

ASISTENCIA AL PARTO EN CASA

El parto es el proceso que en los mamíferos consigue el tránsito del feto desde el interior de la cavidad uterina hasta el exterior del organismo materno. Por medio de contracciones uterinas rítmicas se produce la dilatación del cuello del útero, seguida de la expulsión del feto a través del canal del parto y a continuación la de los anexos fetales.

Pero, ¿es sólo esto?, ¿o van unidos más factores de tipo humano y psicológico que hacen de él una experiencia especial?

FRECUENCIA DEL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

Analizaba Martius en 1.943 los porcentajes relativos a partos domiciliarios y hospitalarios ocurridos en Alemania en 1.937 (71 y 29% respectivamente), concluyendo que *"la práctica tocológica domiciliaria desempeña un papel preponderante y sin duda será siempre así"*. Opinión equivocada, ya que en casi todos los países industrializados, la práctica obstétrica ha ido derivando desde el segundo cuarto del presente siglo hacia las clínicas. Dos grandes cambios se han producido en los últimos años: de la asistencia domiciliaria prestada por la matrona (que era ayudada en los casos complicados por el médico), se ha ido evolucionando a un "equipo obstétrico" formado por tocólogo, anestesista, neonatólogo y matrona, que radica y efectúa su trabajo en una clínica. No obstante, existe actualmente una tendencia que, por razones sentimentales o de vuelta a la naturaleza, preconiza el parto a domicilio, atendido por el esposo, el médico y la comadrona.

Son numerosos los trabajos que demuestran la disminución progresiva del parto domiciliario, aunque hay ciertos países como Holanda que mantienen un elevado número de partos extrahospitalarios (40% del total en 1.978); en Inglaterra y Gales, el 85% de los partos se producía en el domicilio de la paciente en 1.927, cifra que ha ido descendiendo hasta llegar a ser tan sólo del 1'1% en 1.982. En otras zonas y como consecuencia de la corriente anteriormente comentada, la tendencia decreciente se ha invertido en los últimos años (en los EE.UU., los porcentajes correspondientes a partos domiciliarios en los años 1.970, 1.975 y 1.977 son, respectivamente, 0'6, 0'9 y 1'5% del total).

Las causas de la frecuencia creciente de los partos en clínica son de naturaleza compleja y no sólo médicas: a) evolución hacia un estado social sufragante en parte de los gastos; b) ausencia de personal dispuesto a prestar una asistencia domiciliaria, y c) mejores posibilidades diagnósticas y terapéuticas en clínicas. ("La medicalización de la sociedad", de Ivan ILLICH).

Dos comadronas españolas que atienden el parto en casa comentan: "En la formación académica de comadronas y enfermeras, no se tiene en cuenta la atención domiciliaria del parto. Por tanto nos hemos tenido que formar nosotras mismas, acompañando a las mujeres." (Montes y Garces 1993).

En los países en los que el parto extrahospitalario es más habitual que en el nuestro, aproximadamente dos terceras partes de los mismos son planeados para que tengan

lugar en el propio domicilio. En nuestro medio, algunos partos extrahospitalarios son partos "precipitados" que se producen en el domicilio de la propia paciente por su rapidez, no habiendo posibilidad de que ésta sea trasladada a un centro hospitalario. En realidad se trata de dos grupos totalmente diferentes.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL PARTO DOMICILIARIO

En un estudio realizado con 336 mujeres que habían parido previamente en casa y en hospitales, Gordon y Elias-Jones demostraron que un 80% de ellas preferían el parto domiciliario. Las ventajas del parto en casa (**ambiente habitual y relajado, hallarse en el seno de la familia, lazo entre madre y recién nacido, más fácil de realizar, médico y/o comadrona conocidos que proporcionan una atención individualizada, ausencia de gérmenes hospitalarios y reducción del costo**) se ven contrarrestadas por el miedo ante las posibilidades limitadas de asistencia en la aparición brusca de estados graves para la madre y/o el feto; también hay que tener en cuenta que las posibilidades del hospital ante estos riesgos no son ilimitadas.

Es cierto que muchas complicaciones (diabetes, presentación de nalgas, etc.) pueden y deben ser detectadas antes del parto; sin embargo, la hemorragia intraparto prevista (por placenta previa, abrupcio, etc), o la hemorragia postparto por atonía, pueden ser lo suficientemente importantes como para amenazar la vida de la madre (también se diagnostican y tratan a domicilio) Los riesgos para el feto son incluso mayores: al menos un 20% de la mortalidad perinatal ocurre en la población de bajo riesgo y no son aparentes antes del parto (prolapso del cordón, sufrimiento fetal agudo, etc.). Se controlan tanto en hospital como a domicilio Los oponentes al parto domiciliario creen que todos los partos son, en algún grado, de alto riesgo, lo cual es falso. Estas consideraciones previas no impiden que las razones dadas por las madres para preferir el parto domiciliario sean válidas.

