

Asistencia al parto normal

DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL

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

Entre un 70-80% de los partos son de bajo riesgo al comienzo del parto.

FUNCIONES DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ASISTENCIA AL PARTO NORMAL

El grueso de la atención al parto normal recae sobre las matronas y el personal auxiliar, que realizan la mayor parte de los cuidados, mientras que la función de los obstetras se dirige más bien a los partos de riesgo y al tratamiento de las complicaciones.

Las funciones de las matronas podrían resumirse en:

1. Ofrecer apoyo emocional y acompañar a la mujer y a su familia durante el parto y el post-parto.
2. Realización de intervenciones menores, tales como la episiotomía y la amniotomía, y administración de medicamentos protocolizados o prescritos por el facultativo.
3. Evaluación continua de la evolución del proceso de parto, identificación de las desviaciones de la normalidad y la detección temprana de complicaciones y problemas materno-fetales.
4. Poner en conocimiento del obstetra la presencia de factores de riesgo o la aparición de complicaciones.

PRÁCTICAS EN LA ASISTENCIA AL PARTO

En los últimos años, debido a los avances médicos y a la racionalización del trabajo hospitalario, se ha tendido a tratar rutinariamente todos los partos, tanto complicados como normales, con el mismo nivel de intervencionismo y medicalización. Reciente-mente se está cuestionando el alto nivel de intervencionismo en el parto normal. Por una parte, puede constituir un factor de vulnerabilidad e insatisfacción de la parturienta respecto a su experiencia de parto. Por otro, la OMS advierte que, a pesar de la evidencia de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, algunas siguen en la praxis habitual de muchos hospitales, por lo que es preciso revisar dichas prácticas, modificando aquellas sobre las que no exista evidencia.

Un grupo de trabajo constituido por la OMS para la Región Europea, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud, revisó los trabajos científicos sobre la asistencia obstétrica. De esta forma, estableció las prácticas realizadas durante el parto en cuatro categorías:

- a) Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- b) Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.
- c) Prácticas sobre las que no existe ningún tipo de evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevas investigaciones clarifiquen el tema.
- d) Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

Categoría A: prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas

1. Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja, y si procede, a su familia.
2. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal, en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.
3. Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el post-parto.
4. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
5. Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
6. Proporcionar los cuidados en el parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro y donde la mujer se sienta más segura y confiada.
7. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
8. Apoyo efectivo de los asistentes durante el parto.
9. Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.
10. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
11. Métodos no invasivos, no farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación.
12. Monitorización fetal con auscultación intermitente.
13. Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
14. Uso de guantes en los tactos vaginales durante el nacimiento del bebé y el manejo de la placenta.

15. Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
16. Estímulo a evitar la posición en decúbito durante el parto.
17. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS.
18. Uso profiláctico de oxitocina en el tercer estadio del parto, en la mujer con riesgo de hemorragia post-parto, o incluso con riesgo de perder una pequeña cantidad de sangre.
19. Esterilidad al cortar el cordón.
20. Prevención de la hipotermia del recién nacido.
21. Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre la lactancia.
22. Examen sistemático de la placenta y las membranas.

Categoría B: prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas

1. Uso rutinario del enema.
2. Uso rutinario del rasurado púbico.
3. Infusión intravenosa de rutina en el parto.
4. Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
5. Posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación.
6. Examen rectal.
7. Uso de pelvimetrías.
8. Administración de oxitócicos antes del nacimiento, sobre todo si sus efectos no pueden ser controlados.
9. Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto.
10. Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
11. Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.
12. Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
13. Uso de ergometrina parenteral de rutina en la tercera fase del parto.
14. Lavado rutinario del útero después del alumbramiento.
15. Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

Categoría C: prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema

1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa.
2. Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
3. Presión fúndica durante el parto.
4. Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
5. Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.
6. Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.
7. Ligadura y sección precoz del cordón umbilical.
8. Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto.

Categoría D: prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente

1. Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
2. Control del dolor con agentes sistémicos.
3. Control del dolor con analgesia epidural.
4. Monitorización fetal electrónica.
5. Llevar mascarilla y bata estériles durante la atención al parto.
6. Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.
7. Estimulación con oxitocina.
8. Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase del parto.
9. Sondaje vesical rutinario.
10. Alentar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cerviz es completa, antes de que sienta la necesidad de hacerlo ella misma.
11. Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase de parto, incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
12. Maniobras de alumbramiento.
13. Uso sistemático de la episiotomía.
14. Exploración manual del útero después del alumbramiento.

