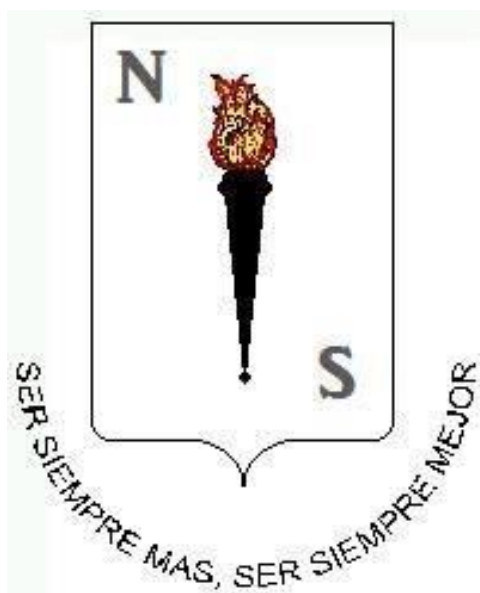


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS

PROMOCIÓN DEL PARTO NATURAL, EN LA PERSPECTIVA DE: DR
MICHEL ODENT

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ALEJANDRA ALVIRDE GUZMÁN

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios, por darme la oportunidad de vivir su voluntad y de ser siempre mi guía.

A mis abuelitas Juana Pueblas y Guadalupe Serrano, por enseñarme el valor de la familia, y lo importante que es servir a Dios y a los demás, por enseñarme a creer en el peso de mis actos, por darme aliento y una sabiduría eterna con cada palabra que de su corazón sale, por enseñarme a ser fuerte con la cabeza y no con el cuerpo.

A mis padres Enrique Alvirde y Ma. Guadalupe Guzmán por permitirme poner en alto sus apellidos, dándome siempre su incondicional apoyo y sus sabios consejos, por estar ahí a un lado mío a pesar de los kilómetros que nos separan, Por enseñarme a dejar mis miedos atrás, pues el único obstáculo que tengo que superar soy yo misma y a dar todo por la familia. Por enseñarme a soñar, a querer, a ser fuerte y a ser sobre todas las cosas una persona humilde. Gracias por ser mi aliento, mi inspiración, por enseñarme a ser grande, inquebrantable.

A mis hermanos Ricardo y Hugo Enrique, porque en los momentos que me sentía sola, un mensaje suyo me ponía una sonrisa en la cara, porque mis triunfos son suyos, porque siempre seremos el uno para el otro. Gracias por darme la enseñanza más valiosa, la de escuchar y que no hay mejor valor que el amor y la actitud. Gracias por ser mi fortaleza y por mostrarme su filosofía de libertad, a disfrutar de las batallas sin importar si pierdo, a disfrutar de los silencios y a vivir siempre sonriendo, porque por ustedes siempre voy a buscar ser su mejor ejemplo, mis fieles compañeros de vida.

A mis tíos y tías por darme la mejor enseñanza de vida, que es no vivir de lo material y disfrutar de lo que tenemos, de la familia, de los amigos, de los recuerdos, porque hoy estamos y mañana solamente Dios sabe. Por enseñarme a luchar día a día y que no importa el dinero para ser feliz, que un trabajo mientras sea digno es un buen trabajo, a ser un ejemplo para los demás. A ser fuerte ante las adversidades que la vida nos da.

DEDICATORIA

“Si existe una vida después de esta, déjame encontrarte en ella”.

En memoria de Enrique Alvirde Chávez y Jaime Alvirde Pueblas.

“El sol es débil cuando se eleva primero, y cobra fuerza y coraje a medida que
avanza el día.”

-*Vieja tienda de curiosidades*. Charles Dickens.

A Erik Camacho Contreras

Sentarme en tu laguna Chignahuapan un atardecer,

Donde el sol eterno posa en tus aguas sublimes,

Volver a tu memoria el recuerdo barbián de tu ser,

Y gritar lo inefable de tu hermosura a mi envejecer.

A Almoloya del Río, Estado de México.

A mis mentores, amigos y todos aquellos que han estado conmigo siempre.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÒRICO.....	4
2.1 VIDA Y OBRAS.....	4
2.2 INFLUENCIAS.....	5
2.3 HIPÓTESIS.....	5
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	6
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2.6 OBJETIVOS.....	8
2.6.1 GENERAL.....	8
2.6.2 ESPECÍFICOS.....	8
2.7 MÉTODO.....	9
2.8 VARIABLES.....	9
2.9 ENCUESTAS Y RESULTADOS.....	11
3.- GENERALIDADES.....	15
3.1 CONCEPTOS.....	15
3.2 TIPOS DE PARTO.....	15
3.3 CARACTERÍSTICAS DEL PARTO.....	18
3.4 ETAPAS DEL PARTO.....	18
3.5 FASES DEL PARTO.....	20
3.6 ASISTENCIA EN EL PERIODO DE DILATACIÓN.....	21
3.7 SOPORTE EMOCIONAL.....	25
3.8 ASISTENCIA EN EL PERIODO DE EXPULSIVO.....	25
3.9 ASISTENCIA DURANTE EL ALUMBRAMIENTO.....	29
4.- MODIFICACIONES GENERALES EN EL ORGANISMO MATERNO DURANTE LA GESTACIÓN.....	30
4.1 CAMBIOS LOCALES DURANTE LA GESTACIÓN.....	30
4.2 ÚTERO.....	31
4.3 OVARIO.....	38
4.4 TROMPAS DE FALOPIO.....	40
4.5 VAGINA.....	41
4.6 VULVA.....	42
4.7 GLÀNDULA MAMARIA.....	42
4.8 ABDOMEN.....	43

5.- EL ENTORNO SOBRE EL CEREBRO HUMANO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.....	44
5.1 ANATOMÍA.....	44
5.2 CAPAS DEL CEREBRO.....	45
5.3 LA IMPORTANCIA DEL ENTORNO.....	46
5.4 UN PLANETA DIFERENTE AL TERRENAL.....	48
5.5 EL AMBIENTE IDEAL.....	50
5.6 NECESIDADES BASICAS EN EL TRABAJO DE PARTO.....	51
5.7 DEJAR FUERA EL INTELECTO.....	51
5.8 EMPODERAMIENTO MATERNO.....	53
6.- PARTO VAGINAL.....	54
6.1 ¿Qué ES EL PARTO NATURAL?.....	54
6.2 CLASIFICACIÓN.....	54
6.3 DIAGNÓSTICO.....	55
6.4 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO.....	56
6.5 CLINICA DEL TRABAJO DE PARTO.....	60
6.6 MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO.....	61
6.7 BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL PARA LA MADRE.....	64
6.8 BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL AL RECIÉN NACIDO.....	64
7.- LA OMS, EL PARTO VAGINAL Y LA VIOLENCIA OBSTETRICIA.....	65
7.1 DECLARACIÓN DE LA OMS SOBRE LA TASA DE CÉSAREAS.....	65
7.2 TASA DE CESÁREAS A NIVEL DE POBLACIÓN.....	66
7.3 TASA DE CESÁREAS A NIEVL HOSPITALARIO Y LA NECESIDAD DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN UNIVERSAL.....	68
7.4 CLASIFICACIÓN DE ROBSON.....	70
7.5.1 VARIABLES OBSTÉTRICAS.....	71
7.6 DECLARACIÓN DE LA OMS SOBRE LA VIOLENCIA OBSTETRICIA.....	72
7.7 MARCO LEGAL INTERNACIONAL.....	73
7.8 CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTETRICIA.....	75
7.9 PRÁCTICAS Y RECOMENDACIONES DE LA OMS.....	78
8.- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DEL PARTO VAGINAL.....	79
8.1 CONTROL PRENATAL.....	79
8.2 IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO.....	80
8.3 EDUCACIÓN MATERNA.....	81
8.4 RECOMENDACIONES PARA UN PARTO NORMAL.....	84
8.5 MANEJO DEL DOLOR.....	86

8.6 TÉCNICA DE LAMAZE	90
8.7 MÉTODO DE BRADLEY	91
8.8 TECNICA DE PUJO	92
9.- CONCLUSIÒN	96
10.- BIBLIOGRAFÍA.....	98
10.1 BÁSICA	98
10.2 COMPLEMENTARIA	102
11.- GLOSARIO.....	105

1.- INTRODUCCIÒN

El siguiente trabajo de investigación mediante la intervención trata de promover la atención humanizada al parto natural como la realización de una intervención educativa hacia los profesionales obstétricos y a la población en general, para mejorar la asistencia sanitaria ofrecida.

El parto vaginal está llegando a hacerse menos común, así como las tasas de cesáreas regularmente se elevan en muchos países. El nacimiento por cesárea tiene implicaciones más allá de la prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, tanto para el presente y el futuro de la salud de las madres y los bebés, como para el consumo y suministro de recursos. Puede haber factores socioculturales sobre algunas mujeres. Parece que la tasa de aumento en algunos países está relacionada más con la amenaza de litigio, o el servicio y necesidades sociales, que con la existencia de una nueva evidencia sobre la necesidad de cambiar la práctica. Relacionando de esta forma la violencia obstétrica, que quita el empoderamiento materno.

El nacimiento por cesárea es una intervención “salvavidas”, prevista para proteger la salud de la madre y el recién nacido, que debería ser universal y únicamente disponible para quienes la necesitan por razones clínicas cuando el nacimiento vaginal sea considerado menos seguro.

Aunque el concepto “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la

mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. El papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos” para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque v Enfoque que responde a la ausencia de sustento científico de un alto porcentaje de las decisiones clínicas en la práctica médica, y que pretende mejorar su calidad fundamentado en el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos con fundamentos científicos, aplicados al tratamiento de cada paciente. vi Con las modificaciones a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 2011, se reconoce en el Artículo 1º, el derecho al goce de los derechos humanos contemplados en la misma Constitución y en los tratados internacionales suscritos por México. Cuentan con carácter vinculante: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), que obligan a las/os Servidores Públicos (incluyendo a los del sector salud) a evitar cualquier forma de discriminación y violencia contra la mujer. vii Propuestas de parte de diferentes grupos, redes y personas en torno al nacimiento humanizado. basado en evidencias, con intervenciones técnico medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones. El modelo de “nacimiento humanizado” incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el bebé recién nacido/a y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos.

Como objetivo tiene implantar un programa basado en el parto natural y humanizado para reducir el número de cesáreas en el ámbito hospitalario y que dé a la mujer autonomía en la toma de decisiones, garantizando la seguridad materno-fetal.

Las bases de datos consultadas durante la búsqueda bibliográfica han sido: PubMed, Biblioteca Cochrane, Google Scholar, Scielo, Dialnet, MedEsp y Scopus, de igual forma, de los artículos publicados por la OMS, las normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica.

El proyecto consta de un estudio mixto, cuyas variables clínicas y obstétricas a analizar están relacionadas con el parto humanizado.

2.- MARCO TEÒRICO

2.1 VIDA Y OBRAS.

Michel Odent, nació el 7 de julio de 1930 en la ciudad de Oise, Francia. Estudió la licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de París. Aunque realmente se desempeña como médico obstetra desde el año 1949.

De 1962 a 1985, dirigió la unidad de Maternidad del Hospital de Pithiviers en Francia, la cual se convirtió en centro de una nueva conciencia acerca del nacimiento. Allí, gradualmente, fue descartando las técnicas obstétricas convencionales, introdujo el concepto de Salas de Parto “como en casa” transformando el cuarto de nacimiento en una “sala salvaje” con piscinas de agua tibia, libertad para que la mujer pueda expresarse y ser ruidosa, libertad para que la mujer adoptase cualquier posición, entre otras cosas, revolucionando así la atención al parto. Publicando en 1983, el primer artículo de literatura médica acerca de la utilización de las piscinas para partos.

Es autor del primer artículo sobre la iniciación de la lactancia, durante la primera hora después del nacimiento. El documento lo presentó en el Congreso de Roma sobre Psicología, Ginecología y Obstetricia en 1977. Indica que la primera hora que sigue al nacimiento conforma un periodo crítico en el desarrollo de la capacidad de amar y, por tanto, con una incidencia enorme en la aparición de posteriores enfermedades relacionadas con ello, derivado de ello, expone la necesidad del calostro y su importancia en el desarrollo del sistema inmunitario del sujeto.

Michel Odent es la persona más citada mundialmente en el ámbito del nacimiento. Autor de 13 libros publicados, y numerosos artículos científicos traducidos a más de 20 idiomas, algunos de ellos son: El nacimiento en la era del plástico. (2011), El bebé es un mamífero. (2009), Las funciones de los orgasmos: la vía rápida hacia la trascendencia. (2009), La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la Humanidad. (2008), La cesárea: ¿problema o solución? (2006), Nacimiento renacido. (2005), El granjero y el obstetra. (2002), La científicación del amor. (2001), El agua, la vida y la sexualidad. (1991), La salud y los ácidos grasos esenciales. (1991).

Es creador del sitio web WombEcology y fundador del Primal Health Resarch Databank, cuyo objetivo es el estudio de la relación entre lo que sucede en el periodo primal y la salud del ser humano a lo largo de su vida. Este banco de datos, que actualmente tiene más de 800 estudios, reúne la mayor cantidad de trabajos científicos de los más prestigiosos investigadores del mundo en una amplia variedad de disciplinas.

Se encuentra involucrado en varios campos de la medicina y la investigación, tiene la atribución para replantear contraculturalmente la forma de nacer y desde allí estudiar la historia de la humanidad desde esta nueva perspectiva.

2.2 INFLUENCIAS

El Dr. Michel Odent fue influenciado por sus propios estudios científicos así como por los trabajos de Helene Deutsch, Helene Deutsch (9/octubre/1884-29/marzo/1982), fue la primera investigadora miembro de la Asociación Psicoanalítica Vienesa y miembro de la American Academy of Arts and Sciences, además de ser la primera psicoanalista que se dedicó de manera intensiva a la «psicología de la mujer» y en el estudio de la sexualidad femenina, ella consideraba el acto sexual y el parto como dos fases de un mismo proceso separadas solamente por un determinado intervalo de tiempo.

2.3 HIPÓTESIS

A mayor información acerca de los beneficios del parto eutócico a la mujer embarazada mayor toma de decisiones en pro del parto vaginal.

A mayor evidencia clínica en pro del parto vaginal menor cantidad de cesáreas injustificadas.

A menor practica de cesáreas menor cantidad de complicaciones y riesgos obstétricos.

Al reducir las complicaciones y riesgos obstétricos se aumenta la seguridad de la paciente.

A mayor índice de partos vaginales mayores beneficios económicos

A mayor porcentaje de la práctica de parto eutócico mayor número de beneficios económicos y de salud a la diada materno fetal.

2.4 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, en diversos hospitales de atención obstétrica se observa una elevada tasa en la práctica de cesáreas por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que ocasiona consecuencias a nivel económico a los futuros padres, por la intervención en una práctica que solamente debería ser usada en casos donde se encuentre en riesgo la vida de la madre y el feto; en contraposición de las mujeres que pueden tener a sus hijos de manera natural. Además de disminuir la manipulación del cuerpo de la mujer, evitando complicaciones e incrementando los beneficios que el parto natural o humanizado brinda a la madre y al feto.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nacimiento de un nuevo ser representa un evento importante en las familias, pues con él viene una serie indescriptible de sensaciones, emociones y nuevas aventuras para la familia que lo espera.

Dentro de las especies mamíferas el momento de dar a luz a un nuevo ser, implica un momento de intimidad y la creación de un vínculo que los unirá estrechamente para toda la vida. En la especie humana, para las futuras madres el parto significa un momento trascendental ya que es un evento particular y fascinante en la etapa de la reproducción de la mujer.

