	Mueca o flexión débil	No reflejos
Tono muscular	Movimiento activo	Leve flexión	Flácido

- El pinzamiento de cordón se realizará después de que este deje de latir (3-5 minutos tras el parto). Se le podrá ofrecer al acompañante la posibilidad de cortar el cordón, siempre que las circunstancias así lo permitan, procurando unas condiciones higiénicas adecuadas (bien mediante un lavado exhaustivo de las manos, bien mediante el uso de guantes)
- La identificación del RN se hará verificando los datos junto con la madre y acompañante. Se comprobará que el consentimiento de procedimiento está firmado, tomando o no las muestras según deseo de la mujer, colocando las muestras si se toman en su lugar y firmando el sobre (matrona y testigo). Se colocarán dos pulseras al RN y una a la madre
- Se recogerá una muestra de sangre de cordón para el Grupo y Rh del RN, así como el test de coombs directo si procede, mandándolos de forma inmediata por el tubo al laboratorio de urgencias
- Antes de que la mujer pase a la sala de reanimación o a su dilatación, se pesará al bebé, y se le hará la cura del cordón umbilical con alcohol de 70 % envolviendo el cordón con una gasa limpia. Se vestirá al recién nacido con un pañal y una camiseta y se envolverá en una manta.
- Se administrarán 10 UI de vitamina K intramuscular (en el muslo derecho) y la primera dosis de la vacuna de la Hepatitis B intramuscular (en el muslo izquierdo). Antes de la administración los padres deberán de ser informados de todos los procedimientos y del objetivo de los mismos, obteniendo de estos su consentimiento aunque sea de forma verbal. Si los padres no quisieran que se les vacune o se les ponga la vitamina K, se dejará escrito en la hoja de Enfermería y en la hoja del Recién Nacido.
- Se procederá igualmente a realizar una profilaxis ocular con clortetraciclina, sin que el tubo roce en el párpado del bebé.
- Si las condiciones asistenciales del servicio lo permiten se favorecerá que los familiares que esperan en la sala de espera tengan la oportunidad de ver al recién nacido y a la madre, procurando

que pasen de forma ordenada y controlada a la sala de reanimación o a la dilatación en la que se encuentre la gestante

- En la sala de reanimación se ayudará a la madre a iniciar la lactancia materna lo más precozmente posible, si así lo desea. (Ver **protocolo de alimentación del recién nacido**)

### **ASISTENCIA EN EL POSTPARTO INMEDIATO**

- La madre ha de ser observada meticulosamente durante las primeras dos horas postparto y las observaciones más importantes incluyen las constantes vitales, la cantidad de pérdida sanguínea y la altura del fondo uterino: si el útero se contrae insuficientemente, se puede acumular sangre en la cavidad uterina. Si la pérdida sanguínea es anormal y el útero se contrae mal, un fuerte masaje abdominal al útero puede ser beneficioso
- Se pueden administrar uterotónicos (oxitocina, ergometrina) en dosis individualizadas dependiendo del tipo de parto, de la contractilidad del útero y del sangrado
- Comprobar periódicamente el tono del útero, la hemorragia postparto, el pulso, la TA y el bienestar general y anotarlo en la hoja de Enfermería
- Cerciorarse de que la contracción uterina no está siendo inhibida por una vejiga llena. Si este fuera el caso invitar a la mujer a que realice una micción espontánea, acompañándola al baño si lo precisara, procurando no dejarla sola si su estado no es muy estable
- Mantener isotérmico al recién nacido. Esto se consigue manteniéndolo en contacto con la piel de la madre y procurando que la temperatura de la sala o la dilatación no sea muy fría. Se pueden tapar a la madre y al niño con una manta si así lo desea la mujer
- Se procurará una estancia mínima de dos horas, aunque se valorará de forma individualmente las necesidades de cada mujer y las condiciones de la misma
- Se pedirá al acompañante que permanezca con la mujer y el recién nacido en la habitación y solicitándole que nos avise se surgiera alguna necesidad
- Facilitar y fomentar la lactancia materna, según Protocolo de alimentación del recién nacido, ofreciéndole a la gestante alguna información y nociones sobre posiciones, duración y frecuencia de las tetadas, etc.
- Evaluar de manera individualizada la supresión de las perfusiones endovenosas, el comienzo de la tolerancia oral, la micción espontánea y el bienestar psicofísico de la mujer, así como su aseo e higiene personal
- Cuidar la higiene de la habitación, cama y ropa
- Despedida afable a la mujer y al acompañante
- Traslado cuidadoso y educado, preservando la intimidad de la mujer en todo momento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. "Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos". Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud. 2002
2. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. "Cuidados en el parto normal: Una guía práctica". Ed. OMS 1996
3. Consejería de Salud. "Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, parto y Puerperio" Ed. Junta de Andalucía. 2002
4. Hodnett ED. Apoyo a las parturientas brindado por asistentes. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software
6. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
7. Gupta JK, Nikodem VC. La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
8. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas en el trabajo de parto. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
9. Olsen O, Jewell MD. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
10. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
11. **Hodnett ED** Centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia convencionales para el parto. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
12. **Mousa HA, Alfirevic Z** Tratamiento para la hemorragia postparto primaria. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
13. **Neilson JP** Electrocardiograma fetal (ECG) para la monitorización del feto durante el trabajo de parto. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
14. Sleutel M. y Golden SS. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, vol 28, no 5, September/October 1999, pp 507-512 - (September 1999)

