

# **SEGUNDA SESIÓN: PARTO 3º TRIMESTRE**



**CONTENIDOS**



**OBJETIVOS**



**PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE**



**RECURSOS**



**DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

## CONTENIDOS

---

Existen multitud de definiciones del concepto de parto; definiciones que engloban, de una manera u otra, el proceso que provoca el paso del feto desde el interior del útero al exterior de la madre.

En este programa de Preparación al Nacimiento y Crianza se trata el tema del parto en sus distintas modalidades, atendiendo a la gran variedad existente de prácticas, atención y cuidados relacionados con el mismo, con el fin de que cada mujer y su pareja tengan toda la información posible, despejen dudas sobre lo desconocido y que, en base a ello, adecuen sus expectativas a un marco realista y sólido aplicable en el momento del parto.

Esta orientación se desarrolla en el contexto del *Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía*, que surge en el marco del Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía para impulsar la *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Una de sus líneas principales de actuación pretende la implantación de iniciativas de atención humanizada al parto normal, que consideren las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la participación de las mujeres y la adecuación del entorno físico para mejorar la comodidad y seguridad (Consejería de Salud, 2008).

Todas las recomendaciones de estas instituciones se centran en actualizar los cuidados en la atención al parto, incorporar nuevas alternativas y desterrar aquellas prácticas que no estén basadas en el conocimiento, ni justificadas de modo alguno. El uso de la tecnología y de la intervención obstétrica debe basarse en la evidencia y su aplicación debe ser selectiva.

Independientemente de que el parto sea considerado un parto normal o no, pueden llevarse a cabo una serie de buenas prácticas que son transversales a cualquier proceso de salud (empatía, asertividad, trato respetuoso y amable, intimidad, equidad, etc.) y otras más específicas de la atención al parto y nacimiento (mínima intervención, cubrir las expectativas previas de la mujer/pareja, contacto piel con piel, inicio precoz de la lactancia, tipo de analgesia, etc.).

Además, estas estrategias pretenden que todas las mujeres/parejas reciban una adecuada atención, participen de forma activa y puedan tomar decisiones respecto a su proceso de salud en base a una información veraz y sin sesgos.

Por otro lado, en ocasiones es difícil determinar cuándo empieza el trabajo de parto activo. Un diagnóstico falso puede significar múltiples visitas al hospital, frustración y malestar en la madre y confianza reducida en los profesionales sanitarios (Lauzon, 2004).

Si bien no hay suficientes pruebas para evaluar el uso de un conjunto específico de criterios para el autodiagnóstico del trabajo de parto activo, los programas de

valoración del trabajo de parto, dirigidos a demorar el ingreso en el hospital hasta el momento del trabajo de parto activo, pueden beneficiar a las mujeres con embarazo a término (Lauzon, 2004).

En consecuencia, en esta sesión se enseñará a las gestantes a distinguir cuándo se inicia el parto, ya que esto puede ayudarles a disminuir la ansiedad, fortalecer su seguridad y el control de su proceso.

Los aspectos a tratar en esta sesión son:

### ***Diversidad familiar***

#### ***Inicio del parto***

Síntomas

Signos

Momento para acudir al hospital: situaciones normales y de alerta

Acogida en la sala de partos

Plan de parto y nacimiento

#### ***Pródromos de parto***

#### ***Fases del parto***

Dilatación

Expulsivo

Alumbramiento

#### ***Parto normal***

#### ***Otras circunstancias***

Patología obstétrica/patología previa

Inducción del parto

Parto instrumental

Cesárea

#### ***Analgesia y anestesia durante el parto***

Métodos alternativos de alivio del dolor

Analgesia farmacológica

Analgesia regional

Anestesia local y regional

Anestesia general

#### ***Acompañamiento en el parto***

Papel del o de la acompañante

#### ***Tras el nacimiento***

Contacto piel con piel

Establecimiento del vínculo

Inicio de la lactancia

Identificación

Primeros cuidados

Características principales del bebé

## OBJETIVOS

---

### Conocimientos:

---

La mujer/pareja o acompañante:

- identificará que existen diferentes tipos de familia.
- conocerá los cambios que conlleva el proceso del parto, su estado de salud, su reacción física y emocional hacia el proceso del nacimiento y las modificaciones que suceden tras él.
- identificará los principales signos del inicio del trabajo de parto.
- diferenciará las señales de normalidad y de alerta que le permitan conocer cuándo debe acudir a un centro sanitario de urgencia.
- conocerá las prácticas habituales de atención al parto en su hospital de referencia, así como los recursos de los que dispone.

### Habilidades:

---

La mujer/pareja o acompañante:

- será capaz de tomar decisiones conjuntamente con los/as profesionales sanitarios/as sobre las preferencias en el parto y nacimiento de su hijo o hija.
- estará preparada para utilizar estrategias de participación activa durante el parto y nacimiento, así como los distintos métodos de alivio del dolor.
- podrá utilizar estrategias adaptativas ante su hijo o hija tras el parto.
- identificar, realizar, un acompañamiento eficaz.

### Actitudes:

---

La mujer/pareja o acompañante:

- tomará conciencia de forma positiva de la vivencia del parto y nacimiento.
- comprenderá la relevancia que cobran durante el parto y nacimiento, todas las actividades interactivas materno-paterno-fetales que incrementen el apego prenatal.
- asumirá la importancia de detectar signos de alerta, entendiéndolos no como problemas graves, sino como motivo de consulta al centro sanitario.
- mostrará sensibilidad y tolerancia ante la diversidad familiar.

## PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

---

Se propone una sesión interactiva en la que participan activamente tanto las personas asistentes como el/la profesional que coordina la sesión. Los contenidos se desarrollan en 100 minutos, manteniendo por parte de quien conduce la sesión un estilo docente democrático.

1. **Bienvenida** y presentación de los objetivos y contenidos de la sesión (5 minutos).
2. **Técnica de grupo. Lluvia de ideas:** Se pedirá a todas las personas participantes que digan en voz alta las señales que pudieran indicar el inicio del parto y aquellas que son motivos de alerta para acudir a urgencias. El/la docente las anotará en una pizarra o papelógrafo (10 minutos).
3. **Exposición teórica de los contenidos sobre el parto**, incluyendo el inicio del mismo, relacionándolos con la lluvia de ideas, permitiendo el debate y aplicando la conclusión guiada (30 minutos).
4. **Vídeo:** Se mostrará un vídeo de un parto (5 minutos).
5. **Técnica de grupo. Estudio de casos:** Se dividirá a las personas asistentes a la sesión en tres grupos y cada uno estudiará un caso: el primero tratará sobre posturas durante la dilatación y parto; el segundo grupo trabajará sobre aquellos aspectos que pueden potenciar la participación activa y toma de decisiones en este proceso; y el tercer grupo trabajará sobre aquellos aspectos que pueden favorecer el establecimiento del vínculo en el parto y tras el nacimiento del bebé. El trabajo en grupo se hará en 5 minutos, la exposición de cada grupo en otros 5 minutos y el profesional sanitario realizará una síntesis en 5 minutos, abarcando aquellos aspectos de interés que hayan quedado descubiertos. Se terminará con un coloquio de 5 minutos, en el que todas las personas participantes podrán realizar preguntas o mostrar sus opiniones (20 minutos).
6. **Recapitulación** y aclaración de dudas (5 minutos).
7. **Vídeo:** Diversidad familiar (5 minutos).
8. **Exposición teórica de los contenidos sobre diversidad familiar**, permitiendo el debate y aplicando la conclusión guiada (5 minutos).
9. Breve sesión de **ejercicio físico**, siguiendo indicaciones contenidas en la sección III (10 minutos)
10. **Despedida** y emplazamiento para continuar con el programa de Preparación al Nacimiento y la Crianza.

