

# Iniciativa Parto Normal



FAMVE<sup>ES</sup>

Federación de Asociaciones de Matronas de España





Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

**ISBN:** 978-84-09-50743-6

**Diseño:** Xavier Olona.  
Barcelona, 2023.

**Este documento debe citarse como:**  
Federación de Asociaciones de Matronas de España. (FAME), 2023  
Iniciativa al Parto Normal.

## Coordinadoras

Cristina Martínez Bueno.  
Eva Vela Martínez.

## Autoras

### **Coordinación del proceso de parto. Plan de nacimiento. Entorno del nacimiento.**

Autora. Montserrat Batlle Margarit.

Grupo de expertas:

Irene Agea Cano. Asociación Andaluza de Matronas (AAM).

Laura Alonso Fernández. Asociación Navarra de Matronas (ANAMA).

### **Los periodos del parto. Atención a la mujer y su familia durante el parto.**

#### **Control del bienestar fetal intraparto. Decisiones compartidas.**

Autora. Concha Cuenca Calabuig.

Grupo de expertas:

Salome Álvarez Rodríguez. Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP).

Isabel Sampedro Álvarez. Associació Balear de Comares (ABC).

Aida Gabriel Torrens. Associació Catalana de LLevadores (ACL).

### **El apoyo durante el proceso de parto**

Autora. Ana Belén Subirón Valera.

Grupo de expertas:

Regina Ruiz de Viñaspre Hernández. Asociación de Matronas de la Rioja. (AMALAR).

Farah Harchaounen Martín. Asociación Canaria de Matronas (ACAMAT).

Ana Nozal Romo. Asociación Castellano -Leonesa de Matronas (ASCALEMA).

### **Técnicas complementarias para el alivio del dolor en el proceso del parto.**

#### **Posiciones durante el trabajo de parto.**

Autora. Paloma Martínez Serrano.

Grupo de expertas:

Elena Palacio Bru. Asociación de Matronas de Euskadi (AME/EEE).

Asunción Obiol Sanz. Associació de Comares de la Comunitat Valenciana (ACCV).

### **El nacimiento. Posiciones durante el nacimiento. Cuidados del periné. El alumbramiento.**

Autora. Carmen Terré Rull.

Grupo de expertas:

Maite Villar Varela. Asociación de Matronas de Madrid (AMM).

Concepción Calle Porras. Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX).

Raquel Luque Carro. Asociación Científica de Matronas de Aragón (ACMA).

### **Atención inmediata al recién nacido.**

Autora. Lidia Francés Ribera.

Grupo de expertas:

María José Caravaca Berenguer. Asociación de Matronas de la Región de Murcia (AMRM).

Aranzazu Dominguez Luna. Asociación Galega de Matronas (AGAM).

## Revisoras

Cristina Franco Antonio. FAME.

Daniel Morillas Guijarro. FAME.

Elena Palacio Bru. FAME.

Soledad Carregui Vilar. MUNET España.

Lucia Rocca Ihenacho. MUNET España.



## Abreviaturas

<b>AI</b>	Auscultación intermitente
<b>CPP</b>	Contacto piel con piel
<b>CU</b>	Cordón umbilical
<b>DNIC</b>	Control inhibitorio nocivo difuso
<b>EHRN</b>	Enfermedad hemorrágica de la RN
<b>ENSSR</b>	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>FME</b>	Federación de Asociaciones de Matronas de España
<b>FCF</b>	Frecuencia cardíaca fetal
<b>FIGO</b>	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
<b>IPN</b>	Iniciativa al Parto Normal
<b>ISIA</b>	Auscultación Intermitente Estructurada Inteligente
<b>MUNET</b>	Midwifery Unit Network
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PPO</b>	Psicoprofilaxis obstétrica
<b>PTC</b>	Pinzamiento tardío del cordón umbilical
<b>RCTG</b>	Registro cardiotocográfico
<b>RN</b>	Criatura recién nacida



## **1. Introducción**

## **2. Coordinación del proceso de embarazo, parto y postparto**

## **3. El entorno físico en el parto**

## **4. Opciones para dar a luz**

### **4.1. Plan de nacimiento**

### **4.2. Atención a la gestante y su familia. Decisiones compartidas**

#### **4.2.1. Comunicación**

#### **4.2.2. Respeto**

#### **4.2.3. Toma de decisiones**

## **5. Control del bienestar fetal**

### **5.1. Evaluación del bienestar fetal al ingreso de una gestante en proceso de parto**

### **5.2. Evaluación del bienestar fetal durante el proceso de parto**

## **6. Los periodos del parto**

### **6.1. Primer periodo de parto o dilatación**

### **6.2. Segundo periodo de parto, nacimiento o expulsivo**

### **6.3. Tercer periodo de parto o alumbramiento**

## **7. Apoyo en el proceso del parto**

## **8. Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto**

### **8.1. Libertad de movimientos**

### **8.2. Apoyo continuo durante el parto**

### **8.3. Hidroterapia**

### **8.4. Inyecciones de agua estéril**

### **8.5. Esferodinamia**

### **8.6. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)**

### **8.7. Acupuntura y acupresión**

### **8.8. Técnicas de relajación**

### **8.9. Masaje**

### **8.10. Aplicación de calor local**

### **8.11. Aromaterapia**

### **8.12. Música y audioanalgesia**

### **8.13. Otras técnicas**

## **9. Posiciones durante la primera fase del parto**

## **10. El nacimiento**

**10.1. Pujos**

**10.2. Maniobra de Kristeller**

**10.3. Sondaje vesical**

## **11. Posiciones durante el nacimiento**

## **12. El periné durante el nacimiento**

**12.1. Factores que influyen en las lesiones perineales**

**12.2. Cuidados del periné**

12.2.1. Masaje perineal

12.2.2. Termoterapia

12.2.3. Protección perineal

**12.3. La episiotomía**

**12.4. Sutura de las lesiones perineales**

## **13. Alumbramiento**

## **14. Atención inmediata a la criatura recién nacida sana**

**14.1. Contacto piel con piel**

**14.2. Pinzamiento del cordón umbilical**

**14.3. Inicio de la lactancia materna**

**14.4. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica de la criatura recién nacida**

**14.5. Profilaxis de la oftalmia neonatal**

**14.6. Identificación de la criatura recién nacida**

## **Plan de nacimiento**

## **Anexo 1**

## Capítulo 1.

# Introducción

La **Iniciativa al Parto Normal** (IPN) es una campaña que puso en marcha la **Federación de Asociaciones de Matronas de España** (FAME) en el año 2006, esta campaña cuestionaba el alto grado de intervencionismo y medicalización del parto que existía en esas fechas en nuestro país, iba dirigida básicamente a las matronas que trabajan en el acompañamiento al nacimiento en los hospitales y a aquellas que realizan el control del embarazo y la preparación al nacimiento en atención primaria.

Sus objetivos eran: sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias en el parto normal; crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre el acompañamiento al parto normal por parte de las matronas; hacer reflexionar a las sociedades científicas sobre la importancia del parto normal, así como ser un referente en el Ministerio de Sanidad y en las respectivas Consejerías de Salud.

De aquella campaña inicial surgió la definición de parto normal en la FAME:

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

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

En 2022 podemos observar que algunos de los objetivos de la IPN se han alcanzado parcialmente, ya que existe una mayor sensibilización entre las matronas respecto al acompañamiento del parto normal, efectivamente las mujeres y la sociedad están cada vez reclamando más su derecho a vivir y participar del parto normal, elegir cómo y dónde parir.

Pero cuando se analizan los datos publicados en documentos de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), la evolución de los indicadores relacionados con la calidad de la atención perinatal contemplados en la mencionada estrategia en el periodo 2010-2018<sup>1</sup>, nos encontramos con que la excesiva medicalización continua presente en nuestros hospitales.

\*

La defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la erradicación de cualquier tipo de discriminación y violencia, el respeto de la diversidad cultural, trabajando al mismo tiempo por desterrar las prácticas dañinas de cada cultura, forman parte de las obligaciones éticas de la matrona. Estamos comprometidas con el acompañamiento respetuoso y experto con perspectiva de género y desde el reconocimiento de los derechos de igualdad, equidad y dignidad de todas las personas. Este documento utiliza en general el modelo binario (hombre/mujer) en su redacción, pero queremos expresar nuestra voluntad de reconocimiento e inclusión de todas las realidades. Las matronas somos conocedoras, acompañamos y celebramos la diversidad, también la de familias, cuerpos, géneros, expresiones y orientaciones sexuales.

1.

Ministerio de Sanidad, 2021. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018 [Publicación en Internet]. Madrid. <https://bit.ly/3UVdgqM>



Se hace evidente que la IPN necesita un nuevo impulso, con una revisión que actualice su contenido y sea más ambiciosa en cuanto a plantear cambios en la asistencia al parto normal. FAME y sus asociaciones miembro, se han puesto manos a la obra, reuniendo a un grupo de expertas para la redacción del documento y posterior consenso por los grupos de trabajo, contando además con la aportación de la visión de la sociedad a través de El Parto es Nuestro. También ha colaborado en el documento Midwifery Unit Network (MUNET) España aportando su visión de los centros de nacimientos.

En este documento se hace patente el convencimiento que tienen las matronas de la importancia del respeto a la fisiología del parto, pero la IPN no puede ser solo esto, IPN es mucho más:

- Es el derecho a la autonomía de la mujer.
- Es conseguir el entorno que más favorezca el nacimiento.
- Es disponer de opciones para dar a luz.
- Es respetar el plan de nacimiento.
- Es decisiones compartidas.
- Es acompañamiento desde la evidencia científica.
- Es apoyo en el proceso de parto.
- Es métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto
- Es respeto al nacimiento.
- Es respeto a la diversidad.

Desde FAME queremos agradecer su dedicación e implicación a todas las matronas que han colaborado en la revisión de este documento, con el objetivo de que sirva de referencia para una buena praxis de las profesionales, así como fuente informativa para aquellas mujeres que desean información basada en la evidencia sobre su propio proceso de parto.

# 2.

## Coordinación del proceso de embarazo, parto y postparto



**2.**

Junta de Andalucía. (2014). Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado (4ª ed.). Consejería de Salud. <https://bit.ly/3yu16e4>

**3.**

European Midwives Association. (2005). Definición de Salud Sexual y Reproductiva. <https://bit.ly/3yvvXGQ>

**4.**

National Institute for Health and Clinical Excellence (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <https://bit.ly/3FficQJ>

**5.**

International Confederation of Midwives. (2017). Midwives, Women and Human Rights. International Confederation of Midwives. Retrieved January 28, 2022, from <https://bit.ly/3ZGbtO6>

**6.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <https://bit.ly/3YE4A8r>

**7.**

Departament de Salut (2020). Protocol d'Atenció i Acompanyament al Naixement. Secretaria de Salut Pública de Catalunya. <https://bit.ly/3lamr9l>

## Capítulo 2. Coordinación del proceso de embarazo, parto y postparto

Una de las condiciones indispensables para una buena atención materno-infantil es la correcta coordinación entre los servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de atención primaria y los servicios hospitalarios de obstetricia<sup>2</sup>. El objetivo debe ser la calidad y la continuidad de la atención y el acompañamiento durante todo el proceso de embarazo, parto y posparto<sup>3</sup>.

Matronas y obstetras deberían ser referentes en la gestión y la atención a la salud sexual y reproductiva<sup>4</sup>. Es indispensable crear espacios de coordinación y unificación de los protocolos, guías y circuitos entre los diferentes servicios, así como realizar formación continuada y sesiones clínicas de forma conjunta.

La provisión y gestión de los servicios deben estar enfocados a las necesidades de la embarazada y su familia, en lugar de estar orientados a quienes prestan los servicios y a su organización interna<sup>5</sup>. Así, se logrará mejorar la percepción de las personas sobre la atención recibida y se adecuarán los circuitos asistenciales e instalaciones sanitarias a sus necesidades<sup>6</sup>. Asimismo, es importante contar con la participación de la ciudadanía en la elaboración de guías y circuitos; en la adecuación de los espacios físicos, tanto en los espacios asistenciales de atención primaria, como en los espacios destinados a la asistencia del proceso de parto que incluyen tanto, unidades hospitalarias como centros de nacimientos.

Los servicios de atención materno-infantil deben velar por mejorar resultados en cuanto a las tasas de morbilidad materna y perinatal obtenidos en la actualidad. También deben adecuar la práctica clínica a la evidencia científica existente, para así poder disminuir la variabilidad de la práctica clínica entre los profesionales y centros en relación con las tasas de episiotomías, estimulación del parto, partos instrumentados, cesáreas, entre otros aspectos<sup>7</sup>.



Es necesario crear centros de nacimientos en los hospitales, en los que deben existir políticas y guías clínicas de bajo riesgo obstétrico. Los responsables de los servicios de maternidad tienen que revisar las prácticas habituales, las normativas existentes, los protocolos de actuación y las guías de práctica clínica para asegurar que están centrados en una filosofía basada en un modelo de atención bio-psico-social, que se comprometa a promover el parto normal, asegurar la autonomía de decisión y ofrecer un amplio abanico de opciones a las gestantes, permitiéndoles escoger libremente, mediante decisiones informadas y en base a sus derechos legales y reproductivos.

Para facilitar la accesibilidad y la calidad del cuidado, es importante que exista continuidad en el cuidado del embarazo por parte de las mismas profesionales, ya que dicha continuidad incrementa la seguridad de las gestantes<sup>8</sup>. Si la fragmentación de la atención es menor, se disminuye la duplicación de tareas y aumenta la satisfacción. Cuando la atención es proporcionada por la misma matrona en el seguimiento del embarazo, esta profesional constituye el elemento clave para asegurar dicha continuidad. Existe evidencia de los beneficios que representa para las mujeres el recibir una atención continuada del embarazo, parto y postparto por un equipo de matronas. Estos beneficios se concretan en un aumento en la asistencia a los programas de atención prenatal y en una disminución del número de admisiones antenatales, del número de intervenciones en el parto, de la utilización de analgesia farmacológica y de la monitorización continua fetal. Además, las gestantes se sienten mejor preparadas y acompañadas durante el parto<sup>9</sup>.

## 8.

Cook, R. I., Render, M., & Woods, D. D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. In *British Medical Journal* (Vol. 320, Issue 7237, pp. 791–794). BMJ Publishing Group. <https://bit.ly/3JxJsFJ>

## 9.

Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L., & Stewart, M. (2012). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online)*, 343(7840). <https://bit.ly/3T6Zkci>



**10.**

International Confederation of Midwives. (2008). Código Deontológico Internacional Para Matronas. International Confederation of Midwives. Retrieved January 28, 2022, from <https://bit.ly/3JwKecP>

**11.**

World Health Organization (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO <https://bit.ly/3T5Rz6w>

Cuando la gestante manifiesta que quiere una opción de parto con la mínima intervención y en la que quiere ser protagonista, todos los aspectos anteriormente citados son aún más relevantes. La mujer o persona gestante es el centro de la atención prestada durante el proceso de la maternidad: embarazo, parto y posparto. Los cuidados deben estar enfocados en ella, adecuándose a sus circunstancias y necesidades personales, y respetando sus opciones. Para tomar las decisiones sobre su propio cuidado de forma autónoma, la gestante debe disponer de información suficiente y objetiva en cada fase del proceso de maternidad. La matrona debe proporcionar a la mujer en el acompañamiento al embarazo y en la preparación al nacimiento, información de todas las opciones posibles para el parto. La gestante y su pareja (si la hay), deben poder planificar el tipo de atención al parto que desean y tomar decisiones informadas<sup>10</sup>.

Es importante que todas las personas implicadas, sean conscientes de la posibilidad de que el parto se desvíe de la normalidad y de posibles intervenciones ante determinados eventos o situaciones que lo requieran. Informar de estas posibles circunstancias debe formar parte también de la información antenatal, para que permita a la gestante y a su pareja tomar las decisiones requeridas a lo largo de todo el proceso. Para ello, como ya se ha mencionado, es necesario que las matronas de primaria y hospitalaria se coordinen para poder ofrecer la información actualizada de los recursos disponibles<sup>11</sup>.

# 3.

## El entorno físico en el parto



## Capítulo 3.

# El entorno físico en el parto

### 12.

Lavender, T., & Chapple, J. (2004). An exploration of midwives' views of the current system of maternity care in England. *Midwifery*, 20(4), 324–334.

<https://bit.ly/3LcFQkF>

### 13.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2007). Avantprojecte del mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Salutweb.Gencat.

<https://bit.ly/3mKeCHX>

### 14.

World Health Organization (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO.

<https://bit.ly/3TbaAV9>

### 15.

Müller, A., & Parra, M. (2015). La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios.

<https://bit.ly/2PHDVpC>

Para muchas de las gestantes que ingresan en el hospital cuando están de parto, éste puede suponer su primer contacto con este entorno, un medio relacionado con la enfermedad. El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante el trabajo de parto influye en su evolución<sup>12</sup>. La asistencia al parto en la mayoría de los hospitales, está regida por una serie de rutinas que vienen determinadas por los protocolos existentes que no están basados en la evidencia, en los que a menudo no se diferencia entre la asistencia a mujeres sanas con embarazo fisiológico, con complicaciones o factores de riesgo.

Durante el parto es habitual experimentar emociones como excitación, ansiedad y miedo al dolor, entre otras. El ambiente físico en el que tiene lugar el trabajo de parto, la presencia de profesionales que no conoce previamente, la falta de privacidad o la soledad pueden tener efectos sobre el grado de miedo, ansiedad y percepción del dolor que la persona experimenta. La secreción de betaendorfinas se incrementa con el estrés y tiene efectos negativos fisiológicos y psicológicos, aumenta el recuerdo y bloquea el músculo liso. Por ello, si se produce estrés ante un entorno desfavorable, el parto puede prolongarse debido a una reducción en la contractilidad uterina<sup>13,14</sup>.

Un paritorio no puede ser un escenario. Es complicadísimo parir encima de un escenario, delante de espectadores desconocidos, con los genitales expuestos. Este contexto es algo que hemos asumido culturalmente pero que no se corresponde en absoluto con la fisiología del parto y las necesidades de la mujer pariendo y de la criatura recién nacida (RN)<sup>15</sup>.



Los factores que pueden inducir estrés durante las contracciones deben minimizarse, dado que la salud emocional de la mujer puede quedar afectada a largo plazo por esta experiencia. Por ello, ofrecer un ambiente adecuado, un acompañamiento experto y una atención centrada en las necesidades de la persona y que faciliten su participación, disminuyen el estrés y contribuyen a una mejor experiencia de parto.

La gestante puede desconectarse de su proceso interno por la presencia de diversos factores relacionados con el entorno en el que transcurre el trabajo de parto, como pueden ser: luces intensas, falta de intimidad, personas que entran en la habitación sin llamar, voces fuertes, órdenes, obligación de adoptar una postura diferente de la que el cuerpo de forma espontánea tiende a adoptar, prohibición de moverse, visitas de familiares o personas que incomoden a la mujer, visión de materiales quirúrgicos, etc<sup>16</sup>.

Existen evidencias de los beneficios que conlleva un área de baja intervención liderada por matronas, separada de las unidades obstétricas hospitalarias. La gestante que desea un parto de baja intervención necesita un entorno agradable, donde pueda expresarse de forma libre y sentirse acompañada por profesionales que respeten sus decisiones. La gestante debe sentirse segura en el lugar donde se desarrolla su parto, desde el inicio hasta el final, para conseguir una buena experiencia de parto, es por ello que las políticas sanitarias deberían ofrecer todas las opciones en cuanto al lugar de nacimiento y así poder elegir tras recibir toda la información pertinente.

Es importante asegurar la privacidad y el consentimiento en todas las acciones que se realicen, especialmente en aquellas que pueden ser más sensibles como las exploraciones vaginales. Es preciso ofrecer un espacio y un ambiente de intimidad y limitar el número de profesionales sanitarios presentes a los exclusivamente necesarios, evitando la presencia de personas innecesarias en la sala de partos.

La excelencia consiste en poder acompañar a la gestante y su familia durante la gestación, parto y puerperio en los centros de nacimientos, entendidos estos como unidades lideradas por matronas.

**16.**

de la Cueva, P., Parra, M., & Müller, Á. (2008). Arquitectura integral de maternidades. Material de apoyo a la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud.

<https://bit.ly/426xXTN>

Las salas integradas para el proceso de parto normal deberían cumplir unas determinadas características.

