

**DOCUMENTO DE CONSENSO SEGO
ASISTENCIA AL PARTO**

1. **Introducción.**
2. **Mecanismo del parto, incluido alumbramiento y puerperio**
3. **Recomendaciones sobre la asistencia al parto**
4. **Guía práctica y signos de alarma en la Asistencia al Parto**
5. **Alta hospitalaria y revisión postparto.**
6. **Aspectos médico-legales y documentos informativos.**

COORDINADOR: **Pedro Acién Álvarez**, Hospital Universitario de San Juan, Alicante.

PARTICIPANTES:

Vicente Serra Serra, Instituto Universitario IVI, Valencia.

Antonio González González, Hospital Maternal La Paz, Madrid.

Txanton Martínez-Astorquiza, Hospital de Cruces, Baracaldo, Bilbao.

Jesús Florido Navio, Universidad de Granada,

José Ramón de Miguel Sesmero, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Rafael Uceda Somoza, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Nieves González González, Hospital Clínico Universitario, La Laguna, Tenerife,

Anna Suy Franch, Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

Juan Carlos Melchor Marcos, Hospital de Cruces, Baracaldo, Bilbao, Presidente SEMEPE

Ernesto Fabre González, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Alberto Puertas Prieto, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Vicenç Cararach Ramoneda, Hospital Clínic, Barcelona,

Manuel Gallo Vallejo, Málaga.

José Bajo Arenas, Hospital Santa Cristina, Madrid. Presidente SEGO

1. INTRODUCCIÓN

Las **dos preocupaciones** fundamentales de la embarazada, que aumentan conforme se acerca el parto, son: 1) Si su hijo será y nacerá normal, y 2) Si el parto será muy doloroso y ella podrá soportarlo. Por tanto, estas dos preocupaciones deben estar en la mente también del personal que la atiende. Debe hacerse todo lo posible por poderle contestar con seguridad a la primera cuestión mediante las exploraciones pertinentes en el curso del embarazo y al comienzo del parto; y debe tranquilizársela respecto a los "dolores" del parto, asegurándosele que estando tranquila, el parto es más fácil y que, en caso necesario, existen formas de aliviar los dolores sin perjudicar al feto.

Efectivamente, se relaciona el parto fácil con la tranquilidad de la madre, y a la inversa; y la pregunta es ¿la madre tiene miedo y siente muchos dolores porque su parto es difícil; o el parto difícil está motivado por su **miedo-ansiedad-tensión**?. Hace ya muchos años que el ginecólogo inglés Dick Read llegó a la conclusión de que "el miedo es en cierto modo el principal agente productor del dolor en un parto que podría ser normal". **El miedo podría** pues, ejercer un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas, en la dilatación cervical y en los normales resultados del parto.

No es fácil disipar el antiguo temor a los dolores del parto en cualquier gestante, pero ya desde la primera visita prenatal, todo el personal dedicado al cuidado de la misma y del feto, debe realizar un esfuerzo para que la madre comprenda que el parto es un **proceso fisiológico normal**. Así, todos los que se hallan a su cuidado, no solo deben demostrar competencia profesional, sino igualmente inspirar sensación de confianza y cordialidad, y hacerle ver que desean sinceramente evitarle todo el dolor posible dentro de los límites de seguridad para ella y su hijo. Los médicos, matronas, enfermeras e incluso estudiantes deben tener muy presente que la moral de una mujer durante el parto puede decrecer por acciones u observaciones descuidadas de los mismos: la madre puede oír y malinterpretar los comentarios casuales hechos fuera de la habitación, risas, etc, aunque fuesen referidos a otra paciente.

Para eliminar la perjudicial influencia del temor durante el parto, en el momento actual se destacan **las ventajas del parto no intervenido**. Se expondrá en este documento de consenso lo que esto supone, pero debe advertirse ya que la mayoría de los defensores del parto natural, del parto humanizado o actualmente del no intervenido, nunca han pretendido que el parto pueda llevarse a término libre de dolor o que deba carecer de ayudas anestésicas. Antes, al contrario, a la paciente se le indica que la mayoría experimentarían dolor en alguna medida aunque será perfectamente soportable, y que si es necesario se emplearán anestésicos y analgésicos.

Así pues, las **reglas básicas** para la asistencia a un parto normal se deducen de lo expuesto: 1. El parto es un proceso fisiológico y, por tanto, en la mayoría de casos no precisa intervención por parte del médico ni de la matrona. Se trata de "**asistir a una mujer de parto**" y no de "tratar o curar un parto". La palabra Obstetricia significa precisamente lo primero: estar al lado de... En el parto espontáneo normal, únicamente debería ayudarse a la madre en un sentido intervencionista, médico o quirúrgico, ¡y solo si es preciso!, al final de la expulsión y en el periodo de alumbramiento. Y 2. El médico y la matrona deben tener una **gran serenidad y paciencia**, ya que son necesarias horas enteras para observar tranquila y metódicamente, sin intervenir en la marcha del parto, pero sí animando a la paciente e inspirándole confianza, tranquilidad y seguridad. Y esto no es fácil porque aunque estemos convencidos de que el parto sea de curso normal y no se deba intervenir, es frecuente que influya de manera nociva la presión de la mujer y de los familiares. Es natural que el marido y los familiares, ante las muestras de dolor y de sufrimiento por parte de la mujer, quieran que se haga algo por

mitigarlos, pidiendo la terminación del parto lo antes posible. Y también la mujer solicita en ocasiones una intervención activa que termine con sus sufrimientos. El médico, en tales situaciones, debe tranquilizar a la mujer (y a los familiares) y ayudar como antes se expuso. Y puede indicar analgésicos u otras actuaciones si lo estima pertinente, pero no debe dejarse influir por las presiones y realizar una intervención en ese momento inadecuada. No se debe sugerir por los deseos de la paciente o de sus familiares (con más frecuencia), pero evidentemente, la paciencia ilimitada tampoco se justifica en modo alguno. Debe actuar cuando esté indicado hacerlo, y con frecuencia lo será por indicación fetal. De manera que la vigilancia del feto (aparte de la del estado físico y psíquico materno, y de la evolución de la dilatación y progreso de la presentación) debe ser extremada.

En el presente Documento de Consenso se recogen los aspectos que creemos de mayor interés relacionados con la asistencia al parto normal y con la adecuada atención y control del estado fetal, del estado materno y del recién nacido. Pero no ha sido nada fácil llegar a ese consenso que el titular del documento impone:

1) Porque a pesar de la aparente simplicidad del tema y de ser tan ancestralmente conocido, en el momento actual, no es solo que dispongamos de muchos más datos de conocimiento científico sino, sobre todo, que hay mucha gente que opina, mucha gente que quiere sacar partido de pseudo-novedades que "venden", que hay muchos profesionales implicados y que en estos profesionales, bien por miedo a las demandas de malpráctica o a veces por comodidad, se está perdiendo la experiencia en determinadas técnicas o maniobras; los jóvenes profesionales no tienen la debida práctica y experiencia en las mismas, y por tanto, si las hacen pueden tener complicaciones.

2) Por la existencia de esos diferentes estamentos y profesionales que tratan de ampliar y acotar su parcela sin que otros tengan nada que decir, pero sí asumir, sobre las posibles responsabilidades. Y

3) Por el "miedo legal" y la tendencia consecuente a la protocolización de la medicina como si de "técnica y materiales" se tratara, así como por los consentimientos informados y firmados para todo. Creemos que la Medicina debe ejercerse en base a los conocimientos científicos previos y actualizados del profesional, a la práctica y experiencia clínica del mismo y a su inteligente y correcto bien hacer según la "lex artis ad hoc", que naturalmente incluye la asistencia y presencia en sesiones clínicas o la discusión y el conocimiento de "protocolos o pautas generales de conducta" en determinados problemas o patologías. La Medicina, y por tanto la Obstetricia y Ginecología, no puede ejercerse siguiendo un protocolo como harían los técnicos puesto que tratamos con personas individuales, con pacientes o con mujeres embarazadas o de parto, cada una con su cuerpo, con su alma y con su fisiología o patología. Y en cuanto a los consentimientos, no parece lógico que una mujer que acude al Hospital de parto nos tenga que firmar un consentimiento informado para poder parir. Por supuesto que sí debe recibir la atención e información ¡adecuada y correcta! en cada momento, pero distingamos.