REVISIÓN DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS RUTINARIOS EN LA ASISTENCIA AL PARTO NORMAL

Medición de temperatura, pulso, tensión arterial y grado de hidratación.

Estos parámetros pueden tener implicaciones en la salud materno-fetal y en el desenlace del parto, por lo que se recomienda monitorizarlos cada cuatro horas.

Rasurado púbico

El fundamento de la utilización del rasurado perineal en el momento previo al parto se ha basado en que esta práctica disminuye el riesgo de infección perineal, haciendo que la sutura de la episiotomía resulte más fácil y segura.

Sin embargo, no hay evidencia de los beneficios de esta práctica en cuanto a la morbilidad materna, dado que el rasurado púbico no reduce las infecciones. Además, la mujer tiene molestias cuando el vello vuelve a crecer. Constituye, por tanto, una práctica innecesaria utilizada a veces de modo rutinario. En general, hay que evitar el rasurado de la vulva. Si se considera necesario, se realizará en el momento del expulsivo y sólo del lado en que se va a realizar la sutura.

Aplicación de enemas

Es una práctica común la aplicación de un enema a la mujer durante el trabajo de parto. Se supone que estimula las contracciones uterinas, que el intestino vacío permite el descenso de la cabeza fetal, y que reduce la contaminación y la infección materna y neonatal, sobre todo en el momento del expulsivo.

Sin embargo, su práctica está cuestionada desde hace algunos años, dado que las heces líquidas pueden contaminar las heridas, aumentando la morbilidad infecciosa tanto materna como neonatal. Es ampliamente aceptado que esta intervención genera incomodidad en la madre y aumenta los costos de su cuidado.

Algunos estudios han demostrado que sin enema el mancha es más escaso y más fácil de limpiar que el inducido por el enema. No se demostraron efectos en la duración del parto ni en el índice de infecciones neonatales ni del periné.

Los datos disponibles son insuficientes para poder recomendar el uso de enemas en forma rutinaria durante el trabajo de parto. Su uso está reservado para los casos en que sea necesario (presencia de fecalomas) o lo solicite la gestante.

Nutrición y líquidos durante las contracciones

En casi todas las maternidades, los protocolos asistenciales desaconsejan la ingesta de sólidos y líquidos durante las contracciones de parto, como medida para impedir la aspiración del contenido gástrico (síndrome de Mendelson) si la mujer ha de ser sometida a anestesia general.

Diversos autores afirman que no debería impedirse el acceso a la comida y bebida a las mujeres que durante las contracciones no presenten factores de riesgo que requieran un parto instrumentado o la aplicación de anestesia general, y proponen prevenir la deshidratación y la cetosis durante el parto con la ingesta de fluidos orales y dietas ligeras basadas en alimentos de fácil absorción, tomando reducidas cantidades en cada toma. La ingesta permite incrementar la sensación de bienestar de la parturienta y reducir sus niveles de estrés.

Infusiones intravenosas fluidos y de glucosa

La reducción de la ingesta durante las contracciones puede desembocar en una cetosis y deshidratación. Las perfusiones intravenosas tienen como objetivo prevenir y tratar dichas complicaciones, garantizando las fuentes energéticas durante el trabajo de parto. Sin embargo, los efectos de las perfusiones intravenosas no se consideran totalmente seguros.

Por una parte, restringen los movimientos de la mujer, reduciendo su sensación de control, situación que es considerada como extremadamente estresante para muchas mujeres, y elevados niveles de estrés y ansiedad se han asociado a una reducción en la actividad uterina. A nivel fisiológico, el aumento de los niveles de glucosa media vienen acompañados de un aumento de la insulina materna. A su vez, producen un aumento de la glucemia fetal. Si una parturienta recibe más de 25 gramos de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto, se puede producir un aumento de la insulina fetal y una hipoglucemia fetal.

Grant, en sus "recomendaciones para la práctica clínica", advierte: "Si se administran fluidos intravenosos debe realizarse un estricto balance de líquidos. La tasa de administración no debería exceder los 1,5 ml/kg/hora, ni el fluido debería contener una cantidad superior a los 10 gramos de dextrosa por hora. Deberían emplearse fluidos iso-osmóticos como la solución salina-dextrosa o la solución de Hartman".