## ANEXO: "ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO"

El alivio del dolor durante el parto es un aspecto importante de la asistencia de la salud de la mujer gestante. El malestar que acompaña al trabajo del parto ha sido históricamente motivo de grandes preocupaciones. La actitud de la mujer hacia el nacimiento y el dolor va a reflejar su cultura. En las civilizaciones romana, griega y egipcia se desarrolló notablemente el arte de asistir a las mujeres en el trabajo del parto; sin embargo las prácticas naturales y alternativas de estas culturas se desplazaron durante el oscurantismo a causa de la ignorancia y superstición. Pasada la Edad Media se volvieron a retomar estas prácticas alternativas, realizadas por parteras hasta que en el siglo XVIII se introdujo por parte del Doctor Mauriceau las tendencias actuales clásicas de asistencia al parto.

Uno de los factores más importantes para estimar la reacción de la parturienta a la realización de parto, se encuentra en el apoyo y el aliento que recibe del personal sanitario de la unidad del personal de ginecología y obstetricia.

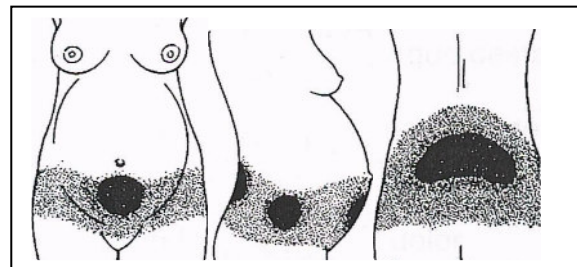
El personal de enfermería (auxiliares, enfermeras y matronas), están en una posición única y privilegiada para ayudar durante una de las experiencias más profundas de la experiencia humana; tienen el privilegio de compartir el milagro personal de cada pareja. Al mismo tiempo, el atender a estas mujeres en el trabajo de parto supone afrontar un gran desafío, donde se deben de integrar capacidades técnicas especializadas con sensibilidad y cariño; ante un personal cálido y con ganas de brindar apoyo, se conseguirá ayudar a la mujer a establecer el camino inicial para una experiencia al nacimiento muy satisfactoria

### EL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO

El dolor que acompaña a la primera etapa del trabajo de parto es único, porque acompaña a un proceso fisiológico normal. Aunque la percepción del dolor del nacimiento depende en gran medida del patrón cultural, existe una base fisiológica para sentir malestar durante el trabajo del parto.

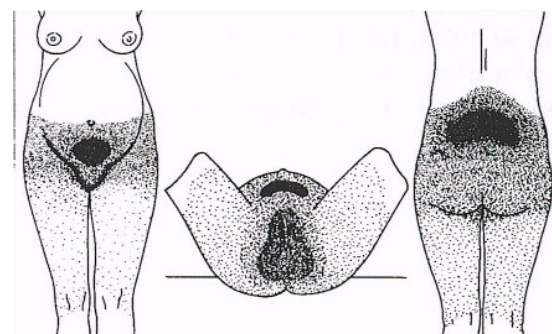
El dolor que ocurre durante la primera etapa, se origina por