En la atención al parto en hospitales se suele recurrir a una serie de medicaciones (oxitócicos, sedantes, etc.), maniobras (monitorización, amniorrexis artificial, etc.), posiciones artificiales de la madre (decúbito supino) y otras intervenciones (episiotomía, cesárea en primíparas con presentación de nalgas, etc.) que dificultan la natural evolución del proceso(Gervas 1994). Algunas de estas intervenciones son necesarias para corregir o evitar complicaciones que se producen en partos patológicos; sin embargo, éstos no sobrepasan el 15% del total. Lamentablemente se han generalizado y se emplean también en los partos normales, donde son innecesarias y muchas veces perjudiciales, además de aumentar el costo.

En cambio en el parto en casa se adopta la postura de normalidad y se ve como un hecho fisiológico

REPERCUSION DEL TIPO DE ASISTENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

El aumento progresivo que se ha observado durante este siglo en la obstetricia hospitalaria a expensas de la asistencia domiciliaria se ha acompañado de un descenso de la morbilidad materna perinatal y neonatal. Entre estos hechos parece existir una relación causal porque participan también y sin lugar a dudas, otros factores como un mejor estado sanitarios de la población, una mejor asistencia prenatal a las embarazadas, los progresos de la medicina, las mejores posibilidades de transporte, etc.El primer estudio comparativo que se hizo de morbilidad y mortalidad para

comparar el parto en hospital y en casa, dio como resultado que el parto en casa tenía menos riesgo que el parto hospitalario, sorprendiendo a la misma promotora del estudio que solo pretendía demostrar que el hospitalario tenía menos riesgo. (Tew 1985).

Varios hechos confunden la comparación de la mortalidad perinatal y neonatal de partos domiciliarios y hospitalarios: a) los hospitales son los lugares escogidos para los partos de alto riesgo; b) al menos un 10% de las mujeres que han escogido parir en casa han de ser trasladadas al hospital por una complicación inesperada; c) es más difícil recoger la totalidad de muertes del recién nacido en el medio domiciliario que en el hospitalario y d) el nivel socioeconómico y cultural es distinto en ambos grupos.

HUMANIZACION DEL PARTO

Resaltar el significado de humanitario hoy en día bastante confundido ya que hay gente que pretende hacer guerras humanitarias.

Hay ciertas prioridades en el proceso del nacimiento que deben ser mantenidas: la primera es una madre viva y sana, la segunda un niño vivo y sano y la tercera, una experiencia provechosa psicológicamente para los padres y el recién nacido. La necesidad de preservar la asepsia, de utilizar métodos de control, las medicaciones e intervenciones habituales han hecho del parto, en el medio hospitalario, un acto quirúrgico muy tecnificado y deshumanizado. Debido a esta deshumanización e impersonalización de la asistencia están reapareciendo procedimientos que parecían olvidados (parto en el agua, maridos-comadrones, etc.).

La deambulación durante la dilatación, la presencia del marido, los pujos naturales y la posición semisentada durante el expulsivo son aspectos beneficiosos del parto natural (aquél que se efectúa gracias a las fuerzas naturales y según unas técnicas adquiridas de forma intuitiva y transmitidas de una generación a otra) que la obstetricia moderna ha de incorporar. Por los mismos motivos han surgido en América durante los años setenta los llamados "alternative birth rooms" (cuartos alternativos de nacimiento), habitaciones hospitalarias decoradas con buen gusto donde las mujeres de bajo riesgo pueden parir en la cama con los familiares presentes y tan sólo a unos segundos de un paritorio convencional donde podría resolverse una emergencia.

Junceda-Avelló resume en una frase la evolución que ha seguido y ha de seguir la filosofía de la asistencia al parto: al viejo lema de "paciencia y pasividad" debe contraponerse en la actualidad el de "ciencia y actividad", que no quiere decir "impaciencia e intervencionismo".

ACTUACION EN EL PARTO EN CASA

Lo más importante es el intervenir lo menos posible. Michel Odent dice que hay que ser como un gato atento pero pasar desapercibido. Aquí la única protagonista es la madre.

También es importante no interferir en el ritmo propio de la madre. Durante el parto cada mujer se desenvuelve física y psicológicamente a su propio ritmo. Es importante que no intentemos adaptarlas a protocolos estándar.

Datos a recoger por la anamnesis.-

Una rápida y curiosa anamnesis nos permitirá conocer los siguientes puntos:

- 1) Historia obstétrica anterior, especificando el curso y las complicaciones de eventuales abortos y/o partos si los hubo.
- 2) Curso y complicaciones del embarazo actual. Para ello puede ser de gran utilidad repasar la cartilla sanitaria del embarazo.
- 3) Principio, caracteres y curso de las contracciones desde su comienzo.
- 4) Integridad o momento de rotura de la bolsa de las aguas. En caso afirmativo es fundamental precisar las características del líquido amniótico: a) claro, transparente y con copos de grasa en suspensión si es normal. b) Teñido por meconio, indicativo de sufrimiento fetal. C) Amarillento cuando existe una sensibilización hematógena fetal (incompatibilidad Rh) o una malformación cefalorraquídea. d) Hemático en los casos de hemorragia de origen placentario.
- 5) Posibles anomalías que pudieran presentarse, principalmente hemorragias. No debe considerarse como tal la expulsión del tapón mucoso cervical, muy frecuentemente teñido de sangre debido a pequeñas hemorragias capilares.