## RECURSOS

---

- Ordenador.
- Proyector.
- Pizarra o papelógrafo.
- Rotuladores.
- Reproductor de DVD.
- Vídeo de parto.
- Vídeo “Diversidad familiar”
- Colchonetas.
- Cojines, rulos o almohadas.
- Pelotas medicinales.
- Sillas.

## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

---

- Diversidad familiar
- Inicio del parto
- Pródromos del parto
- Fases del parto
- Parto normal
- Otras circunstancias
- Analgesia y anestesia durante el parto
- Acompañamiento en el parto
- Tras el nacimiento

## **Diversidad familiar**

---

La familia ofrece el mejor contexto de crianza posible para el desarrollo de niños y niñas. Una familia la constituye la unión de personas que comparten un proyecto de vida común, que establecen intensas relaciones afectivas y en las que las personas adultas se encargan del cuidado y la educación de hijos e hijas. El contexto familiar permite que la atención hacia los niños y las niñas sea elevada y propicia interacciones de calidad entre sus miembros. Pero la familia no es un sistema inmutable y sus formas estructurales pueden ser múltiples.

En los últimos tiempos, la familia española ha experimentado cambios y se ha ido haciendo cada vez más diversa, no solo en relación al medio ambiente en que se desarrolla (ciudades, pueblos, localidades pequeñas, etc), en cuanto a su extensión (familia numerosa o con un solo descendiente, extensa o no), o a su realidad económica, sino también en cuanto a su propia composición. Aunque la familia convencional formada por una pareja heterosexual y sus hijos e hijas sigue siendo la más frecuente, otros tipos de familias se han ido haciendo más numerosos y han ido adquiriendo una visibilidad cada vez mayor, constituyendo un complejo y variado mapa de diversidad familiar (familias monoparentales, reconstituidas a partir de uniones anteriores, homoparentales, adoptivas, de acogida, etc.).

De hecho, para hablar de familia no es necesario que la pareja esté casada, ni que haya dos progenitores (familias monoparentales), ni que madres /padres /cuidadoras /cuidadores tengan sexo diferente (familias homoparentales), ni que los hijos e hijas tengan que ser nacidos de ambos miembros de la pareja (sino que pueden ser fruto de uniones anteriores, de una adopción o de técnicas de reproducción asistida).

### **No hay ningún modelo de familia que sea mejor que el resto.**

Hasta ahora no hay estudios científicos que demuestren que un modelo de familia es más saludable que otros. No son la estructura o composición de la familia, los lazos legales o la consanguinidad quienes determinan el buen funcionamiento familiar y el ajuste infantil, sino una vida familiar con buenas y adecuadas relaciones entre sus miembros. El afecto, la comunicación, la estimulación y promoción del desarrollo, así como la calidad de la relación entre los miembros de la pareja (si de una pareja se trata) son los determinantes fundamentales de la satisfacción adulta y del ajuste infantil, de forma que en la medida en que estos procesos sean de mayor calidad, el escenario familiar será mucho más idóneo para la crianza y el desarrollo del niño o de la niña.

Cuando en una familia se observen indicadores que pongan sobre aviso respecto de una mala calidad de la vida familiar, se deberá proceder, según la gravedad del caso, o bien a alentar a que obtengan asesoramiento y apoyo, o bien, en casos más extremos, a valorar el grado de riesgo implicado para el niño o la niña al crecer en un contexto que se considere altamente inadecuado.

Respecto a algunas configuraciones familiares no convencionales, existen *guías temáticas* elaboradas por grupos especializados. Se animará, pues, a consultarlas a

quienes estén en esas situaciones. A continuación se muestra la descripción y caracterización de algunas familias no convencionales.

### **Familias monoparentales.**

Las familias monoparentales son aquellas constituidas por un solo progenitor con algún hijo o hija. La maternidad en solitario puede ser sobrevenida (mujeres separadas, viudas o el caso de algunas solteras) o bien ser una maternidad en solitario por elección propia (a través de la adopción o de técnicas de reproducción asistida o biológica).

Estas familias (como cualesquiera otras) pueden presentar algunas dificultades: económicas, aunque no necesariamente, al ser una sola persona la que asume la responsabilidad económica; de conciliación familiar y laboral; o por asumir una sobrecarga de responsabilidades, todo lo cual puede influir en la calidad de la vida familiar y en el desarrollo infantil. Para algunas familias estos problemas son muy importantes y constituyen un auténtico reto diario, mientras que otras tienen circunstancias más favorables. No obstante, la investigación ha demostrado que niños y niñas que crecen en familias monoparentales frecuentemente adquieren una madurez más temprana, colaboran más en tareas del hogar y establecen vínculos muy estrechos con sus madres/padres/cuidadoras/cuidadores (generalmente, madres).

### **Familias reconstituidas.**

Las familias reconstituidas son aquellas en la que las personas adultas que las componen han tenido uniones anteriores en las que al menos algún miembro de la nueva pareja aporta algún hijo o hija de otra relación anterior.

Estas familias se enfrentan al reto de construir una nueva identidad familiar en la que los roles de los padres no biológicos pueden estar menos claros que los de los biológicos, lo que podría generar confusión respecto al trato con los nuevos hijos o conflicto de lealtades entre madres/padres/cuidadoras/cuidadores. Al mismo tiempo, los niños y las niñas que crecen en este tipo de familias pueden vivir experiencias enriquecedoras, como es la de disponer de más figuras con las que establecer vínculos de apego y beneficiarse así de los nuevos modelos de relación.

### **Familias homoparentales.**

En las familias homoparentales madres/padres/cuidadoras/cuidadores son del mismo sexo (dos mujeres o dos hombres). Los hijos y/o hijas proceden de alguna relación heterosexual anterior o bien de la adopción o las técnicas de reproducción asistida.

Es cierto que estas familias pueden enfrentarse, en algunos ambientes, a la discriminación o el rechazo social. Sin embargo, los niños y las niñas que crecen en familias homoparentales suelen ser muy deseados, por lo que la implicación parental suele ser elevada, se suelen establecer lazos afectivos estrechos y seguros, la comunicación y el clima familiar suelen ser muy positivos, y existe un buen ajuste psicológico de estas personas menores.

### **Familias adoptivas.**

Las familias adoptivas están constituidas por uno o dos madres/padres/cuidadoras/cuidadores que tienen hijos o hijas con los que no están vinculados biológicamente. El número de adopciones internacionales (aquellas en las que el niño o niña adoptado procede de otro país) se ha multiplicado en los últimos años, dando lugar a familias que presentan diversidad étnica entre sus miembros, lo que también puede ocurrir en el caso de adopciones nacionales (hijos biológicos de progenitores de otro grupo étnico).