- Dilatación del cuello uterino
- Hipoxia de las células musculares uterinas durante la contracción
- Estiramiento del segmento uterino inferior
- Presión sobre las estructuras adyacentes



Durante la segunda etapa del parto el malestar viene producido por:

- Hipoxia de las células musculares uterinas durante la contracción
- Dilatación de la vagina y el periné
- Presión sobre las estructuras adyacentes





Como el parto es una experiencia psicosomática total, son múltiples los factores que afectan la percepción del individuo de los impulsos dolorosos. Todas las sociedades han desarrollado patrones de conducta para la función materna durante el parto, entre algunos de ellos hay que destacar:

**Antecedentes culturales:** las personas tienden a reaccionar a los estímulos dolorosos de una manera que es aceptable por la sociedad. Las actitudes culturales hacia el propio nacimiento pueden ser un factor en la reacción al dolor

**Fatiga y privación del sueño,** el agotamiento puede ser tan grande que la mujer en trabajo de parto desviará su atención a los estímulos físicos del nacimiento, o experimentará el efecto opuesto, con una disminución de su resistencia y autocontrol para producir una reacción exagerada ante el dolor

### **Experiencia previa al dolor de parto**

**Ansiedad:** relacionada con el dolor a dos niveles: la anticipación al dolor y la relación con la presencia del dolor

**Atención y distracción:** cuando el foco de atención es la sensación dolorosa, la intensidad del dolor será mayor; mientras que si por ejemplo aplicamos un estímulo sensorial como distracción (masaje en la espalda), la mujer se centrará menos en el dolor.

## **TÉCNICAS ALTERNATIVAS DE ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO**

Como técnicas clásicas de alivio del dolor durante el parto, tenemos la analgesia obstétrica. Dentro de esta analgesia se encuentran:

- Medidas farmacológicas: meperidina, valium
- Medidas anestésicas: bloqueo pudendo, bloqueo epidural, bloqueo subaracnoideo

**En caso de que sean solicitadas por la gestante serán las medidas de primera elección y se instaurará el protocolo específico**

Estas son las técnicas utilizadas en la mayoría de los centros hospitalarios, sin embargo existen otras técnicas, basadas en terapias alternativas que nos pueden ayudar a aliviar en gran medida el dolor durante el parto. Estas técnicas basadas en la medicina natural van a ayudar a que la mujer durante el parto se sienta protagonista del mismo y disfrute más del momento de bienvenida y acogida del bebé.

Como técnicas alternativas durante el parto tenemos:

- Masajes
- Puntos de presión, basados en la medicina tradicional china
- Reflexología
- Yoga durante el parto
- Agua en el parto

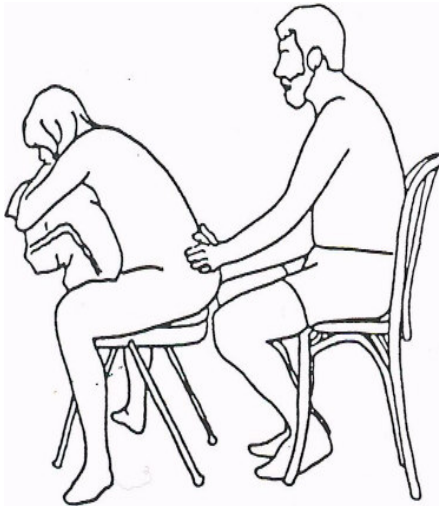
## MASAJES

### **Masaje en espalda y hombros**

Puede utilizarse durante el parto para relajar.

La gestante se colocará en una postura cómoda

Primero realizarán dos o tres respiraciones abdominales los dos juntos para conseguir una buena armonía.



Masaje con ambas manos en la parte baja de la columna vertebral

Extiéndase un poco de aceite tibio en las manos o fróteselas hasta que esté a una temperatura agradable. Nunca eche directamente el aceite sobre la piel de la persona que recibe el masaje

Coloque las palmas de las manos sobre la parte baja de la espalda y, con una presión agradable, súbalas hacia los hombros, cada mano a un lado de la columna vertebral; páselas por los hombros y vuelva a bajar hasta el punto de partida. Intente cubrir de aceite toda la zona de la espalda. Durante este movimiento localice zonas de especial tensión. Repita los movimientos varias veces, procurando que sean fluidos.