Exploración inicial.-

Palpación abdominal.

Debe efectuarse en el intervalo entre las contracciones, aunque su interpretación es más difícil que en el embarazo, debido al elevado tono uterino existente. Seguimos empleando las cuatro maniobras básicas de Leopold: las tres primeras se realizan mirando a la cara de la paciente desde su lado derecho y la cuarta mirando a sus pies.

- La primera (fig. 1) consiste en la delimitación del fondo uterino con el borde cubital de una mano y en la palpación del mismo con ambas. De esta manera se aprecia la altura del fondo uterino (edad de gestación) y el polo fetal que lo ocupa.
- Mediante la segunda maniobra (fig. 2), palpación de las caras laterales del útero, determinaremos la situación del feto y su posición (dorso fetal liso y uniforme, pequeñas partes en el lado opuesto).
- Se diagnostica la presentación mediante la tercera maniobra (fig. 3), intentando buscar el "peloteo" de la cabeza fetal abarcando la presentación entre el pulgar y el índice de una sola mano.
- Con la cuarta maniobra (fig. 4) (se realiza aplicando ambas manos sobre la región hipogástrica, convergiendo hacia la pelvis menor por detrás del pubis) se pretende conocer el grado de encajamiento de la presentación y los caracteres de la misma.

Al finalizar la palpación es fácil que encontremos una situación longitudinal (99'5% del total de los partos), presentación cefálica de vértice (95% de las longitudes) y posición izquierda (70% de las posiciones longitudinales).

Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).

Mediante la colocación de un estetoscopio de Pinard sobre el abdomen materno, a la altura del dorso fetal (fig. 5), se auscultan los ruidos cardíacos fetales. La auscultación puede realizarse durante las pausas intercontráctiles, obteniendo así la FCF basal

(normal entre 120 y 160 latidos por minuto) o durante la contracción (auscultando durante periodos de 15 segundos separados por intervalos de 5 segundos y multiplicando por 4 cada uno de los valores obtenidos), recogiendo así la repercusión de las contracciones en la FCF. La introducción de aparatos de ultrasonidos ha facilitado extraordinariamente la auscultación fetal. También a complicado los partos y hemos visto errores de interpretación sobre todo en patología, y la actuación de mecanismos de adaptación del feto a la hipoxia con modificaciones del ritmo cardiaco que quedan dentro de la normalidad (Fernández 1995).

Tacto vaginal.

La exploración vaginal será la que nos proporcione más información sobre la progresión del parto, pero no ha de repetirse más de lo necesario y siempre con las mas condiciones de aepsia (tras lavado de manos y con guantes estériles). Para evitar el peligro de infección ascendente a través de a vagina se ha recomendado el tacto rectal (no se ha comprobado que evite más infecciones), aunque su interpretación resulta más dificultosa. Nos ha de informar de:

- Madurez (situación, consistencia y borramiento) y dilatación del cuello uterino.
- Existencia o no de la bolsa de aguas.
- Características de la presentación en lo que se refiere a actitud, posición y variedad (mediante la palpación de suturas y fontanelas) y altura de la misma [según los planos de Hodge (fig. 6) o según las espinas ciáticas (estación O de los autores americanos, -1,-2,-3 hacia arriba, +1,+2,+3 hacia abajo)].
- Complicaciones y prociencias fetales.
- Características anatómicas de la pelvis (espinas ciáticas, arcada pubiana, concavidad del sacro)
- Amplitud y elasticidad del perineo, de la vulva y de la vagina.
- Presencia de meconio o sangre en los dedos al retirarlos tras el tacto.

Exploración general.

De suma importancia es la toma de constantes: temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial y analítica de orina mediante una tira reactiva que determine al menos glucosa, albúmina y acetona.

Periodos del parto.-

El parto es un proceso continuo que se ha dividido para su mejor comprensión en periodos (dilatación, expulsión y alumbramiento) cuyos límites son fácilmente objetivables. Dexeus identifica un "cuarto periodo o posparto inmediato". Previamente al comienzo del parto existen unos "pródromos del trabajo de parto o preparto", fase indeterminada en su duración, con una clínica muy variable: pérdida de peso de unos 500 gr., contracciones uterinas molestas o brevemente dolorosas, amniorraxis "prematura" en el 10% de los casos, polaquiuria, tenesmo, etc. se considera que una gestante se halla de parto cuando el cérvix se aprecia al tacto vaginal centrado, borrado un 50% y con 2 cm. de dilatación, existiendo tres contracciones de al menos 30 segundos cada 10 minutos.

Dilatación.