Muchas niñas y niños adoptados han tenido experiencias de adversidad (abandono, maltrato, institucionalización) antes de la adopción, que pueden repercutir en las nuevas relaciones familiares (por ejemplo, necesitando más tiempo para formar vínculos afectivos seguros, y deben hacer frente a retos como la diversidad étnica) o en la motivación para la búsqueda de orígenes, sobre todo cuando los hijos e hijas llegan a la adolescencia. Asimismo, la investigación ha demostrado que los niños y las niñas adoptados tienen una extraordinaria capacidad de recuperación de los déficits que muchos de ellos presentan a la llegada a la familia adoptiva como resultado de las negativas experiencias tempranas por las que pasaron. La recuperación es más rápida y más completa en unos aspectos que en otros, presentando también diferencias de unos niños a otros.

#### **Familias con hijos y/o hijas a través de técnicas de reproducción asistida (TRA).**

La reproducción asistida es un conjunto de técnicas que facilitan la función reproductora y que se pueden llevar a cabo sin que exista un vínculo genético directo entre los padres y madres y sus hijos. La utilización de las TRA (técnicas de reproducción asistida) puede acontecer en cualquier tipo de familia, más o menos convencional. La utilización de las TRA no es incompatible con la vinculación genética entre padres e hijos, que es total en el caso de la fecundación in vitro con óvulos y espermatozoides de la madre y del padre, respectivamente, y parcial, en los casos en los que se recurre a la inseminación artificial con donante de esperma o a la donación de óvulos. En un porcentaje importante de las familias que recurren a las TRA se producen embarazos múltiples como consecuencia directa de la fertilización múltiple que se practica para garantizar la viabilidad de los embriones en las TRA.

En estas familias aumenta la probabilidad de estrés parental y puede derivar en dificultades económicas derivadas del gasto de las intervenciones o del nacimiento de varios niños o niñas al mismo tiempo. Por lo demás, y en el plano positivo, los niños y las niñas procedentes de este tipo de fecundación son hijos e hijas muy deseados y la implicación parental suele ser muy alta.

## Inicio del parto

---

El/la profesional sanitario/a transmitirá a la mujer/pareja o acompañante la diferencia



entre las molestias propias del final del embarazo, las circunstancias que marcan el comienzo del parto y aquellas que suponen motivos de alerta. El conocimiento de los síntomas de parto por parte de la mujer/pareja le ayudará a entender mejor la serie de cambios que en algún momento comenzará a sentir, así como distinguir el momento en el que debe acudir al hospital. Al mostrar el proceso del parto el/la profesional puede hacer hincapié en

las diferentes reacciones emocionales que tienen distintas mujeres ante el mismo hecho de parir, invitando a las participantes a vivir intensamente lo que sientan durante el parto y a expresarlo sin ningún miedo, aceptando las reacciones de su cuerpo.

Además, es necesario plantear que durante el proceso del parto y nacimiento no hay nada seguro y que pueden darse situaciones imprevistas y desagradables con mucha rapidez, circunstancia para la que también hay que prepararse.

### Síntomas

- a. Molestias/dolores abdominales constantes o irregulares.
- b. Presión púbica.
- c. Micción frecuente y de escasa cantidad.
- d. Dolor lumbar irregular.
- e. Endurecimiento del abdomen con o sin dolor.
- f. Aumento flujo vaginal.
- g. Pérdida de líquido.
- h. Manchado marrón/oscurito: Tapón mucoso.
- i. Manchado sanguinolento/sangrado.
- j. Descenso del abdomen.
- k. Disminución de los movimientos fetales e intensos.

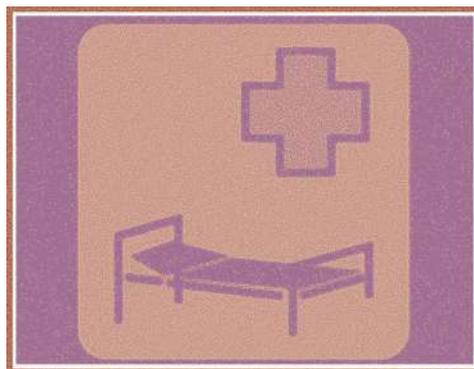
### Signos

- a. Contracciones uterinas.
- b. Maduración/dilatación cervical.

## Cuándo acudir al hospital: Situaciones normales y de alerta

### Situaciones normales (embarazo de bajo riesgo)

- a. **Contracciones intensas** (progresivamente aumenta el dolor, que puede localizarse en la región lumbar y/o en las fosas iliacas) **y regulares**, aproximadamente, 3 cada 10 minutos, que persisten incluso tumbada del lado izquierdo o tras darse una ducha. Se explicará que éstas pueden distinguirlas mediante palpación (percibirán endurecimiento del abdomen que cesará al minuto aproximadamente desde el inicio de la contracción y la relajación uterina). Deberán distinguirlas de las contracciones de Braxton-Hicks (irregulares, espaciadas en el tiempo e indoloras), que podrían aparecer al inicio del tercer trimestre. No obstante, aun sin dolor, si apareciesen antes de la 36-37 semanas de gestación (parto prematuro) y si presentaran regularidad, se debe acudir, de igual modo, al hospital.
- b. **Bolsa rota:** Si la mujer percibe una pérdida espontánea y abundante de líquido claro/transparente o incluso si perdiera poca cantidad de líquido (podría ser una fisura, flujo, orina, etc.), tiene que ir al hospital para que se valore si se ha roto la bolsa amniótica. Si el líquido que ve que pierde es claro puede ir con tranquilidad, es decir, puede ducharse, cambiarse y preparar todo para ir al hospital. Si el líquido que pierde es de color verdoso o pardo, tiene que ir con rapidez al hospital. En este último caso puede ser una falsa alarma, pero los profesionales tienen que valorar que su hijo o hija esté bien, por lo que debe de acudir con rapidez, ya que hay que estudiar porque el líquido amniótico no presenta su transparencia habitual. Si se confirma la rotura de la bolsa la mujer quedará ingresada. Si la gestación ha terminado (más de 36 semanas), y el parto no comienza de forma espontánea, a las doce horas de la rotura se inducirá el parto y en este proceso se administrará antibiótico a la mujer para prevenir la infección, ya que la bolsa amniótica protege al feto de posibles infecciones.
- c. **Situaciones de incertidumbre:** En ocasiones las mujeres, aun teniendo una buena información/formación sobre el proceso del parto, pueden dudar de las sensaciones percibidas y de síntomas que no sepan relacionar con su bienestar o el de su hijo o hija; sus sentimientos, intuición, instintos, experiencia previa, etc., le podrían incitar a pensar que algo ocurre y que desconoce qué significado puede tener en términos de seguridad para ella o para el feto. En este sentido, se debe abordar este aspecto y aconsejar que en caso de dudas acuda al hospital.