Monitorización del latido cardiaco fetal

La monitorización electrónica fetal es una práctica habitual en las maternidades. Sin embargo, el uso sistemático de la monitorización continua está siendo objeto de revisión.

La sensibilidad de la monitorización fetal continua en la identificación del sufrimiento fetal es alta, pero su especificidad es baja. El método proporciona un índice muy alto de falsos positivos, y un número elevado de intervenciones innecesarias, especialmente si se usan en embarazadas de bajo riesgo. En embarazos de alto riesgo, aunque su uso restrinja los movimientos, el método ha demostrado ser útil y a su vez ofrece tranquilidad a la madre.

Debido a que se observó un aumento del número de cesáreas y de partos vaginales operatorios en el grupo de monitorización continua, el uso de esta práctica rutinaria deberá ser valorada de forma conjunta por la gestante y por el profesional que la atiende.

Dado que no está demostrado que la monitorización biofísica continua disminuya la mortalidad perinatal en comparación con la auscultación intermitente en los embarazos de bajo riesgo que comienzan de forma espontánea, se debe valorar la posibilidad de ventanas de monitorización biofísica para incentivar la movilización de la gestante durante el trabajo de parto.

Manejo activo del trabajo de parto

Si el parto progresa adecuadamente no es necesario utilizar maniobras (rotura de membranas) o fármacos (oxitocina o prostaglandinas) para estimular la actividad uterina. Si fuera necesario, la primera medida que se debe realizar es la rotura de bolsa, dado que el útero no va a responder adecuadamente a la oxitocina con la bolsa íntegra, siempre que la presentación esté encajada.

La amniotomía temprana ha sido propuesta como un componente del manejo activo del trabajo de parto. Existe una revisión que evalúa los efectos de la amniotomía sobre el nacimiento por cesárea y otros indicadores de morbilidad materna y neonatal.

Concluye que la amniotomía temprana de rutina se asocia tanto con beneficios como con riesgos. Los beneficios incluyen una reducción del trabajo de parto y una posible reducción en la puntuación anormal del test de Apgar a los cinco minutos. Entre los riesgos se apunta hacia un aumento de cesáreas por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Se sugiere que la amniotomía puede reservarse para aquellas mujeres en trabajo de parto con progreso anormal del mismo y para los casos de líquido teñido.

En caso necesario, la administración de oxitocina será en solución intravenosa utilizando una bomba de perfusión, bajo monitorización cardio-tocográfica. La solución debe tener una concentración de 10 miliunidades por mililitro (mU/ml.). Para ello se colocarán 5 UI de oxitocina en un suero de 500 cc. Existen varias pautas: pauta rápida o pauta lenta. Una opción puede ser comenzar con una dosis de 2 mU/minuto (12 ml/h), e ir aumentando la dosis hasta obtener una actividad uterina adecuada (3-4 contracciones cada 10 minutos de buena intensidad) según el esquema siguiente: doblar la dosis cada 20 minutos hasta 16 mU/minuto (96 ml/h). A partir de ese momento, los incrementos serán de 4 mU/min. cada 20 minutos hasta una dosis máxima de 40 mU/min. (240 ml/h).

Evaluación del progreso de la dilatación

La evaluación de la progresión del periodo de dilatación se realizará mediante la exploración vaginal y el control de la actividad uterina. La exploración vaginal se debe realizar con una técnica estéril. Se evaluará la dilatación, posición, consistencia y borramiento del cuello. Asimismo, se evaluará el estado de la bolsa amniótica y la coloración del líquido amniótico, mediante amnioscopia si la bolsa está íntegra. Valorar también la actitud, posición y altura de la presentación.

Se deben evitar los tactos innecesarios, especialmente tras la rotura de la bolsa amniótica. El intervalo entre cada exploración vaginal depende de la actividad uterina, paridad y evolución del parto. En general, no está indicado realizar tactos periódicamente cada hora. La OMS aconseja realizarlos cada cuatro, o antes si la gestante tiene sensación de pujo.