**Requerimientos básicos<sup>16</sup>:**

- Buena iluminación natural. Ventanas al exterior pueden ayudar a relajar a la mujer durante la dilatación.
- Materiales y colores cálidos.
- Decoración sencilla.
- Insonorización, para permitir que la mujer se sienta cómoda para emitir ruidos durante su parto.
- Iluminación artificial en dos circuitos: indirecta y graduable para que pueda ser regulada según los deseos de la mujer, y luz artificial de trabajo.
- Temperatura ambiente regulable, en función de las necesidades de la mujer, ya que en cada fase del proceso adquiere y necesita una temperatura diferente.
- Pequeño material y mobiliario: mecedora, pelota, cojines y cuerda para alivio del dolor pélvico.
- Baño individual dotado de lavabo, inodoro y ducha.

**Requerimientos óptimos<sup>16</sup>:**

- Material quirúrgico fuera de la vista de la mujer.
- Espacio para acompañante.
- Cama cómoda (baja)- no debería dominar en la habitación en el centro. Se reubica en el perímetro de la misma, dejando en el centro un espacio diáfano en el que la parturienta pueda moverse, buscar elementos de acompañamiento según su necesidad: pelota, cuerda, silla, cojines, etc.
- Cama: si la mujer de parto tiene acceso a una movilidad según sus deseos y necesidad, la cama deja de ser un objeto esencial, y resulta suficiente una cama estándar de hospital, mejor si es regulable en altura y posición. Permitir una gran movilidad a la mujer en toda la habitación es una solución mejor y más barata que las camas de parto de última generación, "multipostural", ya que dichas camas requieren del control de la mujer, pudiendo entorpecer su proceso de desconexión mental, necesaria en el parto.

**Los factores favorecedores del entorno son:**

- Conocer previamente el área y a los profesionales.
- Tener confianza en el equipo.
- Disponer de atención individualizada y exclusiva (una matrona-una mujer) durante el trabajo de parto y postparto inmediato.
- Tener acceso a ayuda médica/obstétrica en caso de complicaciones.
- Estar acompañada por las personas de su elección.

# 4.

## Opciones para dar a luz



**17.**

Lavender, T., & Chapple, J. (2004). An exploration of midwives' views of the current system of maternity care in England. *Midwifery*, 20(4), 324–334.

<https://bit.ly/3LcFQkF>

**18.**

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2007). Avantprojecte del mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Salutweb.Gencat.

<https://bit.ly/3mKeCHX>

**19.**

World Health Organization (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO.

<https://bit.ly/3TbaAV9>

**20.**

Departament de Salut (2020). Protocol d'Atenció i Acompanyament al Naixement. Secretaria de Salut Pública de Catalunya.

<https://bit.ly/3lamr9l>

**21.**

Byrne, J. P., Crowther, C. A., & Moss, J. R. (2000). A randomised controlled trial comparing birthing centre care with delivery suite care in Adelaide, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(3), 268–274 <https://bit.ly/3yxhwSU>

**22.**

Murphy, M. (2016). Maternal autonomy. *British Journal of Midwifery*, 24(5), 198–206.

<https://bit.ly/40iJCgP>

## Capítulo 4.

# Opciones para dar a luz

Ante la necesidad de dar a luz se plantean muchas dudas. El espacio dónde recibir a la criatura es importante y debe cumplir algunos requisitos que permitan garantizar una buena elección. Saber que se respetaran los derechos y decisiones informadas y que se garantizará la seguridad clínica, basándose en las buenas prácticas, son algunos de los requisitos fundamentales<sup>17</sup>.

Actualmente la clasificación del embarazo basándose en el riesgo obstétrico, ayuda a definir las opciones para el parto en nuestro país. Las necesidades individuales, el plan de nacimiento y la información recibida de la matrona durante el embarazo, han de favorecer la elección voluntaria del espacio para el parto<sup>18,19</sup>. La elección del espacio y la atención durante el parto es un derecho que debe ser respetado y apoyado.

Unidades obstétricas hospitalarias (sala de partos convencional), unidades lideradas por matronas y atención al parto domiciliario son las tres opciones existentes hoy en día en algunas zonas de nuestro país, aunque no en todas. Poder garantizar la equidad de la oferta en la totalidad del territorio debe ser un objetivo de salud pública.

Las unidades obstétricas hospitalarias, están ubicadas en los hospitales que disponen de maternidad. Incluyen el cuidado médico, obstétrico, neonatal y anestésico. Idóneas para embarazos de riesgo, para mujeres de bajo riesgo que deseen analgesia obstétrica durante la dilatación o para trabajos de parto que incrementan su riesgo. El liderazgo en los trabajos de parto de bajo riesgo correrá a cargo de la matrona, en los trabajos de parto en los que se produzca un aumento en el riesgo o aparezcan complicaciones el liderazgo lo asumirá la obstetra<sup>20</sup>.

Las unidades lideradas por matronas (ULM), dependientes o independientes están diseñadas para albergar gestantes sanas con embarazos de bajo riesgo y se especializan en acompañar un parto normal sin intervenciones, proporcionando una buena experiencia del proceso<sup>21,22</sup>.

**Existen dos tipos de ULM:**

- Las ULM dependientes están ubicadas dentro del hospital, pero separadas de la unidad de cuidado obstétrico. La matrona lidera todo el proceso. Si debuta algún riesgo durante el trabajo de parto o la gestante desea analgesia epidural, se la trasladará a la unidad obstétrica hospitalaria.
- Las ULM independientes, son centros de nacimientos, ubicados en un recinto separado del hospital en los que la matrona lidera todo el proceso. En caso de debutar algún riesgo o desear analgesia obstétrica, se trasladará a la unidad obstétrica hospitalaria de referencia<sup>23</sup>.

En la atención al parto domiciliario se planifica el nacimiento en el domicilio de la mujer y la matrona lidera todo el proceso. Si debuta algún riesgo o la mujer desea analgesia obstétrica, al igual que en las ULM, se derivará a la gestante a la unidad obstétrica hospitalaria de referencia<sup>24</sup>.

En las gestantes de bajo riesgo el parto es normalmente muy seguro, tanto para la criatura como para ellas y permite escoger cualquier posibilidad para dar a luz, recomendando la evidencia las unidades lideradas por matronas. La probabilidad de intervención en estos espacios es más baja que en una unidad obstétrica hospitalaria y no existen diferencias en los resultados para la criatura. En estas unidades, existe más probabilidad de traslado a la sala de partos convencional cuando para la mujer es su primer parto<sup>25</sup>.

**4.1. Plan de nacimiento**

El plan de nacimiento es un documento escrito en el que la gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento de su criatura. El documento debe servir de guía para las profesionales que la asistirán. Es aconsejable que se elabore alrededor de las 28-32 semanas de gestación y que se entregue en el centro de referencia o a la profesional que la atenderá<sup>26</sup>. Es recomendable que la gestante visite el hospital de referencia o los hospitales y/o, centros de nacimiento más cercanos y disponga de información sobre las diferentes alternativas a su disposición para tomar una decisión basada en un conocimiento previo.

**23.**

Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L., & Stewart, M. (2012). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online)*, 343(7840). <https://bit.ly/3T6Zkci>

**24.**

Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya, Associació Catalana de Llevadores, Federació de Asociaciones de Matronas de España, & Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2018). Guía de asistencia al parto en casa. <https://bit.ly/2Koyuuk>

**25.**

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <https://bit.ly/3TaEHfd>





A lo largo del proceso de acompañamiento del embarazo, la matrona facilitará la información precisa para la planificación y elaboración del plan de nacimiento: el lugar, qué intervenciones desea la gestante que le sean practicadas y cuáles no, qué aspectos particulares quiere que se tengan en cuenta, por quién desea ser acompañada, y los aspectos del nacimiento y cuidado de su criatura<sup>27</sup>.

El asesoramiento debe encaminarse también a evitar idealizar un parto perfecto. Hay que advertir que las expectativas pueden no cumplirse y los planes de nacimiento están sujetos a variación según la situación clínica, por lo que se pueden producir desviaciones si la evolución del parto lo requiere.

Durante la atención al parto, el plan de nacimiento debe estar presente y la información tenida en cuenta en todo momento para acomodar los deseos expuestos a la evolución del proceso.

## 26.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2010). Plan de parto y nacimiento [Estrategia de Atención al Parto Normal. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres]. <https://bit.ly/422WNUC>

## 27.

Observatorio de la mujer. (2010). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. <https://bit.ly/3JdSXPO>

En el plan de nacimiento deben poder manifestarse, como mínimo, las preferencias referentes a:

- Espacio físico.
- Acompañantes y ambiente durante el proceso de parto.
- Procedimientos durante el parto.
- Valoración del bienestar fetal.
- Métodos para aliviar el dolor.
- Movilidad y posturas durante la dilatación.
- Posturas y pujos durante el expulsivo.
- Nacimiento.
- Lactancia.
- Estancia en el hospital.

## Modelo de plan de nacimiento. Anexo 1.



## 4.2. Atención a la gestante y su familia. Decisiones compartidas

La calidad de la atención durante el proceso de parto debe ser la prioridad y el punto de partida. Podemos centrarnos solo en la evaluación de los procesos técnicos de la atención (prácticas basadas en la evidencia para la atención de rutina y para el tratamiento de las complicaciones), pero si bien son necesarias una serie de intervenciones para manejar complicaciones graves y asegurar la seguridad física, también existe una necesidad urgente de proporcionar una atención que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores de cada mujer y se garantice que estos valores guíen todas las decisiones clínicas<sup>28,29,30</sup>. Para lograr una atención al parto de calidad esta debe ser segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas<sup>31</sup>.

Una atención de calidad garantiza unos servicios centrados en las personas, incorporando a la atención las preferencias y las aspiraciones de las/os usuarias/os y la cultura de la comunidad. El modelo de atención propuesto por Donabedian y adoptado por la OMS incorpora estos aspectos dentro de los apartados de planificación, de proceso y de resultados, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las personas y sus familias y ayudar a su empoderamiento para que mantengan el control en la toma de decisiones sobre su salud y bienestar óptimos<sup>32,33,34</sup>. Este marco de atención de cuidados centrados en la familia, exige la prestación de servicios que sean respetuosos y respondan a las preferencias, necesidades y valores individuales de las mujeres y sus familias y asegure que sus valores guíen todas las decisiones clínicas, considera que el embarazo y el parto son eventos de vida normales y saludables, y reconoce la importancia del apoyo familiar, la participación y la elección informada<sup>30,35</sup>.

La comunicación efectiva, el trato respetuoso, la toma de decisiones y las expectativas de las mujeres y sus familias, así como el acceso al apoyo social y emocional de su elección, conforman la experiencia del parto. Para ofrecer una atención centrada en la familia, será esencial comprender e incorporar estas perspectivas e integrarlas en la práctica.

### 28.

Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos, & Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. (2019). Informe sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia obstétrica durante la atención del parto. <https://bit.ly/3YOLCff>

### 29.

Snowden, J. M., Guise, J. M., & Kozhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. In *Birth* (Vol. 45, Issue 3, pp. 232–235). Birth. <https://bit.ly/3JxLdsn>

### 30.

Windau-Melmer, T. (2013). A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care <https://bit.ly/3JfuCcj>

### 31.

World Health Organization (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO. <https://bit.ly/3TbaAV9>

### 32.

Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25(1), 173–92. <https://bit.ly/3FfpMuH>

**33.**

ICI Executive Group & The International Childbirth Initiative. (2018). 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care. <https://bit.ly/42jUigV>

**34.**

Sudhinaraset, M., Afulani, P., Diamond-Smith, N., Bhattacharyya, S., Donnay, F., & Montagu, D. (2017). Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The person-centered care framework for reproductive health equity. Gates Open Research, 1. <https://bit.ly/3TjGC1d>

**35.**

Public Health Agency of Canada. (2018). Care during labour and birth. Public Health Agency of Canada. <https://bit.ly/2yyjSET>

**36.**

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for health healthy y women and babies. NICE clinical guideline 190. <https://bit.ly/3TaEHfd>

**37.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <https://bit.ly/42enIII>

**4.2.1. Comunicación**

El lenguaje que se utiliza puede facilitar o impedir la comunicación, las palabras pueden reflejar actitudes de respeto o falta de respeto, inclusión o exclusión y aceptación o juicio. Con el tipo de lenguaje se puede reflejar y mantener las diferencias de poder en torno al parto, y ser usado de manera imprecisa o medicalizada. Es fundamental que se sea consciente del tono, el comportamiento y el lenguaje cuando se habla con las mujeres durante el parto.

Al inicio del parto las/os profesionales deben entablar relación con las gestantes y preguntarles sobre sus deseos y expectativas de parto o si han redactado su plan de nacimiento. La OMS nos recuerda que para establecer una buena comunicación es fundamental presentarse, tranquilizar a la persona, conocer sus sentimientos y preocupaciones, ofrecer información sobre procedimientos y exploraciones, pedir permiso para la realización de procedimientos o exploraciones y obtener su consentimiento verbal o escrito (cuando proceda), asegurarle que sus opciones serán apoyadas, ofrecerle privacidad y confidencialidad, interactuar con el/la acompañante para proporcionarle recursos sobre cómo puede apoyar a la gestante durante todo el proceso, informarle sobre nuestra disponibilidad y darle a conocer los mecanismos disponibles para atender sus quejas. La comunicación con las gestantes y sus familias debe ser eficaz y continua, y responder a sus necesidades en cada momento<sup>35,36,37</sup>.

La matrona y otro personal que atienda a la gestante debe tener habilidades de comunicación interpersonal y de asesoramiento, ser accesible y usar un lenguaje claro y sencillo, que las gestantes y sus familias puedan entender. Una comunicación efectiva ayuda a las personas a sentirse más involucradas en su cuidado, evitando ansiedad innecesaria, malentendidos y expectativas erróneas y les da el control de la situación lo que contribuye a una experiencia positiva<sup>31</sup>. También es importante y no podemos olvidar el intercambio de información entre las/os profesionales de la salud que atienden a la mujer o persona gestante, ha de ser claro y preciso, siendo fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y evitar demoras innecesarias en la atención o el tratamiento.

### 4.2.2. Respeto

Cuando hablamos de atención respetuosa a las gestantes, criaturas recién nacidas y sus familias durante el parto nos referimos a una atención inclusiva, no discriminatoria que garantice la dignidad, la privacidad y la confidencialidad, la ausencia de daño y maltrato, que posibilite la elección informada y el apoyo continuo durante el trabajo de parto, parto y alumbramiento<sup>38,39,40</sup>.

Nadie debe humillar, culpabilizar ni someter a abuso verbal o físico a ninguna mujer, esto constituye una violación de los derechos básicos de las mujeres<sup>41,42</sup>.

Las mujeres o las/os profesionales a menudo aceptamos y normalizamos prácticas consideradas irrespetuosas y abusivas, para que esto no ocurra, es importante formar a las/os profesionales en habilidades de comunicación interpersonal y crear equipos de calidad que supervisen la atención y la falta de respeto y abusos<sup>40,43</sup>. La forma en que las/os profesionales se relacionan con las mujeres de parto afecta a la experiencia del parto, puede ayudar a su empoderamiento y reconfortarlas u ocasionarles traumas emocionales y daños duraderos. Los recuerdos positivos o negativos de una mujer acerca de sus experiencias relacionadas con la maternidad permanecen con ella toda la vida. Las mujeres buscan y están más satisfechas con una atención que sea respetuosa y responda a sus necesidades y deseos<sup>44,45</sup>.

Toda mujer tiene derecho a ser tratada con dignidad y con respeto a su cultura, valores y creencias individuales y de la comunidad. El cuidado respetuoso es un derecho universal que debe reivindicarse para toda mujer embarazada en todos los sistemas de salud del mundo. En el 2014 la OMS publicó una declaración en la que pide la prevención y eliminación de la falta de respeto y el abuso durante el parto y afirma que *“Todas las mujeres tienen derecho al nivel de salud más alto posible, incluido el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y parto”*<sup>40</sup>.

### 4.2.3. Toma de decisiones

La prestación de cuidados centrados en la familia, exige una prestación de cuidados que respondan a las preferencias, necesidades y valores individuales de las mujeres y sus familias, en el que las mujeres dejen de ser meras receptoras pasivas y pasen a desempeñar un papel central en la toma de decisiones durante la atención médica. Esta práctica tiene los beneficios adicionales de una mayor sensación de control y satisfacción de las mujeres durante el parto<sup>45</sup>.

La toma de decisiones por parte de las mujeres y sus familias siempre debe basarse en información y pruebas precisas, actualizadas e imparciales. Las opciones, para tomar una elección informada, deben ofrecerse de una manera objetiva, basada en la mejor evidencia disponible y con un lenguaje comprensible.

#### 38.

ICI Executive Group & The International Childbirth Initiative. (2018). 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care. <https://bit.ly/42jUigW>

#### 39.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <https://bit.ly/3TaEHfd>

#### 40.

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <https://bit.ly/42enlll>

#### 41.

The Maternal Health Task Force. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. <https://bit.ly/3lg5KJK>

#### 42.

Windau-Melmer, T. (2013). A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care <https://bit.ly/3JfuCcj>

#### 43.

Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. In The Lancet (Vol. 384, Issue 9948, pp. e42–e44). Lancet. <https://bit.ly/40b0jub>

A veces la información proporcionada por una/un profesional de la salud acerca de las opciones de atención puede verse influenciada por los enfoques, prácticas, creencias o prejuicios personales de esta/e profesional, así como por las opciones de atención que están disponibles. Las necesidades de la madre-criatura deben tener prioridad sobre las necesidades de las/os profesionales y las instituciones. El estrés del parto, el entorno y el tener que considerar las necesidades propias y las fetales complican la toma de decisiones relacionadas con el parto. A veces más que una toma de decisiones, dentro de un contexto complicado, lo que la mujer realiza es una aceptación de intervenciones<sup>46</sup>.

La toma de decisiones no solo está influenciada por las recomendaciones de las/os profesionales sino también por los consejos familiares o de amigos, conocimientos sobre salud y creencias personales, espirituales o religiosas.

Existe una percepción de que las mujeres embarazadas necesitan una protección especial, pero no está claro si esta protección es para la mujer o el feto. Bajo la frase “una criatura sana es lo que importa” a menudo se condiciona a las mujeres a hacer cosas que no quieren hacer.

Cada parto es una experiencia individual y personal de la mujer y su familia. Si bien existe una necesidad de comprender los riesgos potenciales, para mitigar esos riesgos en la medida de lo posible, es igualmente importante permitir que las mujeres tengan el control sobre su propia experiencia y se sientan escuchadas y facultadas por las/os profesionales de la salud<sup>47</sup>.

Toda mujer tiene derecho a recibir información, a otorgar su consentimiento informado, a negarse a los procedimientos y a que se respeten sus decisiones y preferencias. Nadie puede practicar un procedimiento sin el conocimiento y el consentimiento de la mujer<sup>42,48</sup>. En definitiva, derecho a la libertad, la autonomía, la autodeterminación y a no sufrir coerción. A través del respeto y la elección informada, se colabora en el empoderamiento de las mujeres para asumir responsabilidades, siendo estas las primeras responsables de la toma de decisiones sobre su atención. Las perspectivas y opiniones de las mujeres y las familias son tan importantes como las de las/os profesionales.

No podemos hablar de comunicación sin hablar de respeto, ni de respeto sin hablar de toma de decisiones, ni de toma de decisiones sin hablar de comunicación, las tres están íntimamente relacionadas y la carencia en una de ellas repercutirá en la otra, por dicho motivo realizaremos una recomendación conjunta avalada por las recomendaciones de la OMS<sup>40</sup>.

Debemos ofrecer una atención a la embarazada de parto digna y respetuosa con su cultura, valores y creencias individuales, de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure su integridad física y trato adecuado. Ofrecer información adecuada sobre las técnicas o procedimientos a realizar y obtener su consentimiento.

#### 44.

Kmietowicz, Z. (2019). Maternity services: women want respect and dignity above all else, finds global survey. *BMJ*, 365(365), 14107. <https://bit.ly/42bCxQL>

#### 45.

Public Health Agency of Canada. (2018). Care during labour and birth. Public Health Agency of Canada. <https://bit.ly/2yyjSET>

#### 46.

Soliday, E., Tremblay, K., & Gartstein, M. (2015). Decisions in Childbirth Reported by a Sample of U.S. Women. *International Journal of Childbirth*, 5(2), 61-70. <https://bit.ly/3ZRN9mg>

#### 47.

Murphy, M. (2016). Maternal autonomy. *British Journal of Midwifery*, 24(5), 198-206. <https://bit.ly/3LlnlKU>

#### 48.

Jefatura del Estado. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. <https://bit.ly/3lgii3K>

# 5.

## Control del bienestar fetal



## Capítulo 5.

# Control del bienestar fetal

### 49.

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization.

<https://bit.ly/42enIII>

### 50.

AAyres-De-Campos, D., & Arulkumaran, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131(1), 5–8.