### Situaciones de alerta

- a. Líquido amniótico verdoso, amarillento o marronáceo.
- b. Sangrado: Similar al de una regla o superior.

- c. Contracciones uterinas intensas, persistentes y que no cesan (hipertonía uterina).
- d. Ausencia de movimientos fetales.
- e. Fiebre superior a 38°C de origen desconocido.
- f. Otras situaciones (dolor abdominal continuo, alteración de la visión, etc.)

### Acogida en la sala de partos

En este apartado se expondrá cuál puede ser la secuencia más habitual de procedimientos, exploraciones, pruebas e información llevadas a cabo por los/as profesionales sanitarios cuando la gestante llegue al hospital.

- a. **Anamnesis e historia clínica:** Es deseable informar a la mujer/pareja o acompañante de la necesidad de aportar el documento de identidad, datos de filiación sanitaria, documento de salud de la embarazada u otros informes del control del embarazo, analíticas, plan de parto y nacimiento, y consentimientos informados en caso de requerir algún tipo de cuidados o procedimientos especiales (donación de sangre de cordón, analgesia epidural, ligadura tubárica en caso de cesárea, cesárea programada, etc.).
- b. **Constantes vitales.**
- c. **Exploración vaginal.**
- d. **Pruebas de bienestar fetal:** Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal y/ o registro cardiotocográfico.
- e. **Información rigurosa de la fase en la que se encuentra y destino:** Domicilio si el parto no se ha iniciado (falso trabajo de parto: se le informará que en ese caso tendría que volver cuando aparezcan de nuevo síntomas de inicio de parto o signos de alerta); unidad de hospitalización de Obstetricia si está en fase de pródromos o fase latente; y a la sala de dilatación/parto si se encuentra en la fase activa de parto o en expulsivo.
- f. **Acompañamiento por la pareja u otra persona elegida por la mujer** durante la dilatación en todos los casos. Se le explicará que, durante partos instrumentales o durante cesáreas, no es habitual que entre la pareja o el acompañante, si bien en algunos hospitales del SSPA sí se le permite pasar ante una serie de condiciones, requisitos y aspectos clínicos, recogidos en procedimientos de normativas internas de cada centro.
- g. **Exploraciones seriadas y monitorización cardiotocográfica/auscultación de la frecuencia cardíaca fetal,** según evolución clínica.
- h. Las mujeres y sus parejas o acompañantes, una vez en la sala de partos, estarán atendidas por profesionales que tengan estrictamente entre sus competencias, estar presentes para ofrecer cuidados a las mujeres y los recién nacidos.
- i. Tras el nacimiento, permanecerá un periodo de tiempo de aproximadamente **dos horas en observación, junto a la pareja o acompañante y el/la bebé** (no siempre en cesáreas o situaciones de anomalías de la madre o del bebé).

## Plan de parto y nacimiento



El plan de parto y nacimiento es un documento escrito por la mujer embarazada (bien en un manuscrito o en el formulario editado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía), en el que registra sobre la semana 28-32, en colaboración con el equipo de Atención Primaria, aquellas necesidades y expectativas que ella y su pareja o acompañante desean que se lleven a cabo durante el parto y tras el nacimiento y para su hijo o hija.

Debe servir como orientación a los/as profesionales que trabajan en el paritorio, planta de maternidad o unidad de neonatología.

Cuando lo elaboren, se les debe recomendar a las gestantes la necesidad de conocer los recursos y procedimientos del hospital de referencia para evitar que se creen falsas expectativas.

Durante su estancia hospitalaria (ingreso, sala de maternidad, paritorio, quirófano), el plan de parto debe estar accesible a todos/as los/as profesionales, incorporándose a la historia clínica de la usuaria en función del protocolo existente en cada centro y de las características (digital o papel) de las historias clínicas de dicho centro.

Destacar que, aunque el equipo de profesionales sanitarios intentará cubrir todas las expectativas planteadas, existen situaciones que, bien por el riesgo obstétrico, si lo hubiera, o bien por alteraciones de la normalidad durante el transcurso del parto, podría verse modificado para adaptarse a los protocolos de actuación clínica en cada situación (Consejería de Salud, 2009).

### **Pródromos de parto**

---

También conocida como preparto, la duración de esta fase previa al parto es variable y sus características difieren de una mujer a otra, incluso una misma mujer podría sentir los cambios de forma distinta de un parto a otro. Engloba el conjunto de signos y síntomas que indican el inicio o la proximidad del parto.

Hay que destacar que el conocimiento de estos signos y síntomas permitirá distinguir a las mujeres cuándo es aconsejable acudir al hospital:

- a. **Contracciones irregulares:** En esta fase las contracciones de Braxton-Hicks aumentan en duración y frecuencia. Este incremento en frecuencia y duración hace que aumente la percepción que de las mismas tiene la mujer. Si la intensidad de las contracciones aumenta, también es posible que la mujer pase de percibir las como indoloras a sentirlas como molestas. En los casos en los que el umbral del dolor de la mujer es bajo, esta pueden percibir las incluso como dolorosas. El umbral del dolor se reduce por la ansiedad y ésta es más intensa de noche,

especialmente si la mujer está sola o vive lejos del hospital. Una mujer preocupada por la posibilidad de llegar tarde al hospital, generalmente lo hará con gran anticipación. No obstante, hay que referir a la mujer que aun siendo irregulares, si las percibiese más intensamente y pasaran a ser dolorosas, debería ir al hospital. También es importante indicar a las gestantes que esta fase sirve como preparación para el parto y que estas contracciones sirven para que se inicien los cambios en el cuello del útero que preceden al parto. En esta fase se inicia el borramiento del cuello y no tiene por qué haber dilatación alguna.

- b. Descenso del fondo uterino y disminución de la altura uterina.**
- c. Expulsión del tapón mucoso** de Hoffmeier: Secreción mucosa, gelatinosa, de color marrón, con trazas oscuras o de sangre, que se expulsa desde el interior del cuello uterino.
- d. Otros signos y síntomas:** Polaquiuria, dolor inguinal, aumento de la diuresis, leucorrea, alteraciones digestivas, etc.

## **Fases del parto**

---

El parto es el proceso mediante el cual tiene lugar la salida del feto y los anejos (placenta y membranas) del interior de la cavidad uterina al exterior del cuerpo materno. Para poder decir que una mujer se encuentra en proceso de parto se tiene que dar dos circunstancias. Una, que tenga contracciones regulares cada cinco minutos; dos, que el cuello del útero se halla modificado por las contracciones y presente una dilatación de al menos 2-3 centímetros. El parto en sí, una vez pasados los pródromos, se divide en tres fases:

- Fase de dilatación.
- Fase de expulsivo.
- Fase de alumbramiento.

### **Dilatación**

Se explicará que el motor del parto son las contracciones y que, mediante ellas, se conseguirá progresivamente la dilatación. Para su control y para observar cómo reacciona el feto, se realizarán monitorizaciones intermitentes o continuas. La dilatación es la fase más larga del parto (desde 4 hasta más de 12 horas en nulíparas; de 2 hasta más de 8 horas en multíparas). Si el parto es normal se aconsejará la deambulación y se fomentará la nutrición y la hidratación a demanda, con alimentos y bebidas suaves, así como que la mujer sea la que elija las posturas más cómodas para ella.