Coloque ambas muñecas juntas en la zona lumbar de la espalda. Realice una respiración profunda y, al expulsar el aire, presione suavemente sobre la parte baja de la espalda. No presione sólo con las manos, sino con toda la parte superior del cuerpo. Pregunte el efecto a su compañera. Esa zona precisará masajes durante el parto.

El masajista puede considerar cansado ese movimiento y sus músculos se irán preparando poco a poco para un masaje más continuado. Para aliviar el dolor de espalda durante el parto, la comadrona- puede usar las manos planas, los puños, dos pelotas de tenis o incluso un rodillo pequeño de pintura para aplicar la presión. Es conveniente que el asistente practique este tipo de masaje, de forma que usted esté familiarizada con los movimientos y también porque puede llegar a ser bastante cansado

Cuando la parte baja de la espalda se ha relajado ligeramente, desplace su atención hacia la zona de la cintura. Ésta es una zona de mucha tensión y dolor durante el parto. Siéntese detrás de la gestante (y coloque primero aceite en la parte inferior de los brazos. Luego cierre un puño y súbalo por la espalda y luego el otro, en un movimiento tipo sierra. Mueva las



Movimiento de sierra subiendo por la espalda

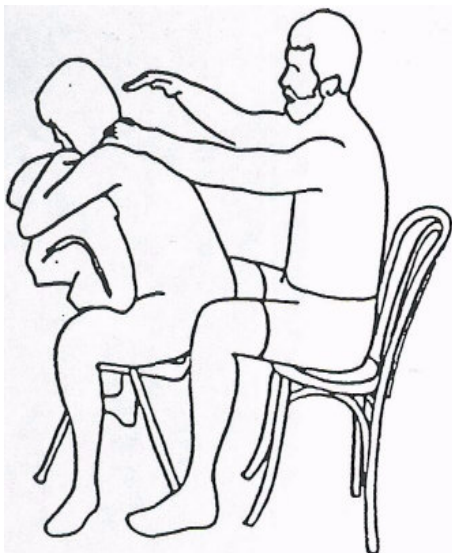
manos abajo y arriba de la espalda de la gestante, con suavidad, realizando ese movimiento hacia adelante y atrás. Coloque ahora los pulgares a ambos lados de la columna vertebral (a una distancia de unos 6-10 mm.). Presione firmemente contra la piel, siguiendo unos movimientos



Movimiento de sierra bajando por la espalda

pequeños y circulares. Mantenga siempre los pulgares en contacto constante con la piel mientras realiza los pequeños círculos. Si nota un punto sensible o una masa dura, dígame a la gestante que respire profundamente. Cuando expulse el aire, debe imaginarse que éste sale por ese punto. Cuando inspire, presione con el pulgar, con mucha suavidad, hasta llegar a una profundidad algo mayor. Este ejercicio puede repetirse dos o tres veces en un mismo punto. Cuando apriete, recuerde que debe hacerlo lenta y gradualmente, manteniendo la presión sólo 5-6 segundos cada vez. Esta técnica puede ser usada en otras partes del cuerpo, a excepción del abdomen y cerca de los tobillos.

Cuando los pulgares lleguen a la parte superior de la columna vertebral, coloque los dedos índice a cada lado y descienda (suave pero con firmeza) por los lados de la columna hasta llegar a las nalgas. Repita este ejercicio tres veces.



Masaje en el cuello y zona de los hombros

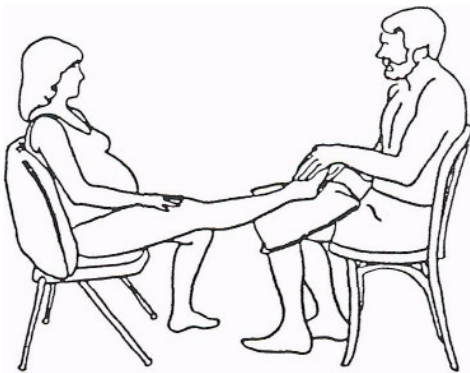
Cuando esté preparado para dar un masaje en el cuello y la zona de los hombros (una zona de gran tensión), coloque los pulgares entre la parte superior de la espalda y el cuello. Aplicando una cierta presión, trace círculos con los pulgares y trasládese a los lados del cuello. Concéntrese en las zonas que parezcan más endurecidas y tensas. Trabaje esos músculos hasta que se aflojen.