El parto natural es de suma importancia para la diada materno-fetal, pues otorga a la madre y al recién nacido una serie de beneficios indispensables para el futuro próximo que les espera. Actualmente, el parto natural ha sido clasificado como una práctica anticuada en los países en vías de desarrollo en donde se muestra un incremento en la práctica de cesáreas, esto no deja de ser un punto clave a tratar en la Organización Mundial de la Salud (OMS). La cual, desde 1985, han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%.

La tasa de cesáreas sigue suscitando preocupación en todo el mundo debido a su aumento constante, la falta de consenso sobre la tasa adecuada y los riesgos y costos adicionales asociados a corto y largo plazo. Además de que no han sido expuestos los beneficios del parto por cesárea sobre los que las madres y neonatos reciben al practicarles esta técnica de manera innecesaria. Resultando que el incremento en la frecuencia de la operación cesárea se considera un problema de salud pública en el mundo y México no es la excepción

Según estadísticas realizadas arrojan que los países con mayor cantidad en la práctica de cesáreas resultan ser los países en vías de desarrollo, mayormente los países latinoamericanos, donde los principales exponentes son: República Dominicana, Brasil, Chile y México.

Según el periódico "El País", el porcentaje de cesáreas realizadas en México durante el año 2014 fue 45.23%.

Según la ENADID 2014, a nivel nacional se estima un que los partos atendidos por cesárea son de 46.3%, del cual 23.2% de los partos fueron cesáreas de emergencia y 23.1% programadas; ambas cifras superan la recomendación de la OMS del 10 al 15% de nacimientos por cesárea. Así, de cada 100 partos a nivel nacional, 46 son cesáreas y 54 partos normales.

En Michoacán el porcentaje de partos por cesárea fue 48.0% en 2014, superior al porcentaje nacional de 46.3

Estos porcentajes arrojan que la práctica de cesáreas se están convirtiendo en un problema de salud pública, tal parece una epidemia dentro de las mujeres embarazadas, dicho conflicto se convierte en un enigmático caso a solucionar, pues contrario a lo que muchas mujeres dicen la voz de la experiencia de las mujeres que han tenido un parto natural resulta ser una experiencia inigualable por los beneficios que este ofrece a la madre y al recién nacido, mientras que la cesárea no ha sustentado un beneficio común en casos innecesarios. La aplicación de cesáreas se limita entonces a casos estrictamente necesarios en los que se encuentra en riesgo la vida de la dñada materna.

Otro factor influyente para que el número de cesáreas siga creciendo es el beneficio que este ofrece a quienes lo practican en relación a que la cesárea es un procedimiento quirúrgico y por tanto el uso de un quirófano, de materiales quirúrgicos como el instrumental, material textil, material de cirugía, la anestesia, los medicamentos, y el apoyo de los integrantes del team médico quirúrgico implican un gasto económico alto, además, de que este procedimiento ahorra tiempo pues es más fácil y rápido en contraposición al trabajo de parto (TDP).

La práctica de cesáreas se vuelve un procedimiento rutinario y cada vez más común, porque han caído en desuso muchas técnicas que proporcionan información más confiable que solo el uso de la clínica, un ejemplo claro es el requerimiento de la pelvimetría ósea para justificar la desproporción cefalopélvica (DCP), a través de la medición de los diámetros pélvicos en relación a los diámetros fetales.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

Crear conciencia en el personal de salud acerca del parto natural, para reducir el número de partos por cesárea en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS), gracias al fomento de la atención humanizada al parto, que dé a la mujer autonomía en la toma de decisiones, garantizando la seguridad materno-fetal y disminuyendo la tasa de cesáreas innecesarias con la finalidad de aumentar la seguridad de la diada materno-fetal.

2.6.2 ESPECÍFICOS

- Proponer el diseño de un protocolo de actuación, a partir de la evidencia científica disponible, e implantarlo en el HNSS.
- Ofrecer información a los profesionales de la salud del HNSS en el ámbito de la humanización del parto.
- Brindar información sustentable a la población femenina en etapa reproductiva sobre el tema del parto natural para crear conciencia de los beneficios que este tiene y disminuir el número de cesáreas innecesarias

- Proporcionar a las mujeres embarazadas charlas acerca del parto natural mediante la experiencia de algunas mujeres que pasado por esta experiencia y a través de ella crear una conciencia asertiva en la elección de cómo dar a luz a sus hijos.

2.7 MÉTODO

Etimológicamente la palabra método se deriva del griego “meta”: hacia, a lo largo; y “odos” que significa camino, por lo que significa “el camino más adecuado para lograr un fin”.

Es la serie de pasos que sigue una ciencia para obtener saberes válidos. Se logra apartar la subjetividad y se obtiene resultados más cercanos a la objetividad o a lo empírico.

El siguiente trabajo de tesis es diseñado mediante la aplicación del método cuantitativo pues se aplicará el uso de encuestas y gráficas que arrojen resultados en porcentajes de la tasa de partos vaginales y partos por cesárea dentro del HNSS.

Además, el uso del método analítico para obtener información valiosa de los resultados de porcentajes en el parto vaginal y por cesárea.

Etimológicamente la palabra método se deriva del griego “meta”: hacia, a lo largo; y “odos” que significa camino, por lo que método significa el camino más adecuado para lograr un fin.

Se entiende por método al conjunto de procedimientos lógicos a través de los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos de trabajo investigados. Además de ser un elemento necesario pues sin él no sería fácil demostrar si un argumento es válido.

2.8 VARIABLES

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. El concepto de variable se aplica a personas u otros seres vivos, objetos, hechos y fenómenos, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida.

Las variables adquieren valor para la investigación científica cuando llegan a relacionarse con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o una teoría. En este caso se les suele denominar constructos o construcciones hipotéticas.

Independientes	Dependientes
Toma de decisiones en pro del parto vaginal	Información de los beneficios del parto vaginal
Evidencia clínica	Cesáreas injustificadas
Práctica de cesáreas	Complicaciones y riesgos obstétricos
Complicaciones y riesgos obstétricos	Seguridad de las pacientes
Práctica del parto vaginal	Beneficios materno fetales

2.9 ENCUESTAS Y RESULTADOS

PROMOCIÓN DEL PARTO NATURAL

INSTRUCCIONES: Lee detenidamente las siguientes preguntas y conteste lo que se pide.

1.- ¿Sabe que es el parto vaginal?

SI 28 NO 12

2.- ¿conoce cuales con los tipos de parto?

SI 22 NO 18

3.- ¿Ha recibido información sobre los beneficios de parto vaginal?

SI 19 NO 21

4.- ¿Ha escuchado hablar del Dr. Michel Odent?

SI 2 NO 38

5.- ¿Sabe quién es el primer ginecólogo que reinventó la forma del parto natural?

SI 2 NO 38

6.- ¿Ha leído algún artículo sobre el parto natural?

SI 7 NO 33

7.- ¿Sabe de algún beneficio de parto por cesárea?

SI 6 NO 34

8.- ¿Conoce las complicaciones del parto por cesárea?

SI 19 NO 21

9.- ¿Le han informado las indicaciones para Cesárea?

SI 5 NO 35

10.- ¿Sabía que México es uno de los principales países con el índice más altos de la práctica en Cesárea?

SI 0 NO 40

11.- ¿Sabe que es la OMS?

SI 39 NO 1

12.- ¿Sabía que la recomendación de la OMS a nivel internacional es de una práctica de cesáreas de entre 10 a 15% de los casos atendidos?

SI 0 NO 40

13.- ¿Ha recibido información sobre la violencia obstétrica?

SI 2 NO 38

14.- ¿Sabe que es la violencia obstétrica?

SI 2 NO 38

15.- ¿Sabe que en el cerebro hay una parte que se activa durante el trabajo de parto, y se llama neocórtex?

SI 0 NO 40

16.- ¿Conoce las circunstancias en las que el neocórtex no se activa?

SI 0 NO 40

17.- ¿Ha recibido información sobre los factores que dificultan el trabajo de parto?

SI 3 NO 37

18.- ¿Sabe que el estrés es el principal factor para entorpecer el trabajo de parto?

SI 3 NO 37

19.- ¿Tiene conocimiento de que en México existe una norma en salud que habla sobre el embarazo, parto puerperio y del recién nacido?

SI 2 NO 38

20.- ¿Le han informado que la mujer en México es libre de decidir en qué forma y en qué tiempo tener a sus hijos?

SI 37 NO 3

21.- ¿Conoce las hormonas que favorecen al embarazo y al trabajo de parto?

SI 27 NO 13

22.- ¿Sabía que la oxicíclica se puede administrar como inductor del trabajo de parto?

SI 27 NO 13

23.- ¿Conoce el parto sin dolor?

SI 24 NO 16

24.- ¿Le han brindado información sobre el parto sin dolor?

SI 24 NO 16

25.- ¿Conoce las técnicas de respiración y pujo?

SI 22 NO 18

26.- ¿Ha leído, escuchado o recibido información de las técnicas de las Bradley y/o Lamaze?

SI 22 NO 18

27.- ¿Con respecto a la violencia obstétrica, el empleo del rasurado de las partes púbicas, a la episiotomía, la exitosita artificial y el uso de bloqueo deben ser bajo su consentimiento?

SI 2 NO 38

28.- ¿Sabe que el control prenatal del que habla la norma oficial mexicana sobre el embarazo ayuda a disminuir el índice de Cesárea innecesaria?

SI 14 NO 26

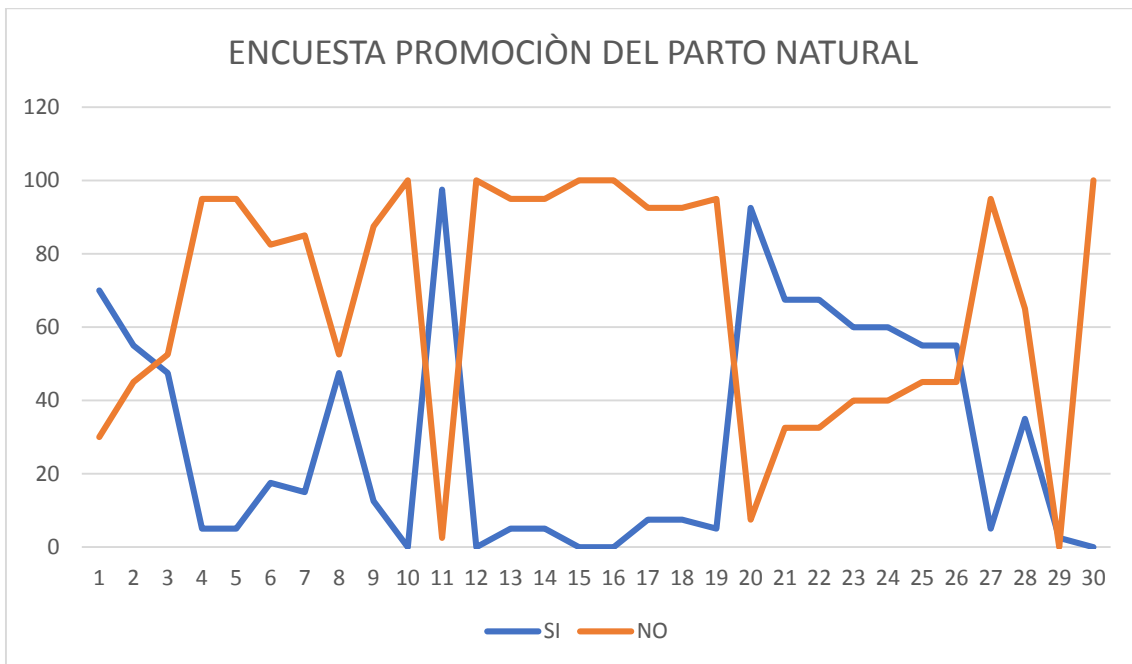
29.- ¿Sabía que en entorno influye de una manera muy importante en el trabajo de parto?

SI 1 NO 39

30.- ¿Ha leído, escuchado o recibido información acerca de la clasificación de Robson?

SI 0 NO 40

2.10 GRAFICADO



3.- GENERALIDADES

3.1 CONCEPTOS

Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

Partograma, a la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

Parto vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

3.2 TIPOS DE PARTO

PARTO MEDICALIZADO

Las bases del parto medicalizado son el control continuo del estado fetal, mediante una monitorización bioquímica y biofísica adecuadas, y la regularización de las contracciones si es necesario.

También es habitual la rotura precoz de la bolsa de las aguas, que acelera la dilatación y permite comprobar el aspecto y el color del líquido amniótico. Todas estas medidas son inocuas si se practican utilizando una técnica escrupulosa.

Con todo esto se intenta acortar la duración del parto, y hacerlo más soportable. El objetivo es conducirlo por los cauces de máxima normalidad, sin que ello signifique un aumento de riesgos fetomaternos, sino todo lo contrario.

Razones médicas, como motivos maternos (hipertensión o diabetes) o motivos fetales (crecimiento restringido), puede hacer necesario finalizar un embarazo.

También puede programarse por razones prácticas. A este tipo de parto se le llama programado por “motivo social”.

Los resultados son relativamente buenos, pero provocan en ocasiones un excesivo intervencionismo médico. Hoy en día, se efectúa una inducción médica del parto aproximadamente en un 10% de ocasiones.

La preparación mediante ejercicios de relajación y respiración, el entrenamiento muscular y un mayor conocimiento del proceso fisiológico, disminuye siempre la angustia ante el parto y hace que la mujer colabore más y participe activamente.

PARTO NATURAL

El parto natural es aquel en el que no se recurre a ningún tipo de medicación para dar a luz. Consiste en dejar hacer a la naturaleza, sin que medie apenas tecnología ni medicación, recibiendo escasa o nula atención médica artificial, y permitiendo que sea la mujer la que conduzca el proceso del trabajo de parto y el alumbramiento, de la forma que le resulte más cómoda.

En la actualidad existe en algunos ambientes, el llamado “parto natural en clínica”, asistido por personal sanitario, en el que en todo momento se intenta preservar la naturalidad del acto de dar a luz. No se administran fármacos, no se aplican sedantes y se deja a la paciente deambular libremente, así como adoptar en el momento de la expulsión la posición que ella misma elija.

Muchas mujeres con embarazos de bajo riesgo eligen el camino natural para evitar las complicaciones que pueden generar los medicamentos en ellas o sus bebés. Los analgésicos pueden afectar el trabajo de parto; por ejemplo, bajar la presión arterial, reducir o aumentar el ritmo del trabajo de parto, provocar náuseas y generar sensación de confusión y falta de control.

En este tipo de parto no siempre se cumplen las normas de asepsia y en ocasiones se descuida la vigilancia fetal. Para paliar estas deficiencias surgió el llamado “parto humanizado”. Este comparte su filosofía con el “parto natural”, pero intenta eliminar algunos de sus inconvenientes. En él se evita cualquier terapéutica innecesaria, pero se somete al feto a un estricto control mediante

monitorización biofísica y bioquímica, y se siguen escrupulosamente las normas de asepsia.

PARTO NO INTERVENIDO O HUMANIZADO

Trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren su fisiología.

En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial.

Es un intento de realizar una síntesis de todos los aspectos positivos de las corrientes obstétricas anteriores, añadiéndoles un enfoque ecológico. La idea se basa en el control y preservación del medio ambiente, es decir, del entorno ecológico del feto y de su madre.

En definitiva, “humanizar el acto de dar a luz”, hacerlo más íntimo y natural, sin renunciar a la positiva aportación científica.

Se trata pues de reencontrar la sabiduría de la naturaleza y armonizarse con ella, pero poniéndose a cubierto de sus posibles accidentes.