<https://bit.ly/3Tfwmak>

La evaluación del estado fetal en el momento del ingreso y de forma regular durante el trabajo de parto, mediante la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es fundamental para la prestación de unos cuidados de calidad<sup>49</sup>. Esta se puede realizar mediante registro cardiotocográfico (CTG) o la auscultación intermitente (AI) de la FCF.

El principal objetivo de la monitorización de la FCF al ingreso e intraparto es identificar si la oxigenación fetal es o no adecuada, para evitar resultados adversos o intervenciones innecesarias. La vigilancia fetal requiere una respuesta clínica oportuna y la disponibilidad inmediata de personal cualificado y material adecuado<sup>50</sup>.

El tipo de monitorización de la FCF al ingreso y durante el trabajo de parto va a depender de las preferencias de la mujer, de la evaluación del riesgo en el momento de la admisión y durante el proceso de parto y del periodo de parto en el que se encuentra. La monitorización de la FCF no deberá verse condicionada por las políticas de los Departamentos de Salud.





### 5.1. Evaluación del bienestar fetal al ingreso de una gestante en proceso de parto

El objetivo principal de monitorizar la FCF en el momento del ingreso es identificar los fetos con riesgo de sufrir hipoxia durante el parto<sup>51</sup>. Antes de decidir el método más adecuado para la monitorización de la FCF debemos conocer si ha habido factores de riesgo durante el embarazo o si existe alguno en la actualidad.

La CTG es la herramienta que más se usa para evaluar el bienestar fetal al ingreso, de una mujer en trabajo de parto<sup>52</sup>. El miedo a los litigios hace que algunas/os profesionales opinen que la CTG es mejor para identificar a los fetos en riesgo que la auscultación fetal, y que su uso está justificado incluso en mujeres sin factores de riesgo. Algunas mujeres también encuentran tranquilizador el uso de la CTG frente a la AI<sup>53</sup>.

La eficacia de la CTG en la obtención de mejores resultados maternos y fetales es cuestionable, una revisión Cochrane reciente que comparó CTG vs AI en mujeres de bajo riesgo, concluyó que la CTG al ingreso está asociada con un aumento de la incidencia de cesáreas (un 20% aproximadamente) y no existe evidencia de beneficios<sup>51</sup>. Se ha demostrado que la CTG al ingreso tiene un bajo valor predictivo para los resultados fetales adversos, una alta tasa de error al identificar falsamente el “sufrimiento fetal” y no ofrece beneficios a las mujeres de bajo riesgo.

Sociedades científicas, revisiones bibliográficas y grupos de expertos, concluyen que no se recomienda el uso de la CTG prenatal para evaluar el bienestar fetal en embarazos de bajo riesgo, se recomienda la auscultación de la FCF mediante estetoscopio de Pinard o ultrasonido Doppler<sup>51,52,53</sup>.

Si no hay factores de riesgo presentes en el momento del ingreso de la mujer en proceso de parto, las recomendaciones de la OMS son extrapolables a nuestro medio:

- Auscultación de la FCF con un dispositivo de ultrasonido Doppler o un estetoscopio de Pinard para la evaluación del bienestar fetal al ingreso.
- No usar la CTG de forma rutinaria para la evaluación del bienestar fetal al ingreso en mujeres embarazadas sanas que acuden por diagnóstico de parto.

#### 51.

Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal well-being. In Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2017, Issue 1). John Wiley and Sons Ltd.  
<https://bit.ly/3Lp2tCs>

#### 52.

Chandrarahan, E. (2017). Handbook of CTG interpretation: from patterns to physiology. (E. Chandrarahan & St George's University of London, Eds.; Firts). Cambridge University Press.  
<https://bit.ly/40bBOgO>

#### 53.

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization.  
<https://bit.ly/42enIII>

#### 54.

Lewis, D., & Downe, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131(1), 9–12.  
<https://bit.ly/3YRqiWu>



## 5.2. Evaluación del bienestar fetal durante el proceso de parto

En la actualidad existen distintos enfoques para la auscultación de la FCF intra-parto, AI o intensiva con estetoscopio de Pinard, AI con eco-Doppler portátil y la CTG continua o intermitente. Existen algunas pruebas que sugieren que la auscultación por cualquiera de los métodos anteriormente mencionados podría aumentar la detección de anomalías en la FCF<sup>53</sup>. El objetivo de todos ellos es evaluar el estado fetal y realizar solo las intervenciones necesarias, pero no hay evidencia suficiente sobre los beneficios de la CTG continua en comparación con la AI de la FCF durante el parto<sup>54</sup>.

Ante la ausencia de evidencia concluyente nos tenemos que basar en las recomendaciones que emiten las sociedades científicas y los expertos, para mujeres con embarazos de bajo riesgo e inicio espontáneo del parto recomiendan la AI de la FCF, con un eco-Doppler o un estetoscopio de Pinard, durante la fase activa del primer periodo del parto y durante el segundo periodo del parto<sup>52,53,55,56,57</sup>.

Expertos como Gibb y Arulkumaran nos recuerdan que la tecnología excesiva puede generar ansiedad materna y médica pudiendo causar un daño significativo. Además, el monitor se convierte en el centro de atención tanto para familiares como para cuidadores, pasando las necesidades de las mujeres a un segundo plano. También la confianza de la mujer en su capacidad de dar a luz sin el uso de la tecnología se ve disminuida<sup>58</sup>.

Si bien las recomendaciones de sociedades científicas y de expertos respecto al tipo de monitorización coinciden, no sucede lo mismo con respecto a cómo se debe realizar esta AI, con respecto a la frecuencia, tiempo y duración.

- Durante la fase activa del primer periodo de parto algunos recomiendan escuchar la FCF cada 15' y otros cada 30'.
- Durante el segundo periodo existe más consenso, la mayoría recomiendan escuchar la FCF cada 5', aunque aproximadamente la mitad de grupo de expertos de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) creen que la CTG continua debería ser la mejor opción durante la segunda etapa del parto, a pesar de la falta de evidencia científica que lo respalde<sup>55</sup>.

En términos de tiempo de la auscultación de la FCF la mayoría están de acuerdo en realizarla después de la contracción, otros durante y al final de esta. Las recomendaciones para la duración se dividen entre 30", 30" - 60" o 60"<sup>52,53,55,57</sup>.

### 55.

AAyres-De-Campos, D., & Arulkumaran, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 5–8.  
<https://bit.ly/3Tfwmak>

### 56.

Martis, R., Emilia, O., Nurdiani, D. S., & Brown, J. (2017). Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 2). John Wiley and Sons Ltd.  
<https://bit.ly/42fz43v>

### 57.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. NICE clinical guideline 190. <https://bit.ly/3TaEHfd>

### 58.

Gibb, D., & Arulkumaran, S. (2008). *Fetal Monitoring in Practice*. Butterworth-Heinemann/Elsevier.



Las condiciones requeridas para considerar y mantener la AI, según la FIGO y sociedades científicas, basadas en el marco de Auscultación Intermitente Estructurada Inteligente (ISIA) de Maude et al,<sup>59,60,61,62,63</sup> serían las siguientes:

## Anteparto

### • Criterios de inclusión:

Mujeres sin enfermedades graves, feto único, presentación cefálica, embarazo de <42 semanas de amenorrea, presencia de movimientos fetales, crecimiento fetal, líquido amniótico, Doppler y FCF normales, y rotura de membranas inferior a 24 horas,

### • Criterios de exclusión:

Rotura de membranas > de 24 horas, cicatriz uterina, hemorragia vaginal, diabetes (insulinodependiente, mal control glucémico o macrosomía fetal) o preeclampsia, fiebre materna, taquicardia materna y dolor informado por la mujer diferente del dolor normalmente asociado a las contracciones.

## Intraparto

### • Criterios de exclusión:

Inducción del parto con prostaglandinas u oxitocina, auscultación anormal de la FCF, analgesia epidural, hemorragia vaginal, fiebre materna, hipertensión, taquicardia materna, dolor informado por la mujer diferente del dolor normalmente asociado a las contracciones, contracciones que duran más de 60" o más de 5 contracciones en 10', presencia de líquido meconial, ausencia de líquido amniótico tras amniotomía, fase activa del primer periodo de parto > de 12 horas con contracciones regulares, segundo periodo superior a 1 hora con pujos activos o parto pretérmino < 37 semanas de amenorrea completas.

### 59.

AAyres-De-Campos, D., & Arulkumaran, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 5–8.

<https://bit.ly/3Tfwmak>

### 60.

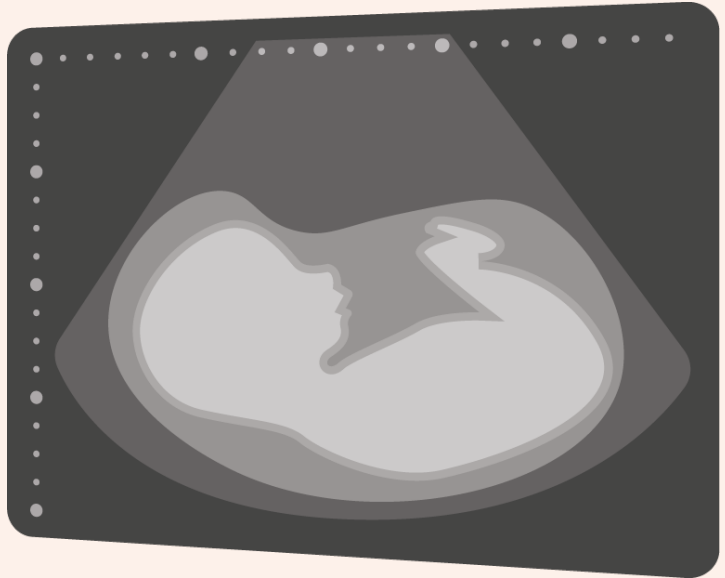
Chandrarahan, E. (2017). *Handbook of CTG interpretation: from patterns to physiology*. (E. Chandrarahan & St George's University of London, Eds.; Firts). Cambridge University Press.

<https://bit.ly/40bBOgO>

### 61.

Maude, R. M., Skinner, J. P., & Foureur, M. J. (2014). Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): Evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1).

<https://bit.ly/428GYff>



## Recomendaciones para la auscultación intermitente

- **Cuidados “one to one”** y apoyo continuo.
- **Frecuencia:** cada 15´ - 30´ durante la fase activa del primer periodo y cada 5´ en el segundo periodo de parto.
- **Duración:** cada auscultación debe durar al menos 1´; si la FCF no está en el rango normal (110 – 160 latidos por minuto), la auscultación debe prolongarse durante al menos tres contracciones uterinas.
- **Momento:** auscultar durante la contracción uterina y continuar en presencia de aceleraciones o deceleraciones.
- Registro de los **movimientos fetales**.
- Registro de la **actividad uterina**, frecuencia, duración, intensidad, ausencia y tono basal entre contracciones.
- Comunicar los **resultados** y consensuar las intervenciones.
- Si hay alguna duda a lo largo de la auscultación debe iniciarse **registro CTG**, este puede ser interrumpido a los 20 minutos si es normal y no hay preocupación sobre la salud fetal.
- Si es patológico comunicarlo a las/os **obstetras de referencia**.

### 62.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <https://bit.ly/3TaEHfd>

### 63.

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <https://bit.ly/42enIII>

## Si no existen factores de riesgo durante la gestación y el parto, ratificamos las recomendaciones de la OMS

- No se recomienda la CTG continua evaluar el bienestar fetal en mujeres embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.
- Se recomienda la AI de la FCF con un eco-Doppler portátil o un estetoscopio de Pinard, para las mujeres embarazadas.

# 6.

## Los periodos del parto



**64.**

Hanley, G. E., Munro, S., Greyson, D., Gross, M. M., Hundley, V., Spiby, H., & Janssen, P. A. (2016). Diagnosing onset of labor: A systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–11.  
<https://bit.ly/406RwcQ>

**65.**

White, L., Lee, N., & Beckmann, M. (2017). First stage of labour management practices: A survey of Australian obstetric providers. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57(3), 266–271.  
<https://bit.ly/3FIXZsj>

**66.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization.  
<https://bit.ly/42enIII>

**67.**

Medforth, Janet; Ball, Linda; Walker, Angela; Battersby, Sue; Stables, S. (2017). *Oxford Handbook of Midwifery* (Third edition). In *Nursing Standard* (3rd Ed.). Oxford University Press (OUP).  
<https://bit.ly/3ZQ0Jx8>

**68.**

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for health healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <https://bit.ly/3TaEHfd>

**69.**

Burvill, S. (2002). Midwifery diagnosis of labour onset. *British Journal of Midwifery*, 10(10), 600–605.  
<https://bit.ly/3mWBync>

**70.**

Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2013). Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*, 29(1), 10–17.  
<https://bit.ly/3ThUFUV>

## Capítulo 6.

# Los periodos del parto

Una definición consistente de los diferentes periodos de parto es esencial para evitar intervenciones innecesarias y prevenir la morbilidad materna y neonatal. Es difícil recomendar una definición específica de trabajo de parto por falta de consenso<sup>64,65</sup>, esto nos lleva a tomar como referencia las recomendaciones de la OMS y ratificar las mismas<sup>66</sup>. Las siguientes recomendaciones pueden ayudar a las mujeres (al autodiagnóstico del inicio de parto) y a las/os profesionales a tener una definición útil que justifique las intervenciones.

Existen una serie de signos y síntomas previos al inicio del parto, sensación de malestar, heces blandas o diarrea, sensación de pesadez en el área pélvica, dolor en la parte baja de la espalda, aumento de las contracciones de Braxton Hicks ... entre otras<sup>67,68</sup>.

### 6.1. Primer periodo de parto o dilatación

Para la evaluación del inicio y la progresión del proceso de parto los signos a los que daremos mayor importancia serán, la regularidad y la intensidad de las contracciones uterinas, el acortamiento y la dilatación del cuello uterino, el descenso de la presentación, la pérdida de líquido amniótico y la presencia de flujo sanguinolento<sup>66</sup>.

El primer periodo se dividirá en dos fases: la latente y la activa (que se definirán a continuación), la dilatación cervical marcará, principalmente, el punto de inflexión entre ambas fases. El uso de este signo provoca que las mujeres tengan menos probabilidades que las/os profesionales de reconocer la fase de parto en la que se encuentran, motivo por el cual las mujeres pueden sentirse inseguras y demandar más los servicios hospitalarios cuando aún no se encuentran en fase activa<sup>69,70</sup>. La capacidad de la gestante para sobrellevar los periodos de parto va a depender de una gran variedad de factores interrelacionados, que incluyen el nivel de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido.

**Recomendaciones<sup>66</sup>:****A. Fase latente**

Periodo caracterizado por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, cierto grado de borramiento y una progresión lenta de la dilatación hasta los 5 cm tanto para nulíparas como para multíparas.

- **Duración.** No existe una duración estándar para esta fase, y puede variar ampliamente de una mujer a otra. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda, el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el parto (como estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre que se aseguren unas buenas condiciones del feto y la madre.

- **Estancia.** Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda demorar el ingreso en el paritorio/centro de nacimiento y la permanencia en el domicilio hasta la fase activa del primer periodo. A las gestantes que acuden al hospital o los centros de nacimiento durante esta fase se les realizarán las observaciones necesarias para evaluar el bienestar materno y fetal, y se consensuará con ellas el regreso a su domicilio o el ingreso con conducta expectante. A las mujeres que se van a su domicilio se les asesorará sobre técnicas de alivio del dolor, y sobre los signos y síntomas por los que deberá volver al hospital o al centro de nacimientos.

**B. Fase activa.**

Periodo de tiempo caracterizado por contracciones uterinas dolorosas y regulares, borramiento cervical y una dilatación cervical más rápida a partir de los 5 cm hasta la dilatación completa, tanto para nulíparas como para multíparas.

- **Duración.** La duración de la fase activa del primer periodo de parto no suele superar las 12 horas en nulíparas y no suele superar las 10 horas en los partos siguientes. Para las mujeres embarazadas con inicio espontáneo de trabajo de parto, el umbral de la tasa de dilatación cervical de 1 cm/hora durante la fase activa es inexacto para identificar las mujeres que tienen más riesgo de resultados adversos intraparto. La tasa mínima de dilatación cervical de 1 cm/hora durante la fase activa del primer periodo de parto es poco realista para algunas mujeres, y no se recomienda para la identificación de la progresión normal del trabajo de parto, por tanto, una tasa de dilatación cervical inferior a 1cm/hora por sí sola no debe ser una indicación para la intervención obstétrica.

- **Estancia.** Cuando la mujer se encuentra en la fase activa del primer periodo se recomienda (si la mujer no desea un parto domiciliario) el ingreso en centros de nacimientos o salas integradas de la unidad obstétrica hospitalaria (donde todo el proceso de parto, dilatación, parto, y posparto, tendrán lugar en el mismo espacio físico) a cargo del cuidado por matronas o en centros de nacimientos liderados por matronas.

## 6.2. Segundo periodo de parto, nacimiento o expulsivo

Es el periodo comprendido entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento de la RN, durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.

- **Duración.** Se debe informar a las gestantes que la duración del segundo periodo de parto varía de una persona a otra. En las nulíparas se completa normalmente en 3 horas, mientras que, en los partos siguientes, se completa por lo general en 2 horas. Es por ello que para la valoración de la progresión normal del segundo periodo de parto además de la duración debe considerarse la situación clínica.

- **Estancia.** Durante el nacimiento se recomienda (si la mujer no desea un parto domiciliario) el ingreso en centros de nacimientos o salas integradas de la unidad obstétrica hospitalaria (donde todo el proceso de parto, dilatación, parto, y posparto, tendrán lugar en el mismo espacio físico) a cargo del cuidado por matronas o en centros de nacimientos liderados por matronas.

## 6.3. Tercer periodo de parto o alumbramiento

Es el periodo comprendido desde el nacimiento de la RN hasta la expulsión de la placenta.

Si una placenta no ha sido expulsada transcurridos 30-60 minutos después del nacimiento de la criatura, se debe realizar el diagnóstico de retención placentaria. Dado que no existen pruebas científicas a favor o en contra de esta definición la demora en el diagnóstico queda a criterio médico.

# 7.

## Apoyo en el proceso del parto





## Capítulo 7.

# Apoyo en el proceso del parto

Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. Será proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer y complementa el que prestan las matronas. Todas las mujeres tendrían que poder elegir la persona que les proporcionará apoyo social durante el parto, las matronas deben respetar los deseos de las gestantes y proporcionarles apoyo físico y emocional.

El apoyo continuo a la gestante durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica, menor número de partos vaginales instrumentales y cesáreas; asimismo, las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto.

### 71.

Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2013). Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*, 29(1), 10–17. <https://bit.ly/3JjoiAO>

### 72.

Ramírez-Pelaéz, H., & Rodríguez-Gallego, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. *Revisión bibliográfica. Matronas Profesión*, 15(4), e1-6. <https://bit.ly/2kWL7mH>

### 73.

Biana, C. B., Cecagno, D., Porto, A. R., Cecagno, S., Marques, V. D. A., & Soares, M. C. (2021). Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 55, 1–11. <https://bit.ly/3LrxS7s>

### 74.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <https://bit.ly/3TaEHfd>

En los programas de preparación al nacimiento se debe ofrecer a las gestantes instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el trabajo de parto, técnicas de relajación y cambios de posición, cuya utilidad ha sido demostrada<sup>71,72</sup>, siendo el apoyo continuo y personalizado uno de estos instrumentos, el cual consta de cuatro elementos básicos: apoyo informativo, apoyo físico o tangible, apoyo emocional y representación.

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

Las matronas en las visitas de acompañamiento del embarazo y/o en los programas de preparación al nacimiento, proporcionan información o imparten sesiones específicas a las parejas para que asuman un papel activo en el parto, realizando una labor de acompañamiento<sup>73</sup>.

Todas las gestantes deberían poder elegir la persona que les dará apoyo durante el parto, ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amistad. Las matronas deben respetar los deseos de las mujeres y proporcionarles también apoyo físico y emocional<sup>74</sup>.

En nuestro medio la mayoría de las parejas participan activamente en el parto, pero en el actual contexto multicultural y étnico, las personas implicadas en el nacimiento pueden requerir otras opciones que deben respetarse. Cada centro asistencial deberá buscar soluciones en función de las necesidades existentes.

En ocasiones, la figura de la mediadora cultural entrenada podría ejercer una labor importante con las mujeres y personas inmigrantes que no hablan el idioma y que pueden precisar su atención durante el parto.