Recientemente se ha demostrado que las dilataciones cervicales son más lentas que las señaladas en la curva de Friedman: aproximadamente son necesarias 5,30 horas para alcanzar los 10 centímetros a partir de los cuatro centímetros, cuando antes sólo eran necesarias 2,30 horas. Uno de los principales motivos de esta prolongación es la mayor incidencia de analgesias epidurales. Por ello, la valoración de la progresión varía en función de la existencia o no de epidural.

Periodo expulsivo

Aunque la gestante presente dilatación completa, no se la debe animar a pujar hasta que no sienta la necesidad de hacerlo. En este sentido, estudios comparativos entre pujos continuos y sostenidos (Valsalva) y pujos espontáneos, han demostrado que si bien los primeros acortan el periodo expulsivo, provocan un descenso en el pH de la arteria umbilical, así como índices de Apgar inferiores. Por tanto, se recomiendan los pujos espontáneos.

En general, el momento oportuno para trasladar a una mujer primípara al paritorio es con dilatación completa, con la presentación en IV plano y con sensación de pujo.

Han quedado obsoletos los tiempos estandarizados de expulsivo prolongado. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos considera expulsivo prolongado a partir de dos horas con dilatación completa en la primípara y de una hora en la multipara. En caso de analgesia epidural, estos tiempos aumentan a tres horas en las primíparas y a dos en las multiparas. Asimismo, la OMS señala que si las condiciones materno-fetales son buenas, no se debe ser rígido en el establecimiento de una duración fija para el segundo periodo del parto.

Uso de la episiotomía en el parto vaginal

La episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo. Su uso rutinario se ha sugerido por sus efectos beneficiosos maternos, tales como la reducción del desgarro perineal de tercer grado y la conservación de la integridad de los músculos del suelo pélvico, lo que mejoraría la función sexual y reduciría el riesgo de prolapsos y de incontinencia fecal y/o urinaria. Para el

recién nacido se piensa que la episiotomía, al acortar el periodo expulsivo, disminuye el traumatismo de la cabeza fetal durante y previene la hipoxia fetal.

Por otro lado, los hipotéticos efectos adversos de la práctica rutinaria de la episiotomía, son: a) Resultados anatómicos insatisfactorios, como asimetría o excesivo estrechamiento del introito, prolapso vaginal, fístulas recto-vaginales y anales; b) Extensión de la episiotomía, seccionando el esfínter anal o el recto; c) Aumento de la pérdida sanguínea y hematoma; d) Infección y dehiscencia; e) Disfunción sexual.

Una revisión que compara el uso rutinario y restrictivo de la episiotomía, concluye que el uso rutinario no disminuye la incidencia de desgarro perineal de 3º y 4º grado y que el uso restrictivo de la misma muestra una menor morbilidad materna dada por menor trauma perineal, menor necesidad de sutura y menos complicaciones en la cicatrización a los siete días. No hay diferencias en lo que respecta al trauma y dolor perineal o vaginal severo, dispareunia o incontinencia urinaria. La única desventaja del uso restrictivo de la episiotomía es el aumento del riesgo de trauma perineal anterior.

No existe, por tanto, una clara evidencia de su efectividad, por lo que se recomienda el uso restrictivo o selectivo, realizándola tan sólo cuando existan indicaciones fetales (cardiotocograma anormal y acidosis fetal) o riesgo elevado de desgarros perineales. En base a la evidencia disponible, la política rutinaria debe ser abandonada, no estando justificados niveles de episiotomías superiores al 30%.

Sutura en la reparación del periné

El tipo de material de sutura para reparar el periné puede tener un efecto importante sobre el grado de dolor y dispareunia superficial experimentado por la mujer.

El uso del catgut causa una respuesta inflamatoria en los tejidos debido a que es degradado por enzimas proteolíticas y fagocitosis. Es un material inestable e impredecible. El ácido poliglicólico (Dexon®) y poliglactínico (Vicryl®) son materiales sintéticos que se degradan por hidrólisis y causan una mínima reacción tisular, menos edema, dehiscencias, dolor y dispareunia, aunque tardan más tiempo en reabsorberse. Por tanto, los materiales sintéticos absorbibles son de elección en la reparación del periné.

En la literatura se indica sutura continua en vagina, por planos en las capas músculo-aponeuróticas y preferentemente intradérmica en la piel.