Se caracteriza por una preparación física durante el embarazo mediante relajación y respiración, y vigilancia continua fetal durante el parto con monitorización del período expulsivo fetal. La presencia de la pareja durante el parto y la creación de un ambiente afectivo adecuado a la futura madre es muy importante.

Se trata, en suma, de la humanización del acto del alumbramiento al máximo. La estimulación por goteo oxitócico y el uso de determinadas drogas son recursos que sólo se aplican cuando el parto se aleja de la normalidad. La madre adopta la posición fisiológica de semisentada. Si se produce la amenaza de un sufrimiento fetal, se procede a una extracción fetal profiláctica. Si todo transcurre con naturalidad (80% de los casos) el médico se limita a vigilar el expulsivo y sólo hará la episiotomía en caso necesario.

3.3 CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

El trabajo de parto se define por la presencia de contracciones uterinas que conducen al borramiento y a la dilatación del cérvix uterino.

Todos estos eventos suelen producirse antes de la rotura espontánea de las membranas, pero en un pequeño porcentaje de mujeres, la rotura de la bolsa se produce antes de la aparición de la actividad uterina.

El parto se pone en marcha como resultado de complejas interacciones hormonales entre madre, hijo y placenta, aunque aún no conocemos completamente los factores del inicio y mantenimiento del parto a término.

En el parto intervienen 3 elementos o factores:

Las fuerzas del parto: están constituidas por las contracciones uterinas, reforzadas en cierto momento por la presión de la prensa abdominal. Es el “motor del parto”

El objeto del parto: constituido por el feto y sus anejos (placenta y membranas). Es lo que ha de ser llevado al exterior.

El conducto del parto: constituido por la pelvis menor y el canal blando del parto (cuello del útero, vagina y desembocadura de ésta en la vulva). Es el camino que el feto debe recorrer desde el interior del útero hasta el exterior de la madre.

3.4 ETAPAS DEL PARTO

EL PRE-PARTO

Es el periodo que acontece antes del inicio del trabajo de parto. Su duración oscila entre unas horas y unos días antes del inicio de las contracciones.

Este periodo se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas que anuncian la proximidad del inicio del parto:

- Aumento progresivo de las contracciones uterinas: que, aunque son irregulares y en general poco intensas, pueden ser percibidas como dolorosas por la madre.

- Descenso de la cabeza fetal hacia la pelvis: la embarazada puede notar un descenso del fondo del útero, y aumento de presión en la pelvis. Las contracciones uterinas harán que el cuello uterino se ablande, se acorte, e incluso se abra un poco, lo que facilita el descenso de la cabeza fetal hacia la pelvis. Esto puede ser causante de compresión a nivel de la pelvis, que puede producir calambres o dificultades en la marcha, e incluso aumento de la frecuencia de la micción.
- Expulsión del tapón mucoso: los cambios a nivel del cuello del útero provocan la salida a través de la vagina de un flujo espeso y mucoso, en ocasiones con estrías de sangre.

Todas estas manifestaciones son variables, y sólo indican que todo está preparado y que el parto puede iniciarse en los siguientes días.

EL PARTO NORMAL

El parto normal se inicia de forma espontánea, y tras una evolución fisiológica de la dilatación, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben también evolucionar de forma fisiológica.

Consideramos parto normal aquel que se produce entre las semanas 37 y 42 de la gestación, aunque existen factores específicos de cada mujer que pueden hacer que el parto se adelante (parto pretérmino o prematuro) o se retrase (embarazo prolongado).

EL POST-PARTO INMEDIATO

Es el periodo que sigue al desprendimiento de la placenta, y que algunos consideran el “cuarto periodo del parto”.

En él se produce la cohibición de la hemorragia que acompaña al alumbramiento mediante la contracción permanente de las paredes uterinas.

En este momento es fundamental una intensa vigilancia clínica del estado materno, que ha realizado un gran esfuerzo físico.

Este periodo dura unas 2 horas, y es en este momento cuando se procederá a suturar los posibles desgarros perineales, o la episiotomía, y se comprobará que no hay hemorragia y que el útero se encuentra bien contraído.

3.5 FASES DEL PARTO

FASE DE DILATACIÓN

Es el periodo en el que las contracciones se hacen rítmicas e intensas, y provocan que el cuello del útero se acorte y se dilate. Su duración es variable, aunque se suele considerar que en las primerizas dura entre 6 y 10 horas, y en el resto entre 3 y 5 horas. El cuello debe dilatarse para permitir la salida del feto (dilatación completa), que en general para fetos bien desarrollados a término la dilatación es de 10cm.

Fase Latente: Se inicia desde el momento en que la madre percibe dinámica uterina y finaliza con la presencia de un cuello borrado y 3-5 centímetros de dilatación. En este período las contracciones son poco intensas y no siguen un patrón regular, lo que no produce grandes modificaciones en la dilatación cervical. Puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas.

Fase Activa: Periodo de tiempo comprendido entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. En este lapso se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece una duración media de 4 horas en multíparas y 6 en nulíparas.

Se ha observado que la analgesia epidural no prolonga dicha fase, aunque sí se asocia a un aumento, así como un inicio más precoz del uso de oxitocina

FASE DE EXPULSIVO

Es el periodo que transcurre desde el final de dilatación hasta la salida total del feto al exterior. En su transcurso es fundamental la colaboración activa de la madre para lograr la salida del bebé. Como efecto de la compresión de la cabeza del feto en el periné, la madre siente deseo de “empujar” y pone en funcionamiento su prensa abdominal. A medida que avanza esta fase se ve

aparecer la cabeza fetal distendiendo los genitales, hasta “coronar”. Su duración se puede prolongar hasta 2 horas en primerizas, y hasta 1 hora en multíparas.

La episiotomía, es una incisión en la piel y paredes vaginales que se realiza para evitar un desgarramiento durante la expulsión y además acortar el tiempo de expulsión del bebé. En general sólo suele ser necesaria (si lo es) en primerizas en las cuales los tejidos normalmente no distienden tanto como en las multíparas.

Si el expulsivo se demora, o si hubiera alguna indicación fetal (riesgo de pérdida de bienestar fetal) o materno, el médico puede recurrir a la llamada extracción instrumental del feto y para ello tiene varios instrumentos que le “ayudaran a la salida del feto”:

- Espátulas
- Ventosa
- Fórceps

FASE DE ALUMBRAMIENTO

Es el periodo en el que se produce la separación y expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas. Es fundamental que una vez que ha salido el feto, el útero se contraiga y se desprenda la placenta. Esta fase no debería durar más de 30 minutos, por lo que, si se prolonga, deberían intentarse maniobras para que se produzca el desprendimiento.

Ya pinzado el cordón y cortado, la sangre que aún está contenida en su interior, así como en el interior de la placenta, puede recogerse y utilizarla para Conservación privada de células madres del cordón umbilical o donarse con fines altruistas al Banco de sangre de cordón umbilical.

3.6 ASISTENCIA EN EL PERIODO DE DILATACIÓN

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

Al ingreso se realizará la valoración clínica y obstétrica habitual:

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

La paciente podrá estar acompañada en todo momento por la persona que ella elija. La presencia de otros profesionales que hayan podido intervenir en el control de la gestante antes del parto y que sean ajenos al centro, dependerá de las posibilidades estructurales de cada unidad.

Se facilitará a la parturienta la adopción de la posición (sentada, acostada, deambulando, etc....) que le reporte un mayor confort.

Enema opcional (a solicitud de la mujer o por necesidad).

No restringir la ingesta de líquidos (agua o Aquarius) durante el trabajo de parto, sobre todo en procesos prolongados. Se deben evitar los lácteos y los alimentos sólidos.

Favorecer la micción espontánea. El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario.

Permitir a la gestante el uso de ropa personal e interior, así como objetos personales, música, etc., ...

Canalización de una vía intravenosa

La prudencia aconseja tener una vía canalizada y salinizada por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso.

Administración de medicamentos

La mujer ha de saber que en caso de necesidad y según los protocolos, en determinadas circunstancias será necesario administrar algunos medicamentos (oxitócicos, ergotínicos) o realizar profilaxis antibiótica (rotura prematura de

membranas, portadora de estreptococo agalactiae, fiebre intraparto, ...), pero siempre será informada previamente de la conveniencia de dicha aplicación.

Toma de constantes

Tomas de la tensión arterial, el pulso y la temperatura cada 2 horas.

Control del dolor

Los medios disponibles en el hospital para el alivio del dolor son los siguientes:

Métodos farmacológicos

- Óxido nitroso (un gas analgésico)
- Anestesia epidural: La analgesia más eficaz para alivio del dolor es la anestesia epidural, a la menor dosis posible que permita el control del dolor, con el fin de producir el mínimo bloqueo motor y permitir que la parturienta deambule o adopte aquella postura que le aporte una mayor comodidad.

Métodos no farmacológicos

- Facilitar apoyo psicológico y medidas físicas coadyuvantes
- Estimulación de la piel, con masaje, presión/masaje y aplicación de calor/frío con la ayuda del acompañante
- Material de apoyo: pelotas, cojines (los traerá la paciente) ...

Control fetal

El control fetal se realizará con monitorización cardiotocográfica continua. El hospital dispone de electrodos de monitorización externa inalámbricos, lo que permite a la parturienta la deambulación y el poder adoptar la posición que ella prefiera sin renunciar al control estricto del bienestar fetal.

En los todos los partos, intervenidos o no, se realizará monitorización fetal continua.

Ante variaciones de la FCF que se alejen de los patrones considerados normales y que supongan una situación de riesgo de pérdida del bienestar fetal, si las

condiciones lo permiten, se podrían realizar otros estudios que nos aporten más información sobre el estado fetal.

Valoración de la progresión del parto

Desde el momento en que se considera que la mujer está de parto, se empleará una partograma para registrar los datos obtenidos durante la evolución del parto, así como todas las incidencias, indicaciones y tratamientos realizados.

Tactos vaginales: el número de tactos vaginales será el mínimo que permita valorar con seguridad la evolución del parto. Suele ser suficiente un tacto cada 2-4 horas, o antes si el equipo obstétrico lo cree conveniente.

Se practicará un tacto vaginal también tras la rotura de la bolsa, antes de la administración de la analgesia epidural, tras la aparición de un trazado de frecuencia cardíaca fetal alterado sin causa aparente o cuando la paciente presente deseos de realizar pujos.

Dinámica uterina: se considerará dinámica uterina eficaz aquella que permita la progresión del parto sin efectos adversos para la madre o el feto.

No se practicará la rotura de la bolsa de rutina.

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

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

Si se sospecha un retardo de la fase de dilatación:

- Se ofrecerá apoyo, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor
- Si las membranas están intactas se procederá a la amniorrexis.

- Exploración vaginal 2 horas después, y si el progreso de la dilatación es menos de 1cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.
- Una vez establecido el diagnóstico, se ofrecerá la estimulación con oxitocina.
- Se ofrecerá anestesia epidural antes del uso de la oxitocina.
- Se procederá a un nuevo tacto vaginal 2-4 horas después de iniciada la perfusión con oxitocina. Si la dilatación es inferior a 2cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de hacer una cesárea.

3,7 SOPORTE EMOCIONAL

- Identificar e intentar eliminar las causas de miedo y ansiedad.
- Favorecer un clima de confianza y respeto a la intimidad de la mujer durante la evolución del parto, rodeando esta etapa de una atmósfera grata y tranquilizadora.
- Ser sensibles a las necesidades culturales y a las expectativas de las parturientas y su familia.
- Transmitir a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado actual del parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere, para que conociendo la realidad de los hechos puedan tranquilizarse.
- Mantener un estado satisfactorio de higiene y confort mediante una cómoda posición, masaje corporal, lavado perineal, no necesidad de tricotomía, cambio de sábanas, empapador, etc....; haciendo partícipe al acompañante de su colaboración en dicha actividad.

3.8 ASISTENCIA EN EL PERIODO DE EXPULSIVO

El equipo obstétrico mantendrá una conducta expectante durante el expulsivo, siempre que las condiciones de salud maternas y fetales lo permitan. Si las condiciones del parto lo permiten, la mujer podrá estar acompañada por la persona que desee. Si fuera necesario realizar un parto instrumental o una cesárea, la presencia del acompañante dentro de la sala de partos será

discrecional y dependerá del personal asistencial que esté atendiendo el parto, pero en ningún caso, salvo autorización previa por escrito, se permitirá su presencia en el quirófano por ser ésta un área estéril.

Al igual que durante la dilatación, se permitirá la ingesta de líquidos claros en pequeñas cantidades y se informará a la mujer en todo momento de forma veraz y adecuada a sus conocimientos sobre la evolución del parto.

Se favorecerá la micción espontánea. Si la parturienta no orina o no lo ha hecho en cantidad adecuada, se practicará un sondaje vesical.

- Pujos

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

En mujeres con analgesia epidural se dirigirán los pujos con el fin de hacerlos más efectivos y evitar el agotamiento de la madre.

- Posición

En el momento de dar a luz, y gracias a la versatilidad de las camas de partos de que disponemos, se dará opción a que la mujer adopte la posición que desee durante el expulsivo, siempre que se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal.

- Control fetal

En este periodo, el riesgo de acidosis fetal es más elevado, por ello se mantendrá la monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal.

- Valoración de la progresión del parto

Durante el expulsivo se valorará, no sólo su duración, sino también su progreso. En ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que lo

contraindiquen, se acepta como duración normal hasta 2 horas en nulíparas y hasta una hora en múltiparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación. En caso de anestesia epidural, los límites se establecen en tres y dos horas para nulíparas y múltiparas respectivamente.

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

- Tricotomía

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

- Episiotomía

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

- Expulsión fetal

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

- La presión sobre el fondo uterino, podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza.
- Es importante realizar una adecuada protección del periné para minimizar el riesgo de desgarros.
- Para facilitar la distensión perineal y el desprendimiento de la cabeza fetal se pueden usar compresas calientes o sustancias lubricantes. Se evitará el masaje continuo de vulva y periné.
- Medidas higiénicas:

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

Parto no intervenido:

Según la posición de la parturienta, se usarán paños estériles con la frecuencia adecuada para mantener el espacio asistencial lo más limpio posible.

Tanto el personal asistencial como los acompañantes usarán gorros y mascarillas.

La sutura de una episiotomía o laceración de periné se considera un procedimiento quirúrgico, por lo que se aplicarán las normas habituales de asepsia.

Parto instrumental: al ser un procedimiento quirúrgico, se deben respetar las normas habituales de asepsia.

Cordón umbilical

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

Si los padres lo desean se puede recoger la sangre del cordón umbilical para la conservación privada de las células madre o para donación altruista al

Banco de cordón umbilical, pero en ese caso, hay que pinzar y cortar el cordón rápidamente, dado que de otro modo las probabilidades de que se obtenga la cantidad necesaria de sangre se reducen mucho.

- Recién nacido

No se separará al recién nacido de la madre, excepto que sea imprescindible. La atención inicial del recién nacido se hará, siempre que sea posible, en la propia sala de partos y en presencia de los padres. Si se precisaran de maniobras de reanimación más profundas, a criterio del equipo que atienda al recién nacido, éstas se realizarán en un área más adecuada para tal fin.

Se procederá a recoger sangre del cordón umbilical para la determinación del grupo sanguíneo y Rh, y del valor del pH

Valoración del test de Apgar.

Tras comprobar la adecuada adaptación del bebé, se colocará al recién nacido sobre el abdomen de la madre, piel con piel y cubierto con un paño seco y caliente. Allí permanecerá durante los primeros 60-90 minutos, demorándose hasta el final su identificación, así como la profilaxis ocular y la administración de vitamina K.

Se facilitará el inicio de la lactancia materna lo antes posible, siempre que no haya contraindicación para la misma.