En esta situación, los componentes de este grupo de expertos para hacer un "documento de consenso sobre la asistencia al parto" lo que hemos tratado, de una manera sintética, ha sido:

1) De recordar los aspectos básicos de fisiología y anatomía en los que se sustenta la correcta asistencia al parto, así como de consensuar conceptos básicos.

2) De consensuar la conducta general en la asistencia al parto normal, sin caer en contradicción con lo ya expresado o pueda recomendarse en otros "protocolos" de la SEGO.

- 3) De consensuar la aplicación de los conocimientos derivados de la medicina basada en la evidencia para el control fetal y para la mejor asistencia materna y neonatal. Y
- 4) De igualmente consensuar los aspectos legales y elaborar un documento informativo, con valor de consentimiento informado, que sirva de base para la mejor información a las embarazadas antes o al acudir de parto al Hospital que ella decida o le corresponda.

2. MECANISMO DEL PARTO (incluido alumbramiento y puerperio)

Generalmente se entiende por mecanismo del parto a los **movimientos, adaptaciones y cambios de posición y actitud, que debe realizar el feto u objeto del parto** para atravesar el **canal** del parto. Tal mecanismo y movimientos dependen de factores mecánicos, pero también de **factores físicos** como la elasticidad, la plasticidad y la contractilidad de los distintos tejidos, no solo del canal del parto, sino también los inherentes a la propia actividad del feto y, por tanto, a la musculatura y sistemas articulares fetales.

De todas formas, al hablar de esta física o mecanismo del parto, deberíamos descomponerlo en primer lugar en el **mecanismo de la dilatación** y en segundo lugar, el **mecanismo de la expulsión**. El mecanismo de la dilatación cervical es un proceso biológico en el que intervienen factores mecánicos. El mecanismo de la expulsión del feto (el paso del feto a través del canal) es realmente independiente, hasta cierto punto, del mecanismo de la dilatación; sin embargo, la dilatación sí está influida, aunque también hasta cierto punto, por el paso del feto, pues sólo se dilata completamente el canal blando cuando el feto pasa a su través. Pero el que el canal blando esté más o menos dilatado, no significa que el feto vaya a pasar a través de ese canal.

Debe recordarse la forma del **estrecho superior de la pelvis** y la línea o **eje de progresión de la cabeza fetal**. Debido a la concavidad del sacro, a la mayor amplitud de la hemipelvis posterior a nivel del estrecho superior, a la convergencia de las paredes, y a la presencia del anillo pubiano por delante, **la primera parte recta vertical del eje del parto está más cerca de la pared posterior del canal**, aunque varía en los distintos niveles de la pelvis. En la entrada está entre los dos tercios anteriores y el tercio posterior. A nivel de la parte inferior del sacro, se encuentra más cerca aún del sacro. En la última parte del canal, se va alejando, **acercándose entonces a la sínfisis del pubis**. Y también hay que recordar que son las **contracciones** uterinas las que **conforman** al feto. De hecho, este es el primer paso en la mecánica o física del parto, la **conformación del feto** en un **cilindro** compuesto de tres segmentos separados por **2 facilidades de flexión**: en la cintura, cuya facilidad de flexión es lateral, y a nivel del cuello, antero-posterior. Pero las contracciones uterinas actuando sobre el cilindro fetal sólo van a ser mecánicamente eficaces si la presentación está adosada, en contacto con el canal del parto. Así que el primer requisito es un buen contacto con el canal del parto, y es lo que se llama **hermetización interna**. Se mantiene íntegra la bolsa de las aguas sin estar dilatado el cuello ni el canal vaginal. Cuando ya está dilatado el canal blando, se produce una hermetización más completa, introduciéndose en su primera porción el feto conformado. Entonces, el canal blando se adosa y contacta con las paredes de la pelvis, de forma que la pared externa del útero llega a ponerse en contacto con la propia pared pélvica. Se produce así una **hermetización externa**. Para la adecuada progresión, las contracciones uterinas y abdominales solo pueden ser mecánicamente eficaces si existe una **buena hermetización**.

Con lo expuesto estamos ya en condiciones de analizar los movimientos que realiza el feto para salir a través del canal del parto, y que clásicamente se descomponen en estas 6 etapas:

- 1) Flexión y acomodación de la cabeza al estrecho superior.
- 2) Descenso y encajamiento de la cabeza.
- 3) Rotación interna de la cabeza.
- 4) Desprendimiento de la cabeza.
- 5) Rotación externa de la cabeza e interna de los hombros.
- 6) Desprendimiento de los hombros y del resto del feto.

Analizaremos brevemente cada una de ellas:

1. Flexión y acomodación de la cabeza.

La actitud más frecuente del feto (flexión) se ve exagerada con los primeros impulsos de progresión, determinando un aumento en la flexión de la cabeza. Efectivamente, al descender al cabeza encuentra resistencia, sea por parte del cuello uterino, de las paredes del pelvis o del suelo de esta. Durante este movimiento, el mentón es apretado sobre el tórax fetal y el diámetro occípito-frontal de la presentación, más largo, es sustituido por el suboccípito-bregmático, más corto. El brazo de palanca anterior es más largo y, por tanto, la cabeza al encontrar resistencia por delante, se flexiona. Así, **el diámetro de la cabeza pasa del occípito-frontal al suboccípito-bregmático** y se disminuye de forma característica el diámetro anteroposterior de la misma, de 12 a 9.5 cm. En tal actitud, el diámetro mento-occipital y el eje de la pelvis deben coincidir; y para acomodarse al estrecho superior, la cabeza fetal orienta primero su diámetro occípito-frontal, y después el suboccípito-bregmático, en el diámetro transversal o en uno de los oblicuos de dicho estrecho.

2. Descenso y encajamiento de la cabeza.

Una vez acomodada la cabeza al estrecho superior, las contracciones uterinas la empujan y la hacen descender a través de la pelvis menor de manera **sinclítica**, esto es, pasaje simultáneo por el estrecho superior de los dos parietales al mismo tiempo y al mismo nivel, coincidiendo el eje longitudinal cefálico fetal con el eje pelviano, y encontrándose la sutura sagital ocupando el diámetro transversal del estrecho superior, de modo que está equidistante del pubis y del promontorio. Cuando estos ejes (longitudinal cefálico y pélvico) no coinciden, decimos que existe un **asinclitismo**: a) **posterior** (de Litzmann), si la sutura sagital está más cerca de la sínfisis del pubis, penetrando en la pelvis primero el parietal posterior; o b) **anterior** (de Naegele), si la sutura sagital está más cerca del promontorio y penetra, por tanto, primero en la pelvis el parietal anterior, lo que realmente es patológico. Sin embargo, en el asinclitismo posterior, con las contracciones del parto, avanza el parietal anterior por detrás de la sínfisis del pubis y la presentación se convierte en **sinclítica** al tiempo que desciende. Cuando la cabeza alcanza el III plano de Hodge (espinas ciáticas), la sutura sagital está algo más rechazada hacia atrás, estando más abajo el parietal anterior que el posterior y existiendo por tanto, un ligero asinclitismo anterior. La cabeza fetal **realiza así un movimiento en "badajo de campana" en su descenso a lo largo del canal del parto**. Y se dice que **la cabeza está encajada**, cuando su perímetro máximo (suboccípito-bregmático en la presentación de vértice) ha pasado el estrecho superior. No obstante, como esto sería complicado de comprobar con radiografía, ecografía u otros métodos, en la práctica nos es más fácil hacer un tacto y comprobar que la cabeza está encajada cuando el punto guía ha llegado **al III plano de Hodge**.