Manejo del alumbramiento

La hemorragia postparto es la complicación más importante del alumbramiento. Existe una revisión donde se comparan los efectos del manejo activo rutinario del alumbramiento (administración de un oxitócico profiláctico a la salida del hombro fetal o después del nacimiento, el pinzamiento temprano y sección del cordón umbilical, y la tracción controlada del cordón umbilical para la extracción de la placenta), con el manejo expectante o conservador (política de no intervención, en espera de los signos del desprendimiento de la placenta y de su expulsión espontánea).

El manejo activo dio como resultado un menor riesgo de pérdida sanguínea materna y de hemorragia postparto, menor anemia y menos necesidad de transfusión durante el puerperio. Sin embargo, se asoció con un mayor riesgo de náuseas, vómitos e incremento de presión sanguínea en la mujer (cuando se utilizaron preparaciones de ergometrina). No hubo efectos aparentes en el recién nacido. Se desprende que el manejo activo del alumbramiento debe ser de elección en los partos vaginales hospitalarios.

MEDIDAS DE SOPORTE FÍSICO-EMOCIONAL EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

Un estudio, cuyo objetivo fue determinar el grado de satisfacción de las mujeres en lo referente a los cuidados durante el parto, muestra que el nivel de satisfacción aumenta con:

- Oportunidad de tomar decisiones sobre el cuidado.
- Información suficiente y adecuada sobre el progreso del parto.
- Atención continuada por un mismo profesional.
- Soporte emocional adecuado y constante por los profesionales que atienden el parto.

Planes personales de parto

La mujer es el centro del cuidado maternal. Durante el proceso de parto, los cuidados deben estar 'enfocados en la mujer', adecuándolos a sus necesidades y circunstancias personales, respetando en la medida de lo posible sus opciones y decisiones en los cuidados que desea. Para ello, las decisiones deben estar planeadas y discutidas a fondo previamente con los profesionales involucrados en la asistencia.

Para que los cuidados durante el parto sean individualizados, se deben planificar a lo largo de las consultas prenatales. Antes de iniciarse la fase de parto, se debe haber reunido la máxima información sobre dicha mujer y la evolución de su embarazo. La mujer debe disponer de la suficiente información en que basar sus opciones.

Sin embargo, es preciso evitar la obsesión de algunas mujeres por un 'parto perfecto'. Los planes de nacimiento y las expectativas de las mujeres están sujetas a la situación clínica del momento, pudiéndose producir desviaciones si la evolución del parto lo requiere.

Información sobre el proceso de parto

Hay evidencia de la necesidad de que las mujeres estén informadas de los progresos de sus contracciones, e incluidas en el proceso de tomar decisiones. Esto las ayudará y hará estar satisfechas con el parto, incluso en los casos en que sea precisa una intervención. Por ello, resulta fundamental ofrecer repetida información a la gestante y al acompañante, explicándoles los diversos procedimientos que se realizan de una manera sencilla, y animar a la mujer a que haga preguntas a los profesionales sanitarios.

Continuidad en los cuidados

La bibliografía evidencia que las mujeres embarazadas y

parturientas desean tener una atención continuada, manifestando preferencias respecto a quien debe cuidarlas. La continuidad en la atención mejora la comunicación y la calidad de la experiencia que supone el parto.

Si la parturienta ha tenido oportunidad de conocer durante el embarazo a la matrona que le atenderá, mejora el grado de satisfacción, reduciéndose la ansiedad y describiendo su parto como una experiencia positiva. También se ha visto una menor tasa de cesáreas en aquellos partos controlados por una sola matrona (one to one).

Garantizar este aspecto, impidiendo la fragmentación de los cuidados, implica cambios en la organización de los servicios obstétricos, intentando adaptar los turnos para que sean de 12 horas.

Ambiente del parto y estrés

Durante el parto, es habitual que la mujer experimente emociones tales como excitación, ansiedad, miedo al dolor, etc. El ambiente en el que se producen las contracciones, tales como la presencia de extraños o la soledad, puede tener efectos significativos sobre el grado de miedo y ansiedad experimentados.

Las situaciones que provocan la sensación de no poder ejercer influencia sobre el ambiente, como la hospitalización, provocan un incremento en los niveles de estrés. La secreción de beta-endorfinas, que se incrementa durante el estrés, tiene efectos de tipo fisiológico y psicológico, incrementando la memorización, a la vez que reduce o bloquea el músculo liso. Si las mujeres se encuentran estresadas por el ambiente que las rodea, el parto puede verse prolongado debido a la reducción en la contractibilidad uterina. Por tanto, los factores que inducen estrés en las mujeres durante las contracciones deben ser minimizadas, dado que la salud emocional a largo plazo de la mujer puede quedar afectada por esta experiencia.