El cuello uterino, de 3 ó 4 cm. de longitud, se acorta y desaparece su conducto central, quedando reducido a un orificio (fase de borramiento); seguidamente aumenta de forma progresiva su diámetro, pasando de 2 a 9-10 cm. Friedman dividió el periodo de dilatación en distintas fases según la velocidad con que se producen los cambios descritos (fig. 7). En las primíparas primero se produce el borramiento primero y luego la dilatación, mientras que en las multíparas tienen lugar simultáneamente.

La clínica está dominada por la repercusión de las contracciones (de intensidad creciente a intervalos decrecientes) en los flancos del hipogastrio o en la región lumbosacra. en ocasiones se desprende al comienzo de este periodo el tapón mucoso y la rotura "precoz de la bolsa de las aguas se acompaña de la salida de líquido más o menos abundante por la vulva.

Cuidados generales. Incluyen los siguientes aspectos:

- Evacuación de heces, previa al parto, para impedir la acción inhibidora de la replección fetal sobre la contractilidad uterina, así como para evitar la contaminación del campo operatorio con materias fecales.(no tener demasiado miedo ante estas bacterias la madre tiene anticuerpos)
- Micción espontánea.
- Ducha caliente o mejor baño caliente (entre 38 y 40 grados) . Ayuda a dilatar el cuello uterino y le da a la madre sensación de alivio y bienestar, de relajación. La salida del agua puede provocar el reflejo de eyección del feto.
- El rasurado y pincelación de los genitales externos con una solución antiséptica es un ritual arcaico que ocasiona daños en la piel y altera los sistemas de protección de la piel, el manto ácido, la flora habitual y la descamación, la cual da lugar a posteriores infecciones bacterianas (BALLESTA LOPEZ, 1.987).
- La paciente podrá tomar alguna comida ligera (de preferencia líquida) si se prevé una larga duración del parto.
- Deambulación alternando con baño caliente.
- El estímulo del pezón ayudará a las contracciones uterinas.
- La administración de oxitocina para acelerar el parto puede encubrir problemas o provocarlos.

Posición de la madre.

Mauriceau, en 1.738, introdujo la posición horizontal supina con la parturienta acostada en la cama, con el fin primordial de facilitar la exploración y la asistencia obstétrica. Actualmente, y dentro de la tendencia fisiológica de la obstetricia actual, se está produciendo un cambio respecto a la posición adoptada por la madre durante el parto, de manera que cada vez es más frecuente observar a la embarazada en posición vertical durante la dilatación e incluso durante el expulsivo.

Son muchas las ventajas demostradas de la posición vertical materna durante el parto:

- Influye positivamente sobre la ventilación pulmonar en la gestante, con lo que mejora la oxigenación fetal.

- Previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supino-hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído). El tratamiento de ambos es cambiar la posición de la paciente a decúbito lateral o a la vertical.
- La duración del parto se acorta, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo (SCHWARCZ, 25%, 1980).
- La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. No se aconseja realizar amniotomía porque está demostrado que mientras la bolsa está íntegra disminuyen las posibilidades de riesgo para el bebé y además la permite adaptarse mejor al canal del parto
- El modelaje cefálico fetal es menor.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición de pie evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aún cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconseja la deambulación y la posición vertical.
- Se reduce el dolor (ARROYO y Col., 1974)

Es de gran valor la utilización de las técnicas de relajación y respiración aprendidas durante la preparación psicoprofiláctica y la práctica del baño caliente.

Control obstétrico.

Nuestra asistencia tiene una doble finalidad: la observación y control del progreso del parto (vigilando la actividad contráctil del útero, la dilatación y el descenso de la presentación) y el mantenimiento del máximo bienestar maternal y fetal (observación de la FCF).

Cada 30 minutos aproximadamente auscultaremos la FCF y comprobaremos por palpación la frecuencia y duración de las contracciones (la intensidad resulta más difícil de valorar). El desplazamiento hacia abajo y en dirección a la línea media de los tonos cardiacos fetales permite seguir groseramente el descenso y rotación de la cabeza. El tacto vaginal nos informará objetivamente de ambos procesos. Es obligado retirarlo tras la rotura de la bolsa de aguas para descartar un prolapso de cordón. Muy útil y enormemente didáctico resulta la utilización durante ese periodo de un "partograma" (fig.8), imagen gráfica de la progresión y eventualidades del parto en cualquier momento del mismo.

Expulsivo

Hay que observar con atención diversos acontecimientos que anuncian el inicio del segundo periodo del parto: a) tras una pausa intercontráctil aparecen contracciones más dolorosas irradiadas a todo el cinturón pelviano y hacia las extremidades inferiores. A pesar de ello, se soportan mejor que las de dilatación; b) la amniorrexis se llama "tempestiva" cuando se produce al alcanzar la dilatación completa y "tardía"

si ocurre después de haberse completado la misma; c) normalmente aparece algo de sangre en la vulva, debido a pequeñas dislaceraciones del cuello y de la vagina; d) la paciente refiere deseos de defecar en cada contracción, provocados por la presión de la cabeza sobre el suelo perineal y el recto; e) es frecuente la emisión involuntaria de orina y/o de heces y f) el perineo comienza a abultarse y el orificio anal se dilata. El examen vaginal confirma la sospecha de manera definitiva.