3. Rotación interna de la cabeza.

Tras el encajamiento, se produce una rotación interna de la cabeza mediante la cual, ésta se coloca de tal manera que **la sutura sagital ocupa el diámetro anteroposterior del estrecho inferior**, mientras que el biparietal se ofrece al transversal de dicho estrecho (ver Figura 1.1). Tal rotación es diferente según la variedad de posición del punto guía, pudiendo distinguirse así tres tipos de rotación: a) Rotación corta: 45 °C, de OIIA a OA, o de OIIP a OS. b) Rotación media: 90 °C, de OIIT a OA. c) Rotación larga: 135 °C, de OIIP a OA (u OP, occípito-púbica).

Pero los tres tiempos mencionados de **flexión, encajamiento y rotación interna**, no son movimientos aislados, independientes, sino frecuentemente simultáneos. La cabeza puede rotar en la parte alta de la excavación; otras veces lo hace con un movimiento helicoidal o de tornillo a partir del tercer plano de Hodge, siendo ésta la forma más frecuente. Finalmente, puede rotar ya en el periné, siendo visible desde el exterior. La rotación alta es más frecuente en las primíparas y la baja o perineal, en las múltiparas. Las variedades posteriores rotan generalmente a anterior, aunque en el 3% de los casos lo hacen hacia occípitosacra.

La pelvis ósea parece tener poca importancia como factor desencadenante de la rotación, pues las cabezas fetales pequeñas giran de idéntica manera a pesar de encontrarse a una gran distancia de las partes óseas. En la zona donde se produce la rotación, se encuentran los **músculos elevadores del ano**, y son muchos los hechos que hablan a favor de que estas estructuras participan en la producción de la rotación interna. Los elevadores delimitan en el suelo de la pelvis un orificio (**hiato urogenital**), cuyo diámetro sagital es mayor que el transversal, y más estrecho por delante que por detrás. La rotación probablemente sea una acomodación de la cabeza fetal a este orificio. El hecho de que en esta rotación, la nuca del feto gire siempre hacia delante puede ser debido a que la parte occipital presenta un diámetro transversal más pequeño que las restantes partes del cráneo y puede por ello adaptarse mejor a la parte ventral, estrecha, del orificio formado por ambos elevadores. La rotación poco habitual a occípitosacra, se debería al **periné** dilatado y flácido de las múltiparas, y de hecho, esta rotación es tres veces más frecuente en éstas que en primíparas.

4. Desprendimiento de la cabeza.

En el 98.5% de los casos la cabeza se desprende en una posición occípito-anterior y en el 1.5% en occípito-sacra. Y en general se señala que en las posiciones OA u occípito-púbica, la cabeza se desprende por un movimiento de **deflexión**. Se pensaba que dicha deflexión se iniciaba cuando el diámetro biparietal alcanzaba las tuberosidades isquiáticas, apoyándose la nuca del feto en el borde inferior de la sínfisis del pubis y sirviendo este borde como eje. Sin embargo, Borell y Fernström demostraron mediante exploraciones radiológicas, que la cabeza recorre toda la parte distal del conducto del parto en **flexión**, y presenta continuamente el diámetro más ventajoso (el suboccípito-bregmático) sometiendo las partes blandas de la madre a una mínima tensión. Así, el feto es impulsado hacia delante sin que pueda observarse, realmente, un movimiento de rotación alrededor de un eje situado debajo de la sínfisis del pubis. Ha de salir la mayor parte de la cabeza, a veces incluso hasta el mentón, para que entonces **se observe un movimiento de extensión**. No obstante, la mayoría de los autores siguen explicando el desprendimiento de la cabeza por un **mecanismo de extensión**. En los casos en que el occipucio gira hacia atrás, apareciendo una **posición OS**, el desprendimiento de la cabeza es más dificultoso. La cabeza se flexiona fuertemente y no obstante, el diámetro que se presenta no es el suboccípito-bregmático sino el occípito-frontal, bastante más grande (12 cm). Según Borell y Fernström esto se debe a que en las posiciones posteriores no se puede producir la flexión dorsal a nivel de la unión de la columna cervical con la dorsal, sino que por el contrario, se produce un **discreta flexión ventral**, lo cual favorece el que se presente el diámetro fronto-occipital. Mediante este movimiento de flexión se exteriorizan, primero la fontanela mayor, la menor y el occipital; posteriormente, el occipucio se fija en la comisura posterior de la vulva y la cabeza realiza un **movimiento de deflexión**, apareciendo debajo de la sínfisis, la nariz, la boca y el maxilar inferior.

Este cuarto tiempo o **desprendimiento de la cabeza, va asociado al encajamiento o descenso de los hombros** en el diámetro transversal o en el oblicuo opuesto del estrecho superior al que se encajó la cabeza.

5. Rotación externa de la cabeza e interna de los hombros.

Una vez desprendida la cabeza, esta se queda con la nuca mirando hacia arriba, la cara hacia abajo, y la sutura sagital en el diámetro anteroposterior. Los hombros están en el estrecho

medio, en el diámetro transversal o en el diámetro oblicuo opuesto al que se encajó la cabeza. Pues bien, no inmediatamente, sino tras una nueva contracción, **los hombros sufren una rotación interna** para acomodar su diámetro biacromial al diámetro anteroposterior del estrecho inferior, como ya lo hiciera la cabeza. En este momento, **la cabeza sufre una rotación externa** de 90 °C, colocándose en el diámetro transversal y **mirando la nuca hacia el muslo materno del lado de la posición previa del punto guía** (en una posición izquierda la nuca se colocará a la izquierda); por esto se le ha llamado **movimiento de restitución**. Este movimiento se debe fundamentalmente a los mismos factores pelvianos (óseos y blandos) que provocan la rotación interna de la cabeza.

6. Desprendimiento de los hombros.

La cabeza colocada en posición transversa desciende bajo la acción de las contracciones uterinas, sucediendo igual con los hombros que ocupan el diámetro anteroposterior del estrecho inferior. Aparece bajo la sínfisis pubiana el hombro anterior y se desprende hasta el deltoides; después, aprovechando el *facilium* de flexión lateral a nivel de la cintura, se produce una flexión hacia arriba, desprendiéndose el hombro posterior totalmente. La cabeza cae de nuevo y se completa la expulsión del hombro y brazo anterior.

Algunos autores describen que en el parto natural, el resto del tronco y nalgas se desprenden tras haber realizado los mismos movimientos que la cabeza y los hombros. Otros afirman que se desprenden sin un mecanismo determinado. No obstante, la expulsión del resto del feto es tan rápida que aunque existieran muchos movimientos, no se apreciarían.