Coloque una mano sobre un hombro y estire hacia atrás. Siga con la otra mano para realizar un movimiento de estiramiento, mano sobre mano. Repita el mismo movimiento unas 5-10 veces y luego pase al otro hombro y repita este masaje 5-10 veces más. Una vez concluido, coloque una mano en cada hombro, desplácelas hacia atrás y luego hacia abajo, hasta llegar a las nalgas. Presione con firmeza al bajar. (Recuerde que el inventar algunos movimientos con su compañera es una buena forma de mejorar el masaje. Acabe el masaje con el movimiento para calmar los nervios. Coloque suavemente

las yemas de los dedos sobre la cabeza de la gestante. Pase con gran suavidad y lentitud los dedos por la espalda, en sentido descendente, hasta llegar a las nalgas. Los dedos casi no deben tocar el cuerpo. Repita 3-4 veces esta pasada ligera, para indicar que el masaje ha concluido. Este ejercicio sirve para calmar y relajar el sistema nervioso. Puede seguir los movimientos por la parte interior de las piernas hasta llegar a los dedos. Esto permite que el exceso de tensión y energía abandone el cuerpo, con lo que la persona que recibe el masaje siente una sensación de gran ligereza. Esta técnica puede ser utilizada durante el parto, por lo general en el estadio inicial e intermedio.

## Masaje en los pies

La gestante se sentará en una postura cómoda o se tumbará con el pie sobre un almohadón.



Masaje en los pies

Coloque una mano debajo del pie y la otra encima. Estire el pie hacia abajo y hacia fuera, como si estuviera sacando la tensión de la otra persona. Repita 5-10 veces en cada pie. Este movimiento es especialmente bueno durante el parto para eliminar parte del dolor del cuerpo. La matrona o asistente puede estirar el otro pie al mismo tiempo.

Coloque los pulgares sobre los huesos del tobillo y aplique una presión firme de tipo circular. Apriete con suavidad la zona del tendón de Aquiles. Recuerde que no debe subir más allá del hueso del tobillo. Trabaje el arco del pie con los pulgares, aplicando una presión firme, pero con movimientos amplios, que cubra toda la zona.

Concluya el masaje en el pie con algún movimiento de su propia invención. Al final del día, los pies de mamá están muy cansados de soportar todo su peso y el del niño, así que bien vale la pena dedicar unos momentos a darles energía.

## PUNTOS DE PRESIÓN BASADOS EN LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA

El número entre paréntesis se refiere a la localización en el cuerpo de ese particular punto de Shiatsu.

### **Secuencia 1: Sanyinjiao (Bazo 6)\***

#### Localización y técnica

Unos 4 dedos (7,6 cm) por encima del hueso interno del tobillo, por detrás de la tibia. Tumbada o sentada.

Utilice los pulgares para presionar con fuerza hacia abajo y hacia dentro, hacia el hueso de la espinilla, de 7 a 10 segundos, tres veces.

Presione durante una contracción para aliviar las molestias. Puede producirle dolor.

#### Utilidad

En caso de cualquier anomalía durante el parto, incluyendo prolongación excesiva del mismo.

#### Utilidad:

Dificultades durante el parto.

Calambres en las piernas.

### **Secuencia 2: Taichong (Hígado 3)**

#### Localización y técnica

• Sobre la depresión existente entre el primer hueso metatarsiano y el segundo. Tumbada o sentada.

• Utilice la uña para presionar con fuerza y profundidad de 7 a 10 segundos, tres veces (véase figura 11.7).

#### Utilidad:

Cualquier tipo de anomalía durante el parto, incluyendo prolongación excesiva del mismo.

Dificultades durante el parto.

Calambres en las piernas

Punto de presión  
Hígado 3 para  
problemas  
durante el parto



### Secuencia 3: Ciliao (Vejiga de la orina 32)

#### Localización y técnica

Presione inerte y hacia dentro, con los pulgares justo por debajo de la cintura en la segunda ranura del sacro de 5 a 7 segundos, tres veces (véase figura 11.8).

#### Utilidad

Dolores y molestias durante el parto, en especial contra el dolor bajo de espalda.