Una revisión sistemática a propósito del apoyo continuo de la mujer durante el parto<sup>75</sup>, concluyó que este está asociado a:

- Una menor utilización de analgesia farmacológica.
- Una disminución en el número de partos vaginales instrumentales, así como del número de cesáreas y un incremento de partos vaginales espontáneos.
- Una mayor satisfacción de las mujeres con su experiencia del parto.

Por todo ello, las gestantes deberían contar con personas próximas y profesionales que las apoyen durante el trabajo de parto y el nacimiento, ya que este apoyo mejora la fisiología del parto y la sensación de confianza materna<sup>76,77</sup>. Dicho apoyo también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido. La ansiedad durante el parto se asocia con altos niveles de epinefrina (adrenalina), que a su vez, puede ocasionar una disminución de la contractibilidad uterina, originando un retraso en el progreso del parto, así como con patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal y bajas puntuaciones en el test Apgar<sup>78</sup>. Asimismo, las catecolaminas, al estimular la vasoconstricción, reducen la perfusión del espacio intervelloso y pueden causar bradicardia e hipotensión fetal.

Durante el trabajo de parto las matronas pueden ayudar a las gestantes a utilizar estas estrategias aprendidas. La presencia continua de las matronas no significa necesariamente un acompañamiento eficaz, para considerarlo eficaz es necesario que la matrona realice una escucha activa de la mujer<sup>75,79</sup>.

El apoyo profesional a las gestantes en el parto tiene cuatro dimensiones: apoyo informativo, apoyo físico, apoyo emocional y representación o defensa<sup>75,78,79</sup>. A continuación, se detallan un listado de los cuidados proporcionados por las matronas, que las mujeres valoran como más importantes, teniendo en cuenta las dimensiones del apoyo:

### **Apoyo informativo**

Consiste en informar y aconsejar a las mujeres con una terminología que sea comprensible sobre las diferentes actividades que se realizan, su finalidad y sus limitaciones, la evolución del parto y el estado del feto. Se debe evitar comunicar pronósticos que sean poco probables o erróneos. A este respecto, las mujeres valoran positivamente:

- Recibir respuestas comprensibles.
- Información al acompañante.
- Familiaridad con el ambiente, aparatos y profesionales.
- Presentación de la matrona por su nombre.
- Instrucción en respiración, relajación y pujos.
- Información del progreso del parto, bienestar del bebé y las actividades realizadas.

### **75.**

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. In Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2017, Issue 7). Cochrane Database Syst Rev. <https://bit.ly/3yDeOLI>

### **76.**

Ministerio de Sanidad y Política social. (2010). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. <https://bit.ly/3lcdtsm>

### **77.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <https://bit.ly/42enlll>



### Apoyo físico o tangible

Se trata de ofrecer todas aquellas medidas que ayudan a mejorar el confort y la comodidad, como mantener la ropa de la gestante y la cama limpia y seca, facilitar la eliminación de fluidos, mantener la hidratación de la mucosa oral, facilitar la ingesta, u ofrecer la posibilidad de baños o duchas; así como ofrecer medidas de alivio del malestar o dolor como son las técnicas respiratorias, los masajes, la movilidad y los cambios posturales. A este respecto, las mujeres valoran positivamente:

- Coordinación de la matrona con el resto de los profesionales.
- Alivio del dolor.
- Atención con prontitud.
- Proporcionar comodidad.
- Facilitar la libertad de movimientos.
- Facilitar la postura deseada en el expulsivo.
- Ayuda en el inicio precoz de la lactancia materna.

### Apoyo emocional

Consiste en la asistencia continuada presencial en el parto, es decir, mantener una actitud empática, amable y paciente, cuidar el lenguaje verbal y no verbal, potenciar la auto confianza, reforzando y premiando verbalmente la conducta de la gestante, animarla y tranquilizarla si es necesario. A este respecto, las mujeres valoran positivamente:

- Mostrar interés por la mujer.
- Transmisión de seguridad y profesionalidad.
- Facilitar la presencia del acompañante elegido.
- Favorecer el contacto con la RN.
- Trato respetuoso.
- Respeto de la intimidad.
- Reconocimiento de los esfuerzos de la mujer.
- Atención personalizada.
- Animar a su acompañante a participar.
- Aceptación de la conducta sin culpabilizar.
- Acompañamiento por la matrona.

#### 78.

McKelvin, G., Thomson, G., & Downe, S. (2021). The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. In *Women and Birth* (Vol. 34, Issue 5, pp. 407–416). *Women Birth*.  
<https://bit.ly/3yGp5Xu>

#### 79.

Hodnett, E., Gates, S., & Hofmeyr, G. (2013). Continuous support for women during childbirth. In *Cochrane Database Syst Rev*.  
<https://bit.ly/3LyA7pg>

### Representación

Se basa en ayudar a que la gestante pueda expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás.

- Participación en la toma de decisiones.

# 8.

## Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto



## Capítulo 8.

# Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto

La satisfacción de las personas en referencia al proceso del nacimiento va a depender de sus expectativas personales y de la calidad en la relación que se establezca entre ellas y la matrona. En esta relación son importantes aspectos como el respeto y la comunicación, así como una gestión de los cuidados donde se contemple no solo su continuidad, sino la incorporación de la gestante y acompañante en los mismos<sup>80</sup>.

### 80.

Thomson G, Feeley C, Hall-Moran V, Downe S, Oldapo OT. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health* <https://bit.ly/3LqFZPr>

### 81.

Pedrajas, J., & Molino, A. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 277-93. <https://bit.ly/3TkptL2>

### 82.

Bonapace J, Chaillet N, Gaumond I, Paul-Savoie E, Marchand S. (2013). Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *J Pain Res*, <https://bit.ly/3Fs6lPr>

### 83.

Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. (2018). Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: an Evidence-Based Approach to its Management. *SOGC Clinical Practice Guideline. J Obstet Gynaecol Can.*, 40(2): <https://bit.ly/3YJEykc>

Dentro de la gestión de cuidados, el manejo del dolor es una de las barreras más importantes para la sobrecarga emocional y del estrés, que influyen de manera directa sobre la satisfacción materna.

Se han descrito tres dimensiones de la experiencia dolorosa: la sensitivo-discriminativa, afectivo-emocional y cognitivo-evaluadora<sup>81</sup>. Sin embargo, la intensidad del dolor en el parto generalmente no se asocia con daño tisular<sup>82</sup>, por lo que Bonapace et al.<sup>83</sup> propone 4 dimensiones:

#### Dimensión nociceptiva

Implica una lesión real o potencial como consecuencia de las adaptaciones durante las distintas fases del parto y el paso del feto por el canal del parto. La libertad de movimientos puede ayudar a modificar esta dimensión.

#### Dimensión sensitivo-discriminativa

Identifica la intensidad y el umbral del dolor. Esta dimensión puede ser modificada con métodos que actúan mediante la teoría del control de la puerta (gate control) o la del control inhibitorio nocivo difuso (DNIC).

#### Dimensión afectivo-emocional

Está influenciada por las emociones, valores y experiencias. Puede ser modulada mediante intervenciones con enfoques que recurren a los centros superiores del cerebro como el apoyo (sentirse seguro y protegido), la reestructuración cognitiva, el cuidado emocional, la calidez ambiental y la relación con las personas implicadas en el proceso de parto.

#### Dimensión cognitivo-evaluadora

Hace referencia a la manera en que una persona expresa la experiencia dolorosa. Está muy influida por factores culturales, motivacionales, sociales y cognitivos.

Una mujer en trabajo de parto puede presentar una o todas las dimensiones del dolor. La experiencia es individual y difiere sustancialmente de una mujer a otra en cada uno de sus partos. En este sentido, la expresión del dolor por parte de cada mujer debe ser respetada. Se hace precisa, por tanto, una personalización de los recursos disponibles para el manejo del dolor en el parto, respetando en todo momento la elección de la persona<sup>84</sup>.

Los métodos no farmacológicos no pretenden eliminar el dolor, sino aumentar la capacidad del control materno sobre el mismo, lo que reduce el sufrimiento. En él van a influir dos factores fundamentales:

- Soporte continuo individualizado. Permite disminuir la sensación de soledad y el temor, y aumenta la seguridad materna al sentirse cuidada, así como la capacidad de enfrentarse al estrés<sup>85</sup>.
- La aceptación del dolor como una parte importante de la fisiología del trabajo de parto normal<sup>86</sup>.

El uso combinado de estos métodos no farmacológicos permite prescindir, o bien retrasar el uso de métodos farmacológicos, lo que evita o disminuye el tiempo de exposición a fármacos y a sus efectos indeseables, que están relacionados con el tiempo de exposición a los mismos. Esto permitirá, en el caso de la analgesia epidural, prevenir entre otros: hipertermia materna, taquicardia fetal por hipertermia materna, pérdida de movilidad materna y prolongación de las malposiciones fetales y disminución de la eficacia del pujo en la segunda fase de parto<sup>87</sup>.

Además, hay que tener en cuenta beneficios intangibles como la disminución en la necesidad de ayuda, mayor autocontrol y confianza en el proceso y el grado de bienestar materno, así como aumento de la satisfacción. Por otra parte, la opción del uso de métodos no farmacológicos por las gestantes se ha asociado con una menor incidencia en la tasa de cesáreas y partos instrumentados, menor uso de oxitocina y menor duración del trabajo de parto<sup>86</sup>.

En general, se proporciona más información a las gestantes sobre los métodos farmacológicos para el alivio del dolor, especialmente más acerca de la analgesia epidural que sobre los métodos no farmacológicos. Cuando se ofrece información a las gestantes sobre el alivio del dolor en el parto, es necesario incluir todas las opciones existentes, y no informar sólo de las ventajas y desventajas de la analgesia epidural<sup>84</sup>.

## 84.

Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & O'adapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive health*, 16(1), 71. <http://bit.ly/BSGki>

## 85.

Bonapace, J., Chaillet, N., Gaumond, I., Paul-Savoie, E., & Marchand, S. (2013). Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *Journal of pain research*, 6, 653–661. <http://bit.ly/BSGgE>

## 86.

Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C., Roy, L., Gagné, G. P., Moutquin, J. M., Rossignol, M., Dugas, M., Wassef, M., & Bonapace, J. (2014). Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth* (Berkeley, Calif.), 41(2), 122–137. <http://bit.ly/BSGgW>

## 87.

Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*: JOGC, 40(2), 227–245. <http://bit.ly/BSGELC>

**88.**

Hall, H. G., McKenna, L. G., & Griffiths, D. L. (2012). Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: a literature review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 25(1), 4–12.

<http://bitly.ws/BGip>

**89.**

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD003934.

<http://bitly.ws/BELH>

**90.**

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD003766.

<http://bitly.ws/BGgR>

**91.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization.

<http://bitly.ws/BEKL>

**92.**

Benfield, R. D., Hortobágyi, T., Tanner, C. J., Swanson, M., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2010). The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biological research for nursing*, 12(1), 28–36.

<http://bitly.ws/BGgw>

Por otro lado, es interesante que las estrategias hospitalarias de alivio del dolor durante el trabajo de parto contemplen y desarrollen enfoques no farmacológicos, ya que brindan beneficios significativos a las mujeres y sus RN sin causar daños adicionales. Para ello es necesario contemplar, por ejemplo, el acceso a espacios confortables que en ocasiones contribuyen de manera importante al éxito de estos métodos.

En este punto, parece importante recalcar que el uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor, que requieren un apoyo continuo a la mujer y promueve su libertad de elección y su autonomía, se ha relacionado también con una mayor satisfacción, no solo de la mujer, sino de la matrona, que ve incrementada la calidad del cuidado, su autonomía y su satisfacción<sup>84,88</sup>.

## 8.1. Libertad de movimientos

La libertad de movimientos es fundamental durante la primera fase del parto. La posición fetal ejerce un papel en la nocicepción y proporciona de esta forma información sobre el progreso del parto. Cuando la mujer se mueve libremente busca la postura que le alivia el dolor<sup>85</sup>, por lo que la ayuda a afrontar la sensación dolorosa<sup>89</sup>.

La movilidad permite a la embarazada el uso de otros métodos de alivio del dolor como es la ducha con agua caliente o la inmersión en agua. También pueden emplearse otros accesorios como pelotas de nacimiento, silla de partos o lianas<sup>87</sup>.

Para ello es necesario que no se interpongan barreras que impidan esta libre movilidad, teniendo en cuenta evitar aspectos como: presencia de obstáculos (protagonismo de la cama en la habitación), monitorización con cable en lugar de telemetría, sueroterapia continua, preferencias del profesional que acompaña el parto o cultura institucional<sup>89</sup>.

## 8.2. Apoyo continuo durante el parto

Los efectos del apoyo continuo de la mujer durante el parto ha sido objeto de numerosos estudios, y constituye una recomendación básica en la atención al parto, ya que mejora los resultados maternos y fetales: menor duración del parto, menor necesidad de uso de analgésicos, menor número de partos por cesárea o instrumentados, mayor satisfacción materna con la experiencia y mejores puntuaciones de la prueba de Apgar a los 5 minutos<sup>87,90,91</sup>.



### 8.3. Hidroterapia

La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad al estimular la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación, favoreciendo el parto fisiológico, al favorecer la liberación de oxitocina. Por otro lado, reduce el mensaje nociceptivo a través de estímulos agradables aplicados a las áreas dolorosas, por lo que reduce el dolor y aumenta la sensación de control de este y la satisfacción de la mujer<sup>92,93,94</sup>.

Los resultados de la revisión Cochrane<sup>95</sup> muestran que la utilización del agua caliente puede reducir el número de mujeres que emplea analgesia epidural durante el periodo de dilatación, sin que se produzcan efectos adversos en las mujeres o las criaturas.

La hidroterapia mediante ducha puede emplearse como un recurso disponible y más accesible en aquellos casos en los que no se disponga de bañera para inmersión, y no presenta efectos adversos. La temperatura ideal del agua es de 37°C, con una duración entre 20 y 30 minutos<sup>93,96,97</sup>.

En los casos en que se disponga de bañera, la inmersión en el agua es la opción más efectiva. Se recomienda como una opción del manejo del dolor para la progresión del trabajo de parto normal o prolongado en aquellas mujeres que opten por métodos no farmacológicos de alivio del dolor.

La inmersión debe cubrir el abdomen materno. No hay consenso respecto a la temperatura del agua, que puede oscilar entre 34 y 37,5°C<sup>96,98</sup>, siendo la gestante quien debe regular la temperatura según su propio confort, y decidir libremente entrar y salir cuando quiera<sup>99</sup>. Hay que tener en cuenta que tiempos prolongados de inmersión, más de 2 horas, pueden disminuir los niveles de vasopresina y oxitocina estacionando el trabajo de parto, por lo que debe valorarse el progreso del mismo, y puede suponer una indicación para dejar de utilizar la bañera<sup>92,100</sup>.

La inmersión debe producirse cuando la gestante se encuentre con una dilatación de al menos 5 cm, ya que la inmersión en una fase temprana del parto puede inducir a partos prolongados y al uso de analgesia epidural y oxitocina<sup>101</sup>.

La inmersión en agua caliente se puede prolongar durante la segunda y tercera etapa del parto si la mujer está informada y lo solicita, las/los profesionales que la acompañen deben estar formados y seguir unos protocolos rigurosos y consensuados que contemplen criterios de inclusión y exclusión, control de infecciones y manejo de complicaciones.

#### 93.

Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 40(2), 227-245. <http://bitlyws/BELC>

#### 94.

Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD000111 <http://bitlyws/BGgZ>

#### 95.

Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000111. <http://bitlyws/BGha>

#### 96.

Lee, S. L., Liu, C. Y., Lu, Y. Y., & Gau, M. L. (2013). Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 42(1), 19-28. <http://bitlyws/BGIL>

#### 97.

Stark M. A. (2017). Testing the Effectiveness of Therapeutic Showering in Labor. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 31(2), 109-117. <http://bitlyws/BGke>

#### 98.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Pain relief in labour. <http://bitlyws/BGjm>

#### 99.

Geissbuehler, V., Eberhard, J., & Lebrecht, A. (2002). Water-birth: water temperature and bathing time--mother knows best!. *Journal of perinatal medicine*, 30(5), 371-378. <http://bitlyws/BGid>

#### 100.

Odent M. (1997). Can water immersion stop labor?. *Journal of nurse-midwifery*, 42(5), 414-416. <http://bitlyws/BGjH>



**101.**

Eriksson, M., Mattsson, L. A., & Ladfors, L. (1997). Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery*, 13(3), 146–148. <http://bit.ly/ws/BGhd>

**102.**

Mårtensson, L. B., Hutton, E. K., Lee, N., Kildea, S., Gao, Y., & Bergh, I. (2018). Sterile water injections for childbirth pain: An evidenced based guide to practice. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 31(5), 380–385. <http://bit.ly/ws/BGj7>

**103.**

Huntley, A. L., Coon, J. T., & Ernst, E. (2004). Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 191(1), 36–44. <http://bit.ly/ws/BGir>

**104.**

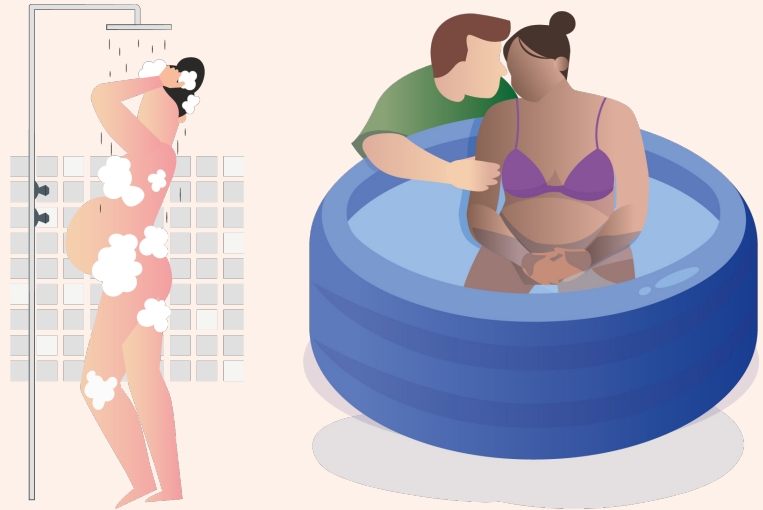
Hutton, E. K., Kasperink, M., Rutten, M., Reitsma, A., & Wainman, B. (2009). Sterile water injection for labour pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 116(9), 1158–1166. <http://bit.ly/ws/BGic>

**105.**

Bahasadri, S., Ahmadi-Abhari, S., Dehghani-Nik, M., & Habibi, G. R. (2006). Subcutaneous sterile water injection for labour pain: a randomised controlled trial. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 46(2), 102–106. <http://bit.ly/ws/BGgs>

**106.**

Mårtensson, L., Nyberg, K., & Wallin, G. (2000). Subcutaneous versus intracutaneous injections of sterile water for labour analgesia: a comparison of perceived pain during administration. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 107(10), 1248–1251. <http://bit.ly/ws/BGja>



## 8.4. Inyecciones de agua estéril

Se trata de un método sencillo, barato, rápido y fácil de utilizar. Está indicado en aquellas gestantes que presentan dolor en la zona sacro lumbar durante el trabajo de parto, pero no tiene efecto sobre el dolor abdominal o perineal<sup>102</sup>.

Consiste en la administración de agua estéril mediante 4 inyecciones intradérmicas de 0,05-0,1 ml o subcutáneas de 0,5 ml<sup>102,103</sup>. El principal inconveniente de este método es que produce una breve pero intensa sensación dolorosa en el punto de infiltración<sup>102</sup>, mayor en el caso de la infiltración intradérmica.

El agua, al no contener sal, causa irritación osmótica y estimulación mecánica en la piel por aumento de presión del tejido. El mecanismo de acción no es bien conocido, pero se barajan distintas teorías. Una de ellas es la de control de la puerta (gate control): el agua estéril provoca el disparo de las fibras A-delta, lo que supera la entrada de dolor visceral de las fibras C, de modo que el dolor visceral no es perceptible. Por otro lado, la liberación local de endorfinas, similar a la que ocurre en el control inhibitorio nocivo difuso (DNIC), puede ser así mismo responsable del alivio del dolor<sup>102,104</sup>.

Los lugares de inyección más comunes se encuentran en la región lumbosacra, en torno al rombo de Michaelis: dos sobre las espinas ilíacas posterosuperiores y los otros dos 3 cm por debajo de éstas y 1 cm más mediales<sup>105</sup>. También pueden ser administradas en torno al área que la mujer indique como más dolorosa<sup>102</sup>. Se aconseja la administración durante una contracción, y de forma simultánea por dos matronas para disminuir el tiempo empleado en la técnica<sup>102,104,106</sup>. El alivio del dolor de espalda se inicia en pocos minutos y persiste de 1 a 2 horas. Puede repetirse la técnica tantas veces como sea necesario<sup>93,102</sup>.