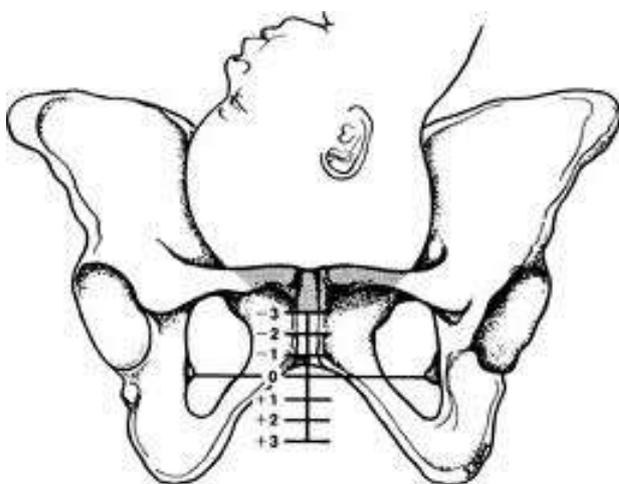
La pareja o acompañante puede controlar la frecuencia y duración de la dinámica uterina de forma no exhaustiva, ayudándole a relajarse y a realizar los ejercicios de respiración. Su papel en la dilatación es ser empático y estar presente (por ejemplo, secando el sudor de la frente). Si la mujer lo desea, la pareja o acompañante entenderá que le apetezca un momento de soledad o que prefiera evitar el contacto físico.

Los cambios en el cuello del útero son de dos tipos: borramiento y dilatación.

- a. **Borramiento:** Antes del parto el cuello del útero presenta una longitud que oscila entre los 4 y los 6 cm. Para que pueda salir el feto esta longitud debe reducirse. Esta reducción es posible gracias a las contracciones que tiran de sus fibras y los van acortando. A este proceso de reducción de la longitud del cuello del útero se llama borramiento. En las nulíparas dura más tiempo que en las multíparas. Si bien en las primeras se da la circunstancia de que hasta que no se borra el cuello no suele progresar la dilatación, en las multíparas el borramiento y la dilatación propiamente dicha se solapan, llegando incluso a no ser posible diferenciarlas.

Durante el borramiento, el/la profesional aconsejará que la mujer intente estrategias de distracción, que camine y, en la medida de lo posible, que ahorre energías mediante ejercicios de respiración/relajación.

- b. **Dilatación propiamente dicha:** En esta etapa las contracciones son más intensas, frecuentes, regulares (cada 2-3 minutos) y su duración es mayor. Se suele asociar a la fase activa del parto y ésta suele iniciarse a partir de los 4 cm. de dilatación (FAME, 2007). Hay que destacar que en esta fase la mujer sentirá las contracciones más intensas, aunque cada mujer las percibirá de modo distinto. Conviene estar tranquila, relajada y colaboradora; para ello se recomendará realizar cambios de posición, simultaneados con ejercicios de respiración y relajación. Lo más adecuado es ubicar a las parturientas en salas polivalentes (dilatación-parto-puerperio). Se explicará que éste es el momento de solicitar métodos farmacológicos o alternativos de alivio del dolor, si se precisase. Mediante tactos vaginales espaciados en el tiempo el equipo que atiende en el parto medirán la dilatación en centímetros. Esta etapa llega hasta los 9-10 centímetros. Se debe informar que en el momento en que la mujer note sensación de pujo (ganas de empujar) debe avisar inmediatamente a los profesionales sanitarios (hay que advertir a cada mujer que no debe empezar a empujar sin que los profesionales la hayan valorado y le hayan confirmado que puede hacerlo).



### Expulsivo

Se destacará que esta fase suele realizarse en un paritorio, aunque si la dilatación se hizo en una sala polivalente, todo el proceso puede continuar en el mismo espacio físico. Se inicia cuando el cérvix está totalmente dilatado (10 cm.), continúa con el descenso fetal y acaba cuando nace el bebé. Las contracciones son más duraderas e intensas. Dependiendo de la situación clínica, la

opción idónea es no realizar episiotomía cuando la cabeza se dispone a salir, ajustándose al periné, aunque si fuese necesario se practicará después de haberle informado de la razón de ello. Tras el nacimiento del bebé, los/as profesionales

sanitarios la colocarán, si es el deseo de la madre, en contacto piel con piel, en el abdomen o en el pecho. Este es el llamado contacto piel con piel inmediato, llamándose contacto precoz el que se realiza durante la primera media hora (Gómez Papi, 2008). Ambos influyen positivamente en el vínculo afectivo y el apego, la lactancia materna o el mantenimiento de la temperatura neonatal y disminuyen el estrés del recién nacido (Pallás Alonso, 2008).

### Alumbramiento

Se inicia tras el nacimiento del bebé y el corte del cordón umbilical y finaliza cuando se expulsan la placenta y las membranas. En relación al pinzamiento de cordón es preferible hacerlo cuando deja de latir. El pinzamiento tardío del cordón umbilical puede ser ventajoso para el recién nacido al mejorar el nivel del hierro disponible para este, lo que puede ser de valor clínico, particularmente en los recién nacidos que no tienen acceso a una buena nutrición (McDonald, 2009). Se informará de la posibilidad de que sea la pareja o acompañante la persona que corte el cordón umbilical, lo que favorece su participación en el nacimiento y su vinculación con el recién nacido.

#### DIAGNÓSTICO DEL PERÍODO Y LA FASE DEL TRABAJO DE PARTO

Signos y síntomas	Período	Fase
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuello uterino no dilatado</li> </ul>	Trabajo de parto falso/ no hay trabajo de parto	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuello uterino dilatado menos de 4 cm</li> </ul>	Primer	Latente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuello uterino dilatado de 4-9 cm</li> <li>• Tasa de dilatación característica de 1 cm por hora o más</li> <li>• Comienza el descenso fetal</li> </ul>	Primer	Activa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm)</li> <li>• Continúa el descenso fetal</li> <li>• No hay deseos de pujar</li> </ul>	Segundo	Temprana (no expulsiva)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm)</li> <li>• La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis</li> <li>• La mujer tiene deseos de pujar</li> </ul>	Segundo	Avanzada (expulsiva)
<p><b>El tercer período del trabajo de parto comienza con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta</b></p>		

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2002)

## Parto normal

---

Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), el parto normal 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.

El/la profesional deberá asesorar sobre aquellas buenas prácticas en la atención al parto (Consejería de Salud, 2008), buscando que la mujer cobre el mayor protagonismo posible en la toma de decisiones y tenga una participación activa junto a su pareja o acompañante/familia. A continuación se detalla un resumen de estas prácticas a modo orientativo, pudiendo la/el profesional adaptar el contenido a las necesidades del grupo.