Punto de presión  
32 Vejiga de la  
orina para  
disminuir el dolor  
durante el parto



### Secuencia 4: Hoku (Intestino grueso 4)

#### Localización y técnica

- Sobre el dorso de la mano, entre el primer metacarpiano y el segundo.
- Utilice el pulgar para presionar con fuerza contra el segundo hueso metacarpiano (véase fig. 11.9) de 10 a 15 segundos, tres veces.

#### Utilidad

- Cualquier tipo de molestia de la cintura para arriba.

NOTA ESPECIAL: Las secuencias 1-4 deben usarse en este mismo orden para asegurar unos resultados correctos.

### Secuencia 5: Zhiyin (Vejiga de la orina 67)

#### Localización y técnica

\* Unos 2 mm por debajo del borde lateral de la uña del dedo meñique del pie.

« Utilice la uña del pulgar para presionar con mucha fuerza. Apriete los meñiques de ambos pies a la vez (véase figura 11.10). Presione de 7 a 10 segundos, tres veces.

#### Utilidad

- « Partos difíciles, incluyendo mala colocación del niño, dolores generales y malestar.
- Durante las contracciones de la segunda etapa, para facilitar la expulsión.



Punto de presión Intestino grueso 4  
para reducir el dolor cintura para arriba

Punto de presión Vejiga  
urinaria 67 para las  
contracciones del segundo  
estadio y para facilitar el parto.

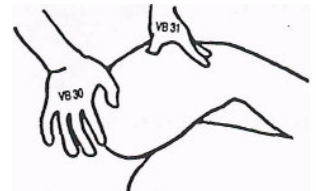
### Secuencia 6: Huantiao (Vesícula biliar 30) y Fengshi (Vesícula biliar 31)

#### Localización y técnica

Presione con fuerza y hacia dentro, con los dos pulgares, al lado del muslo (31) y en la gran hendidura que hay bajo la cadera (30)

#### Utilidad

Dolor en la parte baja de la espalda, piernas cansadas, ciática o cualquier tipo de molestia en las extremidades inferiores.



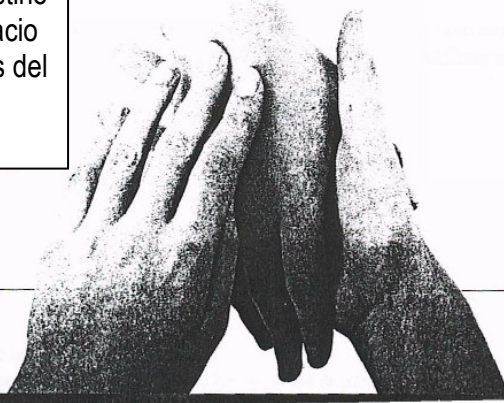
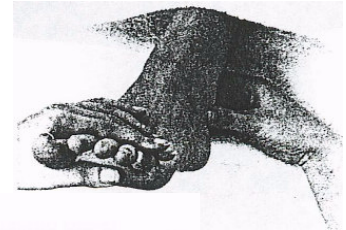
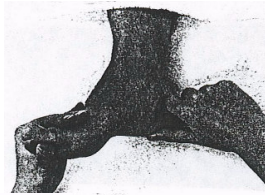
Puntos de presión Vesícula biliar 30 y 31 para aliviar el dolor en la parte baja de la espalda y el cansancio en las piernas.

## REFLEXOLOGÍA

### PARTO

En las manos, el punto del Intestino Grueso IG-4 (en el primer espacio interdigital) calma los espasmos del útero.

122



### EL EMBARAZO Y EL PARTO

Un tratamiento reflexológico durante el embarazo ayuda a evitar molestias y problemas, aunque siempre deben mantenerse las visitas periódicas al médico. Un tratamiento regular calma las dolencias menores provocadas por los numerosos cambios a que se ve sometido el organismo: malestar de primera hora de la mañana, estreñimiento, dolor de espalda, o la ansiedad y los dolores de cabeza provocados por los trastornos emocionales. La reflexoterapia también incrementa los niveles de energía y evita la hipertensión. Además, para ayudar a las mujeres que prefieren los partos "naturales", facilita la relajación y dilatación de la pared del útero. Aquéllas que utilizan la reflexología durante el embarazo tienen menor tendencia a los desgarros, ya que los músculos perineales están más relajados.