Se ofrecerá al padre la posibilidad de tener al recién nacido en sus brazos.

3.9 ASISTENCIA DURANTE EL ALUMBRAMIENTO

El manejo activo del alumbramiento puede prevenir hasta un 60% de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y con escasos efectos secundarios. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto.

Existen diferentes pautas, pero las más eficaces son las que emplean oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior. El uterotónico de elección es la oxitocina.

Tras el alumbramiento se administrará oxitocina y se pautarán sueros de mantenimiento.

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

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

Finalmente, se realizará el aseo de la mujer, de su ropa y de su cama.

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

se valorará la recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores.

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

4.- MODIFICACIONES GENERALES EN EL ORGANISMO MATERNO DURANTE LA GESTACIÓN

4.1 CAMBIOS LOCALES DURANTE LA GESTACIÓN

Los cambios hormonales y topográficos que acontecen durante el embarazo, asociados a las alteraciones mecánicas producidas por el desarrollo fetal, hacen que el organismo materno sufra importantes modificaciones locales que darán lugar a síntomas y signos útiles para el diagnóstico de embarazo, así como diagnósticos de otra naturaleza. El conocer los cambios fisiológicos locales nos permite distinguirlos de los patológicos.

Dentro del claustro materno se originará una relación biológica de interdependencia entre el huésped (el embrión o feto) y el hospedador o receptor (la madre), que supone cambios importantes para cumplir con tres objetivos fundamentales:

- Adaptación a las necesidades de espacio: conforme vamos avanzando en el embarazo, las necesidades de espacio van en aumento. Esto se comprende fácilmente si tenemos en cuenta que partimos de una sola célula, que irá dividiéndose y creciendo hasta conformar un bebé de unos 3.5 Kg, al cabo de 280 días.
- Cubrir las exigencias funcionales y nutritivas del nuevo ser: Los órganos deben ser capaces de aportar tanto el oxígeno como los nutrientes que necesita el huésped durante las distintas fases de su desarrollo.
- Preparación para el momento de la expulsión: Los órganos deben adquirir capacidad contráctil para posibilitar la salida del bebé, a la vez que se dilata el canal del parto para permitir el paso del mismo hacia el exterior.

4.2 ÚTERO

El útero tiene un rasgo fundamental, que no tiene ningún otro órgano, y es su gran habilidad para aumentar de tamaño, y capacidades, en unos meses; y volver a su estado original en unas semanas.

El cambio experimentado -ese aumento de fibra muscular-, resulta de tres procesos:

- Hipertrofia
- Hiperplasia
- Aumento de la vascularización

La expresión de estos cambios se traduce en variaciones de:

- Tamaño:

El útero pasa de estar –inicialmente- en la pelvis menor, a extenderse –durante el embarazo- hasta alcanzar la parrilla costal. En la exploración obstétrica, nos valemos de esta característica para estimar la semana de gestación, en función de cómo vaya creciendo el útero.

- Peso: La masa hística aumenta en un 200% (de 60-80g hasta 800-1200g, al final del embarazo).
- Capacidad: El útero es una cavidad virtual en donde cabrían unos 8 a 10cm² de líquido, y que al final del embarazo puede alcanzar de 10ml a 5l, o más.
- Forma y consistencia: Forma de pera; haciéndose esférica en el 1º trimestre de embarazo, y ovoidea -o cilíndrica- en la 2º parte de la gestación (semana 20-24), merced al crecimiento en longitud del feto.

Consistencia blanda (conforme avanza el embarazo, se va reblandeciendo). Al final la pared se adelgaza y se hace depresible.

Estructura del útero

- Cuerpo uterino:

Es la porción superior grande del órgano.

La superficie anterior es casi plana, mientras que la superficie posterior es convexa. La parte más alta y redondeada del cuerpo que se expande por arriba de la desembocadura de las trompas uterinas recibe el nombre de fondo uterino.

Su pared la constituyen tres capas:

- Serosa o Perimetrio
- Muscular o Miometrio
- Mucosa o Endometrio

Serosa o perímetro

Es la capa serosa externa o la cubierta peritoneal del útero. A nivel de la plica vesicouterina, donde la unión con el peritoneo es laxa, es el único sitio que facilita la disección del útero, es decir, la separación del peritoneo parietal – íntimamente adherido a su pared-.

Muscular o Miometrio

Es la capa muscular gruesa. Está en continuidad con la capa muscular de las trompas.

El miometrio es el estrato más grueso de la pared uterina, y está compuesto por tres capas de músculo liso de límites mal definidos:

Capa Superficial y Capa Interna: Constituidas por las fibras de los ligamentos del útero (lig. redondo), que van a adquirir una disposición circular a modo de esfínteres.

Los haces musculares lisos de las capa interna y externa se orientan paralelos al eje longitudinal del útero.

Se disponen en una estructura helicoidal cruzada, proveniente de ambas trompas, y que determina una disposición circular propagada al parámetro, a nivel del istmo (actuando a la vez como esfínter y como anclaje). Ación P.

Capa Intermedia o Plexiforme: Contiene cantidad abundante de vasos sanguíneos grandes (plexos venosos) y vasos linfáticos; se le denomina: estrato vascular. Es la capa más gruesa y posee haces musculares entrelazados o con orientación circular o espiralada.

Dichas fibras helicoidales, partiendo de cada uno de los ángulos tubáricos, se dirigen hasta abrazar totalmente al útero y a medida que descienden se hacen horizontales y se entrecruzan con las que vienen del otro lado (ver el esquema). Cada fibra sale de la parte superior y se dirige hacia la inferior; esta “forma de resorte” hace que cuando el útero se dilate, adopte esta formación, permitiendo la distensión del mismo.

La disposición que adoptan las fibras musculares miometriales, favorece la separación de las mismas, si existe una fuerza expansiva interior.

Entre las fibras se forman orificios o hiatos, por donde pasan los vasos arteriales y venosos. Esto –desde el punto de vista clínico-, implica el compromiso de la vascularización uterina, cada vez que las fibras se contraigan. Por ello, tras el parto (contracción máxima), se obliteran los vasos uterinos, evitando el sangrado. Estos orificios se conocen como “ligaduras vivientes de Pinard”.

Durante la gestación, cuando se sobrepasa la actividad contráctil, la circulación placentaria puede verse gravemente afectada.

Mucosa o Endometrio

A lo largo de toda la vida fértil, el endometrio sufre cambios cíclicos cada mes, que lo preparan para la implantación del producto de la concepción, y para sustentar el desarrollo embrionario y fetal ulterior.

La mujer: en la 2da parte del ciclo ovárico, se produce progesterona; a ella responde el endometrio con una fase secretora, que lo prepara para la implantación y la nutrición del embrión. El endometrio, durante el embarazo, se encuentra en fase supersecretora.

Mucosa Uterina durante la gestación

Decidua o Caduca:

La reacción decidua son los cambios en el endometrio, por acción de la progesterona (estímulo del cuerpo lúteo), que lo prepara para la implantación y nutrición del blastocito.

La acción secuencial de los estrógenos y la progesterona sobre las células estromales las torna capaces de transformarse en células deciduales. El estímulo transformador es la implantación del blastocisto. El resultado de la transformación consiste en la aparición de células grandes y pálidas, ricas en glucógeno.

Clasificación topográfica:

- Decidua Basal o Serotina
- Parte de la decidua en donde se implanta el huevo y que separa a éste del miometrio.
- Decidua Capsular o Refleja
- Decidua que recubre el huevo por su lado externo hacia la cavidad uterina.
- Decidua Parietal o VeraEndometrio que tapiza el resto de la cavidad uterina, donde no está el huevo. A partir de la 20ª semana, con el crecimiento de las estructuras ovulares, entran en contacto las deciduas parietales y capsular, fusionándose en algunas zonas.

Estructura histológica de la Decidua:

- Capa superficial compacta
- Capa media o esponjosa
- Capa profunda o basal (Adherida al miometrio). Al final de la gestación se encarga de formar de nuevo al útero.

Estas capas, superficial y media, son las que se Destruyen en la mujer no gestante, cada ciclo menstrual; mientras que en el embarazo persisten.

Descripción histológica:

El aumento de progesterona –en la 2da mitad del ciclo-, hace que el endometrio pase de estar formado por pequeñas glándulas en crecimiento (1º fase = fase proliferativa del ciclo ovárico), a glándulas de tipo secretor, como se observa en este corte histológico:

En el útero gravídico no involuciona el cuerpo lúteo, por lo que persistirá la secreción de progesterona, dando origen a la decidua. Esta última, se observa como una porción compacta de células poligonales apretadas, que cuando se edematiza la zona, pasan a ser finas, se separan y adquieren una formación de estrella. Las células mesenquimales formarán nuevas células, y las glándulas secretoras de glucógeno- aumentarán su número y actividad.

- Segmento uterino inferior: Es el espacio que hay entre el cuerpo uterino y el cuello uterino; resultado de que el istmo uterino se distienda y adelgace, a lo largo de la gestación.

Este segmento, durante el parto, ha de dilatarse circunferencialmente. Con las contracciones, este segmento inferior del útero se adelgaza para facilitar su dilatación, en vez de aumentar de grosor como ocurre con el miometrio.

- Cuello o Cérvix

Es la porción inferior angosta del útero separada del cuerpo por un istmo. La luz del cérvix (conducto endocervical) exhibe dos estrechamientos en cada extremo, que se llaman orificio cervical interno (el que comunica con la cavidad del cuerpo uterino) y el orificio cervical externo (el que comunica con la luz vaginal).

El cuello uterino está constituido por tejido fibroso, predominantemente; y por tejido muscular, en menor medida.

La transición entre el músculo uterino y el tejido fibroso del cérvix, se da a nivel del orificio cervical interno histológico, donde ocurre también un cambio de mucosa.

Los orificios cervicales, interno y externo -que muestra la imagen precedente-, corresponden a los orificios “anatómicos”, mientras que el orificio cervical interno “histológico” (miometrio) el que indica la flecha.

El tejido muscular, abundante en el útero, se va volviendo cada vez más superficial hasta que desaparece. A nivel del cérvix, la escasa musculatura (10% del tejido total) ya no tiene papel en la contracción –necesaria para el alumbramiento-, sino que sólo sirve para colaborar a que el útero vuelva a su forma original después del parto.

Las fibras elásticas colaboran, junto con el músculo, en la reversión del estado postparto.

El cambio de mucosa, al que hemos hecho referencia, tiene lugar entre dos partes, bien diferenciadas, del cuello uterino: exocérvix y endocérvix.

Exocérvix o ectocérvix:

Es la parte que se visualiza más fácilmente del cuello uterino a través de la vagina en una colonoscopia. Está rodeado por los fondos de saco vaginales. Está recubierto por un epitelio escamoso estratificado rosado, de múltiples capas celulares. Las capas celulares intermedia y superficial del epitelio escamoso contienen glucógeno.

Endocérvix:

No es visible en gran parte, porque se encuentra en el centro del cérvix formando el canal endocervical que une el orificio cervical externo con la cavidad uterina.

Está recubierto por un epitelio cilíndrico rojizo de una única capa celular.

Modificaciones cervicales

El cérvix, durante la gestación, sufre 3 modificaciones –similares a las del útero, que son:

- Aumento de la vascularización.
- Edema.

- Hiperplasia glandular.

Aumento de la vascularización.

La vascularización sufre una enorme hipertrofia –sobre todo- e hiperplasia, de forma que la zona medio-interna se transforma en un verdadero cuerpo cavernoso (senos venosos cervicales, por aumento de la dilatación de las venas).

Edema.

Las fibras colágenas se disocian por el aumento de sustancia fundamental y por la proliferación e hipertrofia de los senos venosos cervicales; esto permite una mayor distensibilidad y plasticidad del cuello.

Estaría muy feo haberse olvidado de que en la fibra colágena aparecen bandas claras y oscuras, resultado de la disposición escalonada de las moléculas de tropocolágeno; y de que cuando predominan los enlaces transversos, a través de los cuales se unen estas moléculas, el tejido fibroso adquiere una mayor rigidez.

Conociendo esto, resulta obvio que, al perder dichas uniones, el cérvix adopte una consistencia blanda.

La sustancia fundamental que rodea las fibras colágenas, está formada por proteoglicanos, compuestos de glucosaminoglicanos adheridos por uniones surfactantes, que dan un tropismo a la dilatación. Es decir, que gracias a las propiedades hidrófilas de los grupos sulfato⁵, los mismos se van a colocar cubriendo la molécula de tropocolágeno. El colágeno se modifica en cuanto a su solubilidad; en base a la relación colágeno extraíble / no extraíble. En la mujer no embarazada, habrá un 80% de agua y un 17% de colágeno.

Pero a lo largo de la gestación cambiará la proporción, a favor del colágeno extraíble –pierde enlaces-; por lo que al final del embarazo habrá más agua y menos colágeno. El objetivo de esta modificación es el ablandamiento del útero.

En la práctica clínica, se le pone a la mujer prostaglandinas en el cérvix, para reducir la cuantía del colágeno y, por ende, el número de enlaces transversos.

Haciendo biopsias de la parte final del cuello, se pudo ver que hay una relación perfecta entre la cantidad de colágeno y el tiempo de parto: a más colágeno, partos más largos. Los glucosaminoglicanos, al igual que el colágeno, se van reduciendo.

El tejido fibroso preparto ha sufrido los siguientes procesos:

- Aumento de Agua.
- Disminución de fibras colágenas.
- Disminución de glucosaminoglicanos.

Hiperplasia glandular.

Durante la gestación, la mucosa endocervical se hipertrofia enormemente, de forma que los pliegues endocervicales pueden unirse unos a otros, formando una especie de panal. Cuyas cavidades (glándulas Endo-cervicales o hendiduras de Suman) están rellenas de un moco denso, que constituye el tapón mucoso cervical, que impide el paso de gérmenes.

Hay que tener cuidado con las erosiones del cuello o ectopias, ya que –al tratarse de epitelios más débiles y vulnerables- se infectarán antes. El cuerpo intenta cubrir el epitelio extravasado a nivel de la periferia o aparecen centros de metaplasia que buscan transformar este epitelio mono estratificado, en uno poli estratificado. Suele ser frecuente en la mujer multípara, dicho proceso.

4.3 OVARIO

Es un órgano par intrapélvico con dos funciones importantes:

- la producción del gameto femenino, y
- la secreción de hormonas esteroideas.

Tienen entre 20-40mm de longitud, 15-2 de anchura y 10-20 de espesor. Se sitúan detrás del útero y se unen a él por el ligamento útero-ovárico, por un lado, y por otro, con el ligamento ancho mediante el hilo del ovario. Histológicamente,

consta de una hilera de células aplanadas, mal llamadas epitelio germinal, que recubre la capa cortical del ovario. Esta última consta de tejido conjuntivo y contiene los folículos en desarrollo. Esta capa a su vez queda por fuera de la capa medular, que consta de conjuntivo laxo y una rica vascularización.

Durante el embarazo sufre una modificación topográfica: el ovario, al igual que el cuerpo uterino, va ascendiendo mientras se desarrolla la gestación, llegando en el embarazo a término a la altura del reborde costal.

Ectopia: eversión o salida del epitelio endocervical hacia fuera.

También aumenta de tamaño; no debiendo, el sanitario, confundir este hecho con un quiste de ovario.

Las modificaciones funcionales son más importantes que las topográficas. Se produce una anulación del proceso ovulatorio mediante un mecanismo hormonal.

Así, en el cuerpo lúteo se producen:

Inhibina: Inhibe a nivel hipofisario la producción de gonadotropinas: FSH y LH (que son las responsables de la ovulación).

Relaxina: Relaja la musculatura uterina.

Desaparece al final del 1º trimestre.