Al no existir el obstáculo del cuello uterino, el feto acelera su descenso por el canal del parto hasta que se produce su salida al exterior. Los movimientos fundamentales del descenso y expulsión fetal son: encajamiento y flexión, descenso y rotación interna, deflexión y desprendimiento de la cabeza, rotación externa, desprendimiento de los hombros y expulsión de las restantes partes fetales; son movimientos perfectos grabados en todo el cuerpo del niño, hechos con la máxima perfección para salir por un canal estrecho.

Asistencia al periodo expulsivo.

Dejar hacer y no manipular es lo más sensato.

Este periodo es el periodo más manipulado y el que más complicaciones produce una gran cantidad de ellas debidas a las manipulaciones.

Si el parto es un momento importante para el ser humano, el periodo expulsivo es trascendental, ya que durante el mismo pueden surgir complicaciones que pueden originar la muerte del feto o del neonato y dejar secuelas (principalmente neurológicas) que lastrarán la vida del individuo. Para evitarlo, este periodo deberá estar sometido a una vigilancia cuidadosa y a una asistencia reglada, cuyos principales pasos son los siguientes:

- Se colocará a la parturienta como la apetezca a ella, en cuclillas o en una posición vertical que favorezca el expulsivo. La posición dorsal sólo debiera utilizarse ocasionalmente. La posición lateral o de Sims no se utiliza en nuestro medio en raras ocasiones (WILLIAMS, 1979).
- La bolsa se romperá espontáneamente y si no lo hace, el niño nacerá "velado", signo de buena suerte desde tiempos inmemoriales.
- A partir de 1929 se sistematizó la amniorresis artificial. CALDEIRO y col. en 1960 demostraron que el parto era más rápido y, en 1974, que tenía más complicaciones fetales. La bolsa no se debe romper, sino dejar la evolución espontánea, la postura vertical ayuda a no tener que romper. (Gallo 1982)

ODENT nos habla de que en este periodo existen dos posturas: las posiciones arrodilladas y de pie, busto inclinado hacia delante, facilitan una rotación inacabada de la presentación. Al final del expulsivo, la posición en cuclillas sostenida durante la contracción parece ser la más eficaz.

-El asistente al parto se lavará las manos y antebrazos con un jabón antiséptico durante unos 5 minutos, colocándose posteriormente una bata y guantes estériles.

- Asepsia y preparación del campo operatorio a la vez que se efectúa la preparación de la mesa con el instrumental (como mínimo ha de constar de tijeras rectas, pinzas de disección, pinzas de Kocher, portaagujas y agujas, material de sutura -catgut-, tallas y gasas estériles).

- Es clásico incitar a la paciente a que empuje cuando la dilatación es completa. Sin embargo, es evidente que la mujer, al contener prolongadamente la respiración durante los pujos dirigidos, interrumpe el intercambio gaseoso a nivel pulmonar con lo que el aporte de oxígeno al feto a través de la placenta es deficitario (descenso del pH fetal y posibilidad de sufrimiento. Por lo cual no ordenaremos nunca pujar sino dejar que la madre empuje o se deje llevar por sus sensaciones.
- Cuando la cabeza fetal se abomba se plantea la necesidad de una episiotomía mediolateral (fig.9) o media. La episiotomía pertenece al pasado; es una técnica muy utilizada en hospital, pero no tiene ningún carácter preventivo y sólo tiene efectos secundarios.

Se permite el avance de la presentación hasta que la circunferencia suboccípito-bregmática traspasa el anillo vulvar distendido, momento en el que se ordena suspender los pujos ("soplar la vela") y se ayuda la deflexión de la cabeza, protegiendo el perineo con la mano derecha provista de un apósito (fig. 10). O mejor no se hace nada, o se deja que la misma madre se proteja si le apetece.

Una vez desprendida la cabeza fetal y efectuada su rotación externa, se limpian las mucosidades de la nasofaringe y se comprueba la ausencia de una circular de cordón apretada; si existe, dejaremos salir el niño y sino desprende los hombros le ayudaremos; Se secciona el cordón entre dos pinzas de Kocher. A continuación se toma la cabeza fetal por sus parietales entre las palmas de las manos, traccionando hacia abajo para descender el hombro anterior hasta sobrepasar el pubis y desprenderlo (fig.11); seguidamente se eleva el sentido de la tracción, desprendiéndose de este modo el hombro posterior (fig. 12). El resto del feto sale con facilidad. Se le mantiene en posición declive respecto a la madre, esperando que el cordón deje de latir para seccionarlo entre dos pinzas de Kocher.

Alumbramiento

Tras la salida del feto, el útero reemprende su actividad contráctil, pero con menor intensidad. El desprendimiento de la placenta se produce por la desproporción creada entre la superficie placentaria y la superficie uterina en el lugar de inserción, coadyuvando la acumulación de sangre entre ambas.