Es importante asegurar la privacidad, sobre todo en las exploraciones vaginales. Una parturienta necesita su propia habitación y el número de personas presentes debe estar limitado al mínimo necesario, evitando la presencia de personas no necesarias en el paritorio. También es preciso ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que prefiera, en o fuera de la cama, siempre que la postura no interfiera con el control del estado fetal y de la actividad uterina. Esto significa que no tiene que estar necesariamente en la cama y menos en posición supina, y que debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar en la fase de dilatación, siempre que las condiciones lo permitan.

Apoyo emocional y psicosocial

El parto normal, siempre que sea de bajo riesgo, no suele necesitar otra intervención que aliento, apoyo y un poco de cuidado cariñoso. En ocasiones, el apoyo a las mujeres de parto es deficiente: a veces se sienten aisladas en las salas de dilatación, rodeadas de equipos técnicos, y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional.

Hay evidencia de que el apoyo emocional continuado, tanto

a nivel emocional como físico, produce beneficios tanto para las madres como para sus hijos: partos más cortos, uso menor de medicación y analgesia epidural, reducción de la necesidad de estimulación oxitócica, menor número de niños con test de apgar menor de 7 y menor número de partos instrumentales. La presencia continua de una persona entrenada para dar apoyo emocional reduce la necesidad de analgésicos, la incidencia de cesáreas, la depresión del recién nacido a los cinco minutos y la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado 24 horas después de haber dado a luz. A su vez, tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán dando pecho a las seis semanas del parto.

Dados los beneficios del apoyo emocional durante el parto, se deben extremar los esfuerzos para que éste se realice en todas las mujeres, no sólo por alguien cercano a ella, sino por personal entrenado a tal fin, especialmente cuando la mujer no recibe dicho apoyo de parte de su familia. Requiere la presencia continua de un mismo cuidador, idealmente una matrona, cuya asistencia se puede categorizar en tres dimensiones:

a) Apoyo informativo. Informar a las mujeres que lo deseen, con terminología comprensible, sobre las intervenciones practicadas (finalidad y limitaciones) y acerca de la evolución que experimenta el parto y el estado del feto. No comunicar pronósticos falsos o poco probables.

b) Apoyo físico. Ofrecer cuidados que mejoren su comodidad y confort (ropa de cama limpia y seca, cambios frecuentes de compresas perineales e hidratación de la mucosa oral); ofertar medidas simples de distracción y alivio del malestar generado por el parto (técnicas respiratorias, contacto físico, masaje lumbar y escucha activa).

c) Apoyo emocional: tranquilizar, animar a mantener el control personal y ayudar cuando la mujer intente conseguirlo proporcionándole elogios, con una actitud amistosa, paciente, amable y empática.

Acompañamiento

Uno de los factores que causan disconfort de la mujer durante el parto es el entorno hospitalario, con la separación de su familia y el estar controlada por personal extraño. Esto se modifica cuando la mujer está acompañada por amigos, familiares o personas especialmente entrenadas para dar apoyo emocional.

Tras décadas de políticas hospitalarias restrictivas, en los últimos años se ha permitido que la pareja formara parte del proceso de parto, jugando un significativo papel en lo referente al soporte emocional de la gestante. La mayoría de las mujeres se alegran de la presencia de sus maridos en el momento del parto. Determinadas parejas administran un soporte físico y psicológico crucial durante el parto (caricias, participación activa en técnicas de respiración, etc.), consideradas como particularmente útiles por las parturientas, cuidados que a veces no son suministrados por el personal sanitario, ocupado en otras tareas. Es evidente el beneficio práctico y emocional que la mayoría de las mujeres tienen con la ayuda de sus parejas.