Progesterona: Con numerosas funciones que vamos estudiar durante este curso. Lo más importante es que protege el desarrollo del embarazo. Inhibe también a nivel hipofisario la producción de gonadotropinas. Se produce en la unión feto-placentaria y en el folículo gravídico.

El ovario que ha producido el folículo del cual proviene el óvulo fecundado, forma el folículo gravídico. Este funciona hasta que, acabando el primer trimestre, alcanza su actividad máxima a las 4-6 semanas post-ovulación (6-8 semanas post-menstruación).

Empieza a regresar hacia la 10^a semana de gestación, con el desarrollo de la placenta que se encarga de cubrir las necesidades del feto. Su función es colaborar en el desarrollo de la decidua y su mantenimiento. De tal modo, que, si se extirpa, se produce un aborto (no hay progesterona que “proteja” el embarazo).

En el ovario también se producen otras modificaciones macroscópicas:

- Reacción decidual: Placas hemorrágicas que, al palpar, sangran con facilidad. Es la reacción decidual, en la superficie del ovario; células deciduales ectópicas que se forman por hiperplasia de fibroblastos o de células mesenquimatosas del tejido conectivo subyacente al epitelio germinativo, que se transforman en decidua.
- Luteoma: En el estroma del ovario aparece el luteoma del embarazo. Son células de tipo graso (células luteinizadas) que surgen en respuesta a la HCG7 que se produce en la placenta. El estroma ovárico aparece completamente repleto de células lipoideas (grasas) de aspecto amarillento. Desaparece al finalizar la gestación.

Curiosidad: Los luteomas del embarazo son una condición rara de este estado. Son más frecuentes en la tercera y cuarta década de la vida. No más de 200 casos han sido descritos en la literatura. Ninguno de ellos ha sido publicado en revistas de Radiología.

4.4 TROMPAS DE FALOPIO

Las trompas ponen en contacto la cavidad uterina con la abdominal, e indirectamente con el ovario. Tienen forma cilíndrica con un diámetro de 1-1.5 cm y una cavidad interna de 1-4 mm de diámetro. A grandes rasgos se diferencian tres partes:

Intramural: Incrustada en el miometrio de los cuernos uterinos

Ístmica: que comunica con el próximo segmento.

Ampular: Es la zona más gruesa y termina en una serie de fimbrias que se encargan de captar al óvulo una vez desprendido del ovario. En esta zona es donde ocurre la fecundación.

Histológicamente destaca que posee una capa externa o peritoneo, otra media o muscular formada por células musculares lisas dispuestas en una capa interna circular y otra externa longitudinal, y la capa mucosa más profundamente. Se observan durante la gestación los siguientes cambios:

Asciende como el ovario.

En la superficie se origina una congestión, debido al aumento de la vascularización. El orificio proximal (se abre al útero) está obstruido a nivel luminal por la decidua. El distal esta permeable (abertura al abdomen).

Dos acontecimientos iniciales:

- Peristaltismo: La trompa capta el óvulo y, en la zona ampular, ocurre la fecundación. El blastocisto llega al útero a través de la trompa de Falopio alrededor del día 6-7. Esto ocurre gracias al peristaltismo de la trompa, que disminuye después de la implantación.
- La mucosa consta de una sola capa de células cilíndricas, unas ciliadas que baten continuamente y otras sin cilios, con un gran núcleo, secretoras, que se encargan de la nutrición del blastocisto en esos 7 primeros días que tarda en llegar al útero.

Después de ese tiempo, las células disminuyen su tamaño, se transforman en células cúbicas, bajas y pierden los cilios (pierden capacidad motora, por lo que disminuye el peristaltismo de la trompa).

4.5 VAGINA

La vagina colabora al final del embarazo, en la fase de dilatación. De ser una cavidad virtual pasa a ser una cavidad más ensanchada, alargada y elástica. Hay hipertrofia de la musculatura que ayuda al regreso de la vagina a su estado normal después del parto.

El epitelio vaginal está muy proliferado; dicho engrosamiento hace que, al tacto, tenga una consistencia aterciopelada. Es un epitelio con cinco capas, como la piel. Su crecimiento tiene lugar a costa, sobre todo, de las células intermedias, más que de la corneal y el resto de capas. Se descama, liberando células diferentes, dependiendo del momento del ciclo:

1ª parte del ciclo: Influidas por los estrógenos, se descaman células poligonales, acidófilas y cario-pinóticas.

2ª parte del ciclo: influidas por la progesterona se desprenden células muy parecidas a las anteriores, muy ricas en glucógeno (células naviculares).

Cuando son lisadas por el bacilo fisiológico de Döderlein, se libera el glucógeno y se transforma en ácido láctico, bajando el pH.

Con esto se produce un mecanismo de autodepuración de la vagina, frente a la invasión de gérmenes.

4.6 VULVA

La vulva y el suelo perineal adquieren mayor distensibilidad para facilitar la expulsión del feto. La vulva se hace más alargada e incrementa las glándulas vestibulares y para rectales (más secreción).

También aumenta su pigmentación (se hace más oscura). Los músculos elevadores del ano se hipertrofian y se relajan.

4.7 GLÀNDULA MAMARIA

A nivel de la mama tenemos uno de los dos síntomas más precoces de embarazo, que es, junto con la amenorrea, el aumento de la sensibilidad del pecho. También se da en la segunda semana del ciclo, por lo que es un síntoma inespecífico; y es consecuencia de la hipertrofia de los alveolos mamarios (la mama se hace más nodular). En el embarazo, la areola se pigmenta y se hace más grande, al igual que el pezón, que se hace más eréctil. La areola no será lisa, sino rugosa, por la presencia de glándulas sebáceas prominentes: Corpúsculos de Montgomery.

4.8 ABDOMEN

La pared abdominal se hace más distensible, aumentando de tamaño y adelgazándose. Los músculos rectos del abdomen pueden separarse, es la diástasis de los rectos.

En la piel aparecen las estrías. Conllevan implicaciones estéticas, ya que son de un llamativo color rojo vinoso. Las estrías suelen localizarse en abdomen, mama y muslos. Son más frecuentes en primigestas, obesas y mujeres de talla alta, aunque no es para nada concluyente. Se producen por la distensión de la pared, que determina la localización y la dirección de la estría, así como por un mecanismo hormonal: durante el embarazo aumentan los glucocorticoides, que inhiben la acción fibroblástica, por lo que las fibras colágenas y elásticas se debilitan, apareciendo las estrías. La eficacia de las cremas antiestrías es dudosa. Cuando la estría desaparece, la zona pasa, de roja, a ser blanquecina o plateada.

Además de los lugares de pigmentación mencionados, la línea alba (del reborde costal a la sínfisis púbica) también se pigmenta, llamándose entonces línea Níger.

También ocurre en la frente y en la cara; son manchas de color café con leche:

Cloasma gravídico. Aunque se recomienda usar cremas con factor protector solar, dichas manchas no son evitables, ya que son debidas debido a un aumento de MSH.

A veces el cloasma regresa con el fin de la gestación, y otras veces no aparece. En las manos ocurre el eritema palmar: aumento de la irrigación sanguínea a nivel de la eminencia tenar e hipotenar, que produce un color rojo en la piel (80-90% de los casos). También se producen telangiectasias vasculares (dilataciones) y varices, estas son exclusivamente de los miembros inferiores, porque el útero dificulta el retorno de sangre al corazón.

A nivel de la cintura pélvica y de las articulaciones coxofemorales, aumenta la vascularización y hay una inhibición de la reabsorción de líquido. La sinovial y

los elementos de la articulación sufren cambios, ocasionando que la mujer adopte una marcha oscilante o mancha en pato.

Además, el aumento del abdomen hace que tienda a irse hacia delante, echando los hombros hacia atrás en compensación. Así se incrementa la lordosis lumbar, también conocida “porte de orgullo de la gestante”.

Su misión es adaptarse a un nuevo centro de gravedad que ocurre con la gestación, sin embargo, muchas mujeres sufren dorsalgias a causa de este porte (mejoran permaneciendo más tiempo en cama).

5.- EL ENTORNO SOBRE EL CEREBRO HUMANO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Cada zona del cerebro humano tiene una función específica: transformar sonidos en habla, procesar color, percibir miedo, reconocer una cara, o distinguir un pez de una fruta. Pero no se trata de una colección estática de componentes, cada cerebro es un caso especial, constantemente cambiante y exquisitamente sensible a su entorno.

5.1 ANATOMÍA

La forma del cerebro es ovoidea y pesa alrededor de 1.400 gramos, y está constituido por dos estructuras en apariencia simétricas denominadas hemisferios cerebrales. La corteza cerebral forma un revestimiento completo de los hemisferios cerebrales. Está compuesta por sustancia gris y contiene aproximadamente entre 10.000 a 30.000 millones de células nerviosas llamadas neuronas, entrelazadas con neuroglías. Es mayor el número de sus células que las estrellas visibles desde la tierra con el telescopio más poderoso. Cuando se interconectan entre sí, el número de uniones o interacciones que se pueden hacer varía de 10^{14} a 10^{80} , que son más del número de átomos estimados que existen en el universo.

Es una superficie plegada y su forma deriva del hecho de que durante la evolución de los primates al desarrollarse en la escala filogenética su volumen se incrementó más rápidamente de lo que lo hizo el cráneo. La superficie de

cada hemisferio cerebral forma pliegues o circunvoluciones que están separadas por surcos o cisuras.

Los surcos más pequeños varían entre los individuos, pero los mayores son constantes en su posición, lo que permite emplearse como referencia para dividir el córtex en cuatro lóbulos que reciben su nombre del hueso craneal supra yacente: frontal, parietal, temporal y occipital.

El tejido nervioso está formado por más de un 80% de agua, lo que le otorga una consistencia más bien gelatinosa. Hay nutrientes específicos necesarios para el buen funcionamiento del cerebro. Estos son en forma inicial agua y descanso físico, pero también el cerebro necesita tiroxina, selenio, boro, vitaminas E, fructosa y ácidos grasos omega 3 entre otros.

En general podemos decir que el cerebro prefiere el ejercicio, agua fresca, oxígeno y proteínas.

El córtex cerebral tiene características claves en su organización y funciones: en primer lugar, cada hemisferio se ocupa básicamente de los procesos sensoriales y motores del lado opuesto o contralateral del cuerpo. En segundo lugar, aunque los hemisferios parecen ser similares en los humanos, no tienen una estructura completamente simétrica (tampoco tienen una función equivalente).

Las regiones locales del encéfalo no son responsables de facultades complejas de la mente, sino que más bien realizan operaciones elementales. Las interconexiones en serie y en paralelo de varias regiones encefálicas posibilitan facultades más elaboradas. Como resultado, la lesión de un área particular no lleva necesariamente a la desaparición total de una facultad, ya que otras áreas del cerebro indemnes pueden reorganizarse hasta cierto punto para realizar la función perdida.

5.2 CAPAS DEL CEREBRO

Paul MacLean brillante psicólogo del Laboratory for Brain Evolution and Behaviour at the National Institute for Mental Health, investigando sobre la evolución del cerebro humano y su desarrollo fetal, propone la teoría del cerebro triúnico que define al cerebro como una estructura formada por tres capas

diferentes anatómica y funcionalmente, de los que emergen conductas específicas. Estos tres cerebros se integran y superponen, así como las conductas que generan, y son los responsables de la conducta humana. MacLean propuso que en nuestro cráneo anida no un cerebro, sino tres, cada uno representando un estrato evolutivo distinto construido encima de la capa más antigua, como estratos arqueológicos de una vieja ciudad. Tres partes de origen evolutivo secuencial. "Tres computadoras biológicas interconectadas, cada una con su particular inteligencia, con su subjetividad diferente, con su noción diferente de la trama espacio-temporal y su propia memoria." En términos diarios, hablamos de estos cerebros como partes de nosotros mismos, como la 'mente', el 'corazón', y 'cuerpo'.

El cerebro reptiliano, el 'cuerpo' (o el 'hara' en japonés) se experimenta en el vientre más bajo, y nos da un sentido de la hora y de defensa de nuestros espacios o territorios, nuestra capacidad sexual, nuestras urgencias existenciales y actuales.

El "corazón" es el sistema límbico, históricamente se ha percibido en el pecho, se lo relaciona con el músculo cardíaco, aún en la literatura y la cultura popular.

La "mente", o el neocórtex, es la parte de nosotros mismos que nos identifica como quiénes somos: se percibe en la conciencia.

Cada uno de los tres cerebros está conectado con los otros dos, y aunque evolutivamente el más nuevo y complejo, el neocórtex, recubre a los anteriores, no siempre es el que domina las motivaciones o conductas provenientes de los otros dos cerebros, más arcaicos y primitivos. El sistema límbico, regulador de las emociones, puede muchas veces dominar todas las funciones mentales superiores.

5.3 LA IMPORTANCIA DEL ENTORNO

A la hora de determinar cuáles son las mejores circunstancias para que una mujer dé a luz y no se presenten complicaciones, tenemos que tener algo en cuenta a lo que normalmente no se le presta atención, y esto es que los seres humanos somos mamíferos y por tanto nuestras necesidades a la hora de dar a

luz son básicamente las mismas que las de cualquier otro animal mamífero, esto es: seguridad, intimidad, tranquilidad y confort. Para que el parto transcurra con normalidad la mujer necesita sentirse cómoda físicamente, en un ambiente oscuro y silencioso, rodeada de pocas personas conocidas por ella, en las que confíe y que no interfieran en el proceso innecesariamente si no que la dejen a ella y a su cuerpo, hacer el trabajo de parto a su ritmo.

Todos los mamíferos dan a luz gracias a una repentina emisión de hormonas. Una de ellas, concretamente la oxitocina, juega un papel trascendental, ya que es necesaria para la contracción del útero, lo que facilita el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta. También se la conoce por inducir amor maternal. Igualmente, todos los mamíferos pueden segregar una hormona de emergencia, la adrenalina, cuyo efecto es frenar la oxitocina. La adrenalina se segrega ante una situación de peligro. El hecho de que la oxitocina y la adrenalina sean antagonistas explica que la necesidad básica de todos los mamíferos a la hora de parir es sentirse seguros.

Cabe destacar que los mamíferos cuentan con estrategias específicas para no sentirse observados cuando están de parto; la privacidad es, obviamente, otra necesidad básica. La hormona de emergencia está también implicada en la termorregulación. En un entorno frío, observamos otra de las conocidas funciones de la adrenalina: inducir el proceso de vasoconstricción. Así podemos explicar que, cuando una hembra está pariendo, y de acuerdo a la adaptabilidad de las especies, tiene que estar en un entorno lo suficientemente cálido. Dado que los humanos somos mamíferos, tales consideraciones fisiológicas vienen a sugerir que, a la hora de parir, las mujeres deben sentirse seguras, pero sin sentirse observadas y con una temperatura ambiente adecuada.

Mientras que la perspectiva fisiológica identifica fácilmente cuáles son las necesidades primarias de las mujeres a la hora de parir, también podemos entender las desventajas específicamente humanas de este período, las cuales están relacionadas con el descomunal desarrollo de esa parte del cerebro denominada neocórtex. Es gracias a nuestro altamente desarrollado neocórtex que podemos hablar, contar y ser lógicos, así como capaces de razonar.

En su origen, el neocórtex es una herramienta que sirve a las viejas estructuras del cerebro, ayudando a nuestro instinto de supervivencia. El problema es que su actividad tiende a controlar estructuras primitivas del cerebro y, así, inhibir el proceso de nacimiento (y cualquier otro tipo de experiencia sexual). Al respecto, la naturaleza encontró una solución para superar esta desventaja específicamente humana a la hora de dar a luz. Se entiende que el neocórtex debería de encontrarse en estado de reposo para que las estructuras primitivas del cerebro puedan fácilmente segregarse las hormonas necesarias. Esto explica el hecho de que cuando las mujeres están de parto tienden a aislarse del resto del mundo, a olvidar lo que leyeron o se aventuran a hacer lo que nunca habrían hecho en su vida diaria, como gritar, insultar, adoptar posturas inesperadas, etc.