Cuando el desprendimiento se inicia por el centro y se completa por sus bordes (desprendimiento tipo Schultze, 75% del total), primero se expulsa la placenta y tras ella la sangre acumulada, mientras que cuando lo hace antes por uno de sus bordes (tipo Duncan, 25%, la sangre aparece antes de salir la placenta.

Asistencia

Debe vigilarse el pulso y la cuantía de la hemorragia. No debe superar los 500 ml., seis compresas empapadas totalmente o diez parcialmente. Es fundamental observar los signos de desprendimiento placentario:

Signo de Schröder (fig. 13). Consiste en valorar el relieve del fondo uterino a través de la pared abdominal: si la placenta no se ha desprendido, el fondo llega hasta el ombligo; si ya lo está, se coloca 2-3 traveses de dedo por encima del mismo y

generalmente a la derecha; una vez expulsada, a 2-3 traveses bajo el ombligo, duro y con una contracción tónica de la musculatura uterina (globo de seguridad); así se consigue la hemostasia mediante las "ligaduras vivientes de Pinard".

Signo de Küstner (fig. 14). Se rechaza el útero hacia arriba comprimiendo con la mano por encima de la sínfisis y se observan los movimientos del cordón: sube si la placenta está aún adherida y queda inmóvil si no lo está. Es el más utilizado.

Signo de Ahlfeld (fig. 15). Una vez cortado el cordón se pone en el mismo una pinza o ligadura a la altura de la vulva. Al desprenderse la placenta se observa cómo desciende unos 10 cm. al mismo tiempo que rota sobre sí mismo. Hay otros signos de menor interés.

Una vez desprendida la placenta (nunca antes) se procede a su expulsión, la cual se ayuda con las siguientes maniobras:

- La más utilizada en nuestro medio es la *maniobra de Credé* (fig. 16), consistente en la expresión del fondo del útero con una o ambas manos aprovechando una contracción uterina.
- *Maniobra de Brandt-Andrews* (fig. 17). Con los dedos de una mano por encima del pubis se desplaa el útero hacia arriba, l tiempo que con la otra mano se realiza una suave tracción del cordón umbilical.
- *Maniobra de Baer* (fig. 18), útil en múltiparas con paredes musculares flácidas. Con ambas manos se toman y levantan las cubiertas abdominales, lo que concentra sobre el útero la fuerza de la prensa abdominal.
- La salida de la placenta debe ir seguida de las membranas. Para evitar que se rompan es conveniente dar reiteradas vueltas a la placenta siempre en el mismo sentido, con lo que se convierten en un cordón [maniobra de Dublín (fig 19)] o traccionar de ellas con una pinza Kocher o Pean.

Inmediatamente después de su expulsión, se revisa la placenta, colocándola en la concavidad formada por la unión de las dos manos de tal manera que su cara materna queda mirando hacia nosotros (fig. 20) (de este modo es fácil advertir la falta de un cotiledón) y revisando después la integridad de la membranas, cogiendo la placenta por el cordón umbilical (fig. 24); es importante observar que no haya vasos que se dirijan a dicho borde interrumpiéndose en él (signo de placentas accesorias).

Finalmente y antes de proceder a la sutura de episiotomía o episiorrafia (si ésta se ha llevado a cabo) es aconsejable efectuar una detallada revisión del cuello y de la vagina que nos permita descubrir y suturar alguna lesión que pudiera habernos pasado inadvertida. Terminada la episiorrafia se coloca a la paciente en posición de Fritsch (fig. 28), cruzando ambas piernas, y la cubrimos para que no se enfríe.

Postparto inmediato

Es muy frecuente la aparición de escalofríos, a causa de una irrigación sanguínea periférica deficiente originada por la brusca deplección del vientre, lo que lleva consigo un gran aflujo de sangre hacia los órganos abdominales; se corrige comprimiendo la pared abdominal por encima del fondo uterino. En las horas que

siguen al parto, la puérpera requiere una vigilancia estricta debido al peligro de hemorragias:

- Se ha de controlar periódicamente el estado general: aspecto, pulso, tensión arterial, temperatura, etc.

- Se vigilará la formación y persistencia del globo de seguridad.

- Debe observarse atentamente la hemorragia vaginal: tanto o más peligrosas que las intensas hemorragias lo son las débiles y persistentes, ya que en general se subestiman.

- La vejiga llena perturba la contractilidad uterina, por lo que se advierte a la puérpara la conveniencia de evacuar su vejiga.

Caldeyro-Barcia afirma que "el periodo de interacción madre-hijo durante la primera o segunda horas inmediatas al nacimiento es esencial para que se reconozcan madre y recién nacido. Si se separan caprichosamente, esta relación madre-hijo se hará deficitaria para el resto de sus vidas". La madre debe amamantar al recién nacido inmediatamente después del parto.

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO (RN)

Inmediatamente después del parto se coloca al RN con la cabeza más declive que el resto del cuerpo para de este modo facilitar la salida del moco y líquido amniótico contenido en sus vías respiratorias. Debe tenerse a mano una pera de goma para aspirar las secreciones si existe una excesiva cantidad de líquido en la cavidad bucofaríngea y en las aberturas nasales.