El cambio en los valores familiares tradicionales, que concebían el parto como un hecho fundamentalmente femenino,

ha llevado a un mayor protagonismo de la pareja en este momento. En los últimos años, incluso se presiona a maridos que a veces dudan de su capacidad de ayuda a la parturienta, para que la acompañen durante el parto. Por ello, es preciso respetar la elección de acompañante de la mujer de parto. Debe garantizarse que esté acompañada por personas con las cuales se encuentre cómoda: su pareja, la mejor amiga, un familiar o una "doula". Esta última, cuya utilidad se ha comprobado en algunos estudios, sería una mujer con experiencia que guía y acompaña a las parturientas y puérperas, sin ánimo de realizar tareas propias del personal sanitario. En nuestro actual contexto de inmigración, la figura de una mediadora cultural entrenada, podría ejercer una labor importante con las madres inmigrantes que no hablan el idioma y que no tienen ningún tipo de acompañamiento.

**MARÍA ISABEL OLIVER RECHE.
MATRONA DEL HOSPITAL TORRECÁRDENAS (ALMERÍA)**

**LONGINOS ACEITUNO VELASCO.
JEFE SERVICIO DE GINECOLOGÍA
HOSPITAL LA INMACULADA (HUÉRCAL OVERA)**

**MIEMBROS DEL GRUPO DE REFERENCIA
DEL PROCESO ASISTENCIAL
INTEGRADO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
(CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA).**

- O.M.S. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Salud Reproductiva. Ginebra, 1999.
- Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labour and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth* 1994, 21 (1): 4-13.
- Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enema vs no enema during labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
- Rommey ML, Gordon H. Is your enema really necessary? *British Medical Journal* 1981; 282: 1269-71.
- Hay-Smith J. Routine enema on admisión in labor (revised 27 January 1994). In: Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther C. Pregnancy and Childbirth Module. In: *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*. The Cochrane Collaboration, issue2, Oxford: Update Software, 1995.
- Steele, R. Cuidados de la matrona durante la primera fase del parto. En: Alexander J, Levy V, Roch S. Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones. Barcelona, Boehringer Mannheim, 1998.
- Grant J. Nutrition and hydration in labour. In: Alexander J, Levy V, Roch S (eds). *Intrapartum care: a research-based approach (Midwifery Practice Vol 2)*. Macmillan, Basingstoke, 1990: 67.
- Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic fetal heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
- Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Peñalosa L, Cabezas M y Lanchares JL. Asistencia al periodo de dilatación del parto. En E. Fabrè: *Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal*. Zaragoza, SEGO, 1996: p. 161-2.
- Carroli G, Belizán J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic vs. catgut suture material for perineal repair (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issue 1, 2001. Oxford: Updated Software.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
- Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labour and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth* 1994, 21 (1): 4-13.
- Steele, R. Cuidados de la matrona durante la primera fase del parto. En: Alexander J, Levy V, Roch S. Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones. Barcelona, Boehringer Mannheim, 1998.
- Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labour: relationship to duration of labour and fetal heart rate pattern. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1985; 153: 870-77.
- Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Journal of Medicine* 1986, 2930: 585-7.
- Hodnett DE. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
- Langer A. Commentary on: Hodnett DE. Support from caregivers during childbirth (Cochrane Review). *The Who Reproductive Health Library*. HRP-RHT, nº 1, 1997.
- Recuerda JA, García F, Grau S, Iniesta V, Lozano L. Influencia del apoyo profesional en la mejora del trabajo de parto. Memoria de las I Jornadas de Investigación en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (matrona) de la Comunidad Valencia. Valencia, IVESP-CECOVA, 1996: 91-104.
- Keirse MJNC, Enkin M, Lumley J. Social and profesional support during childbirth. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC. *Effective care in pregnancy and Childbirth*. Oxford: University Press, 1989, pp 805-814.



PREMIO NUK

5ª EDICIÓN ⁰²/₀₃

IN MEMORIAM KLAUS KUBOSCHEK

B A S E S

CIERRE EDICIÓN
30 NOVIEMBRE 2003

1. CONVOCATORIA

Se anuncia por parte de NUK Formación de Roche Diagnóstica, S.L. la 5ª convocatoria para la adjudicación del Premio NUK 2002-2003 in Memoriam Klaus Kuboschek *

PREMIO NUK MATRONAS al mejor trabajo científico y/o de investigación.

PREMIO NUK MATRONAS RESIDENTES al mejor proyecto de investigación.

Ambos galardones se otorgan en relación con el campo profesional de la Matrona.

La vigencia del presente certamen será de Noviembre 2002 a Noviembre 2003.