5.4 UN PLANETA DIFERENTE AL TERRENAL.

Muchas veces he escuchado a mujeres decir, después de haber parido, “estaba como en otro planeta”. Cuando una mujer de parto “está en otro planeta”, significa que la actividad de su neocórtex es reducida. Esta reducción de la actividad del neocórtex es un aspecto esencial de la fisiología del nacimiento en los humanos, de lo cual se deduce que una de las necesidades básicas de las mujeres durante el parto es la de ser protegidas de cualquier tipo de actividad neocortical. Desde un punto de vista práctico, es útil explicar lo que esto significa y repasar todos los factores bien conocidos que pueden estimular el neocórtex humano:

- Lenguaje

En particular, el lenguaje racional. Cuando nos comunicamos por medio del lenguaje, procesamos lo que recibimos con el neocórtex. Esto implica que, si hay una comadrona, una de sus principales cualidades debería ser mantenerse al margen, en silencio y, sobre todo, evitar preguntar algo en concreto. Imaginemos a una mujer en pleno parto y “ya en otro mundo”. Una mujer que grita, que se comporta de una manera que nunca se atrevería en su vida cotidiana. Se ha olvidado de todo lo que ha aprendido o leído sobre el nacimiento, ha perdido el sentido del tiempo y de pronto se le obliga a contestar a la pregunta “¿A qué hora hizo pipí por última vez?”. A pesar de que parezca sencillo, pasará mucho tiempo

antes de que los que atienden partos comprendan el significado y la importancia de la palabra silencio.

- Luz

Es otro factor que estimula el neocórtex de los seres humanos. Está sobradamente comprobado que la estimulación visual influye en el resultado de los encefalogramas. Cuando queremos dormir, apagamos la luz y corremos las cortinas, para así reducir la actividad de nuestro neocórtex, lo que implica que, desde una perspectiva fisiológica, una luz atenuada en general facilita el nacimiento. Llevará tiempo convencer a los profesionales de la salud de la importancia de este asunto. Es interesante observar que cuando una mujer está de parto, espontáneamente adopta posturas que la protegen de los estímulos visuales, como, por ejemplo, cuando está a cuatro patas, como rezando. Esta postura, tan común en las mujeres de parto, no sólo reduce el dolor en la espalda, sino que tiene también otros efectos positivos, como eliminar la causa principal de estrés fetal (se descomprime así la vena cava), al tiempo que facilita la rotación del cuerpo del bebé.

- Sentirse observada

También puede ser otra manera de estimular el neocórtex. Cuando una persona se siente observada, existe una respuesta fisiológica que ha sido científicamente estudiada. Por otro lado, es de sentido común que todos nos sentimos diferentes cuando sabemos que estamos siendo observados. En otras palabras, la intimidad es un factor que facilita la reducción del control ejercido por el neocórtex. Resulta irónico que todos los mamíferos no humanos, que tienen un neocórtex no tan desarrollado como el nuestro, tengan una estrategia para dar a luz en la intimidad: los que están activos durante la noche, como las ratas, tienden a parir de día, y los que están activos durante el día, como los caballos, tienden a dar a luz durante la noche. Las cabras salvajes alumbran en zonas inaccesibles, y los chimpancés se alejan de su grupo, se aíslan. La importancia de la intimidad nos enseña que existe una gran diferencia entre la actitud de una comadrona que se sitúa frente a la mujer de parto y la observa, y la de otra comadrona que se sienta discretamente en un rincón. También nos muestra que deberíamos de evitar introducir cualquier tipo de dispositivo que pueda ser

percibido como un agente observador, del tipo de cámara fotográfica, de vídeo o monitor fetal electrónico. De hecho, toda situación que pueda desencadenar una liberación de adrenalina puede ser catalogada como un factor estimulante de la actividad neocortical.

5.5 EL AMBIENTE IDEAL

El entorno en el que se desarrolla el parto es esencial para que el nacimiento de tu bebé se desarrolle de la mejor manera posible. En un ambiente seguro, tranquilo y de confianza, las hormonas de la mujer se ponen en marcha para activar el trabajo del parto y reducir el dolor.

Cuando la mujer se siente relajada y segura, segrega oxitocina, lo que propicia las contracciones, facilita la expulsión del feto e interviene de manera determinante en el establecimiento del vínculo entre madre e hijo tras el nacimiento y en el inicio de la lactancia. También segrega sustancias analgésicas que ayudan a sobrellevar mejor el dolor. En el entorno adecuado, la mujer conecta con ella misma y con el proceso que está viviendo y tiene más posibilidades de un parto natural, menos medicalizado.

La sala de partos debería ser agradable y acogedora, con luz tenue, un ambiente cálido y sin ruidos ni estridencias. Lo más recomendable es realizar la dilatación y el expulsivo en la misma habitación. Como explica el ginecólogo Michelle Odent, “dado que los humanos somos mamíferos, a la hora de parir las mujeres deben sentirse seguras, pero no observadas y con una temperatura ambiente adecuada.”

Es importante que la mujer tenga libertad de movimientos durante la dilatación y el expulsivo, para que pueda colocarse en diferentes posiciones hasta que encuentre la más cómoda para empujar.

Está demostrado que el apoyo continuo en el parto, por parte de la pareja o de la persona que la mujer elija, reduce las posibilidades de que el parto acabe en cesárea, la necesidad de recurrir a la epidural o a otras analgesias y favorece la satisfacción y felicidad de la madre.

Una mujer que está dando a luz no está en las mejores condiciones para mantener conversaciones ni responder a preguntas concretas. Es preferible

la comunicación no verbal, ofrecer apoyo emocional a través de gestos, una caricia o un masaje suave.

Lo ideal es que sea siempre la misma matrona quien atienda a la mujer durante todo el parto. Si esto no es posible, es de agradecer que la matrona presente a su sustituta a la futura mamá. La matrona está preparada para dar información y apoyo a la mujer durante el parto y detectar cualquier anomalía.

Hay prácticas que siguen siendo frecuentes en algunas maternidades, pero no son obligatorias ni necesarias, como el rasurado o el enema. El parto transcurre mejor si se consulta a la mujer y se le permite decidir qué prefiere en su caso.

5.6 NECESIDADES BASICAS EN EL TRABAJO DE PARTO

Lo primero es entender que el parto es un proceso involuntario. La parte activa del cerebro de una mujer en trabajo de parto es aquella parte primitiva: el hipotálamo, la glándula pituitaria o hipófisis. Son estructuras cerebrales arcaicas, que los humanos compartimos con todos los mamíferos, y su función es liberar el flujo hormonal necesario para que se produzca el parto. Por eso es un proceso involuntario, y este tipo de proceso se da en situación de relajación, por lo tanto, puede ser inhibido por factores que hacen aumentar la adrenalina, al estimular el neocórtex y el intelecto. Hay un antagonismo entre adrenalina y oxitocina. La adrenalina es una hormona que secretan los mamíferos, incluyendo los humanos, en situaciones de emergencia, cuando estamos asustados, nos sentimos observados o tenemos frío. Cuando esta hormona es liberada, no es posible liberar oxitocina. Esta última es fundamental en el proceso del parto por dos razones: primero, porque es necesaria para producir contracciones uterinas efectivas, y también porque es considerada el principal componente del cóctel de hormonas del amor que una mujer debiera liberar al momento de dar a luz.

5.7 DEJAR FUERA EL INTELECTO

Se recomienda a las mujeres estar de pie y caminar, con la idea de que la gravedad facilitará la bajada del bebé, pero cuando entiendes la importancia de las hormonas no puedes aceptar esta recomendación porque aumenta la adrenalina. Si una mujer en preparto está pasiva, recostada, eso evidencia baja adrenalina. Entonces, ¿por qué interferir y pedirle que camine? Es absurdo.

Pero, además, es importante preocuparse de los detalles: que la habitación esté cálida, alejar de la parturienta a las personas que puedan estar liberando adrenalina, pues ésta es contagiosa, por eso es importante que la matrona tenga un bajo nivel de adrenalina.

Los seres humanos hemos desarrollado a un grado extremo lo que llamamos el cerebro neocórtex, donde está el intelecto. Esto hace más difícil nuestro proceso de parto, pues las inhibiciones provienen desde la actividad del cerebro pensante. El parto no es asunto del intelecto; por tanto, cuando una mujer está dando a luz el neocórtex debe dejar de trabajar, y eso es lo que ocurre. Una mujer de parto se evade hacia otro estado, es indiferente a todo lo que pasa alrededor, olvidando lo que ha aprendido, pudiendo comportarse de maneras consideradas inaceptables para mujeres civilizadas. Puede gritar, decir garabatos, ser maleducada o impropia, puede ubicarse en posturas extrañas, o hablar cosas sin sentido. Todo eso significa que la parte racional dejó de trabajar y es una buena señal. La mujer debe ser protegida de la estimulación del neocórtex.

El principal estimulante del neocórtex es el lenguaje, y es la interferencia negativa más común en el parto. Se debe evitar hablar, y lo que se diga debe hacerse con extrema precaución. Es importante evitar cierto tipo de lenguaje más racional y numérico. Se debe evitar preguntar cosas a la mujer de parto. Es increíble el número de preguntas inútiles que se les hace a las parturientas. Para entender esto se puede hacer una analogía con el acto sexual. Si una pareja está en un estado pre orgásmico, y de pronto la mujer le pregunta a su marido qué quiere comer para la cena, esa pregunta estimulará su neocórtex y puede interrumpir el proceso del acto sexual.

Otros factores debemos cuidar son: el feto de la luz, pues esta también estimula el neocórtex. Hoy sabemos de la existencia de una “hormona de la oscuridad”, la melatonina. Para prepararse para dormir una persona apaga las luces, y eso favorece la generación de melatonina, la cual reduce la actividad neocortical. Así ayuda a la persona a dormirse, a “caer en el sueño”, de la misma manera en que puede ayudar a una mujer a “caer en trabajo de parto”. Otra situación que estimula el neocórtex es la sensación de ser observados. Esto tiene muchas

implicancias prácticas: se puede contrastar a una matrona parada enfrente de una mujer en trabajo de parto, observándola, con otra que se sienta en un rincón sin llamar la atención. Debemos tener cuidado también con cualquier instrumento de vigilancia, como cámaras, monitores, equipos médicos, etc. Esta necesidad básica no está bien comprendida en general por el mundo médico ni siquiera entre los promotores del parto natural

Son cosas de sentido común pero que se han olvidado. La sensación de seguridad es lo central. ¿Y cuál es el prototipo de la persona con quien te puedes sentir segura sin sentirte observada? Esa persona es la madre. De ahí viene la palabra matrona. Por eso es muy importante redescubrir su rol como una madre, una mujer protectora. Eso implica un redescubrimiento de lo que es la partería auténtica y la importancia de la protección del parto. El desafío en el siglo XXI no es adquirir conocimiento, sino retomar el conocimiento adquirido desde antiguo y que está en contradicción con los condicionamientos culturales que tenemos.

5.8 EMPODERAMIENTO MATERNO

Después de miles de años de sociabilización del nacimiento, el condicionamiento cultural dominante es que una mujer no tiene el poder de dar a luz por sí misma, y hay necesidad de interferencias externas. El resultado es que la mayoría de las mujeres necesitan asistencia farmacológica y otras intervenciones, la institución médica hace el trabajo de “sacar” a los bebés. Esto desempodera a la mujer y está en contradicción con lo que entendemos desde la perspectiva fisiológica, donde la clave es la protección de un proceso involuntario.

Todos los mamíferos necesitan sentirse seguros para poder dar a luz. Si una hembra de cualquier especie está lista para parir, en la selva, y percibe la presencia de un depredador, libera adrenalina y tiene energía para pelear o escapar. Y lo que hace es posponer el parto para cuando se sienta segura. Por eso es necesario eliminar el lenguaje, y todo lo que es específicamente humano, para satisfacer las necesidades básicas mamíferas

6.- PARTO VAGINAL

6.1 ¿Qué ES EL PARTO NATURAL?

Del latín “partus” se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.

Además de ser un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a LUZ, tanto la madre como el recién nacido se encuentran en buenas condiciones.

La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales.

La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados y con un mínimo de procedimientos médicos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés. Para ello es importante que las mujeres tengan confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que las matronas y obstetras contribuyan a la mejor evolución de este proceso fisiológico.

6.2 CLASIFICACIÓN

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, podemos clasificar el parto por la edad gestacional (Semanas de gestación, SDG):

- Inmaduro: de las 20 a las 27 SDG
- Pretérmino: de las 28 a las 37 SDG
- Término: de las 38 a las 42 SDG
- Postérmino: a partir de las 42 SDG

6.3 DIAGNÓSTICO

El trabajo de parto (TDP), se divide en falso y verdadero, esto dependiendo de las horas en TDP que lleve la mujer embarazada. La duración total del trabajo de parto es muy variable: el promedio en nulípara es de 12 a 20 h., mientras que en multíparas de 6 a 12 h.

Es muy importante hacer un diagnóstico certero de trabajo de parto verdadero y diferenciarlo de uno falso. El diagnóstico de trabajo se hace teniendo contracciones regulares y efectivas que provoquen cambios cervicales (dilatación y borramiento).

En las pacientes con un trabajo de parto verdadero es necesario establecer el momento adecuado para la admisión hospitalaria de la paciente, para lo que contamos con los siguientes criterios:

1. Contracciones uterinas regulares (2 a 4 contracciones en 10 minutos)
2. Dolor abdominal en hipogastrio
3. Cambios cervicales (borramiento >50% y dilatación de 3 a 4 cm)

Las pacientes que son ingresadas antes de lo debido sufren de mayor intervencionismo lo cual se puede asociar con distocias, edema de tejidos blandos por tactos múltiples, cesáreas, etc.

Una vez que decidimos admitir a esta paciente debemos de realizar su historia clínica, establecer su diagnóstico, el plan de manejo, solicitar consentimiento informado de hospitalización, abrir una partograma y vigilar de forma estrecha los signos vitales maternos y fetales, la actividad uterina, los cambios cervicales y las pérdidas transvaginales.

Es muy importante recordar siempre que una adecuada relación médico paciente nos ayuda a mejorar la comunicación con nuestros usuarios y según una revisión de Hodnett, et. al de "Apoyo continuo para las mujeres durante el parto" disminuye la necesidad de analgesia intraparto, la tasa de cesáreas, la

necesidad de partos instrumentados, el tiempo del trabajo de parto y aumenta el parto vaginal espontáneo.

Para hacer un adecuado diagnóstico obstétrico es de suma importancia conocer, lo mejor que se pueda, la estática fetal a través de las maniobras de Leopold, la pelvimetría, las condiciones cervicales y los signos vitales maternos y fetales y llevar un registro de todo lo antes mencionado, por lo que se describirán a continuación.

6.4 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Estática fetal

La estática fetal nos habla de cómo está orientado el feto, que relaciones guardan sus distintos segmentos entre sí y que relación guardan con la pelvis materna. Se describen 4 términos: situación, presentación, actitud y posición.