Conviene retrasar unos 30-60 segundos el corte del cordón umbilical para de este modo realizar una útil transfusión de sangre placentaria.

El cordón umbilical se corta a unos 5 cm. de la superficie abdominal y luego se liga con hilo estéril o bien se deja pinzado con un clip de plástico. Una vez ligado, se cubre con una gasa estéril embebida en alcohol y se venda.

Se realizará un somero examen clínico inicial, siendo su objeto fundamental cerciorarse de la integridad física del RN y de su adecuada adaptación a la vida extrauterina. Debe incluir la valoración (en los minutos 1,5 y 10 de vida) del test introducido por Virginia Apgar en 1.953 (tabla I). Los latidos del corazón, la respiración, el tono muscular, la coloración de la piel y la irritabilidad refleja (respuesta a la estimulación faríngea de la aspiración) son valorados de 0 a 2 puntos (de mayor a menor alteración); la suma de los cinco valores refleja el grado de normalidad (7 a 10 puntos) o depresión del RN (menos de 7).

La aplicación de calor es una medida indiscutible debido a la rápida pérdida de calor por el neonato. No es aconsejable en este momento bañar completamente al niño, sino que se limpiará con algodón empapado en agua hervida o suero fisiológico estéril, respetando de este modo la parte del vérmix caseoso que cubre su piel. Tras secarle bien y envolverlo en una manta cálida, se coloca al RN en una cuna caldeada previamente. Mejor, si está cerca de la madre; el niño debe sentir a través de los sonidos o porque siente que la madre está cerca de él. Vitus DRÖSCHER señala que ésta es una forma de prevenir la muerte súbita, que él achaca a un shock producido por la sensación de abandono que tiene el hombre, al igual que otros primates.

La profilaxis de la oftalmia gonocócica se realiza instilando unas gotas de colirio preparado con suero salino y unas gotas de limón u otro colirio a base de aureomicina (activa también frente a las clamidias. Dicha substancia ha sustituido a la solución al 1% de NO_3Ag (método de Credé).

Se pueden prevenir las hemorragias del RN (debidas a déficit de los factores de coagulación vitamina K dependientes) administrando una dosis única parenteral de 1 mg. de vitamina K_1 o 2 mg. de la misma por vía oral. No se ha comprobado, si se ha comprobado el efecto profiláctica de la toma de Vit K de la madre, por ejemplo con alfalfa.

Tratamiento de las complicaciones

Es imposible prevenir en la totalidad de los casos la aparición de complicaciones, algunas con muy mal pronóstico para la madre y/o el feto, incluso en los partos de bajo riesgo. su manejo adecuado sólo se puede realizar en el medio hospitalario, por lo que si surgen fuera del mismo lo idóneo será el traslado urgente de la paciente. Las principales complicaciones que podemos encontrar y los cuidados que hay que proporcionarles hasta el hospital se exponen brevemente a continuación:

Sufrimiento fetal agudo

El diagnóstico se podrá sospechar por la aparición de patrones anormales de la FCF (bradicardia, taquicardia, etc.) o de líquido amniótico teñido de meconio. La colocación de la madre en decúbito lateral (lo que disminuye la compresión de los grandes vasos por el útero y el tono de dicho órgano) y la administración de útero-inhibidores: Pulsatilla CH 200 son las medidas inmediatas a tomar mientras se efectúa el traslado de la paciente.

Parto prematuro

Se considera como tal todo parto que se desencadene entre las 28 y 37 semanas de gestación. Se recomienda reposo, relajación y Pulsatilla CH 200.

Parto prolongado

Cuanto más se prolonga el parto, mayor es el riesgo tanto para la madre como para el niño. todo parto en el que se produce un estancamiento anormal de su progresión debe ser evacuado al hospital más cercano. Evaluar si hay una desproporción pelvico - cefalica.

Anomalías de la presentación

Lo más prudente es proceder al traslado urgente de la enferma tan pronto como se haga el diagnóstico. No obstante, en la presentación de nalgas (la más frecuente de las anomalías estáticas fetales) la maniobra más efectiva y más sencilla de realizar es la maniobra de Bracht, complementada, si no se obtiene extracción de la cabeza fetal, con la maniobra de Mauriceau-Veit-Smellie. Muchos tocólogos lo consideran normal, proponen la confianza en la madre y seguimiento normal sin intervenir. En medicina tradicional China antes de la 36 semana se hace acupuntura o moxibustión en el dedo meñique del pie punto 66 de meridiano de la vejiga.

Prolapso de cordón

La primera medida que hay que tomar será la colocación de la madre en posición de Trendelenburg, al mismo tiempo que se rechaza la presentación a través de la vagina y después, lo más pronto posible, la rápida extracción fetal, generalmente por vía alta.