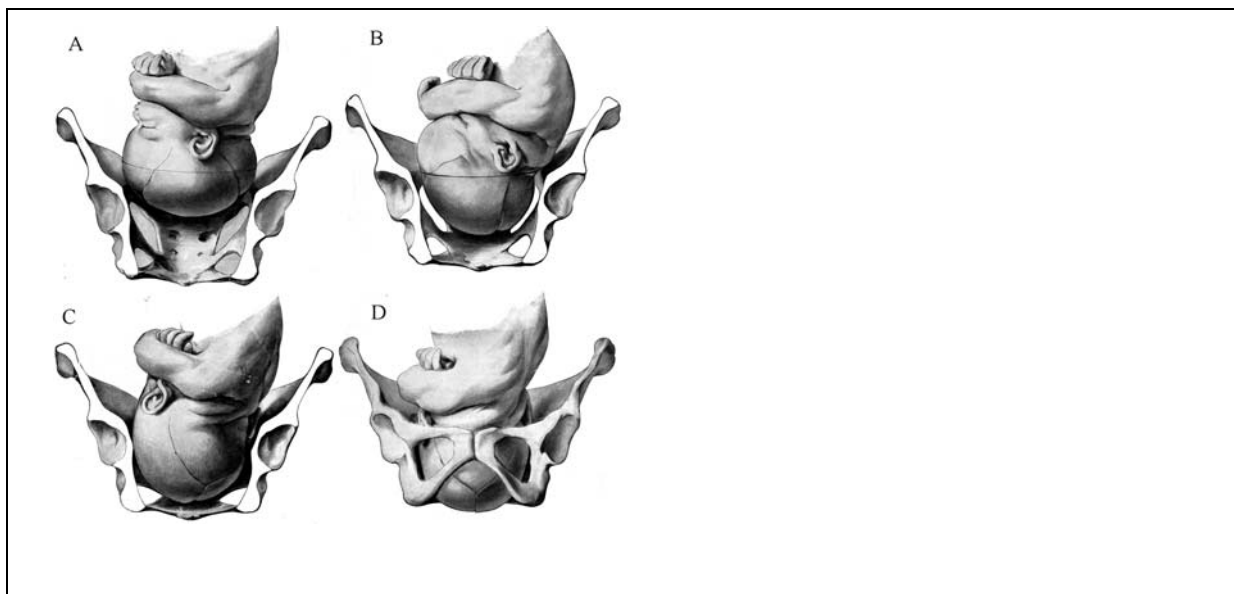


Figura 1.- Mecanismo del parto: A. Orientación de la cabeza en el estrecho superior al comienzo del parto en una múltipara. B. Cabeza flexionada y encajada. C. Rotación interna, primera posición de occipucio. Sutura sagital en el primer diámetro oblicuo. D. Cabeza en occípito-anterior al comienzo del desprendimiento.

ALUMBRAMIENTO.

El alumbramiento corresponde al tercer periodo del parto, y se define como el tiempo transcurrido entre la expulsión completa del feto y la expulsión completa de la placenta con sus membranas. Tiene riesgos (especialmente, retención y hemorragias), siendo la hemorragia postparto (HPP) la principal causa prevenible de muerte materna (25%), mediante la adecuada asistencia al período del alumbramiento. Asimismo, la HPP produce anemia, hospitalización prolongada y necesidad de transfusión sanguínea y contribuye a la falta de colaboración

materna a la lactancia debido a la astenia y adinamias producidas por la anemia.

Mecanismo del alumbramiento. El parto de la placenta y de las membranas consta de dos partes. En primer lugar sucede el **desprendimiento** de la misma y a continuación, la **expulsión** al exterior.

Los fenómenos que determinan el **desprendimiento placentario** empiezan ya al final del embarazo y continúan durante el parto. La placenta experimenta un proceso de envejecimiento paulatino que va a afectar a las vellosidades de anclaje que son las que la fijan a la decidua. Es debida a la degeneración hialina de los depósitos de fibrina (estría de Nitabuch), produciéndose la debilitación de las conexiones que fijan la placenta. Luego, después del parto, el útero experimenta un intenso **proceso de retracción** con disminución de su capacidad para acomodarse a las nuevas condiciones mecánicas. El útero se constituye así en una masa casi sólida de músculo, cuyas paredes tienen un espesor de varios centímetros. Después va a manifestar actividad contráctil, y por efecto de **las contracciones**, disminuye aún más el útero y el área de superficie uterina donde está implantada la placenta. Para adaptarse a la misma, la placenta aumenta de espesor, pero por su elasticidad limitada **tiene que plegarse**, poniéndose tensas las conexiones con la decidua, así como los vasos útero-placentarios. La tensión llega a ser tan intensa que se rompe a nivel del área esponjosa de la decidua basal, derramándose sangre en distintos puntos y disecciona las estructuras placentario-deciduals en la zona profunda de la capa esponjosa, contribuyendo aún más al **desprendimiento de la placenta**. Así que la formación de **hematoma retroplacentario** es más bien el resultado que la causa de la separación, pero contribuye a la misma.

Clásicamente se describen dos formas de desprendimiento: Si la placenta se encuentra inserta en el fondo, el hematoma retroplacentario será **central**; pero si la placenta se inserta baja y sus membranas son cortas, se empezará a desprender por los lados y el mecanismo de desprendimiento será **lateral**. Hubo un tiempo de polémica sobre el modo de desprenderse la placenta. Actualmente el único interés entre ambas formas de desprendimiento central o lateral, es que en el primero (**Schultze**) **no hay pérdida sanguínea hasta que la placenta aparece y sale por vulva**, invertida, por su cara fetal, mientras que en el desprendimiento tipo **Duncan**, **fluye sangre por genitales ya desde el comienzo del desprendimiento**.

La gran disminución del área de superficie de la cavidad uterina determina simultáneamente que **las membranas fetales y la decidua** se agrupen en incontables pliegues que aumentan el espesor de la capa desde 1 mm hasta 3-4 cm. Gran parte de la decidua parietal está incluida entre los pliegues del amnios y corion leve. Pero las membranas, en general permanecen in situ hasta que el desprendimiento placentario se completa. En ese momento se **desprenden** de la pared uterina, en parte por **las contracciones** posteriores del miometrio, y en parte, por **la tracción** que ejerce la placenta separada, que va a quedar en el flácido segmento inferior o en la parte superior de la vagina: **Descenso de la placenta**. En ese momento, el cuerpo uterino forma normalmente una masa muscular casi sólida, cuyas paredes anterior y posterior miden 4-5 cms y están colocadas en aposición tan estrecha que la cavidad queda prácticamente obliterada. Por la acción de nuevas contracciones uterinas, la placenta y membranas penetran sucesivamente en el segmento inferior y en el canal cérvico-vaginal hasta que aparece en la vulva, si bien algunas veces por el estado de decúbito supino en que está la parturienta no son suficientes las contracciones para su expulsión total, necesitándose de una ligera **expresión uterina** para completarla. En el parto natural (mujer en cuclillas) cae la placenta por la acción de la gravedad, pero al estar acostada esto no ocurre. Y aquí termina el alumbramiento, entrando en acción (cuando el útero queda **totalmente vacío**) los mecanismos de hemostasia que ahora veremos. Hoy sabemos que el desprendimiento de la placenta en el parto natural o no intervenido es simultáneo a la expulsión del feto. Con las últimas contracciones uterinas (en que todo el organismo de la mujer trabaja para expulsar el feto) se consigue que a la vez que sale el feto se exprima el útero detrás de las nalgas y desprenda la placenta. Tan solo si el

feto es extraído muy rápidamente, entonces es posible que el útero quede vacío y entre en fase de reposo de 5 a 10 minutos; luego, empiezan las contracciones de alumbramiento, ocurriendo lo explicado clásicamente.

Hemostasia uterina. Simultáneamente a la producción del desprendimiento, entran en juego una serie de mecanismos que van a procurar la hemostasia de la herida de la zona uterina donde estuvo implantada la placenta. Estos han sido bien estudiados por Greenberg que los describe en cuatro fases: 1) **Primera fase o de miotaponamiento.** Se basa en la formación de las llamadas “**ligaduras vivientes** de Pinard”, y al útero así fuertemente contraído se le denomina **globo de seguridad**, garantía de la hemostasia. 2) Fase de trombotaponamiento. 3) Fase de indiferencia miouterina. Y 4) Fase de contracción uterina fija.

Diagnóstico del desprendimiento placentario. La paciente, una vez terminado el parto del feto, tras los intensos esfuerzos realizados en el periodo expulsivo, entra en un estado de laxitud y bienestar que se confundió antes con reposo uterino. No siente dolor alguno ya que ha terminado la tempestad contráctil que determinó la expulsión fetal. La respiración se regulariza y el pulso de taquicárdico que era durante el periodo anterior, se va enlenteciendo poco a poco hasta llegar al estado de bradicardia fisiológica en el que se va a mantener durante todo el puerperio. El útero, inmediatamente después de la salida del feto, se encuentra colocado en la línea media con el fondo cerca del ombligo. La paciente no sangra por sus genitales si no ha habido desgarros traumáticos del canal blando del parto. Pero una vez terminada la pausa de reposo fisiológico del útero, que realmente es mínima, la mujer experimenta de nuevo dolor cólico localizado en el hipogastrio y en la región lumbosacra, y si en este momento exploramos el estado del útero, veremos como se **endurece por la contracción**, al mismo tiempo que se **afila, asciende y se dextrotorsiona**. Por fin, al cabo de varias de estas contracciones, la mujer siente sensación de ocupación rectal por estar ya la placenta en la vagina. Mediante un esfuerzo voluntario de la prensa abdominal o ayudado por una simple expresión uterina o ligera tracción del cordón, si lo primero no es suficiente, hará aparecer la placenta por la vulva. Esta arrastra tras de sí las membranas, desplegándolas de las débiles estructuras que las unen a la decidua.