- A. Situación fetal: describe la relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre. La situación puede ser longitudinal (99%), transversa u oblicua, la cual es, en general, una situación transitoria.
- B. Presentación: se refiere a la parte del cuerpo fetal que se aboca al estrecho mayor de la pelvis, es capaz de llenarlo y de desencadenar un trabajo de parto. Si el feto se encuentra en situación longitudinal la presentación puede ser pélvica (2.7%) o cefálica (96.8%). Si se encuentra en situación transversa se presenta el hombro
- C. Actitud: es la relación que guardan las distintas partes fetales entre ellas. Normalmente la actitud cambia a lo largo de la gestación y en los últimos meses el producto toma su actitud definitiva. Puede encontrarse en actitud indiferente, en flexión (lo más frecuente), en extensión o en hiperextensión.
- D. Posición: es la relación que guarda un punto específico del producto con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. Por ejemplo, podemos tomar el dorso como referencia y decir que se encuentra con dorso a la derecha o dorso a la izquierda, como se muestra en las imágenes siguientes.

Variedad de posición: se refiere específicamente a la relación que guarda el punto toconómico (la parte de la presentación fetal que sobresale y se puede palpar por tacto vaginal) con el lado derecho o izquierdo de la pelvis. En un parto con presentación cefálica pueden ser occipito-anterior izquierda (OAI) o derecha (OAD), occipito-posterior izquierda (OPI) o derecha (OPD) y occipito-transversa izquierda (OTI) o derecha (OTD), como se muestra a continuación:

Pelvimetría interna

Al realizar un tacto vaginal se pueden tomar medidas cuantitativas de la capacidad de la pelvis materna que nos dan información importante sobre el canal por el que tiene que pasar el producto y sobre si éste es suficiente o es pequeño. Al hacer esto podemos prevenir algunas complicaciones como desproporción cefalopélvica, distocia de hombros, etc.

El tacto se hace de la forma que se muestra en la imagen siguiente y se busca tocar el promontorio. Esta medida se conoce como conjugado diagonal y debe de ser mayor de 12 cm para hablar de una pelvis suficiente para el parto.

Después de esto intentamos tocar las líneas pectíneas, las espinas ciáticas, las paredes de la pelvis, la forma del sacro y describimos sus características como se hace en la tabla que se muestra a continuación y que representa la clasificación de Caldwell-Molo. Dependiendo de las características la podemos clasificar como una pelvis ginecoide (ideal para un parto), una pelvis antropoide (no contraindica un parto), un androide o una platipeloide (ambas poco indicadas para ofrecer a la paciente un parto).

Al hacer el tacto también debemos de describir la altura a la que se encuentra la presentación y lo hacemos utilizando los 4 planos de Hodge:

- Primer plano: promontorio o borde superior del pubis
- Segundo plano: cara anterior de 2s o borde inferior del pubis
- Tercer plano: a nivel de las espinas cuánticas
- Cuarto plano: borde del coxis.

Condiciones cervicales

Al realizar un tacto vaginal debemos de describir, como lo mencionamos anteriormente, la pelvimetría, sin embargo, también debemos de indagar las condiciones cervicales. Del cérvix se puede describir su posición, su consistencia, el borramiento y la dilatación. Estos parámetros los podemos utilizar para calcular el índice de Bishop como se muestra a continuación:

PARAMETROS/ PUNTUACION	0	1	2	3
DILATACION (CM)	0	1-2	3-4	5-6
BORRAMIENTO	0-30	40-60	60-70	>70
DESCENSO FETAL	-3	-2	-1,0	+1, +2
CONSISTENCIA DEL CERVIX	FIRME	MEDIA	BLANDA	-
POSICION DEL CUELLO UTERINO	POSTERIOR	MEDIA	ANTERIOR	

La puntuación que obtengamos con este índice nos hablará de la necesidad de inducción o de conducción del trabajo de parto. Un Bishop > 6 es favorable para inducir y conducir el trabajo de parto, si es menor ha este es necesario madurar el cérvix antes de inducirlo.

Partograma

La partograma es una herramienta que tenemos para registrar los datos tanto maternos como fetales durante el trabajo de parto y así llevar una adecuada monitorización de nuestra paciente y el producto. La OMS recomienda su uso en todas las pacientes y es parte esencial del expediente clínico de cualquier paciente en trabajo de parto.

Monitorización fetal

El monitoreo fetal se realiza al escuchar la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y esto se puede hacer con cardiotocografía externa, Pinard o Daptone. En los embarazos de bajo riesgo sólo está indicado realizar monitoreo de la FCF cada 30 minutos, después de una contracción. El monitoreo continuo no está recomendado ya que incrementa la incidencia de cesáreas y partos instrumentados. El monitoreo fetal se debe de hacer en decúbito lateral izquierdo, sentada o en media posición vertical.

El sitio en donde se perciben los latidos fetales en su máxima intensidad, se encuentra a la menor distancia entre el corazón fetal y la pared abdominal, y corresponde al hombro anterior.

Focos de auscultación fetal:

- Presentación cefálica: Cuadrantes inferiores
- Presentación pélvica: Cuadrantes superiores
- Situación transversa dorso anterior: Sobre o cerca de la línea media inferior
- Situación transversa dorso posterior: Sobre o cerca de la línea media superior

La FCF normal es de 110 a 160 lpm, valores por abajo o por arriba de estos pueden indicar hipoxia y sufrimiento fetal.

Una vez que nuestra paciente se encuentra monitorizada, que hemos recabado su historia clínica, que tenemos su diagnóstico obstétrico y que tenemos un plan de manejo entonces podemos empezar a pensar en la atención del parto. Para esto es de suma importancia conocer los movimientos cardinales que realiza el producto en su paso por el canal de parto, así como los distintos periodos del trabajo de parto y sus fases y las intervenciones que podemos realizar en cuanto a inductoconducción del trabajo de parto. Estos temas serán discutidos a continuación.

6.5 CLINICA DEL TRABAJO DE PARTO

Clínica del Preparto

Hay una serie de características que determinan que la embarazada está de parto, y de las cuales se deriva la clínica:

Expulsión del tapón mucoso: Durante el embarazo, a nivel del orificio cervical externo, existe un tapón mucoso; que tiene una función inmunológica: evitar que los gérmenes de la vagina asciendan y afecten al amnios –causando infección-. Cuando se borra el cuello, el tapón mucoso cae a la vagina y se produce su expulsión.

Descenso del fondo uterino: Como consecuencia del borramiento del cuello uterino, el fondo del útero baja, y cambia la silueta lateral de la gestante (la barriga está más baja). La mujer siente mejoría en la sobrecarga respiratoria, porque se comprime menos el diafragma y la caja torácica, lo cual favorece la ventilación pulmonar; y mejora la sobrecarga digestiva alta (siente menos pirosis y mejoran las digestiones). En cambio, empeora la sobrecarga digestiva baja (hemorroides por compresión de la circulación rectal, estreñimiento).

Contracciones uterinas: En ocasiones, la mujer nota contracciones; pero estas son ineficaces:

- Incoordinadas (con varios focos)
- Sin triple gradiente descendente (no dilatan el cuello)
- Baja intensidad (a penas se palpan en el abdomen)
- Indoloras (como mucho, dolores lumbares)
- Pasajeras

Clínica de la dilatación

En este periodo la clínica se va a caracterizar por:

Rotura de membranas: Durante este periodo, la mayor parte de las mujeres rompen la bolsa de las aguas; si no fuera así se procede a realizar amniorexis.

Contracciones uterinas: Son regulares, coordinadas y con triple gradiente. Su intensidad es de 40-50 mm de Hg, por lo que son dolorosas; y comenzamos con la analgesia del parto. La frecuencia va aumentando, paralelamente, con la intensidad.

Dilatación cervical: Se realiza un tacto vaginal cada hora, u hora y media, para explorar el cérvix uterino. El cuello de la multípara es, de partida, permeable a 1 o 2 dedos del explorador.

Clínica del periodo expulsivo

Contracciones uterinas: Tienen una intensidad máxima (>50-60 mmHg). Son regulares, coordinadas y con triple gradiente.

Contracción de la prensa abdominal: la contracción de los músculos rectos del abdomen ayuda a la salida del feto.

Cuando la cabeza toca el suelo pélvico, se comprime el recto y aparece el reflejo de la defecación. Para empujar mejor, la mujer realizará maniobras de Valsalva, lo que potencia la contracción uterina.

La paciente nota la distensión perineal cuando la cabeza llega a la vulva; allí se producirán movimientos de vaivén en que la cabeza pasará, de insinuarse en los labios mayores, de vuelta al canal; hasta que llegue el momento en que no retorne, y diremos que la cabeza ha coronado. Es el momento adecuado para la episiotomía.

6.6 MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

El conjunto de movimientos que realiza el feto para salir a través del canal de parto.

Para su estudio, dividimos este proceso en pasos secuenciales, lo cual facilita su entendimiento. Sin embargo, en la realidad y en condiciones fisiológicas, es un fenómeno continuo y simultáneo, sin interrupción.

- Encajamiento

Es el mecanismo por el cual el diámetro biparietal del producto pasa a través del estrecho superior de la pelvis materna. Esto puede ocurrir en las últimas semanas de gestación o hasta el comienzo del trabajo de parto. En general, al encajarse, el producto se encuentra en una variedad de posición transversa que casi siempre es transitoria. Sin embargo, puede encontrarse en cualquier variedad de posición y si estas son occipito-posteriores pueden causar una distocia en el momento del nacimiento.

- Asinclitismo

En este paso conviene recordar que la sutura sagital debería de encontrarse potencialmente sinclítica, es decir, se deberá encontrar en la línea media entre la sínfisis del pubis y el sacro. Así pues, el asinclitismo ocurre con la finalidad de facilitar el descenso fetal a través de la pelvis materna, al disminuir el diámetro presentado por el producto. El asinclitismo puede ser anterior cuando la sutura sagital está cerca del promontorio y se palpa el parietal anterior en el tacto, o posterior cuando la sutura sagital se encuentra cerca de la sínfisis del pubis y se palpa el parietal posterior. Si estos movimientos son muy pronunciados se puede causar una desproporción cefalopélvica.

- Descenso

Este ocurre a lo largo del canal del parto, en nulíparas es subsecuente al encajamiento y en multíparas puede ser simultáneo a éste. Depende de 4 fuerzas:

1. Presión del líquido amniótico.
2. Presión del fondo uterino sobre la pelvis en las contracciones.
3. Esfuerzo de pujo de la madre.
4. Extensión y flexión del cuerpo fetal.

- Flexión

El producto se encuentra descendiendo y tan pronto como encuentra alguna resistencia ofrecida por el cuerpo de la madre (cuello uterino, piso o paredes

pélvicas, etc.) presentará una flexión natural que lo lleva a ofrecer el su diámetro occipitofrontal en lugar del suboccipitobregmático.

- Rotación interna

Este evento ocurre al girar la cabeza fetal en el interior de la pelvis, el occipucio se va moviendo hacia la sínfisis del pubis (lo más frecuente) o hacia la cavidad del sacro tratando de regresar a su posición original (occipito anterior).

Este giro es de 45° en las variedades anteriores, de 90° en las transversas y de 135° en las variedades posteriores.

- Extensión

Este movimiento ocurre cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipucio entra en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis; en este movimiento tienen un papel importante la fuerza del útero sobre la cabeza, la cual es posterior, y la fuerza de la sínfisis del pubis y el piso pélvico sobre la misma, la cual es anterior. La resultante de estas fuerzas provoca la extensión de la cabeza fetal usando la sínfisis del pubis como una palanca para avanzar y para que se presente el nacimiento de la cabeza (occipucio, bregma, frente, nariz, boca y mentón).

- Restitución (Rotación Externa)

Este movimiento es inverso al que realizó durante la rotación interna, con la finalidad de guardar la relación anatómica de los hombros. Durante este movimiento la sutura sagital se ubica en una variedad de posición transversa y el diámetro biacromial del producto se relaciona con el diámetro anteroposterior de la madre.

- Expulsión de los hombros

Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, mientras que el hombro posterior se desliza por la concavidad sacra; En esta posición el hombro anterior es el primero en nacer seguido por el posterior.

- Expulsión del resto del cuerpo fetal

Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto, ya que, en condiciones normales, el abdomen, la pelvis y los miembros inferiores, tienen diámetros menores que no ofrecen tanta resistencia, por lo que el nacimiento del resto del cuerpo es prácticamente espontáneo.

6.7 BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL PARA LA MADRE

- Mantenimiento de la presión arterial sistémica materna
- Mejorar el aporte de oxígeno a la placenta y al bebé manteniendo estables los niveles de azúcar en la sangre.
- Facilita la integración de la madre consigo misma.
- El trabajo de parto va adelgazando el segmento abajo del útero, para que si hay necesidad de una cesárea el corte es menos riesgoso (el músculo es menos grueso) y la recuperación es más rápida. No pasar por una cirugía
- La probabilidad de riesgo de infección es menor que la de un parto por cesárea.
- El trabajo de parto favorece la producción de leche materna gracias a la liberación de oxitocina.
- La madre puede tener mejor contacto con el recién nacido gracias al contacto piel a piel, el cual crea un vínculo emocional y psicológico mayor, pues a través de él se brinda seguridad al neonato y puede iniciarse el amamantamiento.
- El vínculo en ese momento es fundamental para la madre/padre y bebé
- La involución uterina es más rápida, porque es un proceso fisiológico donde no se alteran o laceran los músculos principales del útero, permitiendo una pronta estabilidad uterina.
- Brinda seguridad psicológica a la madre, pues se siente mejor con ella misma y capaz de reincorporarse más hábilmente a sus actividades cotidianas.
- El riesgo de tener alguna complicación durante el parto es menor debido al control prenatal.
- La recuperación es rápida tras el parto, pues no hay herida por una intervención quirúrgica que limite las actividades.
- No hay necesidad de la separación madre-bebé.

6.8 BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL AL RECIÉN NACIDO

- Arroja todo el líquido del pulmón.
- Mejora la oxigenación general y cerebral.
- El bebé está más alerta.

- De acuerdo al libro “Pensar con el estómago...” del Dr. Emeran Mayer, durante la adolescencia los nacidos por parto vaginal a diferencia de los nacidos por cesárea son menos propensos a sufrir sobrepeso y obesidad, como beneficio de la flora vaginal obtenida del canal de parto.
- Se ha reportado que los nacidos por parto vaginal, tienden a tener un Apgar dentro de rangos óptimos para su desarrollo, ciertas condiciones permiten al neonato pasar mayor tiempo con la madre debido a al bajo riesgo de alteraciones que presenta, ofreciendo un cuidado de vigilancia menos riguroso que la de un neonato de alto riesgo.
- Existen menos problemas respiratorios neonatales, cuando el feto pasa por el canal de parto hay una compresión torácica que hace expulsar el líquido sobrante de los pulmones, asimismo el esfuerzo inspiratorio se hace mayor por la demanda de oxígeno, esto permite que haya una mayor expansibilidad pulmonar que dificulte su funcionalidad en determinado momento.

7.- LA OMS, EL PARTO VAGINAL Y LA VIOLENCIA OBSTETRICIA

7.1 DECLARACIÓN DE LA OMS SOBRE LA TASA DE CÉSAREAS.

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno infantil. Asimismo, cada vez más, la comunidad internacional hace referencia a la necesidad de revisar la tasa recomendada en 1985.

7.2 TASA DE CESÁREAS A NIVEL DE POBLACIÓN

Los estudios ecológicos implican comparaciones y análisis de poblaciones en lugar de individuos.

A menudo las poblaciones se definen por límites geopolíticos y, por lo tanto, es importante diferenciar los estudios de poblaciones geográficas de aquellos llevados a cabo en pacientes en establecimientos sanitarios específicos («estudios en hospitales»).

La tasa de cesárea de los establecimientos sanitarios varía en gran medida según las diferencias en la casuística de las poblaciones obstétricas a las que estos brindan atención, su capacidad y recursos, y los protocolos clínicos. En consecuencia, debido a dichas diferencias, la tasa de cesárea recomendada a nivel de población no se puede extrapolar y utilizarse a nivel hospitalario.