Ya en el año 1917, el Dr. Fitzgerald defendía que ejercer presión en zonas determinadas favorecía un parto sin dolor e incluso inventó asideros para las manos y los pies que aplicasen presión en los puntos necesarios. También habló de presionar el dedo gordo del pie (el punto de acupuntura BA-1, que alivia los espasmos del útero) y afirmaba que realizar firmes rozamientos en el dorso de la mano era beneficioso para la placenta y calmaba el malestar de la mañana.

### REFLEJO DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Zonas de trabajo:

Para aliviar el dolor de la región lumbar, trabaje las zonas reflejas de la columna vertebral y de la musculatura de las caderas y la pelvis

En las extremidades superiores, el punto PU-8 (encima del pliegue de la muñeca, en el lado del pulgar), el punto PE-6 (en el medio de la cara interna del antebrazo, dos pulgares por encima de la muñeca) contienen las náuseas y el malestar de la mañana.

### PUNTO VE-60

En las extremidades inferiores, el punto de la Vejiga VE-60 (en torno al maléolo externo) no solo alivia las molestias de espalda sino que también favorece el parto. El punto del Bazo BA-6 (cuatro dedos por encima del extremo inferior de la tibia, por la cara posterior) reduce los dolores del útero y tiene un efecto calmante. Trabaje esta zona antes y durante las contracciones. En caso de mastitis, use el punto de la Vesícula Biliar VB-42 (en el dorso del pie, en el surco formado por los huesos de los dedos cuarto y quinto).

En las orejas, los puntos localizados en el vértice superior de la oreja y en la prominencia cartilaginosa inferior son útiles en caso de mastitis.

## YOGA

### Visualización en la primera fase del parto

Aunque la palabra «contracción» se suele asociar con tirantez, si piensas en las contracciones como «aperturas» te relajarás desde dentro. Intenta concentrarte en abrir el cuello del útero y visualízalo como la apertura de los pétalos de un loto. Sé fuerte ante las aperturas y contempla cada una de ellas como una liberación. Coordinar esta liberación con la forma femenina de chillarte ayudará a abrirte desde dentro e iluminará todo tu ser. Aunque pueda parecer que se trata de gemidos de dolor, tendrás una sensación interna de expansión gloriosa. No te inhibas, y aunque suene a dolor y el término «expansión gloriosa» parezca absurdo, sigue concentrada en la apertura de tu flor interior.

Si utilizas un mantra o una oración, visualiza cómo emana del corazón del loto. Acompaña a tu concentración interna y no te dejes dominar por circunstancias externas. Comunícate cuando necesites hacerlo, pero evita la conversación.

Durante el proceso del parto la naturaleza nos proporciona endorfinas extra, hormonas que actúan como un calmante natural. Muchas mujeres hablan de «ir a otro planeta», ya que llegan a entrar en un estado semejante al de trance. Dar a luz tal vez sea la técnica de meditación más impresionante que hayamos tenido jamás: tómallo como un don.

## AGUA EN EL PARTO

La inmersión en agua supone una de las mejores formas de aliviar el dolor. No sólo soporta el peso de tu cuerpo físico sino que también te proporciona un lugar seguro y protegido en el que te resultará más fácil seguir tus instintos. Michel Odent, que fue el primero en fomentar los partos en el agua en los años setenta, empezó utilizando una piscina de niños; actualmente muchos hospitales disponen de piscinas especiales para el parto.

El agua tiene un efecto milagroso en el proceso de apertura: incluso el sonido que produce el agua al correr hace que algunas mujeres dilaten tan rápidamente que dan a luz en el tiempo que tarda la piscina en llenarse. Si alquilas una piscina para utilizarla en casa, instálala con suficiente antelación para poder construirte una imagen de ella como «tu lugar».

Si no tienes piscina de parto, una bañera normal, y hasta una ducha, puede servirte igual. Para aprovechar al máximo los beneficios que proporciona la piscina de parto en agua poco profunda, ponte a cuatro patas y pide a alguien que te eche agua por la parte inferior de la espalda.



## POSTURAS PARA EL PARTO

Cada parto es distinto. Practica con antelación las siguientes posturas para que el cuerpo pueda recordarlas una forma natural. Durante el parto, sigue tus instintos; si adoptas una postura y te resulta incómoda, déjala; si tu cuerpo elige algo de lo que nadie haya oído hablar, no importa: es la postura que te conviene a ti.