A continuación, aparece la sangre del hematoma retroplacentario, si el mecanismo de desprendimiento ha sido de tipo central. Inmediatamente después podemos tocar **el útero contraído** sobre la sínfisis púbica formando **el globo de seguridad**. Con esto ha terminado el alumbramiento y empieza el puerperio.

Entre los más constantes **signos de desprendimiento** podemos citar los siguientes: 1) Signos uterinos: el triple signo de Schroeder y la pérdida hemática en el desprendimiento lateral. 2) Signos funiculares: Los signos de Ahlfeld, de Strasman, de Fabrè ó del pescador, de Hohenbichler o torsión del cordón umbilical y el signo de Kustner, el más habitualmente investigado.

PUERPERIO NORMAL.

Puede definirse como el periodo de tiempo que va desde el momento en que el útero expulsa la placenta hasta un límite variable, generalmente 6 semanas, en que vuelve a la normalidad el organismo femenino. Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas casi "ad integrum" (involución puerperal), y decimos casi, porque siempre quedan estigmas indelebles que indican que hubo un parto, aún después de muchos años. **La involución**, especialmente del aparato genital, y el establecimiento de **la lactancia**, son los hechos más característicos del puerperio, condicionando en general esta última que no se recupere el ciclo genital hasta al cabo de unos meses.

Este periodo de tiempo se **divide clásicamente** en:

-Puerperio inmediato: las primeras 24 horas.

-**Puerperio precoz o propiamente dicho:** desde el 2 al 7-10 días (primera semana).

- **Puerperio tardío:** hasta los 40-45 días (retorno de la menstruación)

-Algunos consideran un **puerperio alejado**, que quizá puede ser interesante, sobre todo en los casos de lactación, y se extenderá desde los 45 días hasta un límite impreciso.

El puerperio precoz se extiende durante **la primera semana** postparto, y es cuando ocurre la máxima **involución genital**, coincidiendo clínicamente con la mayor **expulsión de loquios** y la instauración de **la lactancia**.

3. RECOMENDACIONES SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO

4. GUIA PRÁCTICA Y SIGNOS DE ALARMA EN LA ASISTENCIA AL PARTO

5. ALTA HOSPITALARIA Y REVISIÓN POSTPARTO

El alta hospitalaria tras un parto normal puede llevarse a cabo si no ha habido complicaciones en el puerperio alrededor de las 48 horas, sabiendo que es un momento crítico desde el punto de vista de la recuperación psicofísica y por la instauración de la lactancia materna. En el informe de alta deben consignarse todos los elementos esenciales del proceso de parto desde el motivo de ingreso, el curso del mismo y la evolución posterior. Así mismo señalar aquellos aspectos de cuidados maternos o tratamientos que debiera continuar en su domicilio y que requieran un seguimiento por el equipo de atención primaria.

La revisión postparto puede llevarse a cabo a los 50-60 días del mismo. Debemos evaluar como ha sido la evolución del puerperio y cual es la capacidad de afrontamiento de la nueva situación. Por tanto haremos una evaluación del estado general de la mujer midiendo su tensión arterial y peso. Puede ser un buen momento para solicitar un hemograma u otra analítica complementaria según los antecedentes. Prestaremos especial atención a su estado anímico para hacer un despistaje de un estado depresivo que afecta alrededor del 15% de la población.

La revisión del aparato genital permitirá la comprobación del estado del mismo tras el parto, ver si se ha restablecido o no la función menstrual y cual es la situación del suelo pélvico preguntando por la continencia urinaria y fecal. Evaluar la presencia de dispareunia y el reinicio de las relaciones sexuales así como revisar el método contraceptivo y ofrecer información sobre la planificación familiar en un momento en el que las indicaciones son precisas desde el punto de vista médico. Esta exploración genital debe ser aprovechada para la toma de una citología cervicovaginal e incorporar a la mujer a un programa de detección precoz del cáncer de cuello si anteriormente no lo estaba.

Asímismo es importante la revisión y exploración mamaria. Y aunque en este momento ya es probable que se hayan superado las principales dificultades para la lactancia materna, es una buena ocasión para reforzar y apoyar a la madre en la decisión tomada, incluso para desculpabilizar a aquellas que por diferentes motivos la hayan abandonado.

El embarazo y la lactancia son momentos en los que la madre se encuentra motivada para el abandono de hábitos poco saludables. Insistir en la ventaja de este abandono teniendo en cuenta las nuevas responsabilidades de la crianza. Hacer hincapié en la ventaja de una alimentación sana o en la práctica de algún ejercicio físico aparte de la reeducación del suelo pélvico. La recuperación de la pared abdominal y de la espalda son puntos en los que habría que hacer indicaciones precisas.

Con esta visita se cierra un ciclo en el que el organismo femenino se ha visto sometido a una intensa sobrecarga psicofísica por lo que es importante detectar que no queden secuelas para afrontar una nueva etapa que conlleva no menos retos cual es la crianza del hijo.

5. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y DOCUMENTOS INFORMATIVOS.

Los **derechos y obligaciones en materia de documentación e información clínica** están regulados en nuestro país por la ley 41/2002 de 14 de noviembre (BOE de 15-XI-02), **básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, que entró en vigor en Mayo-2003 y que todos debemos conocer y acatar aunque en algunos aspectos discrepemos. Además, en diferentes Comunidades Autónomas se han promulgado leyes similares que igualmente afectan a los derechos e información al paciente en esas autonomías (en la Comunidad Valenciana se promulgó la ley 1/2003 de 28 de Enero -DOGV de 31-I-03- de la Generalitat, que entró en vigor ya el día 1 de Febrero de 2003, presentando algunos aspectos diferenciales con la estatal). Es importante conocer bien las definiciones legales de médico responsable, paciente, servicio sanitario, usuario, etc; las condiciones de la información; la historia clínica y su contenido; los derechos de acceso; el ámbito de aplicación de la ley; el derecho a la información asistencial; y especialmente el consentimiento informado o el informe de alta.

Nosotros no creemos que deba existir un documento de consentimiento informado para asistir el parto sino un documento informativo (que tras su firma serviría de consentimiento informado) en el que la mujer solicita ser asistida en ese Hospital a la vista de la información recibida previa al parto. El consentimiento informado y firmado por el paciente ha de serlo con la antelación suficiente para tomar decisiones (en la Comunidad Valenciana >24h), y en situaciones de urgencia, y el parto lo es, basta con hacer la información apropiada y dejar constancia de la misma en la historia para cualquier intervención. Por tanto, tampoco parece apropiado que existan documentos de consentimiento informado para situaciones específicas, salvo que esa indicación sea electiva y se haga con suficiente antelación. Sería el caso de la inducción por embarazo prolongado, de la anestesia epidural solicitada previamente o de la cesárea electiva por dos cesáreas anteriores o similar. En todo caso, el documento informativo o el consentimiento informado no deben obviar la información necesaria ni evitan la reclamación y la posible condena si se hace mal.

Se propone el siguiente Documento Informativo (con valor de consentimiento informado) de manera general y para que la mujer lo conozca previo a acudir de parto si es posible. Debería tenerlo y leerlo ya durante su embarazo, y recomendamos que en las particularidades asistenciales que se consideren se adapte a cada Centro u Hospital.

DOCUMENTO INFORMATIVO (CON VALOR DE CONSENTIMIENTO INFORMADO) SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL.....

D^a
Con DNI.....

DECLARA que el presente DOCUMENTO INFORMATIVO se le ha suministrado y lo ha podido leer con anterioridad al parto, al tiempo que se le han aclarado todas las dudas, y contestado a las cuestiones que ha deseado plantear.