Hemorragia postparto

Normalmente se produce por algún desgarro que ha pasado desapercibido o por una atonía uterina. Su mejor tratamiento es la profilaxis mediante la conducción adecuada del expulsivo (protección del perineo y/o episiotomía) y del tercer periodo del parto (alumbramiento dirigido), no olvidando la revisión cuidadosa de la placenta y del canal del parto tras el mismo.

La administración intravenosa de 0'2 mg. de maleato de metilergobasina (Methergin) junto al masaje del fondo uterino con ambas manos son las medidas que hay que tomar mientras se realiza el traslado de la paciente; si fracasan se puede recurrir a la compresión bimanual del útero.

La posibilidad de que se produzca la muerte es necesario valorarla. Si ocurre en el hospital el sentimiento de fracaso o de tristeza queda difundido o compartido por todos. "Se hizo lo que se pudo." Pero en casa el dolor es directo sin protecciones. se necesita madurar para asumir el hecho. El profesional está implicado en la situación y participa de esta vivencia.

Muchas mujeres acuden al hospital expresando sus deseos de cómo quieren ser atendidas, pero allí difícilmente se les escucha. No tienen en demasiada consideración los derechos humanos, el miedo y la inseguridad prevalecen en los centros donde más tecnología se ha instalado para dar seguridad.

Si los padres quieren implicarse, tomar decisiones respecto del parto y de su vida, del nacimiento y del cuidado de su hijo. La posibilidad de nacer en casa.

Aunque como dice Juan Gervasio necesitamos matronas y buenos médicos generales que se atrevan con embarazos y partos normales.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Arroyo J. y Cols.. La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. Clin. Invest. Obst. Ginec, 1, 221, 1974.
- Ballesta López C. Profilaxis antibiótica en Cirugía. Ed. Ediciones S.A. 1.987.
- Bumm E. Tratado de Obstetricia. Seix y Barral. Barcelona 1906.
- C. Fernández. El feto anteparto se adapta a la hipoxia y mantiene la circulación. Diario medico pag 16 Viernes 9 Junio 1995.
- Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E et al. Tecnología apropiada para la atención al parto. Bol of Sanit Panam, 1.981; 90:69-79.
- Contra la episiotomía sistemática. Rev. Lancet. 18 Diciembre 1993. Sa. n°564.
- Cortejojo Hernández, FJ. Asistencia al parto extrahospitalario. Rev. Medicina Integral Vol 7 n° 5, Marzo 1.986.
- Cortejojo Hernández FJ. Reanimación del recién nacido. Tiempos médicos 1.984; 23:19-30.
- De la Fuente P. Actitud ante el parto natural. Med Clin (Barc) 1.984; 83: 65-66.
- Dröcher Vitus. Calor de Hogar. Ed. Planeta.
- Fernández Dopico R, Olaizola JL, Iribarne C, Bajo Arenas J. La relación madre-hijo. Progr obset Ginecol 1.983; 26:305-313.
- Fernández del Castillo, Isabel. La revolución del nacimiento. Editorial. Edaf. 1994.
- Gallo Vallejo y otros. Influencia de la posición vertical materna y de la rotura espontánea de las membranas en el parto. Clin. invest. Gin. obst. Vol n° 3. 1982.
- Garces Caravantes, Ana. Replanteándonos la episiotomía. un examen de sus improbables beneficios. Rev. Natura maedicatrix. n°42 invierno 1995-96. pag 28-32.

- Gervas ,Juan.Matronas.Revista el médico.14-9-94 .pag 17
- Gonzalo Díaz, A. y Cols. Efectos de la posición vertical materna sobre la evolución del parto. Clin Invest. Obstet. Ginecol. 5. 101. 1978.
- Hernandez Garcia. Y otros.Repercusiones del periodo expulsivo sobre el feto.Clin. invest. Gin. Obst. Vol.9.nun 3.1982.
- Kitzinger, Sheila. Nacer en casa.Editorial Interamericana.1993.
- Montes, María Jesús y Garces, Bernarda.El parto como proceso fisiológico natural. Rev. Natura Medicatrix nº33 verano/otoño.1993.pag 28-31.
- Nichols RL. Post operative wound infection. M. Engl, J. Med. 1.982; 307,1.701-1.702
- Odent, Michel. Las posiciones de la madre durante el parto. Rev. Natura Medicatrix, 1.989, nº19.
- Odent, Michel. El agua, la vida y la sexualidad. Ed. Urano.
- Odent, Michel.Nacimiento Renacido.De Errepar.S.A. 1984.
- Prescire Marzo 1.993. "La episiotomía innecesaria". Rev. Medicina Holística nº 32, p.166, año 1.993.
- Saz Peiro ,Pablo.Constumbre populares en el embarazo y el parto.Rev.Natura medicatrix nº 18 invierno 1988.pag 4-7.
- Schwarcz R. Obstetricia. Ed. Ateneo. Buenos Aires 1970.
- Schwarcz y Col. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. Clin. Invest. Obstet. Ginecol. 7. 135. 1980.
- Tew,M.Place of birt and perinatal mortality.Journal of the Royal College of General Practitioner,35,390-394. Año 1985.