La cantidad de agua inyectada, el número de veces que se aplica la técnica y la ubicación exacta del lugar de inyección, no influyen en un efecto mayor o más duradero<sup>102</sup>.

No se han descrito efectos adversos para la mujer o el feto, salvo dolor en la zona de punción<sup>102</sup>, por lo que la embarazada debe ser informada.



## 8.5. Esderodinamia

El uso de la pelota de parto en posición sentada favorece la relajación del tronco y el suelo pélvico. Permite libertad de movimientos, mejorando la movilidad pélvica y la adaptación fetal al canal del parto. Por otro lado, proporciona sensación de control a la mujer<sup>107</sup>.

La presión ejercida sobre el perineo puede bloquear parte del mensaje nociceptivo a nivel de la médula espinal (gate control) y reducir la sensación de dolor. La escasa evidencia disponible, se recoge en un metaanálisis de siete ensayos que incluye 533 mujeres, que usaron la pelota de parto. Reportan una reducción de aproximadamente 1.7 puntos en el dolor, según la evaluación de una escala analógica visual de 10 cm, en comparación con las mujeres que no usaban pelota<sup>108</sup>.

Las pelotas de parto son de fácil manejo y permiten su uso combinado con otras intervenciones como duchas y masajes. Puede darse otros usos diferentes a la posición sentada, como arrodillarse inclinando la parte superior del cuerpo sobre la pelota, lo que puede proporcionar un apoyo cómodo para el torso o la espalda.

## 8.6. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

Consiste en una estimulación nerviosa eléctrica transcutánea que aporta beneficio psicológico y autonomía. Se trata de un dispositivo portátil, que permite la movilidad de la gestante durante la dilatación, es de manejo muy sencillo y carece de efectos adversos (salvo una leve irritación de la piel)<sup>109,110</sup>.

Este método consiste en un generador de impulsos eléctricos conectado a uno o dos pares de electrodos que son adheridos a la piel en la zona en la que se pretende reducir el dolor. En concreto, en su uso para el trabajo de parto, los electrodos se colocan a ambos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda. La localización recomendada de los electrodos es un par en T10-L1 y otro entre S2-S4, puntos de recepción nociceptiva de dolor en el parto<sup>109</sup>.

Es la propia gestante la que, mediante un pulsador, puede controlar el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica durante las contracciones. Su utilidad se basa en que los estímulos procedentes del aparato viajan más rápidamente que los estímulos dolorosos, bloqueando la transmisión de estos últimos hacia el cerebro (teoría del control de la puerta). Además, parece influir en la secreción de endorfinas, aumentando sus niveles.

### 107.

Leung, R. W., Li, J. F., Leung, M. K., Fung, B. K., Fung, L. C., Tai, S. M., Sing, C., & Leung, W. C. (2013). Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi, 19(5), 393–399. <http://bitlyws/BGir>

### 108.

Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco Lcp, A., Delgado García, B. E., & Berghella, V. (2022). Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine, 35(25), 5184–5193 <http://bitlyws/BGij>

### 109.

Báez-Suárez, A., Martín-Castillo, E., García-Andújar, J., García-Hernández, J. Á., Quintana-Montesdeoca, M. P., & Loro-Ferrer, J. F. (2018). Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial. Trials, 19(1), 652. <http://bitlyws/BGgo>

Se sugiere su uso exclusivamente durante la fase de dilatación y, de manera preferente, al inicio del trabajo de parto, cuando el dolor no es demasiado intenso. Su efectividad ha sido objeto de varios estudios en los últimos años, al existir experiencias contradictorias tras su empleo para el alivio del dolor del parto. Se considera que el dispositivo TENS podría tener un beneficio psicológico para las mujeres que lo usan, debido a la posibilidad de contar con un dispositivo de manejo del dolor controlado por ellas mismas, y se recomienda en los casos en que esté desaconsejado el empleo de métodos farmacológicos o como elemento complementario para el manejo del dolor del trabajo de parto<sup>109</sup>.

## 8.7. Acupuntura y acupresión

La acupuntura puede aumentar la satisfacción con el tratamiento del dolor y reducir la administración de analgesia farmacológica, mientras que la acupresión puede ayudar a aliviar el dolor. Sin embargo, no se ha podido establecer una conclusión sobre la eficacia analgésica de este método para el tratamiento del dolor debido a que la evidencia es de certeza muy baja<sup>111</sup>.

## 8.8. Técnicas de relajación

### 110.

Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC, 40(2), 227-245. <http://bit.ly/ws/BELC>

Algunos de los beneficios de estas técnicas son: reducción de la tensión muscular, disminución de la ansiedad, proporcionan tranquilidad, distracción de la atención al dolor y reducción de su percepción, por lo que proporcionan a la mujer una herramienta más para aumentar su confianza y afrontar el dolor (calidad de la evidencia baja)<sup>110,111</sup>, con lo que su utilización influye en la satisfacción.

Entre las técnicas de relajación encontramos, entre otras, las técnicas de respiración, el hipn parto y el yoga, relacionadas con la práctica mental y el control del dolor a través del sistema nervioso central. Las dos últimas pueden no ser tan accesibles a las mujeres, especialmente el hipn parto, y requieren de una preparación previa durante el embarazo<sup>111</sup>:

### 111.

Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L., & Mesgarpour, B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. The Cochrane database of systematic reviews, 2(2), CD009232 <http://bit.ly/ws/BGk4>

• **Respiración.** Se ha asociado con una reducción del dolor en la fase latente del trabajo de parto y posiblemente en la fase activa<sup>111</sup>.

• **Hipn parto.** La hipnosis es una técnica de relajación en la que la mujer deja de tener conciencia sobre las distracciones para concentrarse en imágenes, pensamientos o sentimientos relacionados con el nacimiento. La susceptibilidad hipnótica aumenta durante el embarazo y puede ser útil en la asistencia al nacimiento para promover la relajación, disociarse del dolor o cambiar las percepciones hacia una manera de vivir el nacimiento plenamente.

### 112.

Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. The Cochrane database of systematic reviews, 2016(5), CD009356. <http://bit.ly/ws/BGj2>

• **Yoga.** Existen diferentes estilos de yoga, pero de forma general se coordina la mente, el cuerpo y la respiración mediante la combinación de posturas físicas, técnicas respiratorias, meditación y relajación, donde se potencia la fuerza, la flexibilidad y el equilibrio<sup>112</sup>.



Aunque con baja calidad de evidencia, se ha relacionado la práctica de yoga durante el embarazo y parto con un alivio del dolor en el trabajo de parto, mejor afrontamiento y mayor satisfacción con la experiencia de nacimiento<sup>113,114</sup>.

El uso de estas técnicas se ha relacionado de manera no significativa con una reducción del uso global de analgésicos, pero no de uso de epidural. Se necesitan más estudios que contemplen el impacto en el afrontamiento del dolor y la satisfacción con el alivio del mismo<sup>114</sup>.

## 8.9. Masaje

El masaje consiste en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo, lo que ayuda a relajar los músculos tensos y calmar a la mujer, por lo que puede disminuir el dolor en la primera etapa del trabajo de parto y ayudar a sobrellevarlo. Esto puede ser debido a la inhibición de la transmisión sensorial en las vías del dolor, o a que mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos. Sin embargo, se desconoce cuál es la técnica óptima siendo necesarias investigaciones futuras<sup>115</sup>. Puede ser aplicado por la matrona o la persona acompañante. No se conocen efectos nocivos del masaje.

## 8.10. Aplicación de calor local

Es un método fácil de usar, económico, no requiere práctica previa y con mínimos efectos secundarios, principalmente los relacionados con el riesgo de quemaduras. Es necesario que la matrona pruebe previamente en su propia piel la temperatura antes de colocar el paquete o bolsa de calor, y colocar una o dos capas de tela entre ésta y la piel para prevenir su daño. Especial cuidado requieren las mujeres con analgesia epidural, que pueden solicitar el uso de calor, al tener disminuida la sensibilidad.

El calor puede aplicarse en la espalda, parte inferior del abdomen, ingle o periné. Se ha relacionado su utilización con el alivio del dolor en la primera etapa del parto (teoría del control de la puerta)<sup>115</sup>. Son necesarios más estudios para evaluar la eficacia y determinar el momento óptimo de aplicación y las temperaturas ideales.

### 113.

Jahdi, F., Sheikhan, F., Haghani, H., Sharifi, B., Ghaseminejad, A., Khodarahmian, M., & Rouhana, N. (2017). Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). *Complementary therapies in clinical practice*, 27, 1–4. <http://bit.ly/ws/BGie>

### 114.

Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016(5), CD009356. <http://bit.ly/ws/BGj2>

### 115.

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD009514. <http://bit.ly/ws/BGka>



### 8.11. Aromaterapia

Aunque se ha relacionado la inhalación de aroma de lavanda como un recurso analgésico en el trabajo de parto, se recomiendan estudios que evalúen la función de la aromaterapia para el tratamiento del dolor<sup>115</sup>.

### 8.12. Música y audioanalgesia

No hay evidencia de calidad sobre eficacia en el tratamiento del dolor del trabajo de parto, aunque los ensayos pequeños han informado de alguna reducción del dolor y la ansiedad<sup>115,116</sup>.

#### 116.

Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*: JOGC, 40(2), 227–245. <http://bit.ly/ws/BELC>

#### 117.

García A. (2019). Psicoprofilaxis y educación maternal. Historia de la preparación del parto en España [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: <http://bit.ly/ws/BGib>

#### 118.

Sánchez, J. (2020). Psicoprofilaxis Obstétrica para Matronas. *NPunto*, 3(24), 44-97. <http://bit.ly/ws/BGjT>

El uso óptimo de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor en el parto requiere una preparación previa por parte de la mujer, de forma que conozca las posibilidades existentes y sus preferencias personales, por lo que la preparación al nacimiento desde el embarazo es fundamental. En este sentido, la psicoprofilaxis obstétrica (PPO) supone un método que proporciona a la mujer una preparación integral, teórica, física y psicoafectiva para que la vivencia del proceso de parto se de en las mejores condiciones, forjando una experiencia satisfactoria y fortaleciendo la participación y el rol activo de la persona acompañante. Esta preparación se basa en el uso combinado o por separado de las diferentes técnicas mencionadas previamente (hipnosis, visualización, relajación, respiración), que sean de preferencia por parte de la gestante<sup>117,118</sup>.

### 8.13. Otras técnicas

Existen otras técnicas no farmacológicas de alivio del dolor en el parto sobre las que la evidencia científica es limitada, sin embargo, algunos ensayos clínicos recomiendan su utilización, y pueden resultar un recurso útil para el manejo del dolor durante el parto para numerosas gestantes. Algunas de estas técnicas se han relacionado con disminución de la ansiedad y la tensión muscular, mayor distracción de la atención al dolor y reducción de su percepción, y mejora de las expectativas del trabajo de parto<sup>115</sup>.

# 9.

## Posiciones durante la primera fase del parto



## Capítulo 9.

# Posiciones durante la primera fase del parto

La evidencia científica apoya la idea de que las posiciones verticales y la deambulación durante la primera fase del parto, comparadas con las posiciones recostadas, reducen la duración de esta fase, así como el riesgo de intervenciones médicas como cesáreas, y la necesidad de analgesia epidural, ya que permite a la mujer adoptar posiciones que alivian el dolor, con lo que mejora así mismo su comodidad y sensación de control<sup>119</sup>.

Las posiciones recostadas no permiten la deambulación de la mujer y limitan la movilidad de la pelvis en mayor o menor medida. El decúbito supino está contraindicado dado que la compresión que ejerce el útero gestante en la aorta-ca-va puede comprometer tanto a la madre como el bienestar fetal<sup>119</sup>. Una postura intermedia, entre sentada y tumbada con un ángulo mayor de 45 grados del torso con respecto a las piernas, estaría dentro de este grupo. La posición en decúbito lateral puede ser una alternativa para procurar periodos de descanso y es una postura adecuada cuando la mujer opta por utilizar analgesia epidural.

Las posiciones recostadas se adoptan mayoritariamente cuando la libertad de movimientos está limitada, como puede ser el caso de gestantes que optan por el uso de analgesia epidural. En estos casos es la matrona la que debe aconsejar sobre la posición a adoptar en función del progreso del trabajo de parto y la estática fetal. Para ello es necesario conocer la repercusión que tiene sobre las dimensiones de la pelvis las distintas posturas y en función de ésta, qué movimientos se pueden reproducir para ampliar los diámetros, ya que en esta circunstancia la gestante no va a realizarlos de forma espontánea.

### 119.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. The Cochrane data-base of systematic reviews, (10), CD003934.  
<http://bit.lyws/BELH>



Las posiciones verticales permiten a la gestante moverse libremente y beneficiarse del efecto de la movilidad en las dimensiones de la pelvis. Buscando el alivio de la sensación dolorosa, puede realizar movimientos de balanceo, de flexión y extensión de miembros inferiores, de abducción y aducción de estos, con o sin asimetrías. La mayoría de estas posiciones mantienen el sacro libre, permitiendo los movimientos de nutación y contranutación del mismo y el acomodo de la presentación fetal en el estrecho superior de la pelvis. Por otro lado, facilitan el alineamiento fetal y optimizan el efecto de la gravedad sobre la presentación fetal<sup>120,121,122</sup>. Estas posiciones pueden ir alternándose por la mujer según su preferencia, permitiendo además el uso de otros métodos como la ducha, masajes, calor o la pelota de parto. Entre las posiciones verticales encontramos:

**Sentada**

Pueden utilizarse la pelota de parto y acompañarse de movimientos de balanceo.

**De pie**

En esta postura la fuerza de las contracciones es mayor<sup>122</sup>. Puede ser adoptada de distintas maneras: apoyada con las manos en la pared con las piernas bien separadas, oscilando y girando las caderas, inclinándose hacia delante con los antebrazos apoyados en la pared y los hombros bien relajados, o apoyada sobre su acompañante.

**De rodillas**

La mujer puede apoyar los brazos en la cama u otra superficie para estar más cómoda, y combinar distintos movimientos de balanceo y asimetrías.

**120.**

Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 466. <http://bit.ly/ws/BELy>

**121.**

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. The Cochrane database of systematic reviews, 5(5), CD002006. <http://bit.ly/ws/BEKS>



## 122.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. The Cochrane database of systematic reviews, (10), CD003934. <http://bit.ly/ws/BELH>

## 123.

Bonapace, J., Gagné, G., P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC, 40(2), 227-245. <http://bit.ly/ws/BELC>

### Cuadrupedia o manos-pies

Esta posición es útil cuando el dolor es en la zona lumbar; el masaje, la contrapresión y el calor alivian mucho. Es muy útil para intentar que roten las presentaciones posteriores; también se puede hacer con los antebrazos planos en el suelo.

### En cuclillas

Culturalmente es una postura poco adoptada en nuestro entorno, por lo que no es fácil de mantener en el tiempo<sup>121</sup>. Sin embargo, su combinación con asimetría y balanceo puede ser buscado espontáneamente por la mujer y ser útil en el proceso de parto. La silla de partos puede facilitar el mantener esta postura.

La libre movilidad y adopción de distintas posturas por parte de la mujer no se ha asociado con efectos negativos sobre la madre o el feto. Por el contrario, se han reportado beneficios sobre los patrones anormales de FCF y efecto positivo evitando malposiciones al mejorar la capacidad de adaptación a los diámetros pélvicos<sup>121,122</sup>.

Por tanto, las gestantes deben ser informadas de los beneficios de la movilidad y la adopción de diferentes posturas, ser apoyadas cuando así deciden que transcurra esta fase del parto y animadas a moverse según sus sensaciones, adoptando aquellas posturas que les proporcionan mayor comodidad<sup>122,123</sup>. Sin embargo, las matronas pueden sugerir posiciones específicas que aportan beneficios sobre el confort materno y el progreso del trabajo de parto, o para corregir un problema fetal o materno, por ejemplo: desaceleración, hipotensión materna o mala posición cabeza fetal.

# 10.

## El nacimiento



**124.**

Public Health Agency of Canada. (2018). Chapter 4: Care during labor and birth. <http://bitlyws/BELX>

**125.**

Departament de Salut. (2013) Generalitat de Catalunya. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. <http://bitlyws/BEKR>

**126.**

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <http://bitlyws/BEJX>

**127.**

Wright, A., Nassar, A. H., Visser, G., Ramasauskaite, D., & Theron, G. (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 152(2), 172–181 <http://bitlyws/BELd>

**128.**

World Health Organization (2020). Labour Care Guide. User's manual. World Health Organization. <http://bitlyws/BELZ>

**129.**

Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Social. (2013). Estrategia de atención al parto normal en el Servicio Extremeño de Salud (SES). Cáceres: SES; 2013.

**130.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <http://bitlyws/BEKL>

## Capítulo 10. El nacimiento

El nacimiento o periodo expulsivo es el segundo periodo del parto y transcurre entre el momento en que se produce la dilatación completa del cuello uterino y la expulsión fetal<sup>124</sup>.

Se divide en dos fases<sup>125,126,127</sup>:

- **Fase pasiva**, que se inicia cuando el cuello uterino está totalmente dilatado, se produce el descenso del feto, pero la gestante no siente la necesidad de pujar.
- **Fase activa**, cuando el cuello uterino está totalmente dilatado, el feto es visible en el canal del parto y la mujer siente la necesidad involuntaria de pujar.

La duración del periodo expulsivo activo es variable de una mujer a otra. En las gestantes nulíparas se suele completar en unas 3 horas y en las multiparas en unas 2 horas<sup>127,128</sup>. El tiempo puede aumentar si se les ha administrado anestesia epidural<sup>127,129,130</sup>.

Si a pesar de tener buena dinámica uterina no progresa el expulsivo, durante 2 horas en la mujer nulípara o 1 hora en la que ya ha parido, se considera que hay una prolongación de la segunda fase del parto<sup>124,127</sup>. Un periodo expulsivo activo prolongado se asocia a fiebre materna, corioamnionitis, pH de cordón umbilical más bajo, desgarros de tercer y cuarto grado y hemorragia posparto<sup>125,127</sup>.

En este periodo de parto, la expulsión del feto de la cavidad uterina produce una retracción del útero y una disminución de la circulación placentaria que reduce la oxigenación fetal de forma gradual. Las contracciones intensas y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación uteroplacentaria. Este descenso de la oxigenación fetal se acompaña de un cierto grado de acidosis fetal<sup>127</sup>.



## 10.1. Pujos

Existen dos formas de realizar pujos: de forma espontánea o de forma dirigida mediante maniobra de Valsalva<sup>131</sup>.

### Pujos espontáneos

En los pujos espontáneos la gestante puja libremente con la glotis abierta cuando siente el impulso. Este impulso involuntario se produce cuando la contracción alcanza 30 mm/Hg de intensidad y la presentación fetal distiende los músculos del suelo pélvico. El pujo espontáneo desencadena de tres a cinco pujos espiratorios cortos (4 a 6 segundos) en cada contracción.

### Pujos dirigidos mediante maniobra de Valsalva

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

A pesar de que hay autores que no describen claras diferencias entre los tipos de pujos con referencia a: la duración del periodo expulsivo, las laceraciones perineales, el tiempo de pujo o los resultados neonatales<sup>130</sup>, en numerosas guías clínicas se recomienda evitar los pujos dirigidos y en apnea puesto que aumentan el daño de la musculatura y de los ligamentos del suelo pélvico e incrementan las anomalías de la frecuencia cardíaca fetal<sup>130,131,132</sup>. Si el pujo es ineficaz se pueden utilizar estrategias para ayudar al parto como un cambio de posición de la gestante, vaciado de vejiga o estímulo<sup>133</sup>.

En las guías de actuación para la atención al parto normal, se recomienda establecer el pujo espontáneo en mujeres sin anestesia epidural de forma sistemática. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta la fase activa de la segunda etapa de parto a menos que se superen los tiempos recomendados<sup>131,134</sup>.

### 131.

Lemos, A., Amorim, M. M., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J. E., & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(3). <http://bit.ly/BS/BLU>

### 132.

Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya, Associació Catalana de Llevadores, Federació de Asociaciones de Matronas de España, & Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2018). Guía de asistencia al parto en casa. <http://bit.ly/BS/BEKN>

### 133.

Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Social. (2013). Estrategia de atención al parto normal en el Servicio Extremeño de Salud (SES). Cáceres: SES; 2013.