### De rodillas

Arrodillarte con las piernas separadas apoyándote sobre un puf o un montón de cojines apilados (derecha) es una postura que te conecta con la tierra, especialmente al final de la primera fase.

Cuanto más erguida estés, mejor utilizarás uno de los dones más grandes que nos concede la naturaleza: la gravedad. Durante la primera fase, límitate a pasear, ya que mantenerte en movimiento te ayudará a progresar; pero ten cuidado de no cansarte demasiado. Ponerte en cuclillas es una postura ideal pero difícil de mantener sin apoyarte. Ponerte en cuclillas sobre un reposapiés es una buena opción.

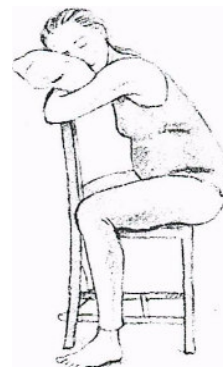


### A cuatro patas

Si las posturas erguidas te hacen cansarte, o las contracciones son demasiado rápidas o abrumadoras, puede serte útil una postura a cuatro patas. Coloca cojines bajo las rodillas (para que las molestias en esta zona no persistan varios días después del parto). Alterna arrodillarte con apoyarte sobre un puf o una silla (véase pág. 123), es decir, cualquier postura mejor que sentarte sobre el cóccix.

Si el bebé desciende demasiado deprisa, adopta la postura de la Esfinge (encima), apoyando el pecho y los antebrazos sobre el suelo y elevando en el aire las nalgas. «Jadear» con la boca abierta también inhibirá el proceso de hacer fuerza hacia abajo.

Alternativamente, tu acompañante puede sujetarte por delante o por detrás, o puedes apoyarte en el respaldo de una silla (encima) con un cojín bajo los talones. También puedes apoyarte sobre tu acompañante o adoptar una postura de proyección contra una pared (arriba). Si te sientes demasiado cansada para permanecer erguida, intenta estar de pie apoyada en la cama. También son útiles los círculos con las caderas (izquierda). Utiliza el cuerpo tal y como te salga de forma natural.





Cuando estés de parto te será difícil pensar con naturalidad. Ten a mano esta lista para que tus acompañantes te recuerden lo que tienes que hacer. Si sientes dolor en la región lumbar, pide a alguno de tus compañeros que lo alivie con un suave masaje, o simplemente aplícate calor en la zona, o bien una cataplasma de lavanda y trigo.

#### Primera fase

- Intenta mantenerte en movimiento y erguida el mayor tiempo posible, pero sin llegar a agotarte.
- Haz círculos con las caderas, sigue paseando.
- Son útiles las posturas de Proyección contra la pared y en cuclillas.
- Coloca cojines bajo las rodillas cuando las pongas en el suelo.
- Practica con suavidad la Proyección basculante, hacia delante y hacia atrás, para ayudar al cuello del útero a abrirse.
- Existe una relación entre la boca y el cuello del útero: si tienes la boca abierta y no te da vergüenza emitir sonidos, también se relajará el útero. Al mismo tiempo, levanta los brazos.
- Si tienes un parto prolongado, acuérdate de vaciar la vejiga con frecuencia.
- Respira lenta y regularmente desde el centro de tu ser.

#### Transición

- En esta fase, probablemente, te sentirás cansada y sedienta: bebe pequeños sorbos de agua o chupa una esponja húmeda.
- Si la transición se prolonga porque el labio anterior del cuello del útero tarda en retraerse sobre la cabeza del bebé, adopta la postura de la Esfinge.
- Si tienes muchas ganas de empujar pero la comadrona te dice que no lo hagas todavía, te ayudará soplar con fuerza, como si fueras a apagar una vela.

#### La segunda fase

- No te sientas inhibida para gritar «¡Ooohh!» y «¡Aaah!» al hacer fuerza «hacia abajo» con los músculos del suelo pélvico. Puedes hacerlo de pie o de rodillas.
- Inclinar te hacia delante sobre una silla o cualquier otro punto de apoyo te ayudará a liberar y abrir toda la región pélvica.
- Ponerte en cuclillas apoyada en algo abre el canal de parto y utiliza la fuerza de la gravedad.
- Si quieres ralentizar las contracciones, adopta la postura de la Esfinge.
- Respira desde el centro de tu ser y todo irá bien