En concreto **se le ha informado que:**

Los profesionales, médicos y matronas, de este Hospital consideran a la mujer de parto una persona sana y como tal se le tratará. Además, entienden el parto como un proceso natural en el que además de sus características fisiológicas entran en juego otros factores de no menos importancia, como son los psicológicos, afectivos y sociales.

Atención a la mujer en el parto:

Se atenderá el proceso de parto teniendo en cuenta todos estos factores, optimizando los recursos disponibles e intentando minimizar los impactos propios de un Hospital asistencial y con actividad docente (universitaria pre y/o postgraduada), tratando de hacerla compatible con el tipo de parto que la mujer desearía.

Se respetará el tiempo necesario para el desarrollo del proceso del parto, evitando las acciones dirigidas a acelerar o retardar el mismo (oxitocina por vía intravenosa, rotura de membranas, etc...), siempre que las fases del parto transcurran dentro de los límites de la normalidad establecidos en los criterios actuales de la práctica obstétrica.

Cualquier intervención realizada para acelerar o demorar el desarrollo del parto, según criterio del profesional sanitario que le atienda, tendrá como único fin preservar el estado de salud de la madre y el feto y se informará adecuadamente a la mujer y al familiar que ella desee.

Se evitará la práctica rutinaria de:

- Enema evacuador de limpieza.
- Rotura de membranas amnióticas (amniotomía)
- Sondaje vesical.
- Rasurado perineal.
- Analgesia-anestesia.
- Episiotomía.

pero se harán éstas cuando estén indicadas, previa información a la mujer.

También se realizará previa información:

- Canalización de vía venosa en el momento de su ingreso, por si fuera necesaria una actuación urgente ante cualquier complicación materno/fetal que pudiera surgir.
- Se obtendrán controles de monitorización de forma continua o discontinua, en función del estado del bienestar fetal. La monitorización con auscultación intermitente también podrá realizarse si se dispone de una matrona por parto.

Si lo desea, podrá estar acompañada de una sola persona de su elección durante todo el proceso del parto y periodo inmediatamente posterior al mismo, en todos los casos en que el parto se desarrolle con normalidad y las condiciones de trabajo lo permitan.

Las intervenciones obstétricas (parto instrumental o cesárea), sólo se practicarán con fin asistencial, para preservar el estado de salud de la madre o del feto y se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares.

Si fuera necesario realizar un parto instrumental o cesárea, el acompañante deberá esperar a que el facultativo encargado autorice su presencia en el paritorio o quirófano. En caso de cesárea realizada en el área de quirófanos generales, en principio no se autoriza la presencia de familiares.

Se propiciará un ambiente adecuado durante el parto en lo referente al respeto que este momento necesita y con las mínimas actuaciones del personal sanitario.

Atención al recién nacido en el parto:

El recién nacido (RN) se mantendrá en contacto piel con piel con la madre tras el nacimiento, si el estado clínico del RN lo permite.

La ligadura del cordón umbilical se efectuará, si fuera posible, una vez haya dejado de latir.

Si se precisaran maniobras de reanimación básicas, se realizarán en el área de atención al recién nacido situado dentro del paritorio. Si se precisara de maniobras de reanimación más profundas, a criterio del equipo que atienda al recién nacido, éstas se realizarán en un área más adecuada para tal fin.

Tras la toma de contacto del recién nacido con sus padres se procederá a su identificación y valoración.

En todos los recién nacidos se efectuará:

- * Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K intramuscular.
- * Profilaxis de la oftalmía neonatal con pomada de eritromicina.
- * Otras profilaxis antiinfecciosas pertinentes (hepatitis B)

El recién nacido sano permanecerá con sus padres en la maternidad, salvo mejor criterio facultativo.

El examen pediátrico rutinario se practicará a las 24 horas y posteriormente se informará a los padres y se les entregará la cartilla de salud infantil.

El cribado metabólico (y auditivo) se realiza antes de su alta o a las 48 horas de vida.

Los padres serán informados de cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico que precise el recién nacido.

Para los recién nacidos que precisen ingreso, las normas serán las de la Unidad Neonatal.

Observaciones:

Las condiciones descritas se mantendrán siempre y cuando no concurran en el parto circunstancias patológicas que supongan un riesgo para el estado de salud de la madre o del feto.

El equipo de profesionales sanitarios que atienden a la mujer en el proceso de parto (matrona, anestesiólogo, obstetra y neonatólogo) serán los que confirmen o descarten estas circunstancias patológicas y ofrezcan así una atención de calidad, con un firme propósito de humanizar e individualizar la atención al parto en un contexto de máxima seguridad científica, con el máximo respeto hacia la mujer, actuando siempre con el objetivo de tener una madre y un recién nacido sanos.

POSIBLES PROCEDIMIENTOS A EMPLEAR, ASÍ COMO RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO

Existen una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, frecuentemente indicados por condicionantes maternos o fetales o de la evolución del parto, como la rotura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto, que le serán explicados y que expresamente autoriza **cuando estén indicados**, comprendiendo que aun siendo seguros y habituales, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones. Igualmente le será explicada la eventual necesidad de aplicar medios de extracción fetal y sus riesgos como después se expone. Por ello, durante el parto, el estado del feto y de las contracciones uterinas será vigilado de acuerdo al curso y situación del parto.

* **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternas como fetales, de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico.

Las complicaciones más importantes son:

- a) Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- b) Prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
- c) Infección materna o fetal. .
- d) Trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación que puedan llevar a hacer necesaria la transfusión, intraparto y postparto. Hematomas en el aparato genital.

- e) Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave).
- f) Complicaciones debidas a la alteración en las contracciones uterinas, al tamaño del feto, a la mala posición de éste o a alteraciones anatómicas de la madre. Falta de progresión normal del parto. Dificultades en la extracción del feto.
- g) Riesgo mínimo de tener que realizar una histerectomía posparto.
- h) Shock obstétrico. Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación intravascular diseminada.
- i) Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 5/100.000 nacidos vivos, **una parte de ellas debida a patología previa de la madre.**

La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato, siendo necesaria la práctica de una Intervención Obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps), con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios.

Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del médico, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien la paciente y su pareja o familiares serán informados de los mismos, siempre y cuando la urgencia o circunstancias lo permitan.

La atención médica del parto se llevará a cabo por el equipo de profesionales (obstetras, anesthesiólogos, neonatólogos, matronas, enfermeras) del Hospital con funciones específicas.

Tras cualquier intervención se explicarán a la paciente las precauciones y tratamientos a seguir y que ella se compromete a observar.

Anestesia: La necesidad de anestesia, tanto si es por indicación médica, como si se trata de una medida puramente analgésica, será decidida por el Servicio de Anestesia y el anesthesiólogo, conjuntamente con la paciente, la matrona y el obstetra. Además, el anesthesiólogo le informará oportunamente para su consentimiento.

Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso del parto o de la intervención que pudiera requerirse surja la necesidad urgente de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

He leído lo anteriormente expuesto y comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y que el facultativo que me ha atendido (Dr.) me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Así pues, considero que se me ha informado de la atención personalizada al parto en este Hospital y que comprendo el alcance y los riesgos del parto, de las intervenciones relacionadas y de sus posibles complicaciones. También entiendo que el equipo asistencial que atenderá mi parto lo hará con el criterio expresado en este documento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que en tales condiciones SOLICITO que se me realice LA ASISTENCIA AL PARTO en este Hospital

En
(LUGAR Y FECHA)
Fdo: LA PACIENTE
RENUNCIA

Fdo: EL/LA MÉDICO

RECOMENDACIONES SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO

(Sustituyen al Protocolo de Asistencia al Parto Normal publicado en 2003)

INTRODUCCION

Durante los últimos tiempos se está produciendo en nuestro país un cambio conceptual, tanto en la asistencia obstétrica en general como en la asistencia al proceso del parto en particular. Este cambio tiene como eje fundamental que la gestante sea el centro de la asistencia recibida.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera que el nacimiento de un niño sano no es, aunque lo parezca, un hecho casual. Es el resultado de un sinfín de cuidados y atenciones prodigados con generosidad y profesionalidad. Igualmente considera que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor. Por ello, estima que los protocolos para la asistencia durante la dilatación y el expulsivo, tienen que primar la seguridad y la salud tanto de la madre como del recién nacido. El objetivo final es asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el bienestar de la madre como el del recién nacido.