Algunas de estas prácticas son transversales a cualquier otro tipo de atención al parto (ver “Otras circunstancias”), de modo que si bien algunas son específicas de los cuidados ofrecidos a partos de baja intervención, otras son comunes a todos, independientemente del grado de intervención. El/la profesional tendrá como documentos de apoyo: *Buenas prácticas en Atención Perinatal* (Consejería de Salud, 2008); *Plan de Parto y Nacimiento* (Consejería de Salud, 2009) e *Iniciativa Parto Normal* (FAME, 2007).

### Participación activa y toma de decisiones conjunta De la mujer/pareja o acompañante en el área de partos

#### Mujer gestante

- **Presentar plan de parto.**
- **No está justificado el uso sistemático de enema, ni el rasurado.**
- **Vía venosa cerrada y sin conectarse a suero: facilita la movilidad.**
- **Si el progreso del parto es adecuado, no se precisa rotura artificial de membranas.**
- **Nutrición en el parto: alimentos ligeros, líquidos (no lácteos).**
- **Libertad para deambular.**
- **Libre elección de métodos para el alivio del dolor.**
- **Libre elección de postura durante la dilatación y parto.**
- **Episiotomía no se realiza de rutina.**
- **Pujos espontáneos.**
- **Contacto piel con piel.**
- **Inicio precoz de lactancia materna.**
- **No separar al bebé de la madre en caso de evaluación del estado general, vitamina K, profilaxis ocular, vacunación anti-hepatitis, etc.**

### Participación activa y toma de decisiones conjunta De la mujer/pareja o acompañante en el área de partos

- Alternativas de alivio del dolor: farmacológicas y no farmacológicas.

#### Pareja o acompañante

- Acompañamiento durante el proceso.
- Masajes a la madre para reducir el dolor y ayudar a relajarse.
- Colaborar en técnicas de respiración, relajación y visualización de imágenes mentales.
- Distracción mediante estímulos sensoriales (auditivos, visuales, y táctiles).
- Apoyo continuo.
- Corte del cordón umbilical por la pareja o acompañante.
- Contacto piel con piel con el padre/accompañante si el estado de la madre no lo permite o no desea hacerlo.

#### Otras circunstancias

---

El parto normal puede alterarse si sufre alguna desviación de la normalidad, pudiendo acabar en un parto instrumental o cesárea. También existen malposiciones fetales, patologías uterinas previas u otros factores de riesgo obstétrico que pueden originar una situación que requiera una toma de decisión para finalizar la gestación mediante cesárea programada. Dependiendo del curso de la gestación, si ha evolucionado con alguna enfermedad previa o con alguna propia del embarazo, la finalización del mismo puede verse alterado y que las circunstancias obliguen a no esperar un inicio espontáneo.

Cada una de estas situaciones debe adaptarse a los protocolos de actuación clínica y de todo deberán ser informados (mujer/pareja o acompañante), solicitando el consentimiento de la madre. No hay que olvidar que este tipo de partos son especiales y distintos al parto normal y si bien requieren controles más exhaustivos, existe un gran número de buenas prácticas en la atención perinatal que son totalmente exportables a uno y otro tipo de situación (contacto piel con piel, lactancia, elección de postura durante la dilatación y del método de alivio del dolor, etc.).

#### Patología obstétrica/patología previa

Las enfermedades previas al embarazo o aquellas que se desencadenan en el curso de la gestación pueden provocar a la mujer/pareja temor, ansiedad, preocupación por el futuro de su hijo o hija, etc., hasta el punto de que se podría condicionar la vivencia del embarazo e incluso del parto. La/el profesional simplemente destacará ante ellos la necesidad de que informen a los sanitarios para que desde un principio se puedan beneficiar gestante, pareja y bebé, de una atención óptima y adecuada a su problema de salud. En la medida que se precise, el control de embarazo se llevará a cabo de una manera más exhaustiva.

También se tendrá en cuenta que algunas patologías del embarazo pueden desembocar en un parto prematuro, que tiene importantes consecuencias físicas y psicológicas tanto para el/la recién nacido/a, como para la madre y que afecta también al resto de la unidad familiar.

### Inducción del parto

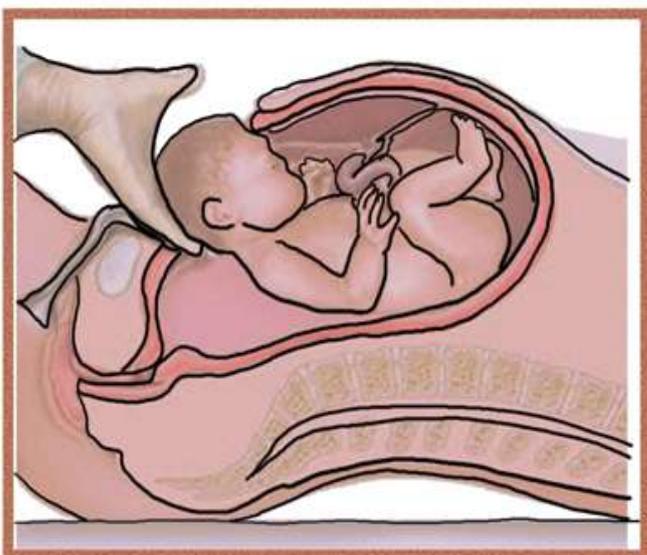
Aunque existen mujeres con algún tipo de patología que inician su parto de forma espontánea, existen otras que precisan hacerlo mediante fármacos u otras técnicas. La/el profesional informará a la mujer/acompañante de que no es aconsejable la administración rutinaria de medicamentos o la realización de algunas maniobras sistemáticamente para iniciar el parto salvo que exista una indicación médica para ello. También se le debe comentar que este tipo de parto suele provocar menos tolerancia al dolor, por lo que, ante esa posibilidad, la mujer decidirá sobre las posibles medidas de alivio del dolor (Ver “*Analgesia y anestesia durante el parto*”)

### Parto instrumental

En el transcurso del parto pueden aparecer complicaciones en el feto o puede ocurrir que la madre no pueda colaborar lo suficiente tras un proceso largo y agotador. En estas situaciones, los/as profesionales sanitarios disponen de la tocurgia como ayuda a la salida del feto por el canal del parto. Los instrumentos usados son fórceps, vacuoextractor y espátulas. Habrá que destacar que sólo deben ser usados ante las situaciones clínicas que lo requieran y se intentará explicar que un uso selectivo de estos instrumentos los convierte en una buena herramienta.

### Cesárea

Dependiendo de las características del grupo se explicará con mayor o menor profundidad en qué consiste la cesárea. Se informará que el tipo de incisión dependerá de la urgencia y de si existen cicatrices previas, y que está indicada en situaciones de riesgo para la madre, para el feto o para ambos. Esta indicación puede hacerse durante el transcurso del parto o bien antes del inicio del mismo.



Cuando el parto finaliza mediante cesárea o cualquier otro tipo de parto instrumental, el equipo obstétrico avisará al pediatra para que el bebé sea valorado y confirme cuál es su estado y donde debe permanecer. Si el estado del bebé lo permite podrá iniciar el contacto piel con piel, incluso en el quirófano donde se haya podido realizar la tocurgia, con el fin de favorecer el vínculo, el apego, la lactancia, la correcta temperatura del neonato, así como para disminuir el estrés del

mismo y de la madre. También se puede invitar a la pareja a que, si la madre no desea hacerlo o no se encuentra bien, que lo haga ella con el mismo fin anteriormente mencionado. Esta información se deberá adaptar según los procedimientos habituales y normas de régimen interno del hospital de referencia.