### 134.

Public Health Agency of Canada. (2018). Chapter 4: Care during labor and birth. <http://bit.ly/BS/BELX>

### 135.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <http://bit.ly/BS/BEJX>

**136.**

Wright, A., Nassar, A. H., Visser, G., Ramasauskaite, D., & Theron, G. (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(2), 172–181  
<http://bit.ly/ws/BELd>

**137.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization.  
<http://bit.ly/ws/BEKL>

**138.**

Grobman, W. A., Bailit, J., Lai, Y., Reddy, U. M., Wapner, R. J., Varner, M. W., Caritis, S. N., Prasad, M., Tita, A. T. N., Saade, G., Sorokin, Y., Rouse, D. J., Blackwell, S. C., & Tolosa, J. E. (2016). Association of the Duration of Active Pushing With Obstetric Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 127(4), 667–673.  
<http://bit.ly/ws/BELT>

**139.**

Yee, L. M., Sandoval, G., Bailit, J., Reddy, U. M., Wapner, R. J., Varner, M. W., Caritis, S. N., Prasad, M., Tita, A. T. N., Saade, G., Sorokin, Y., Rouse, D. J., Blackwell, S. C., & Tolosa, J. E. (2016). Maternal and Neonatal Outcomes With Early Compared With Delayed Pushing Among Nulliparous Women. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1039–1047.  
<http://bit.ly/ws/BEMh>

La Organización Mundial de la Salud recomienda para las mujeres con anestesia epidural dirigir los pujos una vez completada la fase pasiva o cuando la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para evaluar y controlar la hipoxia perinatal<sup>135</sup>. En estas mujeres, el retraso en el inicio del pujo reduce el tiempo de pujo y aumenta la probabilidad de un parto vaginal espontáneo. Sin embargo, estos pujos retrasados aumentan la duración del expulsivo, lo que puede incrementar la morbilidad materna y fetal<sup>131,134,138,139</sup>. Por ello, los autores concluyen que las ventajas e inconvenientes entre el pujo espontáneo o dirigido no están claras por lo que se debe alentar a las mujeres a que pujen según sus preferencias<sup>131</sup>.

No existen estudios que sostengan que es beneficioso instruir a las mujeres a no emitir ningún ruido o grito, ni a expulsar aire mientras empuja en la fase expulsiva, ni a empujar con una fuerza o duración determinada. Por el contrario, se debe animar a la gestante a la producción de sonidos puesto que la ayudarán a mantener su garganta abierta y la mandíbula y los hombros relajados<sup>132</sup>.

## 10.2. Maniobra de Kristeller

Entre las maniobras usadas en la segunda etapa del parto, la maniobra de Kristeller es una de las más controvertidas puesto que se desconoce su prevalencia, no se ha demostrado su efectividad para reducir la segunda etapa de parto ni incrementar el número de partos vaginales, además, puede ser causa de yatrogenia. En las guías de práctica clínica sobre la atención al parto normal no se recomienda su uso puesto que se considera un procedimiento que no aporta beneficios<sup>137</sup>.

## 10.3. Sondaje vesical

Al iniciar el periodo expulsivo se debe preguntar a la mujer si desea miccionar y/o valorar la existencia de globo vesical. Hay que evitar la cateterización vesical siempre que sea posible ya que esta práctica es molesta para la mujer y no está exenta de riesgos como la infección de orina o la lesión de la uretra. Este sondaje carece de sentido si se permite a las mujeres deambular libremente y utilizar el baño cuando lo precisen<sup>131</sup>.

# 11.

## Posiciones durante el nacimiento



**140.**

Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Social. (2013). Estrategia de atención al parto normal en el Servicio Extremeño de Salud (SES). Cáceres: SES; 2013.

**141.**

Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya, Associació Catalana de Llevadores, Federación de Asociaciones de Matronas de España, & Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2018). Guía de asistencia al parto en casa. <http://bit.ly/ws/BEKN>

**142.**

Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., Korstjens, I., & Lagro-Janssen, T. (2014). The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision-Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 277-285. <http://bit.ly/ws/BEKU>

**143.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <http://bit.ly/ws/BEKL>

**144.**

Zileni, B. D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K.-K., Zileni, C. W., & Muller, A. (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth*, 30(1), e1-e8. <http://bit.ly/ws/BELh>

## Capítulo 11.

# Posiciones durante el nacimiento

Las posiciones que adoptan las gestantes durante el parto responden a diferentes factores, especialmente de tipo cultural, por lo que parece difícil determinar cuál sería la conducta instintiva de las personas que habitan en países desarrollados. No obstante, en gestantes que viven en zonas menos desarrolladas y que no están tan influidas por la «tecnología» en el parto, se puede observar cómo adoptan posiciones más «fisiológicas», buscando la verticalidad (cuclillas, cuadrupedia, bipedestación, etc.)<sup>140</sup>.

Durante la gestación, es conveniente informar y mostrar, mediante gráficos, las diferentes posiciones que pueden adoptar durante el expulsivo, así como las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, de este modo cada persona puede elegir de forma informada la posición más idónea para parir. Se debe fomentar que las mujeres tengan el parto en la posición más cómoda para ellas, priorizando sus preferencias y deseos a través de un proceso de toma de decisiones, compartido con la matrona, que considere todas las circunstancias clínicas<sup>141,142,143,144</sup>.



Las matronas han de apoyar a las gestantes en la búsqueda y uso de diferentes posiciones de parto en las que se encuentren cómodas, de este modo se contribuye a la experiencia positiva del parto<sup>145</sup>.

Sería conveniente abandonar el uso de la mesa obstétrica tradicional para los partos normales, y podría usarse una cama normal en caso de que la mujer elija parir en la cama o utilizar las camas obstétricas articuladas automatizadas que permiten diferentes posiciones<sup>146</sup>.

A pesar de que se ha demostrado el beneficio que aporta la gravedad en las posiciones verticales, en estas posiciones también se puede producir un aumento de sangrado superior a 500 ml. y un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado<sup>146,147,148</sup>.

En general, las posiciones alternativas a las supinas presentan una serie de ventajas evidentes, especialmente sobre la posición de litotomía<sup>148</sup>:

- Acortamiento del segundo periodo del parto, principalmente en las mujeres nulíparas. En estas posiciones la mecánica del parto se ve favorecida por la ampliación de los diámetros de la pelvis y por la utilización de la gravedad<sup>146,149</sup>.
- Disminución del dolor y de la necesidad de analgesia. La posibilidad de que la mujer pueda elegir la posición en que le resulta más cómoda estar, así como cuándo y cómo iniciar los pujos, aumenta el flujo de endorfinas y disminuye la sensación dolorosa. Las posiciones verticales, sentadas y de rodillas, parecen reducir el dolor lumbar de las contracciones y disminuyen la necesidad de analgesia<sup>149</sup>.

#### 145.

Wright, A., Nassar, A. H., Visser, G., Ramasauskaite, D., & Theron, G. (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(2), 172–181 <http://bit.ly/ws/BELd>

#### 146.

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), CD002006. <http://bit.ly/ws/BEKS>

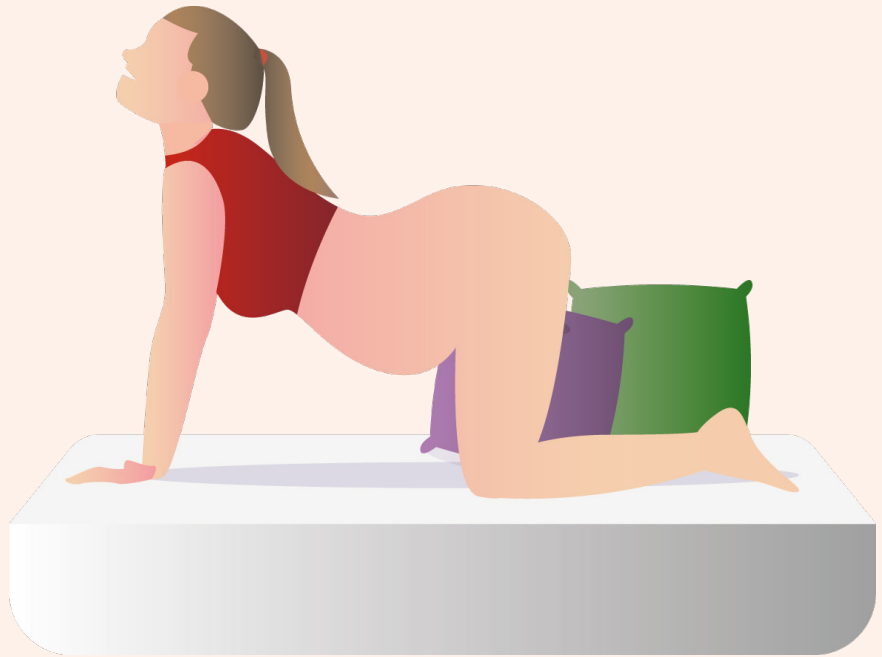
#### 147.

Departament de Salut. (2013). Generalitat de Catalunya. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. <http://bit.ly/ws/BEKR>

#### 148.

Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Social. (2013). Estrategia de atención al parto normal en el Servicio Extremeño de Salud (SES). Cáceres: SES; 2013.



**149.**

Ondeck, M. (2019). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 81–87. <http://bit.ly/ws/BEKZ>

**150.**

Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(11). <http://bit.ly/ws/BEL4>

**151.**

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <http://bit.ly/ws/BEKL>

**152.**

Barasinski, C., Debost-Le-grand, A., Lémery, D., & Vendittelli, F. (2018). Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 56, 79–85. <http://bit.ly/ws/BEKP>

- Mejora de la dinámica uterina. Con las posiciones verticales aumenta la eficacia de las contracciones uterinas (más intensa y menos frecuente). La oxitocina se secreta en forma de pulsos por el mecanismo reflejo relacionado con la estimulación del cuello uterino durante el parto (efecto Ferguson-Harris). Cuando la mujer adopta cualquier posición vertical, se produce una mayor presión de la presentación fetal sobre el cuello del útero que propicia la liberación de oxitocina<sup>146,149</sup>.

- Disminución de partos instrumentales y cesáreas. Las posiciones verticales mejoran la estática fetal, disminuyen el porcentaje de mal posiciones de la cabeza fetal y favorecen un mejor alineamiento. Además, las posiciones verticales (especialmente las de cuclillas y cuadrupedia) incrementan los diámetros pélvicos<sup>146,149,150</sup>.

- Menor porcentaje de patrones anómalos de la frecuencia cardíaca fetal por una disminución en el riesgo de compresión de los grandes vasos de la pelvis y una mejor oxigenación fetal<sup>151</sup>.

- Una disminución en el porcentaje de episiotomías<sup>146</sup>.

- Mayor satisfacción de las gestantes que utilizan posiciones verticales móviles. Las mujeres sienten que tienen el control de sus partos cuando pueden decidir la posición a adoptar durante el expulsivo<sup>149,150</sup>.

Para las mujeres de nuestro medio es difícil adoptar posiciones «alternativas» a las que tradicionalmente han visto como «normales», y para las/los profesionales que asisten los partos es necesaria una formación específica para aprender a asistir partos en diferentes posiciones, así como los beneficios y las desventajas de cada posición<sup>152</sup>.

# 12.

## El periné durante el nacimiento



**153.**

Ballesteros-Meseguer, C., Carrillo-García, C., Meseguer-de-Pedro, M., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2016). Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <http://bit.ly/ws/BGm8>

**154.**

Camacho-Morell, F., García-Barba, I., López-Simó, A., & Belda-Pérez, A. (2017). Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas Prof.*, 18(3), 98-104. <http://bit.ly/ws/BGmt>

**155.**

Departament de Salut. (2013). Generalitat de Catalunya. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. <http://bit.ly/ws/BEKR>

**156.**

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5). <http://bit.ly/ws/BEKS>

**157.**

García-Laúsin, L., Pérez-Botella, M., Duran, X., Rodríguez-Pradera, S., Gutierrez-Martí, M. J., & Escuriet, R. (2019). Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. *Midwifery*, 70, 76-83. <http://bit.ly/ws/BGmE>

**158.**

Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Sadat, Z., & Mesdaghinia, E. (2019). Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(2), 206-211. <http://bit.ly/ws/BGkW>

## Capítulo 12.

# El periné durante el nacimiento

### 12.1. Factores que influyen en las lesiones perineales

En el momento del parto, es frecuente que la zona perineal sufra algún daño de mayor o menor importancia. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición como son:

#### Paridad

La nuliparidad es una causa de traumatismo perineal ampliamente estudiada y se relaciona con un mayor riesgo de sufrir un desgarro perineal grave o una episiotomía<sup>153,154</sup>.

#### El tiempo de expulsivo

Una segunda etapa de parto prolongada es un factor predisponente a los desgarros perineales graves y la práctica de episiotomía<sup>155</sup>.

#### Posición en el expulsivo

La posición que se adopta durante el periodo expulsivo de parto determina en gran medida el posible trauma perineal<sup>156</sup>:

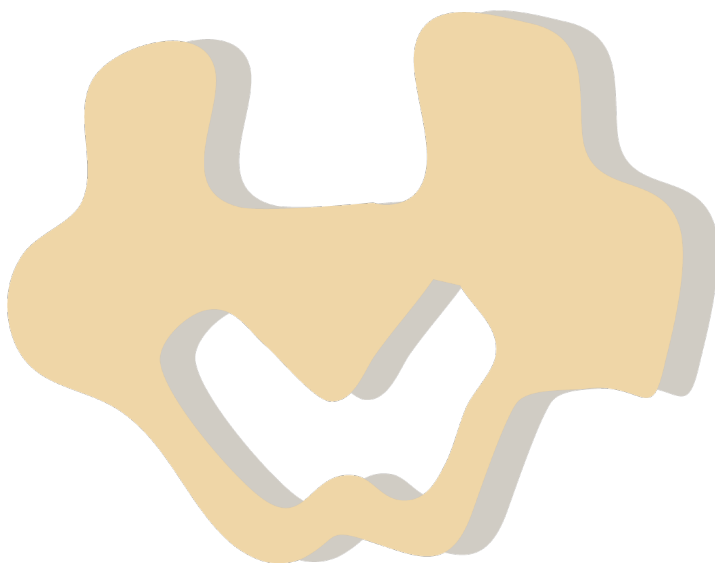
- En las posiciones verticales (bipedestación y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se contrarresta, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Se producen más desgarros graves en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, cuadrupedia o bipedestación) que en las posiciones verticales con apoyo (taburete o silla de partos).
- La posición lateral reduce la tensión perineal, por lo que aumenta la tasa de perinés intactos y, como sucede también en la posición semisentada, hay una disminución de los desgarros graves.
- La posición de litotomía es la posición en la que se producen más desgarros graves y más episiotomías<sup>153,154,157</sup>.

#### Macrosomía fetal

El peso de la RN no es un factor determinante para la práctica de episiotomías en el parto vaginal espontáneo. Sin embargo, la macrosomía fetal (aumento del peso y del perímetro cefálico) aumenta el riesgo de traumatismo perineal o de episiotomía<sup>158,159</sup>.

#### Analgesia epidural

El uso de analgesia epidural no se asocia con desgarros graves ni con el incremento de episiotomías<sup>160</sup>.



## 12.2. Cuidados del periné

### 12.2.1. Masaje perineal

En gestantes nulíparas, el masaje perineal durante el embarazo reduce el riesgo de desgarro<sup>161</sup>. Si se realiza de forma diaria a partir de las 32-35 semanas de gestación, conjuntamente con un programa de entrenamiento para fortalecer el suelo pélvico, el masaje perineal es efectivo para disminuir las episiotomías y los desgarros graves, el dolor posparto y aumentar el número de perinés íntegros<sup>162,163</sup>.

Existe controversia respecto a realizar masaje durante el periodo expulsivo del parto. Algunos autores recomiendan utilizar lubricante y realizar el masaje con los dedos índice y medio para prevenir los traumatismos perineales graves y aumentar los perinés íntegros<sup>159,164,165</sup>. En algunas guías clínicas, aunque el masaje perineal no se considera perjudicial, no se aconseja su realización puesto que puede producir edema vulvar<sup>155,161,166</sup>.

### 12.2.2. Termoterapia

La aplicación de termoterapia en el periné durante el periodo expulsivo de parto, en forma de compresas empapadas con agua caliente, es un método inocuo que aumenta la incidencia de perinés íntegros, reduce las episiotomías y las lesiones perineales graves, como son los desgarros de tercer y cuarto grado y el dolor durante el expulsivo y en los primeros tres días posparto<sup>164,167,168</sup>.

### 12.2.3. Protección perineal

La preocupación por el aumento de las tasas de desgarros de tercer y cuarto grado, y de que esto podría atribuirse en parte a una protección perineal inadecuada, genera mucho debate entre la técnica de protección activa del periné y la técnica de no intervención manteniendo las manos sobre el periné.

#### 159.

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. <http://bit.ly/bs/BEKL>

#### 160.

García-Laúsin, L., Pérez-Botella, M., Duran, X., Rodríguez-Pradera, S., Gutiérrez-Martí, M. J., & Escuriel, R. (2019). Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. *Midwifery*, 70, 76–83. <http://bit.ly/bs/BGmE>

#### 161.

Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya, Associació Catalana de Llevadores, Federació de Asociaciones de Matronas de España, & Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2018). Guía de asistencia al parto en casa. <http://bit.ly/bs/BEKN>

#### 162.

Abdelhakim, A. M., Eldesouky, E., Elmagd, I. A., Mohammed, A., Farag, E. A., Mohammed, A. E., Hamam, K. M., Hussein, A. S., Ali, A. S., Keshta, N. H. A., Hamza, M., Samy, A., & Abdel-Latif, A. A. (2020). Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal*, 31(9), 1735–1745. <http://bit.ly/bs/BGkZ>

#### 163.

Leon-Larios, F., Corrales-Gutiérrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*, 50, 72–77. <http://bit.ly/bs/BGmY>

**164.**

Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018(6). <http://bit.lyws/BGkR>

**165.**

Aquino, C. I., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 33(6), 1051-1063. <http://bit.lyws/BGm7>

**166.**

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <http://bit.lyws/BEJX>

**167.**

Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen G, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 240, 93-98. <http://bit.lyws/BGn5>

**168.**

Terré, C., Beneit, J., Gol, R., Garriga, N., & Ferrer, A. (2014). Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorio. Matronas Prof, 15(4), 122-9. <http://bit.lyws/BGnn>

**169.**

Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D., & Ismail, K. (2015). Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122(9), 1157-1165. <http://bit.lyws/BGmo>



Por una parte, la OMS recomienda la protección activa del periné durante el periodo expulsivo del parto puesto que esta intervención puede ayudar a reducir los desgarros perineales graves, aunque no las episiotomías. Consiste en aplicar una presión adecuada del pulgar y el dedo índice de la mano dominante del profesional que asiste al parto sobre el periné posterior durante el expulsivo para reducir la tensión tisular en toda la musculatura perineal. Mientras tanto, la otra mano sujeta la cabeza para que ésta salga suavemente; la salida de los hombros se maneja de forma activa<sup>159,169</sup>.

Por otra parte, en recientes metaanálisis se concluye que hay poca diferencia entre ambas técnicas en cuanto a los desgarros perineales, aunque la técnica de protección activa se asocia a mayor tasa de desgarros de tercer grado<sup>170</sup>. La técnica de no intervención, manteniendo las manos sobre el periné, aumenta el número de perinés intactos, reduce las episiotomías y el dolor perineal<sup>169,170</sup>.

La guía NICE recomienda ambas técnicas, protección activa o no intervención, como cuidados para favorecer el parto espontáneo. La elección ha de depender del buen juicio clínico y la habilidad del profesional que atiende al parto<sup>166</sup>.

El uso de técnicas para un nacimiento controlado como disminuir la velocidad del expulsivo, mantener la deflexión controlada de la cabeza fetal pidiendo a la mujer que no puje, permiten reducir las tasas de episiotomía, de sutura y de desgarros graves especialmente en mujeres nulíparas<sup>155,171</sup>.

Se han realizado programas de intervención que incluyen no solo protección manual del periné, sino también otros aspectos del parto controlado, como una buena comunicación entre la matrona y la mujer, una posición de expulsivo que permita la visualización del periné e indicaciones claras sobre el uso de la episiotomía. Estos autores concluyen que la protección perineal debe considerarse como parte de una serie de intervenciones coordinadas que tienen lugar durante los últimos minutos del parto, entre las que se encuentran una buena comunicación con las mujeres y empoderarlas para regular su pujo<sup>169</sup>.

### 12.3. La episiotomía

Según la OMS el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal puesto que se asocia a un mayor riesgo de morbilidad. Se recomienda no sobrepasar un porcentaje del 10% de episiotomías<sup>155</sup>. Se ha demostrado que el hecho de no realizar episiotomía no aumenta los desgarros graves en el parto normal. Incluso hay estudios que asocian la episiotomía a los desgarros graves, puesto que las mujeres a las que no se les practicó tuvieron una menor incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado<sup>172,173</sup>.