Es indudable que durante los últimos 30 años, la atención hospitalaria del parto ha hecho que el nacimiento sea un proceso bastante seguro y eficaz. Sin embargo, los ginecólogos somos conscientes que la tecnología, a veces necesaria para controlar el proceso del parto conduce, paradójicamente, a una pérdida de intimidad durante el mismo creando una atmósfera y un escenario totalmente mejorables. Por ello desde la SEGO se está haciendo un esfuerzo por intentar humanizar el parto y con el fin de canalizar y dar respuesta, por un lado, a la demanda social actualmente existente y, por el otro, asegurar la salud materno-fetal es por lo que desde la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), queremos emitir estas recomendaciones sobre la atención al parto.

La mayor parte de las recomendaciones que aquí se plasman, ya están reseñadas en anteriores documentos emitidos por la SEGO. Destacar entre ellos el Protocolo de Atención al Parto (2003), el Procedimiento sobre la Episiotomía (2004) o las Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología (2005).

DEFINICIONES

Parto normal

Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a 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.

Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. 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.

Parto no intervenido (parto sin medicalizar no intervenido)

Trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería).

OBJETIVOS

- Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido o conlleven una disminución inaceptable de las medidas de asepsia.
- Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.
- Considerar el parto como un acontecimiento singular y único en el devenir de una mujer y en la relación de una pareja.
- Que la gestante se sienta protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo.

NECESIDADES

- Habilitación de espacios adecuados para la atención del proceso de parto. Las salas de dilatación deberían ser individuales, de tal forma que permitan a la parturienta estar acompañada por su pareja o persona de elección y mantener la intimidad del momento.
- Disponer de medios adecuados para ofrecer una atención individualizada durante el parto.
- Asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el bienestar de la madre, como del feto y del recién nacido.

- Disponibilidad en un área próxima, de un espacio que permita la atención en caso de complicaciones (quirófano o paritorio en el que se pueda realizar una intervención quirúrgica).

CONDICIONES

1. Documento informativo. Es muy importante que la gestante entienda y acepte la oferta que le ofrece el centro elegido para el parto. Por este motivo es esencial que el equipo obstétrico informe y explique, en un lenguaje comprensible, los procedimientos que se realizan durante el parto. Para algunas intervenciones específicas, puede ser necesario además obtener un consentimiento firmado por la gestante.
2. En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, el equipo que atiende el parto podrá, tras informar a la gestante, aplicar el tratamiento que considere necesario.
3. La responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales a partir del ingreso, corresponden única y exclusivamente a los profesionales del centro donde se atiende el parto. Ningún otro profesional, aunque haya intervenido en la atención de la embarazada, tendrá capacidad de decisión.

GUIA DE ASISTENCIA AL PERIODO DE DILATACION

En general se intentará evitar el ingreso de aquellas gestantes que no cumplan los criterios para considerar que están en fase activa parto (dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y una dilatación de 3-4 cms.)

Al ingreso se realizará la valoración clínica y obstétrica habitual:

- Evaluación del riesgo
- Toma de constantes
- Exploración vaginal
- Comprobación del estado fetal con monitorización cardiotocográfica.
- Verificar las analíticas previas y realizar, si fuera preciso, los estudios necesarios (grupo y Rh, serologías, pruebas de coagulación, etc...)

Valorar las necesidades de la mujer:

- La paciente podrá estar acompañada en todo momento por la persona que ella elija. La presencia de otros profesionales que hayan podido intervenir en el control de la gestante antes del parto y que sean ajenos al centro, dependerá de la posibilidades estructurales de cada unidad.
- Se debe facilitar a la parturienta la adopción de la posición (sentada, acostada, deambulando, etc...) que le reporte un mayor confort.
- Enema opcional (a solicitud de la mujer o por necesidad).
- No restringir la ingesta de líquidos (agua, te, zumo,...) durante el trabajo de parto, sobre todo en procesos prolongados. Se deben evitar los lácteos y los alimentos

sólidos. Se puede permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente, ingieran comidas livianas si lo necesitan.

- Favorecer la micción espontánea. El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario.
- Permitir a la gestante el uso de ropa personal e interior, así como objetos personales, música, etc.,...

Control del dolor:

- Informar a la gestante de los medios que el centro dispone para el alivio del dolor. La analgesia de elección es la epidural, a la menor dosis posible que permita el control del dolor, con el fin de producir el mínimo bloqueo motor y permitir que la parturienta deambule o adopte aquella postura que le aporte un mayor comodidad.
- Si la parturienta desea analgesia epidural, la monitorización fetal debe ser continua.
- Facilitar apoyo psicológico y si se dispone, medidas físicas coadyuvantes.

Valorar la canalización de una vía intravenosa:

- No hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canalizada una vía intravenosa durante el parto. La prudencia aconseja tener una vía canalizada y salinizada por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso. Sin embargo, en las gestantes que deseen un parto no intervenido y no exista riesgo de hemorragia posparto, podría obviarse la canalización de una vía venosa.
- La mujer ha de saber que en caso de necesidad y según los protocolos, en determinadas circunstancias será necesario administrar algunos medicamentos (oxitócicos, ergotínicos) o realizar profilaxis antibiótica (rotura prematura de membranas, portadora de estreptococo agalactiae, fiebre intraparto, ...), pero siempre será informada previamente de la conveniencia de dicha aplicación.

Toma de constantes (tensión arterial, pulso y temperatura) cada 2 horas.

Control fetal:

- El control fetal se puede realizar con monitorización cardiotocográfica (continua o intermitente) o con auscultación fetal intermitente cada 15 minutos, durante 60 segundos después de una contracción.
- El control clínico mediante auscultación intermitente, sólo es admisible si se dispone de una matrona por parto. Cuando se realice control clínico, la valoración de la frecuencia cardiaca fetal y de la dinámica uterina ha de quedar correctamente registrada en la historia clínica.
- Se deberá realizar monitorización continua en aquellos casos en que aparezcan datos de alarma (alteración de la FCF, anomalías de la dinámica uterina, líquido teñido, fiebre intraparto, etc...) o la situación clínica así lo aconseje (analgesia epidural, estimulación con oxitocina, etc...).

- En los partos intervenidos se realizará monitorización fetal continua.
- Ante variaciones de la FCF que se alejen de los patrones considerados normales y que supongan una situación de riesgo de pérdida del bienestar fetal, se recomienda si las condiciones lo permiten, la realización de otros estudios que nos aporten más información sobre el estado fetal.

Valoración de la progresión del parto y registro del mismo de forma adecuada en el partograma.

- Desde el momento en que se considere que la mujer está de parto, se recomienda emplear un partograma para registrar los datos obtenidos durante la evolución del parto así como todas las incidencias, indicaciones y tratamientos realizados.
- Tactos vaginales:
 - El número de tactos ha de ser el mínimo que permita valorar con seguridad la evolución del parto. Suele ser suficiente un tacto cada 2-4 horas o antes si el equipo obstétrico lo cree conveniente.
 - Se practicará también un tacto vaginal tras la amniorrexis, antes de la administración de analgesia epidural, tras la aparición de un registro cardiotocográfico patológico sin causa aparente o cuando la paciente presente deseos de realizar pujos.
- Dinámica uterina. Se considera dinámica uterina eficaz aquella que permite la progresión del parto sin efectos adversos para la madre o el feto. En aquellos casos en que la auscultación se realice de forma intermitente, la valoración de la dinámica podrá ser manual y/o mediante registro externo.