## ***Analgesia y anestesia durante el parto***

---

El alivio del dolor es un tema primordial en las expectativas de la mujer en relación con su parto y en ocasiones influye de manera primordial en la satisfacción encontrada en su desarrollo. Cada mujer sufre una experiencia de dolor única y personal y se enfrenta a él de forma particular. La reacción individual se ve mediada por distintos factores: creencias culturales, variables psicológicas (miedo, ansiedad y tensión), el lugar y la forma en que se desarrolla el parto, el apoyo que recibe la parturienta y la creencia en su propia capacidad para enfrentarse al parto.

El dolor tiene repercusiones físicas, psicológicas y emocionales de forma inmediata y a largo plazo que pueden, en ocasiones, condicionar la lactancia, la relación materno-filial y la capacidad de enfrentarse a un nuevo parto.

En cada institución existe una variedad de recursos para reducir el dolor, incluidos los farmacológicos y los no farmacológicos. El objetivo de estos métodos es reducir el dolor del parto sin provocar efectos no deseados tanto en la madre como en el feto y siempre de manera individualizada.

La futura madre debe conocer cada una de las alternativas que en la actualidad existen para reducir el nivel de dolor, su forma de actuación y las posibles consecuencias que en la madre y el feto tiene su utilización. Se ha de informar de las distintas posibilidades para poder conseguir unas expectativas realistas de los métodos que se pueden utilizar en cada institución evitando, de este modo, falsas expectativas que conducen a la frustración y a una vivencia insatisfactoria de un momento muy importante.

De forma general se puede afirmar que las medidas farmacológicas son más efectivas, en la reducción de los niveles de dolor, pero tienen potenciales efectos adversos. Los medios no farmacológicos no producen, en general, una reducción tan evidente del dolor pero no tienen ningún efecto perjudicial conocido.

Es necesario ofrecer durante el periodo antenatal una información precisa y repetida a la gestante y su pareja sobre el alivio del dolor incluyendo todas las opciones existentes. Esta parte de la sesión se iniciará definiendo los conceptos de analgesia y anestesia para posteriormente diferenciar cada una de las técnicas entre sí. Se explicará el derecho a elegir, mientras la situación clínica lo permita, qué método para aliviar el dolor desea la mujer que se le aplique en su parto.

La analgesia consiste en la supresión de la sensibilidad al dolor, sin perder el resto de formas de la sensibilidad (sensación de pujo, presión, movilidad de miembros inferiores, etc.). La anestesia es la abolición total de sensibilidad, es más duradera y potente que la analgesia, si bien no va a permitir a la mujer colaborar durante el expulsivo y no podrá mover los miembros inferiores.

## Métodos alternativos de alivio del dolor (no farmacológicos)

Durante su estancia en el hospital, se cuidarán aspectos como la intimidad, ambiente tranquilo, movilidad, relajación y otros que contribuyen a una disminución de la percepción del dolor. No obstante hay que destacar en este grupo las siguientes técnicas:

- a. **Apoyo continuo:** El concepto de apoyo continuo se refiere a la permanencia en forma continua de una persona/acompañante elegida por la gestante (pareja, familiar, amiga, personal sanitario...) que brinde apoyo personalizado durante el parto. Esta persona, con su presencia continua, da apoyo emocional, confort psíquico, información y guía para la mujer sobre las distintas situaciones y procedimientos.
- b. **Baño durante la dilatación:** El uso de bañera durante la dilatación, la inmersión en agua durante este periodo, reduce la percepción del dolor y disminuye la necesidad de medicamentos analgésicos en las mujeres que desean realizarla. En caso de disponibilidad en el centro de referencia, la mujer podrá solicitar el uso de bañera o ducha durante el parto en la forma que le indique el personal que le atiende y siempre que la evolución del parto lo permita. La inmersión en el agua templada, lo suficiente profunda para cubrir el abdomen, aumenta la relajación, reduce el dolor y facilita el progreso del parto.
- c. **Inyección intradérmica de agua estéril:** La inyección consiste en la administración, en cuatro puntos, de agua estéril en una cantidad de 0.1 a 0.5 ml, en la zona superoposterior de ambas espinas iliacas y por debajo de estas. La finalidad de esta técnica es reducir el dolor cuando está muy localizado en la zona lumbar.
- d. **Deambulación y cambios de posición:** Históricamente y en todas las culturas la mujer durante el parto ha andado y ha cambiado de posición de forma espontánea para buscar la situación más confortable para ella. La mujer que no tiene restricción en sus movimientos tiene menor dolor en posturas erguidas y sentadas que estando tumbada en la cama. La mujer ha de tener la libertad durante la dilatación de deambular y de colocarse en aquella postura que le haga sentirse mejor. Esto también se extiende a la postura del expulsivo donde se debe dejar que la mujer, una vez informada, adopte aquella en la que se encuentre más cómoda.
- e. **Hipnosis:** Da lugar a un estado de concentración limitada en la que se produce una reducción en la percepción de los estímulos. Aunque la evidencia no es muy elevada, la hipnosis puede ser efectiva en la reducción del dolor, además de reducir la necesidad de fármacos para el alivio del dolor.
- f. **Acupuntura:** Consiste en la inserción de agujas muy finas en ciertos lugares (manos, pies y orejas) con el fin de disminuir, en nuestro caso, el dolor del parto.

- g. **Masaje:** Se utiliza para ayudar a relajar los músculos tensos y calmar a la mujer. El masaje contribuye a la relajación, mejora del flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos inhibiendo la señal dolorosa (Smith, 2008).
- h. **Relajación y respiración:** La relajación tiene como objetivo reducir la tensión muscular, disminuir la ansiedad, el estrés del parto y de esta manera disminuir el dolor. La respiración, a su vez, busca la distracción y la relajación. Tanto una como otra técnica consiguen más aumentar la habilidad de enfrentarse al dolor que una reducción del mismo.
- i. **Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS):** Traducido al castellano es la técnica de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. Consiste en la transmisión de impulsos eléctricos de bajo voltaje a través de electrodos situados sobre la piel en la zona sacrolumbar, evitando la transmisión del impulso doloroso hacia el cerebro. Sólo hay pruebas limitadas de que la TENS alivia el dolor durante el trabajo de parto y no parece tener repercusiones (ni positivas ni negativas) en otros resultados para las madres o los recién nacidos. La TENS está ampliamente disponible en ámbitos hospitalarios y las mujeres deberían tener la opción de utilizarla durante el trabajo de parto (Dowswell, 2009). El sistema y la maquinaria suele ser manejada fácilmente por la mujer por lo que la sensación de control del proceso de parto es alta.
- j. **Aromaterapia:** La aromaterapia utiliza aceites esenciales concentrados de plantas. No hay suficientes pruebas acerca de su efectividad.
- k. **Audioanalgesia:** Es la audición de música con el fin de reducir la intensidad del dolor o la necesidad de analgésicos. El mecanismo de actuación es a través de la distracción.