2. PARTICIPANTES

Podrán optar a dicho premio todas las Matronas españolas con título oficial vigente en el momento de la convocatoria Noviembre 2002 y todas las Matronas residentes que estén realizando su formación como Matrona dentro del período de la convocatoria Noviembre '02 a Noviembre '03.

A efectos de oficialidad del premio se considerará, en cada trabajo, la primera firma como autora principal debiendo adjuntar fotocopia del título o resguardo del mismo. En el caso de las matronas residentes se adjuntará certificado de la Unidad Docente Titular que acredite su período de formación.

3. JURADO

El Jurado será constituido por 7 miembros, todos ellos Matronas que no podrán optar al presente Premio NUK 5ª edición.

4. NORMATIVA

Los trabajos y los proyectos deberán ser originales, no habiendo sido presentados, publicados o premiados con anterioridad, ni disponer de ningún tipo de licia o ayuda de otra línea comercial.

Deberán presentarse en lengua castellana, a 1 de espacio entre líneas con tamaño mínimo de letra 12 pt., en papel blanco DIN A 4 y en versión por todos los conceptos no superior a las 50 páginas incluyendo tablas, figuras y bibliografía.

En primera página constará únicamente el título del trabajo o del proyecto y al pie el que se dirige.

PREMIO NUK MATRONAS o PREMIO NUK MATRONAS RESIDENTES

En segunda página deberá figurar el título del trabajo o proyecto y un resumen debidamente identificado no superior a 300 palabras.

En hoja aparte figurará:

- Título del trabajo o del proyecto
- Premio al que se concurre.
- Nombre de los autores
- Profesión y cargo
- Lugar de trabajo formación o Unidad Docente Titular según proceda
- Dirección para correspondencia y teléfono habitual de contacto.

La fecha límite de presentación de los trabajos y de los proyectos que optan al Premio NUK 5ª edición será el 30 de Noviembre de 2003 debiéndose remitir a:

Roche Diagnóstica S.L.
NUK Formación
Aplda. Corrus 30-52
08007 BARCELONA

Sólo se aceptarán los trabajos recibidos hasta la fecha indicada y los presentados con el matasello con igual fecha que la del cierre de admisión (30.11.03). NUK Formación emitirá el correspondiente acuse de recibo.

5. DOTACIÓN Y PREMIOS

Su dotación global será de **12.000 €**

Premio NUK Matronas **6.200 €**

Premio NUK Matronas Residentes:

Autoría Proyecto **2.400 €**

Unidad Docente Titular **2.400 €**

Por duplicado de firma

6. FALLO

Una vez cerrado el período de admisión el Jurado se reunirá en sesión plenario de sus miembros para la lectura de los trabajos y de los proyectos en sesiones separadas.

El fallo del Jurado será inapelable.

En caso de quedar desierto el Premio NUK 5ª edición en alguna de sus modalidades la dotación económica se destinará para fines vinculados con la profesión.

NUK Formación hará público el fallo del Jurado y realizará la entrega de los premios antes del 30 de Mayo de 2004.

7. ACATAMIENTO

Los trabajos y los proyectos premiados quedarán en propiedad de NUK Formación quien podrá decidir su edición y/o publicación en la revista correspondiente. Los autores en cualquier caso necesitarán autorización previa para su publicación o presentación pública y siempre deberá hacerse constar claramente una mención al Premio NUK 5ª edición.

La participación en esta convocatoria implica la total y absoluta aceptación de sus bases.

Los autores premiados se comprometen a proporcionar al Jurado y de NUK Formación, a presentar la documentación acreditativa que se estime oportuna. Asimismo deberán entregar un CD con la versión completa del trabajo o del proyecto y otra versión en formato de artículo para su posible publicación en revista profesional.

Todo ello podrá ser exigido por NUK Formación antes de hacer efectiva la entrega de los premios.

Los trabajos y los proyectos no premiados se devolverán a sus autores.

NUK Formación
Noviembre 2002

* El día 6 de octubre falleció el profesor KUBOSCHEK de origen alemán con amplia carrera docente y científica. El día de NUK se acuerda dedicar el primer premio a su memoria como reconocimiento a la calidad de su ciencia y papel de la misma. Más allá de la profesión siempre ha sido un hombre de bien que con su ejemplo nos inspira en su día por el mundo, en honor a uno de los mejores.