La episiotomía restrictiva frente a la sistemática incrementa el número de mujeres con periné intacto, por lo que disminuye la necesidad de reparación perineal y las complicaciones en la cicatrización o de dolor al alta hospitalaria<sup>155,173</sup>. Las episiotomías se han identificado como un factor de riesgo tanto para el dolor perineal como para la dispareunia en comparación con el traumatismo perineal de segundo grado en mujeres primíparas<sup>174</sup>. En función de estos datos, se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía, y realizarla únicamente en la indicación de riesgo de pérdida del bienestar fetal o en partos instrumentados<sup>155,172</sup>.

Antes de llevar a cabo una episiotomía se deberá comprobar que la analgesia sea eficaz y, cuando se realiza, la técnica recomendada es la episiotomía medio lateral realizada con un ángulo respecto al eje vertical entre 45 y 60 grados, para preservar el esfínter. Se debe evitar realizar la episiotomía media, ya que está asociada a un mayor número de lesiones del esfínter anal<sup>155</sup>.

#### 170.

Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2021). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(6), 993–1001. <http://bit.ly/ws/BGnj>

#### 171.

Begley, C., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C., & Smith, V. (2019). A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact. *Women and Birth*, 32(1), 87–97. <http://bit.ly/ws/BGmx>

#### 172.

Committee on Obstetric Practice. (2015). ACOG Committee Opinion No. 647 Limitations of Perineal Lacerations as an Obstetric Quality Measure. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5), e108–e111. <http://bit.ly/ws/BGmx>

**173.**

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(2).  
<http://bit.ly/ws/BGmQ>

**174.**

O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1), 196.  
<http://bit.ly/ws/BGne>

**175.**

Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K. M. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews.  
<http://bit.ly/ws/BGmV>

## 12.4. Sutura de las lesiones perineales

En los desgarros de primer grado, si no hay sangrado y la piel está bien aproximada, no se precisa sutura. Se recomienda la reparación de los desgarros de segundo grado y de episiotomías utilizando la técnica de sutura continua en todos los planos. Si la piel está bien aproximada no es necesario suturar, pero si requiere aproximación se realizará una sutura intradérmica continua. Estas recomendaciones reducen el dolor perineal en los días siguientes al parto<sup>155</sup>.

Se recomienda la utilización de material sintético de reabsorción normal para la sutura de la herida perineal puesto que produce menor dolor a la mujer en los primeros días después del parto. Estos puntos sintéticos no siempre se absorben rápidamente y algunas mujeres necesitan que se los retiren. A este respecto, la sutura sintética de rápida absorción reduce la necesidad de retirar restos de sutura, pero aumenta el número de dehiscencias. La habilidad de la persona que realiza la sutura puede influir también sobre el grado de dolor y la forma en que cicatrizan las heridas perineales<sup>175</sup>.



# 13.

## Alumbramiento





## Capítulo 13.

### El alumbramiento

Es el periodo comprendido desde el nacimiento hasta la salida de la placenta y se produce en un tiempo variable en cada parto. El útero se contrae una vez que se ha expulsado la placenta para disminuir el sangrado excesivo.

Está comprobado que la administración de fármacos en el alumbramiento (manejo activo) disminuye la posibilidad de hemorragia postparto. El alumbramiento dirigido puede hacerse en todos los partos (vaginales, instrumentales o por cesárea) y también en un entorno no hospitalario<sup>176,177</sup>.

#### 176.

Departament de Salut.  
(2020). Protocol d'Atenció i Acompanyament al Naixement. Secretaria de Salut Pública de Catalunya.  
<http://bitlyws/BEKH>

#### 177.

World Health Organization.  
(2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization.  
<http://bitlyws/BEKL>

La duración del alumbramiento se considera prolongada si no se produce en los 30 minutos posteriores al nacimiento de la criatura en un manejo activo y 60 minutos en el alumbramiento espontáneo<sup>176</sup>.

La tracción controlada del cordón es una opción en partos vaginales cuando se considera importante una disminución de las pérdidas de sangre y/o acortar así la duración de la tercera etapa del parto<sup>177</sup>.

Tras la expulsión de la placenta y comprobar que el útero está contraído y se ha formado el globo de seguridad es necesario revisar la placenta y las membranas con la finalidad de comprobar que se han expulsado en su totalidad y no presentan ninguna anomalía<sup>176</sup>.

# 14.

## **Atención inmediata a la criatura recién nacida sana**



## Capítulo 14.

# Atención inmediata a la criatura recién nacida sana

### 178.

Sánchez Luna, M., Pallás Alonso, C. R., Botet Mussons, F., Echániz Urcelay, I., Castro Conde, J. R., & Narbona, E. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71(4), 349–361 <http://bit.ly/ws/BEKa>

### 179.

Zeballos et al. (2017). Adaptación de las recomendaciones internacionales en estabilización y reanimación neonatal 2015. *Anales de Pediatría*, 86(1):51. e1-51. e9. <http://bit.ly/ws/BEKm>

### 180.

Foster, J. P., Dawson, J. A., Davis, P. G., & Dahlen, H. G. (2017). Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4). <http://bit.ly/ws/BGmV>

El nacimiento de una criatura recién nacida (RN) sana y vigorosa después de una gestación a término representa una de las situaciones más frecuentes en la atención al parto, en la que es necesario evitar un exceso de intervenciones, ya que puede llegar a ser perjudicial para la RN y además, privar a la familia del disfrute de un acontecimiento feliz y dificultar el establecimiento del vínculo familiar. Las/los profesionales deben intervenir sólo para corregir desviaciones de la normalidad y para favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, mediante el respeto de la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres y sus hijas/os. Es importante, antes del nacimiento, conocer la evolución de la gestación para determinar si existe algún factor de riesgo que pueda tener alguna repercusión en la RN, y planificar la atención inmediata.

La Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología<sup>178</sup> propone el siguiente decálogo como básico para que se respete y aplique a las RN sanas:

1. Enfocar los cuidados primando el bienestar de la RN y velar por sus derechos.
2. Respetar las preferencias de las madres/padres.
3. Minimizar las interferencias en la adaptación a la vida extrauterina.
4. Facilitar y promover la aparición del vínculo madre/padre hija/o.
5. No separar a la RN de su madre.
6. Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
7. Aconsejar a los padres sobre los cuidados de la RN y la vigilancia de los signos de alarma.
8. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica de la RN.
9. Profilaxis oftálmica neonatal.
10. Realizar el cribado endocrino-metabólico y el de la hipoacusia.



Tras el nacimiento, la mayoría de las RN (85%)<sup>179</sup> solo va a precisar cuidados de rutina, pinzamiento tardío del cordón umbilical (PTC) y contacto materno piel con piel (CPP). No es necesaria la aspiración sistemática de las vías respiratorias, puesto que no se dispone de evidencia suficiente de sus beneficios o riesgos<sup>180,181</sup>. No se recomienda el paso de ninguna sonda en el período postnatal inmediato ni posteriormente a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología<sup>182</sup>. Se recomienda la vigilancia por una/un profesional experto durante las dos primeras horas de vida para detectar cualquier alteración o signo clínico que pueda hacer sospechar la presencia de alguna patología en la RN<sup>183</sup>.

### 14.1. Contacto piel con piel

Después del nacimiento, la RN debe permanecer caliente y seca para prevenir el descenso de la temperatura, e impedir el mayor consumo de oxígeno, ya que pierde calor con facilidad. Esto se debe a varios factores: mecanismo termogénico insuficientemente desarrollado o inmaduro, gran superficie corporal, escaso aislamiento térmico de la RN y condiciones ambientales al nacimiento que favorecen la pérdida de calor<sup>184,185</sup>. Para prevenir la hipotermia se recomienda realizar el CPP inmediato e ininterrumpido tras el parto, colocando a la RN en decúbito prono, desnuda, con la cabeza ladeada sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre durante los primeros 120 minutos tras el nacimiento. Para mantener caliente a la RN, se recomienda secarla y cubrirla con una toalla o manta, previamente calentadas. Se debe evitar la separación de la RN de su madre para llevar a cabo los procedimientos posnatales de rutina<sup>186</sup>.

Durante este período se aconseja que la matrona mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre la madre y la RN<sup>182</sup>. Durante el CPP, la RN debe tener los labios sonrosados, respirar sin dificultad y tener fuerza (tono muscular). La matrona debe proporcionar información a la madre/padre y/o a la persona acompañante sobre los signos de alarma que son motivo de avisar a las/os profesionales sanitarios. Estos son, que la RN tenga los labios azulados o pálidos, que respire con dificultad o que emita un ruido (quejido) y que no tenga fuerza, que esté blanda (como una muñeca de trapo) o temblorosa.

Cuando el estado de salud de la madre no permita el CPP, poner a la RN sobre el pecho desnudo de la pareja, u otra persona que la madre/padre elija, le ayudará en la lactancia materna y disminuirá el tiempo del llanto<sup>183</sup>.

#### 181.

World Health Organization. (2018). WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization.  
<http://bit.ly/ws/BEKL>

#### 182.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. (2010). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Eusko Jaurlaritzaren Argitaipen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. <https://bit.ly/3mSRRSi>  
Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017). Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías del País Vasco-OSTEBA.  
<https://bit.ly/3TkMIEb>

#### 183.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social.  
<http://bit.ly/ws/BEJG>

La evidencia muestra que el CPP es altamente beneficioso para la madre y la RN porque disminuye el tiempo de llanto de la criatura, mejora la interacción de la madre con la RN, mantiene la temperatura corporal y la estabilidad cardiorrespiratoria de la criatura y facilita el inicio y mantenimiento de la lactancia natural. No se han encontrado efectos adversos<sup>187</sup>.

Para poner en marcha el CPP tras el parto se debe disponer de un protocolo por escrito y consensuado con todos los profesionales que participan en la atención a la mujer/pareja/familia y a su hija/o tras el parto<sup>183</sup>.

## 14.2. Pinzamiento del cordón umbilical

El momento del pinzamiento del cordón umbilical (CU) ha sido motivo de estudios clínicos que han intentado definir cuál es el mejor momento para realizarlo. Se cree que el pinzamiento precoz (en los primeros 60 segundos del nacimiento) reduce el riesgo de hemorragia postparto y de ictericia neonatal<sup>182</sup>. Sin embargo, existe evidencia que indica que el PTC, a los 2 o 3 minutos del nacimiento o cuando cesa el latido del CU, no tan solo no aumenta el riesgo de hemorragia materna, sino que proporciona unos beneficios para la RN entre los que cabe destacar: mejora su oxigenación, aumenta las concentraciones de hemoglobina y las reservas de hierro<sup>188</sup>.

Asimismo, el PTC no se asoció con un mayor riesgo de hiperbilirrubinemia durante el primer día de vida o riesgo de ictericia dentro de las 4 semanas en comparación con el grupo temprano<sup>189</sup>. En estudios recientes se ha evidenciado un incremento de la mielina cerebral en áreas importantes para el desarrollo funcional temprano<sup>190</sup>. Además, retrasar el pinzamiento del CU parece ser especialmente beneficioso para las RN prematuras y/o de bajo peso, puesto que disminuye la mortalidad y el riesgo de hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, sepsis tardía o la necesidad de transfusión sanguínea<sup>191</sup>.

Puesto que el PTC forma parte de la fisiología del nacimiento y ha demostrado numerosos beneficios para la RN, éste debe ser el manejo de elección en todos los partos. La Organización Mundial de la Salud recomienda PTC entre uno y tres minutos después del nacimiento, nunca antes de un minuto<sup>192,193</sup>.

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, recomienda el pinzamiento tardío y sugiere, como conveniente, el pinzamiento del CU a partir del segundo minuto o tras el cese del latido del CU<sup>182</sup>.

Por el contrario, podemos afirmar que el pinzamiento precoz del CU es una intervención no fisiológica, y por tanto evitable, que impide el proceso normal de la transfusión placentaria. Se recomienda el pinzamiento tardío, esperar al menos tres minutos o hasta que el cordón umbilical quede plano y blanco<sup>195</sup>.

### 184.

Aguilar Cordero, M. J. (2012). Tratado de enfermería del niño y el adolescente: cuidados pediátricos (M. J. Aguilar Cordero, Ed.). Elsevier.

### 185.

Medina Castellano, C. D., Aseguinolaza Chopitea, L., Serrano Parra, M. D., Rovira Gil, E., Rodríguez Ponce, C., Megias-Lizancos, F., Piriz Campos, R., Benavent Garcés, M. A., Francisco del Rey, C., Ruiz González, M. D., García López, M. V., Campo Osaba, M. A., Pradillo García, P., Torrens Sigalés, M. R., Toronjo Gomez, A. M., Martín Salinas, C., Ferrer Ferrandis, E., Martínez Barellas, M. R., Ramos Calero, E., González Carrión, P. (2009). Enfermería del niño y adolescente (2ª Edición ed.). Difusión Avances de Enfermería.

### 186.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. <http://bit.ly/ws/BEJX>



### 14.3. Inicio de la lactancia materna

El CPP de la madre/padre con su RN de forma inmediata e ininterrumpida, se ha demostrado que facilita la vinculación materno-filial y la aparición de conductas instintivas que facilitan el comienzo de la lactancia materna<sup>187,194</sup>. La evidencia recomienda realizar la primera toma en la primera hora tras el parto<sup>194</sup>, puesto que las RN están en situación de alerta y su reflejo de succión es intenso, además facilita el establecimiento de la lactancia materna y se relaciona con una mayor duración<sup>196</sup>.

En RN sanas, asintomáticas y sin riesgo de hipoglucemia, se puede observar y esperar que se agarren al pecho espontáneamente durante el período de CPP. El agarre espontáneo favorece un mejor acoplamiento de la boca al pecho. En caso de que la RN no muestre signos de búsqueda, la matrona ofrecerá apoyo y ayuda práctica a la madre con el agarre. Además, deben ayudar a las madres a encontrar la postura en la que se encuentren más cómodas y tengan menos problemas con el amamantamiento<sup>197</sup>.

Se recomienda utilizar la “postura de crianza biológica”<sup>®</sup> (madre semi-reclinada, RN colocada en prono sobre su cuerpo), que facilita la puesta en marcha de conductas instintivas en la madre y la RN, que favorecen el agarre espontáneo al pecho materno. Independientemente de la postura elegida, madre y RN deben estar en contacto estrecho, con la cabeza y el cuerpo de la RN bien alineados con la nariz a la altura del pezón, evitando posturas que obliguen a mantener el cuello girado o flexionado durante la toma<sup>182</sup>.

#### 187.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(11). <http://bit.lyws/BEJM>

#### 188.

McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(12). <https://bit.ly/3FrM5xr>

#### 189.

Rana, N., Ranneberg, L.J., Målvist, M., KC, A., Andersson, O. (2020). Delayed cord clamping was not associated with an increased risk of hyperbilirubinaemia on the day of birth or jaundice in the first 4 weeks. Acta Paediatr.; 109: 71–77 <http://bit.lyws/BEK9>

**190.**

Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Deoni, S. C. L., Dean, D. C., Collins, J., Parker, A. B., Wang, M., Joelson, S., Mercer, E. N., & Padbury, J. F. (2018). Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Pediatrics*, 203, 266-272. e2. <https://bit.ly/3JRnRiN>

**191.**

Rabe, H., Gyte, G. M., Díaz-Rossello, J. L., & Duley, L. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at pre-term birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(9). <http://bit.lyws/BEK6>

**192.**

World Health Organization. (2014). Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva, World Health Organization; 2014 <http://bit.lyws/BEK6>

Además, se sugiere el colecho seguro tanto en la maternidad como en el hogar como práctica que favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, aunque la evidencia no es concluyente<sup>198</sup>. La matrona debe informar a los progenitores sobre las condiciones que se han de dar para considerar un colecho seguro<sup>197</sup>:

- RN a término y sin problemas graves de salud.
- Alimentación de la RN con lactancia materna exclusiva y a demanda.
- Ninguno de los adultos que comparta cama con el lactante:
  - Fuma
  - Consume alcohol, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual.
  - Sufre obesidad mórbida.
- Todos los adultos que duermen en la cama saben que el lactante comparte la cama con ellos.
- La criatura:
  - Duerme siempre acostada en decúbito supino.
  - Con ropa ligera y la temperatura de la habitación no debe superar los 20°C.
  - La cabeza no debe estar plana.
- La superficie para dormir debe ser firme y hay que evitar:
  - Edredones pesados, mantas eléctricas, almohadones, peluches, cordones y otros elementos que puedan dificultar o impedir la respiración de la RN durante la noche.
  - Espacios por donde se pueda caer la criatura o quedar atrapada.

#### 14.4. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica de la criatura recién nacida

El déficit de vitamina K en la RN supone un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad hemorrágica de la RN (EHRN). Los niveles bajos de esta vitamina generan una actividad inadecuada de los factores de coagulación incrementando el riesgo de sangrado a nivel cutáneo, gastrointestinal y cerebral.

Existen diferentes factores que contribuyen a que la RN tenga depósitos bajos de vitamina K como lo son: el poco paso a través de la placenta, los escasos aportes que se reciben a través de la leche materna en niños con lactancia materna exclusiva y la ausencia de microflora intestinal productora de vitamina K como el *Bacteroides fragilis*.

La EHRN, según la edad de inicio, se clasifica en tres grupos: precoz (< 24 horas), clásica (1-7 días) y tardía (1 semana – 6 meses)<sup>199</sup>.

La administración de vitamina K al nacimiento es la forma de prevención más eficaz y segura de la EHRN. Se debe informar a las madres/padres sobre la profilaxis con vitamina K durante la gestación e incluirla en el plan de parto. Se recomienda administrar 1 mg de vitamina K, en dosis única, por vía intramuscular después de la primera hora del contacto piel con piel y del inicio de la lactancia materna<sup>181</sup>. No se debe separar a la RN de su madre para la administración de la vitamina K y se intentará poner la inyección cuando la RN esté lactando.

Si los padres rechazan la vía intramuscular puede ofrecerse la vía oral como segunda opción terapéutica (tres dosis de 2 mg de vitamina K oral, al nacimiento, entre el cuarto y el sexto día de vida, y entre las cuatro y las seis semanas de vida). Se informará a las madres/padres sobre la importancia del cumplimiento de la pauta, que constará en la cartilla de salud y en el informe de alta, así como se notificará a su centro de salud para hacer seguimiento de la profilaxis.

#### 193.

World Health Organization. (2019). Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants. Geneva, World Health Organization. <http://bit.ly/ws/BEKj>

#### 194.

World Health Organization. (2017). Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. World Health Organization. <http://bit.ly/ws/BEKj>

#### 195.

Katheria, A. C., Lakshminrusimha, S., Rabe, H., McAdams, R., & Mercer, J. S. (2017). Placental transfusion: a review. *Journal of Perinatology*, 37(2), 105–111. <https://bit.ly/406JUHk>



**196.**

Comité de Lactancia Materna. (2016). Lactancia materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Asociación Española de Pediatría <http://bit.ly/408zln5>

**197.**

McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(2). <https://bit.ly/3ljQhs7>

**198.**

Jaafar, S. H., Ho, J. J., & Lee, K. S. (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(8). <https://bit.ly/40qVjS3>

**199.**

Morales, C., Pallás, C. R., & Grupo PrevInfad. (2021). Prevención en la infancia y la adolescencia. In PrevInfad <https://bit.ly/BEJQ>

**200.**

Kapoor, V. S., Evans, J. R., & Vedula, S. S. (2020). Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(9). <https://bit.ly/3ylmxrO>

**14.5. Profilaxis de la oftalmia neonatal**

La oftalmia neonatal se define como una conjuntivitis con secreción causada principalmente por bacterias, que se presenta durante las 2 primeras semanas de vida, aunque habitualmente aparece entre el 2º y 5º días después del nacimiento<sup>178</sup>. Puede provocar una lesión ocular permanente e incluso la ceguera. El contagio se produce principalmente en el canal del parto, aunque también puede producirse intraútero o tras el nacimiento por secreciones contaminadas del personal sanitario o miembros de la familia<sup>182</sup>.

La mejor forma de prevención de la oftalmia neonatal sería realizar el diagnóstico y tratamiento de las infecciones por *Neisseria Gonorrhoea* y *Chlamydia Trachomatis* en gestantes. No obstante, la administración de pomadas o colirios antibióticos de forma habitual a todas las RN, es una medida eficaz para la prevención de la oftalmia neonatal por *Gonococo* y, en gran medida, por *Chlamydia Trachomatis*, es sencilla, sin riesgo para la RN y con coste muy bajo<sup>178</sup>. Esta profilaxis ha conseguido disminuir de forma drástica su incidencia en los países desarrollados.