El apoyo durante el parto, la inmersión en agua, cambios postura, deambulación y la inyección intradérmica de agua estéril son métodos que cuentan con la evidencia suficiente para su recomendación. La hipnosis y la acupuntura no cuentan con unas evidencias suficientes aunque los estudios indican una cierta eficacia en su actuación. El resto de los métodos no cuentan con la evidencia suficiente para su recomendación, no obstante a aquellas mujeres que quieran utilizarlos durante el parto no se les debería prohibir. El grado de satisfacción de la mujer/pareja se traduce en sensación control, autonomía y capacidad para tomar decisiones.

### **Analgesia y anestesia local y regional**

Administración de anestésicos locales a través de catéteres por vía espinal. Puede ser intradural o epidural. La analgesia es continua y suele mantenerse todo el tiempo necesario mientras dure el parto.

La analgesia epidural disminuye la sensación de pujo y la sensibilidad.

- a. **Anestesia local:** Infiltración de anestésico local. Usado con frecuencia para las episiotomías/episiorrafias y para la sutura de desgarros.

## b. Anestesia regional

**Anestesia intradural:** Inyección de anestésico local entre dos vértebras de la región lumbar. Escasa capacidad de pujo y bloqueo intenso en los miembros inferiores. De acción rápida, mantiene poco tiempo la insensibilidad, aunque tiene alta potencia anestésica. Se usa en ocasiones en la última fase de la dilatación o expulsivo, y con muchísima frecuencia para hacer una cesárea. Uno de sus posibles efectos secundarios son las cefaleas.

## c. Analgesia regional

**Anestesia epidural:** Consiste en la colocación de un catéter en el espacio epidural, a través del que se administra en perfusión continua o en bolos una dilución de varias sustancias analgésicas. Aunque es de inicio lento, dura más y su efecto es menos potente que en el caso de la anestesia intradural o raquídea. Se puede usar desde el principio de la dilatación hasta el final del parto. Entre sus efectos secundarios destacan un efecto analgésico insuficiente, la hipotensión, o el alargamiento del expulsivo (que puede llevar aparejado un incremento en el número de partos instrumentales), etc.

## **Anestesia general**

Produce abolición total de la sensibilidad al dolor, con pérdida de conciencia. Sólo se usa en situaciones de verdadera emergencia para el feto, para la madre o para ambos, en el marco de una cesárea urgente.

## **Otros**

**Óxido nítrico:** es un gas inodoro y sin sabor que se administra por inhalación. Es un gas efectivo para las mujeres en el periodo de dilatación y es seguro para la madre, el feto y los/as profesionales sanitarios. No tiene la potencia analgésica que la epidural aunque sí mayor que los opioides. Tiene como ventajas la facilidad de uso, la rapidez en el inicio de los efectos (30-60 segundos) y la rapidez con la que desaparecen. Se utiliza de forma intermitente, no tiene efectos secundarios en el feto, no provoca disminución de la contractibilidad uterina y no hay evidencia de que altere la lactancia. Como desventajas encontramos que es necesario ajustar el tiempo de inicio de la contracción con el inicio en que comienza a hacer efecto el gas. En algunas mujeres aparecen náuseas y mareo. Es necesario un control adecuado por personal entrenado, vigilando la saturación de oxígeno.

## **Acompañamiento en el parto: papel del o de la acompañante**

Salvo causa justificada, la legislación en Andalucía permite a la mujer estar acompañada por la persona que ella elija durante las distintas fases del parto y puerperio. Si se precisara que el/la acompañante/pareja abandonase la sala de partos, habrá que explicarle el por qué.

El papel activo de la pareja o acompañante, en términos de participación activa, vendrá

dado por el deseo expreso de la mujer y conseguirá mayor grado de satisfacción, menor ansiedad y estrés (FAME, 2007).

Su labor será aquella que la madre necesite en cada momento, en base a la evolución del parto y la información que se vaya impartiendo por los/as profesionales sanitarios.

Irán desde ayudar al alivio del dolor (masajes, etc.), la colaboración en posturas de parto, avisar a los/as profesionales ante cualquier anomalía, petición o incidencia, el corte del cordón umbilical, medidas que ayuden al establecimiento del vínculo y apego, así como de la lactancia, regulación de temperatura (contacto piel con piel) y disminución del estrés del parto.

Este acompañamiento reduce el uso de métodos farmacológicos de alivio del dolor y de la tocurgia (FAME, 2007). Básicamente, de lo que se trata es de proporcionar tranquilidad, confianza, apoyo, y de compartir la vivencia del proceso y favorecer la creación de un vínculo de apego.

## **Tras el nacimiento**

---

En esta última parte de la sesión, se resumirán aquellas medidas, ya expuestas en su mayoría con anterioridad, que tienen por objetivo que la mujer/pareja o acompañante utilice estrategias adaptativas ante su hijo o hija tras el parto; y que comprenda la relevancia que cobran durante el parto y nacimiento todas las actividades interactivas materno-paterno-fetales que incrementen el apego prenatal.

Aunque aquí se reseñan las medidas más importantes en el caso del nacimiento de un recién nacido sano y a término, han de tenerse en cuenta en la sesión que pueden darse muy distintas situaciones en función del desenlace del parto (parto instrumental, cesárea, RN que necesita reanimación, prematuros, bajo peso al nacer, etc.)

- a. **Contacto piel con piel.**
- b. **Establecimiento del vínculo.**
- c. **Inicio de la lactancia.**
- d. **Identificación y primeros cuidados:** Ante un/a recién nacido/a normal no se debe hacer nada más que lo ya explicado con anterioridad. Colocarlo en el abdomen de la madre y esperar un tiempo razonable (se considera adecuado un intervalo de entre 60 y 120 minutos) para realizarle los primeros cuidados (vacuna, vitamina K, profilaxis ocular, peso, talla, perímetro cefálico, toma de muestras sanguíneas del cordón para la identificación previo consentimiento, etc.), si bien la pulsera identificativa se le debe colocar mientras está encima de la madre. Algunos de los cuidados mencionados también podrían llevarse a cabo sin separarlo de la madre. Mientras, y conjuntamente con la madre/padre, se prestará vigilancia al estado del/la bebé, observando su coloración, temperatura y respiración, para ello los/as profesionales sanitarios tendrán que explicarles qué y cómo deben controlar esos aspectos de su adaptación a la vida extrauterina. Este último aspecto debe resaltarse con claridad en esta sesión.

**e. Características principales del bebé:**

- Peso y talla variable: entre 3-3,5 kilos y 50 cm.
- Piel rosado y con cianosis en manos y miembros inferiores.
- Piel cubierta de vérmix y lanugo.
- Cabeza grande; se debe explicar la forma de las suturas y fontanelas.
- Tórax pequeño y mamas algo inflamadas.
- Genitales edematizados.
- Extremidades en flexión.
- Es posible que en el paritorio, mientras hace el contacto piel con piel, el recién nacido realice su primera deposición que se denomina "meconio". Se le explicará a los padres el color negruzco de estas primeras heces.