El empleo de la oxitocina se limitará a los casos de necesidad. No se considera necesaria si el progreso del parto es el adecuado. Su uso va ligado directamente a la obtención de una dinámica adecuada al momento del parto. Si se emplea oxitocina, la monitorización del parto deberá realizarse de forma continua.

No se debe realizar amniotomía de rutina. Se practicará en el caso que la dilatación no progrese adecuadamente o en aquellas situaciones que precisen del acceso al feto, como por ejemplo la monitorización interna o la realización de un pH.

Es importante proporcionar un soporte emocional adecuado:

- Identificar e intentar eliminar las causas de miedo y ansiedad.
- Favorecer un clima de confianza y respeto a la intimidad de la mujer durante la evolución del parto, rodeando esta etapa de una atmósfera grata y tranquilizadora.
- Ser sensible a las necesidades culturales y a las expectativas de las parturientas y su familia.

- Transmitir a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado actual del parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere, para que conociendo la realidad de los hechos puedan tranquilizarse.

Mantener un estado satisfactorio de higiene y confort mediante una cómoda posición, masaje corporal, lavado perineal, no necesidad de rasurado, cambio de sábanas, empapador, etc...; haciendo partícipe al acompañante de su colaboración en dicha actividad.

GUIA DE ASISTENCIA AL PERIODO EXPULSIVO

El equipo obstétrico mantendrá preferentemente una conducta expectante durante el expulsivo, siempre que las condiciones de salud maternas y fetales lo permitan.

Si las condiciones del parto lo permiten, la mujer podrá estar acompañada por la persona que desee. Si fuera necesario realizar un parto instrumental o una cesárea, la presencia del acompañante dentro de la sala de partos será discrecional y dependerá del personal asistencial que esté atendiendo el parto.

El manejo más fisiológico del expulsivo debería ser el de esperar a que la mujer sienta ganas de empujar. Si los pujos son efectivos, se dejará que los haga de la forma que ella desee para su comodidad, facilitando en el momento del expulsivo, la visualización del periné para protegerlo adecuadamente.

En función de las disponibilidades de cada centro, valorar la posibilidad de dar a luz en el paritorio o si la mujer lo desea, en la silla de partos o en la cama. Dar opción a que la mujer adopte la posición que desee durante el expulsivo, siempre que se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal.

En este periodo, el riesgo de acidosis fetal es más elevado, por ello es recomendable realizar una monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal. Si se realiza una auscultación intermitente, se hará cada 2-3 contracciones ó cada 5 minutos, durante 60 segundos después de una contracción.

Al igual que durante la dilatación, no se debe restringir la posibilidad de ingesta de líquidos y se debe informar a la mujer en todo momento de forma veraz y adecuada a sus conocimientos sobre la evolución del parto. Hay que favorecer la micción espontánea. Si la parturienta no orina o no lo ha hecho en cantidad adecuada, se practicará un sondaje vesical.

Se debe valorar durante el expulsivo, no sólo su duración, sino también su progreso. En ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que lo contraindiquen, se acepta como duración normal hasta 2 horas en nulíparas y hasta una hora en múltiparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación. En caso de anestesia regional, los límites se establecen en tres y dos horas para nulíparas y múltiparas respectivamente.

La falta de progreso y detención del descenso implican mal pronóstico, por lo que en estos casos deberemos extremar la vigilancia fetal y replantearnos la

actuación obstétrica.

No se realizará rasurado del periné de forma rutinaria, quedando limitado a aquellos casos en que sea necesaria practicar una episiotomía. El rasurado se hará tan sólo en la zona mínima necesaria.

La práctica de la episiotomía ha de ser restrictiva, limitada únicamente a los casos en que a criterio de quien asiste el parto, se considere necesaria.

La expulsión de la cabeza fetal se hará de la forma más lenta y controlada posible.

- La presión sobre el fondo uterino, podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación.
- Es importante realizar una adecuada protección del periné para minimizar el riesgo de desgarros.
- Para facilitar la distensión perineal y el desprendimiento de la cabeza fetal se pueden usar compresas calientes o sustancias lubricantes. Se debe evitar el masaje continuo de vulva y periné.
- Se deben practicar el menor número posible de tactos vaginales.

Tanto sea un parto no intervenido como un parto instrumental se deben adoptar las máximas medidas de limpieza y asepsia durante el expulsivo:

- Parto no intervenido:
 - Según la posición de la parturienta, se usarán paños estériles con la frecuencia adecuada para mantener el espacio asistencial lo más limpio posible.
 - Tanto el personal asistencial como los acompañantes usarán gorros y mascarillas.
 - La sutura de una episiotomía o desgarro de periné se considera un procedimiento quirúrgico, por lo que se deben aplicar las normas habituales de asepsia.
- Parto instrumental: al ser un procedimiento quirúrgico, se deben respetar las normas habituales de asepsia.

Si fuera posible, esperar hasta que el cordón deje de latir antes de seccionarlo.

Con respecto al recién nacido:

- No se separará al recién nacido de la madre, excepto que sea imprescindible. La atención inicial del recién nacido se ha de hacer, siempre que sea posible, en la propia sala de partos y en presencia de los padres. Si se precisaran de maniobras de

reanimación más profundas, a criterio del equipo que atienda al recién nacido, éstas se realizarán en una área más adecuada para tal fin.

- Proceder, si fuera preciso, a recoger sangre del cordón umbilical (grupo y Rh, donación de sangre de cordón, etc...). Es recomendable en todos los partos la realización de un pH de cordón.
- Valoración del test de Apgar.
- Tras comprobar la adecuada adaptación del bebé, si la mujer lo desea, se colocará al recién nacido sobre su abdomen, piel con piel con su madre y cubierto con un paño seco y caliente. En este caso, se puede demorar hasta el final su identificación, así como la profilaxis ocular y la administración de vitamina K.
- Facilitar el inicio de la lactancia materna lo antes posible, siempre que no haya contraindicación para la misma.
- Ofrecer al padre la posibilidad de tener al recién nacido en sus brazos.

GUIA DE ASISTENCIA AL ALUMBRAMIENTO

El manejo del alumbramiento se puede hacer:

- De forma expectante. En este caso no hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento.
- Alumbramiento dirigido:
 - El manejo activo del alumbramiento puede prevenir hasta un 60% de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto.
 - Existen diferentes pautas, pero las más eficaces son las que emplean oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior. El uterotónico de elección es la oxitocina. Aunque las prostaglandinas son eficaces en el tratamiento de las hemorragias posparto, actualmente no tienen un papel en la prevención de las mismas (ni por vía oral, ni por vía rectal, han demostrado ser tan eficaces como los uterotónicos inyectables).

Tras el alumbramiento es recomendable la administración de oxitocina o de uterotónicos.

Tras revisar y comprobar su integridad, la placenta se tratará como cualquier otro producto biológico.

Tras el parto se debe revisar el periné (y el canal del parto si hay un sangrado), para proceder a la sutura necesaria, empleando si fuera preciso, anestesia local.

Finalizar con el aseo de la mujer, de su ropa y de su cama.

Tras el parto, la madre permanecerá en el área durante las dos primeras horas del posparto inmediato. Durante este periodo se controlará el estado general, las constantes, la contracción uterina, las pérdidas hemáticas y en caso de epidural, se valorará la recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores.

En condiciones normales, el traslado a la planta se hará sin separar a la madre de su hijo.

BIBLIOGRAFIA

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.).

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001;28:202-7.

Fraser, WD, Marcoux, S, Krauss, I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:1165-72.

Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19:103-15.

Intrapartum fetal heart rate monitoring. ACOG Practice Bulletin No. 70. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2005;106:1453-61.

Management of Labor. Second Edition. March 2007. www.icsi.org

Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Grupo de Trabajo sobre Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Fabre E (ed). INO Reproducciones. Zaragoza. 1995.

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (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, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. www.prosego.es.

Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documentos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. SEGO. 2005.

Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Thorp J Jr. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 05-E009-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.

World Health Organization. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: World Health Organization; 1999.

World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2006.

Los Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.