Se recomienda administrar la profilaxis ocular, en ambos ojos, tan pronto como sea posible tras el parto, respetando el tiempo del CPP (como mínimo 120 minutos). Consiste en administrar una dosis única de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5%, y como alternativa tetraciclina al 1%<sup>182</sup>. Esta pauta ha demostrado una protección equivalente frente a la oftalmia neonatal y mínimos efectos adversos, siendo recomendable utilizar el formato de monodosis para aumentar la seguridad<sup>182</sup>. Una vez administrado no debe retirarse con soluciones salinas ya que perdería su eficacia.

Una revisión sistemática reciente sobre intervenciones para la oftalmia neonatal señala que no hay datos sobre si la profilaxis de la conjuntivitis neonatal previene desenlaces graves como la ceguera o cualquier desenlace visual adverso. La evidencia de certeza moderada indica que la administración de la profilaxis podría reducir la incidencia de la conjuntivitis de cualquier etiología en las RN, pero la evidencia del efecto sobre la conjuntivitis gonocócica, la bacteriana y la conjuntivitis por *Chlamydia Trachomatis*, fue de menor certeza. La comparación de las intervenciones individuales (tetraciclina 1%, eritromicina 0,5%, povidona yodada 2,5%, nitrato de plata 1%) no sugirió ninguna intervención consistentemente superior, aunque los datos fueron limitados<sup>200</sup>.



## 14.6. Identificación de la criatura recién nacida

La correcta identificación en el momento del nacimiento es un derecho de la RN reconocido tanto a nivel internacional como nacional, que confiere una garantía de seguridad para ésta y su familia, así como una obligación para las/los profesionales sanitarias/os que asisten y cuidan de su salud durante su estancia en el centro hospitalario<sup>178</sup>. Permite verificar la correlación positiva entre la madre/padre y la RN al nacimiento, durante toda la estancia hospitalaria y al alta.

Teniendo en cuenta la legislación vigente y la evidencia disponible, el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología, considera que la identificación de la RN debe realizarse por el personal responsable de la atención al nacimiento, tras la ligadura del cordón umbilical antes de cualquier eventual separación madre-hija/o y, preferiblemente, en presencia de ambos progenitores. Debe mantenerse siempre visible en la RN durante toda su estancia en el hospital. En ningún caso la identificación debe interferir con el establecimiento del vínculo madre-padre-hija/o.

Actualmente el método de identificación de la RN más fiable y recomendable consiste en la utilización de la combinación del codificador neonatal (pulsera de la madre, pulsera de la RN, ambas con cierre inviolable y pinza de cordón con un mismo número y con un código de barras idéntico y exclusivo para cada RN), junto con una muestra de sangre materna y otra de sangre de cordón umbilical para análisis de ADN en caso, exclusivamente, de duda de identidad<sup>178</sup>. En caso de partos múltiples se utiliza un codificador diferente para cada RN.

La vía más rápida y fiable de identificación consiste en pinzar el cordón umbilical con la pinza identificativa, puesto que los brazaletes identificativos, con el nombre de la madre, hora de nacimiento y sexo de la criatura, se colocan con posterioridad en la muñeca de la madre y el tobillo de la RN. Además, existe más riesgo de pérdida.



# Plan de nacimiento



## Plan de nacimiento

### Preferencias para la atención al parto y al posparto INICIATIVA PARTO NORMAL FAME

**Nombre:** .....

**Quién te acompañará el día del parto:** .....

**Nombre de tu hija/o\*:** .....

**Fecha probable del parto:** .....

*\*La defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la erradicación de cualquier tipo de discriminación y violencia, el respeto de la diversidad cultural, trabajando al mismo tiempo por desterrar las prácticas dañinas de cada cultura, forman parte de las obligaciones éticas de la matrona. Estamos comprometidas con el acompañamiento respetuoso y experto, con perspectiva de género y desde el reconocimiento de los derechos de igualdad, equidad y dignidad de todas las personas. Este documento utiliza en general el modelo binario (hombre/mujer) en su redacción, pero queremos expresar nuestra voluntad de reconocimiento e inclusión de todas las realidades. Las matronas somos conocedoras, acompañamos y celebramos la diversidad, también la de familias, cuerpos, géneros, expresiones y orientaciones.*

*\*Este plan de nacimiento está adaptado del Pla de Naixement de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que ha autorizado su uso por parte de la FAME. El documento original ha sido elaborado por el servicio de Obstetricia del hospital universitario y los servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva: ASSIR Guinardó (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) y ASSIR Dreta (Institut Català de la Salut).*

## Plan de nacimiento

Las matronas y todas/os las/os profesionales de salud que te atendemos, deseamos que tu parto sea una experiencia única e inolvidable y trabajamos juntas/os para poder ofrecerte la mejor atención. El “Plan de nacimiento” es un documento donde se recogen tus preferencias, deseos y expectativas sobre el proceso del parto, el puerperio precoz y los cuidados de tu criatura. Como personas profesionales que acompañamos tu proceso, nos servirá de guía para conocer lo que esperas de nosotras y nos ayudará a ofrecerte una atención integral y personalizada.

Nuestro objetivo con este documento es doble: en primer lugar, que como familia penséis en vuestro proceso de parto y cómo os gustaría ser atendidos según la información sobre la asistencia al nacimiento que aparece en este documento. Y, en segundo lugar, que sea una herramienta de comunicación entre profesionales y familia. En este sentido, es importante que, si no lo habéis entregado antes, al llegar el momento del parto comentéis y entreguéis el Plan de nacimiento a vuestra matrona de referencia.

La elaboración de este documento es un proceso dinámico que esperamos te ayudará a reflexionar sobre diferentes aspectos del nacimiento para que se adapten mejor a tus valores, preferencias y circunstancias concretas. Tanto las profesionales de atención primaria o consultas extrahospitalarias como las del hospital podemos asesorarte en su confección y discusión y así favorecer la toma de decisiones compartidas.

Puesto que es un documento dinámico, puedes cambiar de opinión en todo momento según tus circunstancias y vivencias, tanto antes como el mismo día del parto.

La atención que proponemos en este documento sigue las pautas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) basada en la autonomía de las personas y en su fisiología, con el mínimo grado de medicalización posible y con un enfoque basado en tus derechos reproductivos. También utilizamos las recomendaciones recogidas en el Documento de Consenso de la Iniciativa Parto Normal de la FAME y en las Guías de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud.

Es importante tener una idea del parto deseado y también conocer la posibilidad de que no siempre puedan cumplirse tus expectativas, ya que cada nacimiento es diferente y pueden aparecer circunstancias que pueden implicar variaciones en tu plan de nacimiento. En caso de producirse una desviación de la normalidad, las/los profesionales te/os informaremos de la situación para favorecer la toma de decisiones conjuntas en la aplicación de las medidas necesarias.



## Atención general durante el parto y el nacimiento

El parto es un proceso fisiológico y la mayoría de los nacimientos se desarrollan de forma normal, por lo que únicamente se debe intervenir en las situaciones en las que es necesario o que se desvían de la normalidad.

La atención y el acompañamiento de la matrona durante el parto incluye ofrecer la información disponible basada en esta evidencia para poder tomar contigo decisiones compartidas, las que mejor se adapten a tus deseos y circunstancias.

Tanto en los partos vaginales como en las cesáreas es recomendable la presencia de tu acompañante en todo momento si así lo deseas y siempre que sea posible o no esté contraindicado.

## Profesionales del equipo

La evolución del proceso de parto se beneficia de un entorno confortable, íntimo y de confianza, por lo que debe hacerse lo posible para que durante todo el trabajo de parto y en el momento del nacimiento estén presentes el menor número posible de profesionales.

Es aconsejable que la evolución de tu proceso sea valorada por el mismo equipo de profesionales (por ejemplo matrona y obstetra) a fin de favorecer una relación de confianza mutua entre todas las personas que te acompañamos y atendemos en tu parto.

Si escoges un hospital docente para dar a luz, es posible que durante el proceso estén presentes profesionales en formación, que participan en la atención que se te ofrece y trabajan bajo la supervisión de sus responsables. Tienes derecho a conocer la posible presencia de profesionales no directamente relacionadas/os con el acto asistencial (investigadoras, estudiantes u otras profesionales) y puedes aceptar o no dicha presencia.

## **Espacio físico y medidas de confort durante el trabajo de parto y el nacimiento**

Para poder tomar algunas decisiones es importante que conozcas las características del espacio donde has escogido dar a la luz, así como la normativa y el material de apoyo con el que puedes contar (del centro o aportándolo tú).

## **Acompañamiento durante el parto y el nacimiento**

El apoyo continuo durante el parto se ha relacionado con una mayor satisfacción con el proceso. El acompañamiento, tener apoyo de alguien en quien confías y que te sea familiar (pareja, madre, amiga/o..) durante el parto, te puede ayudar a reducir la ansiedad, el miedo y la necesidad de hacer uso de tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor.

## **Vía venosa periférica**

Si tu embarazo se ha calificado de bajo riesgo y en el momento del parto la auscultación fetal es normal y deseas un parto natural (sin anestesia epidural), la colocación de la vía endovenosa puede ser opcional.

Si en el transcurso del parto aparecen complicaciones o en caso de que tu parto sea de alto riesgo y/o se requiera la administración de un fármaco, recibirás información sobre la recomendación de la colocación de la vía endovenosa. Si deseas anestesia epidural la vía será necesaria.

## **Preferencias sobre el alivio del dolor**

Para aliviar el dolor del parto puedes tener diferentes opciones a tu alcance: tratamientos no farmacológicos, tratamientos farmacológicos o la combinación de ambos. Con este objetivo, la matrona puede darte apoyo activo con técnicas de relajación y medidas no farmacológicas.





## Comer y beber

Durante el proceso de dilatación puedes comer y beber con normalidad, pero te recomendamos que realices comidas ligeras para favorecer su digestión. En caso de que solicites anestesia epidural generalmente podrás seguir bebiendo líquidos claros (agua, bebidas isotónicas y zumos sin pulpa).

## Tactos vaginales

Para valorar la evolución de tu parto y poder tomar decisiones clínicas en caso necesario, las profesionales (matrona/obstetra) podemos ofrecerte una exploración mediante un tacto vaginal y pedirán tu consentimiento. Los tactos vaginales se limitarán al mínimo posible.

## Control del bienestar de tu hija/o

Para controlar el bienestar de tu bebé se ausculta el latido de su corazón durante el proceso de parto. Esto se efectúa mediante un monitor de registro cardiotocográfico de forma intermitente o continua, dependiendo del momento del parto y del criterio compartido con la profesional que evalúe el bienestar fetal. El registro cardiotocográfico de forma intermitente consiste en un control del latido fetal y de las contracciones durante un mínimo de 20 minutos cada hora. Se puede realizar durante todo el proceso de dilatación. Si este control del latido no es satisfactorio, puede ser necesario iniciar una monitorización continua (consiste en un control del latido fetal y de las contracciones durante toda la dilatación y el periodo expulsivo, también es posible controlar el bienestar).

La monitorización continua también puede ser necesaria si se ha detectado algún riesgo durante el embarazo, si se administran fármacos como oxitocina o si se practica anestesia epidural, porque requerirán un control más exhaustivo de la criatura durante el trabajo de parto.

Para la monitorización, en algunos centros puedes tener la opción de solicitar un aparato inalámbrico que puede facilitar tu movilidad.

## **Preferencias relacionadas con la movilidad durante la dilatación y el nacimiento**

El periodo de dilatación es el proceso del parto en el que el cuello del útero se dilata hasta 10 cm y es la etapa anterior al nacimiento. El movimiento durante el parto se considera fundamental para favorecer la dilatación. Por lo tanto, siempre que sea posible las matronas te recomendaremos posiciones verticales que mejoran el efecto de la gravedad en tu cuerpo, movimientos con la pelota y aquellas posturas que en el momento del parto favorezcan el proceso como, por ejemplo, la cuadrupedia o ponerte en cuclillas, entre otras.

El momento del nacimiento de la criatura se denomina también periodo expulsivo del parto. La mayoría de los partos son vaginales, pero también existe la posibilidad de precisar un parto instrumental o una cesárea.

Encontrar la posición más adecuada para ti mejorará tu comodidad durante el parto y favorecerá los pujos. Puedes probar diferentes posiciones (de pie, en silla de partos, de rodillas, en cuclillas, a gatas, de lado o boca arriba) para encontrar la que creas que es mejor para ti.

Si eliges un parto natural, la libertad de movimientos es completa teniendo siempre presentes las medidas de seguridad para ti y para tu criatura. En este caso, la sensación de empujar se produce de forma espontánea. Si eliges un parto con analgesia epidural a baja dosis, sentirás la presión que te facilitará poder empujar. Si no es así, el personal que atienda el parto puede guiarte si lo deseas.

## **¿Qué pasa después del parto?**

Es importante favorecer el contacto piel con piel y te recomendamos mantenerlo como mínimo durante las primeras 2 horas de vida porque facilita la adaptación de la criatura y disminuye el estrés y el llanto. Otro importante beneficio del contacto piel con piel es que favorece la lactancia y vuestro vínculo.

## **Lactancia**

La OMS y la UNICEF recomiendan que las criaturas inicien la lactancia en la primera hora del nacimiento y sean alimentadas exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida y las matronas podemos informarte durante el parto y acompañarte en el inicio de la lactancia. En todo caso, la decisión sobre cómo alimentar a tu criatura es tuya. Las matronas podemos informarte de las ventajas e inconvenientes de las diferentes opciones y recibirás nuestro apoyo en todos los casos.



# Anexo 1



# Mi plan de nacimiento

## Mis preferencias para la atención al parto y al posparto\*

En este “Plan de nacimiento” se recogen tus preferencias y opciones. Como profesionales de la salud, nos servirá de guía para conocer cómo quieres que sea tu parto, el recibimiento de tu criatura y lo que esperas de nosotras. Saberlo nos ayudará a ofrecerte una atención integral y personalizada. La elaboración de este documento es a menudo un proceso dinámico. Tanto las profesionales de atención primaria como de atención especializada o el hospital estamos a tu disposición para informarte acerca de cuanto sea necesario y asesorarte sobre las distintas opciones para que puedas tomar decisiones informadas.

A continuación, encontrarás diferentes apartados donde hacer constar tus preferencias. No es necesario que rellenes todos los apartados si deseas tomar algunas decisiones el mismo día del parto. Tampoco tienes que limitarte a las opciones que encontrarás en el documento, utiliza el espacio “Otras necesidades” para indicar tus preferencias o propuestas alternativas.

\*Tienes derecho a cambiar de opinión sobre lo que decidas en este documento, tanto antes como el mismo día del parto. Si cambian las circunstancias en cualquier momento, las matronas y el resto de profesionales que te atendemos estaremos a tu disposición para ofrecerte información y apoyo en la toma de decisiones compartidas.

## Relacionadas con el/la acompañante

- ☐ Me gustaría que me acompañara ..... y pudiera estar conmigo durante todo el proceso del parto y nacimiento de mi criatura.
- ☐ No tendré/no deseo acompañante.
- ☐ Quiero que el/la acompañante esté siempre conmigo excepto en caso de .....
- ☐ Todavía no he decidido si tendré acompañante, lo decidiré el día del parto.

## Profesionales

- ☐ No tengo preferencias al respecto.
- ☐ No deseo recibir atención por parte de profesionales en formación no directamente relacionados con el acto asistencial.

## Relacionadas con el espacio físico y medidas de confort

- ☐ Me gustaría disponer de iluminación de baja intensidad durante la dilatación y el parto.
- ☐ Me gustaría poder disponer del material de confort disponible ..... (ejemplo: pelotas de parto, lianas, calor local...).
- ☐ Me gustaría usar material de confort propio .....
- ☐ Me gustaría poder escuchar música (la aportaré yo).
- ☐ Preferiría usar la bata del centro.
- ☐ Preferiría usar mi ropa.

## Relacionadas con los procedimientos

### Control del bienestar de mi criatura

- ☐ Me gustaría que el control fuera intermitente, pero entiendo que en caso necesario pasaremos a control continuo.
- ☐ Me gustaría que el control fuera continuo.
- ☐ Me gustaría monitorización inalámbrica, si está disponible.
- ☐ No tengo preferencias.

## Alivio del dolor

- ☐ Me gustaría un parto natural (sin intervención).
- ☐ Me gustaría hacer uso de medidas de analgesia no farmacológica, siguiendo las recomendaciones de la matrona que atiende mi parto .....  
.....
  - ☐ Aplicación de calor local.
  - ☐ Ducha con agua caliente.
  - ☐ Hidroterapia (bañera).
  - ☐ Masajes a nivel lumbosacro.
- ☐ Me gustaría poder traer material propio para aliviar el dolor como .....  
.....
- ☐ Me gustaría que mi acompañante participara activamente en las técnicas no farmacológicas de alivio del dolor.
- ☐ Me gustaría hacer uso del óxido nitroso si está disponible .
- ☐ Me gustaría que se me administrara analgesia epidural de baja dosis durante el trabajo de parto.
- ☐ Me gustaría que se me administrara anestesia epidural durante el trabajo de parto.

## En cuanto a empujar

- ☐ Quiero elegir cómo y cuándo empujar según lo que sea más cómodo para mí el día del parto.
- ☐ En caso necesario, quiero que la matrona me ayude a conocer cómo y cuándo tengo que empujar.

## Relacionadas con el momento del nacimiento y el alumbramiento

- ☐ Quiero parir en la posición que sea más cómoda para mí. La posición en la que en principio quiero parir es .....
- ☐ Decidiré la posición en el momento del parto, de acuerdo con mi confort.
- ☐ Quiero usar un espejo o cámara para ver nacer a mi hija/o.
- ☐ Quiero un parto en el agua si está disponible.
- ☐ Me gustaría que se realizará un pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- ☐ Me gustaría hacer donación de sangre de cordón umbilical al banco de sangre público.
- ☐ Me gustaría que, a ser posible, mi acompañante o yo cortemos el cordón umbilical.
- ☐ Prefiero un alumbramiento dirigido con la administración de oxitocina.
- ☐ Prefiero un alumbramiento espontáneo, sin fármacos.
- ☐ Después de la salida de la placenta, deseo poder llevármela a mi domicilio.
- ☐ En caso de cesárea deseo estar acompañada por la persona que he escogido.

## Preferencias para después del parto y los cuidados de mi hija/o

- ☐ Me gustaría establecer el contacto piel con piel inmediatamente o lo antes posible.
- ☐ En caso de no poder realizar yo el contacto piel con piel, quiero que se le ofrezca a .....
- ☐ Estoy de acuerdo en que se aplique la profilaxis oftálmica a mi hijo/a.
- ☐ No deseo que se aplique la profilaxis oftálmica.
- ☐ Estoy de acuerdo en que se le administre la profilaxis de la hemorragia neonatal:
  - ☐ Por vía intramuscular.
  - ☐ Por vía oral.
- ☐ No deseo que se le administre la profilaxis de la hemorragia neonatal.

## Relacionadas con la lactancia

- ☐ Deseo alimentar a mi criatura con lactancia natural.
- ☐ Deseo utilizar leche de fórmula.
- ☐ No quiero que se ofrezca ningún tipo de alimento a mi hijo/a sin consultarme antes.

### En el supuesto de que sea necesario un suplemento, me gustaría utilizar:

- ☐ Técnica dedo-jeringa
- ☐ Biberón
- ☐ Otra .....

## Otras necesidades

Las expectativas y necesidades en torno a la atención durante el parto y el nacimiento dependen también de las características individuales de cada persona y de su cultura de origen. Si tienes una necesidad o requerimiento específico es importante que lo comentes a tu matrona de referencia y/o a las profesionales del equipo obstétrico para poder tenerlo en cuenta.

¿Hay alguna necesidad que no quede cubierta en este plan de nacimiento y que querías comentar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Yo,..... con DNI .....  
y la persona que me acompañará ..... conocemos el contenido  
de este documento y hemos elegido nuestras preferencias para que se puedan cumplir en todo lo posible.

En cualquier caso, nos reservamos el derecho a cambiar total o parcialmente nuestras decisiones en cualquier momento del proceso. En caso de producirse una desviación de la normalidad, las profesionales nos informarán de la situación para favorecer la toma de decisiones conjunta en la aplicación de las medidas necesarias.

En ....., a..... de..... de 20.....

Firma de la profesional que entrega el Plan de nacimiento:

Fecha:

\* Este plan de nacimiento está adaptado del Pla de Naixement de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que ha autorizado su uso por parte de la FAME. El documento original ha sido elaborado por el servicio de Obstetricia del hospital universitario y los servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva: ASSIR Guinardó (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) y ASSIR Dreta (Institut Català de la Salut) .