En 2014 la OMS realizó una revisión sistemática de estudios ecológicos disponibles en la bibliografía científica con el objetivo de identificar, evaluar de forma crítica y sintetizar las conclusiones de estos estudios, en los que se analizaba la asociación entre las tasas de cesárea y los resultados maternos, perinatales y neonatales (19). Al mismo tiempo, la OMS emprendió un estudio ecológico mundial para evaluar la misma asociación sobre la base de los datos más recientes disponibles (20). Un panel de expertos internacionales analizó estos resultados en una consulta convocada por la OMS en Ginebra (Suiza) los días 8 y 9 de octubre de 2014.

A continuación, se exponen las observaciones del panel:

1. A partir de la revisión sistemática de la OMS, a nivel de población, a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal (19).

Por encima de este nivel, el aumento de la tasa de cesárea deja de estar asociado a una reducción de la mortalidad. No obstante, esta asociación entre la mayor tasa de cesárea y una menor mortalidad se redujo o incluso desapareció en los estudios que controlaron factores socioeconómicos (3, 21). Dado que estos factores probablemente expliquen gran parte de la asociación entre las

tasas de cesárea y la menor mortalidad en esta revisión, la OMS llevó a cabo otro estudio para analizar este aspecto en mayor profundidad.

2. En el estudio ecológico mundial de la OMS se halló que una parte considerable de la asociación bruta entre la tasa de cesárea y la mortalidad puede explicarse por factores socioeconómicos. Sin embargo, hasta una tasa de cesárea de 10%, la mortalidad materna y neonatal disminuyó conforme se incrementaron las tasas de cesárea. A medida que las tasas de cesárea aumentaron por encima del 10% hasta llegar al 30%, no se observó ningún efecto sobre la mortalidad. Este análisis aplicó un enfoque longitudinal con datos a nivel nacional y ajustes en función del desarrollo socioeconómico. Este enfoque tal vez resuelva algunas limitaciones de los estudios transversales observadas en la revisión sistemática, pero cabe destacar que las asociaciones ecológicas no implican causalidad.

3. Con los datos actuales no es posible evaluar la asociación entre la mortalidad materna y neonatal, y las tasas de cesárea superiores al 30%.

4. La calidad de la atención sanitaria, en especial por lo que se refiere a la seguridad, es una consideración importante a la hora de analizar las tasas de cesárea y la mortalidad. El riesgo de infección y de complicaciones por la cirugía son peligros potenciales, en particular en los lugares que carecen de instalaciones o de la capacidad para realizar cirugía de forma segura.

5 no fue posible determinar la asociación entre la mortalidad o la morbilidad y la tasa de cesárea debido a la falta de datos de nivel nacional. Los estudios ecológicos disponibles analizaban solamente indicadores de mortalidad, tal vez porque son de más fácil acceso que los indicadores de morbilidad materna y neonatal de nivel nacional. Del mismo modo, en la investigación tampoco se consideraron los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la modalidad del parto. Dado que la mortalidad es un resultado poco frecuente, especialmente en países desarrollados, los estudios futuros deben evaluar la asociación entre la tasa de cesárea y la morbilidad materna y perinatal a corto y a largo plazo (por ejemplo, casos de fístula obstétrica y asfixia perinatal). Estos incluyen implicaciones psicológicas respecto de la relación madre-hijo, la salud

psicológica de la madre, la capacidad de las mujeres para iniciar la lactancia en forma satisfactoria y los resultados pediátricos.

7.3 TASA DE CESÁREAS A NIVEL HOSPITALARIO Y LA NECESIDAD DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN UNIVERSAL.

En los establecimientos sanitarios es fundamental evaluar las tasas de cesárea según las características determinadas de las poblaciones a las que brindan atención (casuística obstétrica). En la actualidad no existe un sistema de clasificación estándar de cesáreas que permita hacer comparaciones de estas tasas entre los distintos establecimientos y entre ciudades, países o regiones de forma útil y orientada a la adopción de medidas. En consecuencia, aún no es posible intercambiar información de manera significativa, focalizada y transparente para evaluar eficientemente los resultados maternos y perinatales.

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales. La OMS recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional.

El sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes (véase el. Las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades:

- Paridad (nulípara, multípara con y sin cesárea previa);
- Comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto);
- Edad gestacional (parto prematuro o a término);
- Presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa; y
- Cantidad de fetos (único o múltiple).

La clasificación es sencilla, sólida, reproducible, clínicamente adecuada y prospectiva. Esto significa que, sobre la base de estas pocas características básicas, es posible clasificar a cada mujer en el momento de su admisión para

dar a luz, en uno de los diez grupos. Esto permite comparar y analizar las tasas de cesáreas dentro de los grupos y entre ellos.

En 2014, la OMS realizó una segunda revisión sistemática de la experiencia que tenían los usuarios de la clasificación de Robson, con la intención de evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, los catalizadores y las posibles adaptaciones.

La OMS convocó a un panel de expertos los días 8 y 9 de octubre de 2014 en Ginebra para revisar la evidencia. A fin de establecer un punto de partida común para comparar los datos maternos y perinatales dentro de los establecimientos a lo largo del tiempo y entre ellos, el panel hizo varias recomendaciones:

- a. Los establecimientos sanitarios deben usar el sistema de clasificación de Robson con las mujeres hospitalizadas para dar a luz.
- b. Siempre que se mantenga la estructura original necesaria para realizar comparaciones estandarizadas, los usuarios del sistema de clasificación pueden subdividir los diez grupos y analizar otras variables deseables (por ejemplo, datos epidemiológicos, costo, resultados o indicaciones de cesárea) dentro de cada grupo según las necesidades y los intereses locales.
- c. Cuando sea posible, los resultados de la clasificación deben ponerse a disposición del público.

La OMS prevé que esta clasificación ayude a los establecimientos sanitarios a:

- Optimizar el uso de las cesáreas mediante la identificación, el análisis y la concentración de intervenciones en grupos específicos particularmente relevantes para cada establecimiento sanitario;
- Evaluar la eficacia de las estrategias o las intervenciones dirigidas a optimizar el uso de las cesáreas;
- Evaluar la calidad de la atención, las prácticas clínicas y los resultados para cada grupo; y
- Evaluar la calidad de los datos reunidos y concienciar al personal acerca de la importancia de los datos y su uso.

7.4 CLASIFICACIÓN DE ROBSON

El sistema clasifica a todas las mujeres ingresadas para el parto en uno de 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos. Esto significa que, con el empleo de unas pocas variables obstétricas básicas, cada mujer ingresada para el parto en cualquier establecimiento de salud puede clasificarse en uno y solo uno de los 10 grupos y que ninguna mujer queda fuera de la clasificación.

- Grupo 1

Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo.

- Grupo 2

Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)

- Grupo 3

Mujeres multíparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo

- Grupo 4

Mujeres multíparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)

- Grupo 5

Todas las mujeres multíparas con al menos una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación

- Grupo 6

Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas

- Grupo 7

Todas las mujeres multíparas con un embarazo único en presentación de nalgas, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas.

- Grupo 8

Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas

- Grupo 9

Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previa

- Grupo 10

Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de <37 semanas de gestación, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas

7.5.1 VARIABLES OBSTÉTRICAS

Los 10 grupos se basan en seis variables obstétricas básicas, que son la única información necesaria para clasificar a cada mujer

- a. Número de partos
 - Nulípara
 - Multípara
- b. Cesárea previa
 - Sí (una o varias)
 - No
- c. Inicio del trabajo de parto
 - Espontáneo
 - Inducido
 - No hay trabajo de parto (cesárea programada [previa al TDP])
- d. Número de fetos

- Embarazo único
- Embarazo múltiple
- e. Edad gestación
 - prematuro (menos de 37 semanas)
 - A término (37 semanas o más)
- f. Situación y presentación del feto
 - Presentación cefálica
 - Presentación podálica
 - Situación transversa

7.6 DECLARACIÓN DE LA OMS SOBRE LA VIOLENCIA OBSTETRICIA

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

En la Declaración de las Naciones Unidas (1993), se define como violencia hacia la mujer: “Cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada.”

En 1994, se realiza en Belem do Para la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer”. El 13 de marzo de 1996, en nuestro país, se sanciona la ley 24.632, que aprueba esta convención.

A los efectos de la Convención, debe entenderse por violencia contra la mujer: “Cualquier acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o su sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado.

De esta manera también podemos identificar prácticas violentas ejercidas por parte de los profesionales de la salud. “Identificar la violencia de género dentro

de las practicas institucionales de salud, permite deducir que esta es una problemática inherente e incorporada al quehacer diario de las instituciones hospitalarias, enraizadas dichas prácticas en los saberes médicos hegemónicos como superiores y portadores de por sí, de poder, sin cuestionamiento alguno, masculinizadas, naturalizadas en el ejercicio cotidiano mediante rutinas, actitudes, lenguaje y manejo de este saber, que está legitimado por la institución desde la desde la organización misma de los servicios, las funciones de cuidado, atención e instrucción, y desde las intervenciones y diagnósticos.” 1

Asimismo, el Relator Especial contra la Tortura ha puntualizado que los tratamientos médicos invasivos o de tipo irreversible, en el supuesto que no tenga un objetivo terapéutico, pueden constituir tortura y malos tratos si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente.

En consideración de lo expuesto podríamos enmarcar la violencia obstétrica como un tipo más de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud. La violencia obstétrica como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado.

7.7 MARCO LEGAL INTERNACIONAL

Al respecto se debe aclarar que existe un marco legal internacional muy amplio que identifica plenamente los derechos relacionados con la vida reproductiva:

Derecho a la dignidad personal: Art.1, Declaración Universal de los Derechos Humanos; Art. 11, Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de las personas: Art.1 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Art. 4, 5 y 7, Convención Americana sobre Derechos Humanos; Art. 6 y 9, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Art.6, Convención sobre los Derechos del Niño.

Derecho a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes: Art. 5, Convención Americana sobre Derechos Humanos; Art. 7,

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Art. 37, Convención sobre los Derechos del Niño.

La legislación internacional y nacional pretende hacer efectivos los derechos de las mujeres que son generalmente vulnerados en el parto y/o post parto:

- A la intimidad, por la intromisión no consentida en la privacidad de las mujeres, mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. Un ejemplo son los tactos vaginales repetidos y realizados por distinto personal de salud.
- A la integridad corporal que se relaciona con los principios básicos de privacidad, autonomía y dignidad.
- A no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes. Con la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y malos tratos (sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con síntomas que generan sospechas de abortos provocados).
- Al más alto nivel de salud posible, cuando no se aplican los conocimientos más actualizados y se causa daño y iatrogenia.

En nuestro país la Ley 26.485 contra la libertad reproductiva define en su

Art.6 inc. e) la violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley.

Asimismo, en su Art. 6 d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Asimismo, se encuentran vigentes las leyes:

25.929 de “Parto Respetado” de aplicación nacional, para todas las mujeres, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”.

También la Ley 25.929 define la Violencia Obstétrica como la ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. De acuerdo con el Decreto Reglamentario de la ley, debe considerarse trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención del aborto, natural o inducido, sea punible o no.

Es importante resaltar que se considera personal de salud a todas aquellas personas que trabajan en un servicio de salud se trate de los profesionales, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, obstétricas, etc.) o de quienes se ocupan del servicio administrativo o maestranza.

Las mujeres que se atienden en estas instituciones, públicas o privadas, tienen el derecho a negarse a ciertas prácticas propuestas por el personal de salud, a estar acompañadas durante el trabajo de parto y parto, a que no las separen de sus hijos innecesariamente, entre otros derechos.

7.8 CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTETRICIA

Estas categorías retoman las recomendaciones de la OMS sobre aquellos procedimientos médicos durante el embarazo, parto y puerperio, que han podido ser institucionalizados sin evidencias de resultados positivos:

a) Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa. Esta categoría incluye todas aquellas acciones que pueden atentarse contra la integridad de la mujer, que no tienen aportes positivos e inclusive pueden ser negativos:

- La indicación “rutinaria” y no siempre indispensable, de acciones que pueden afectar la integridad de las madres y/o de sus hijos/as: realizar el rasurado de pubis (tricotomía), enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto; inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos; usar sedantes y tranquilizantes con la madre; repetir la cesárea cuando se ha realizado en un parto previo; administrarle agua/glucosa a las/os niños amamantados; realizar la ligadura y el corte temprano del cordón umbilical antes de que termine de latir. 19

- Las restricciones al empoderamiento de las madres: el separar a las madres de sus bebés y que no se les permita tomar decisiones acerca de su cuidado, como tampoco ingerir líquidos, ni permanecer con sus hijas/os cuando se encuentran en buen estado de salud, ni lactar sin restricciones, ni recibir visitas de familiares; la insistencia en su confinamiento institucional universal.

- La limitación del trabajo de parto: la falta de atención de las madres y la restricción de la posición materna horizontal (litotomía) en el trabajo de expulsión; el dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo.

b) Maltratos y humillaciones. Frases expresadas en el trabajo de parto, tales como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, “si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”, o “con tu hombre si abres las piernas, mamacita”, referidas por personal médico y de enfermería tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor, han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado.

Es de preguntarse: ¿Qué ha hecho que dicho lenguaje sexista se haya propagado en todo el país y se mantengan desde hace décadas sin que se limite o sancione su expresión? ¿Qué efectos produce en las mujeres en trabajo de parto? Y con respecto al personal de salud que la dice, podemos preguntarnos: ¿Qué gana al decirla?: ¿aprobación de sus compañeros?, ¿sensación de poder?, ¿revanchismo con las parturientas por la sobrecarga de trabajo y maltrato de los superiores jerárquicos?

En esta categoría de humillaciones se pueden considerar el desnudo y la exposición de los genitales durante el tacto y los partos ante múltiples personas presentes, así como las batas cortas para las parturientas, con listones rotos, que exponen sus glúteos.

c) Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes. En esta categoría se incluye a los tactos vaginales, episiotomías, revisiones de cavidad uterina y cesáreas. Este fenómeno no se presenta con la misma frecuencia en otras áreas o especializaciones médicas. No es común saber de intubaciones endotraqueales para que el residente practique, o de cirugías cardiovasculares para lo mismo. Estas prácticas “médicas” frecuentemente realizadas con mujeres, nos refieren a una conducta producto de diferentes expresiones del patriarcado, en el cual la mujer es despersonalizada y valorada como un objeto para otros, donde sus intereses y percepciones no cuentan y en el que las metas de enseñanza del residente se colocan en un nivel superior (ver anexo).

d) Diseño de presupuestos y espacios de atención materna. Las mujeres representan en México un poco más de la mitad de la población. El marco jurídico que regula las condiciones de ciudadanía les otorga igualdad de derechos. Ellas pagan impuestos al igual que los hombres. Sin embargo, el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención materna, se realiza desde la mirada androcéntrica. Ahora se habla de presupuestos con perspectiva de género. Si ya se cuenta con las recomendaciones de la OMS y con las evidencias que indican no globalizar las salas de labor y si, al menos todavía en México, la mayoría de las mujeres da a luz en algún momento de sus vidas, ¿por qué se siguen diseñando espacios de labor y atención del parto, reducidos? Espacios donde además no pueden participar familiares para que no vean a la mujer vecina y donde en algunos momentos, están las mujeres hacinadas interfiriendo el trabajo de parto unas con otras.

e) Maltrato cultural y social en salud reproductiva. Además del maltrato que reciben todas las mujeres en los servicios de salud por pertenecer a este sexo, las mujeres indígenas y pobres la padecen doblemente. Incluye burla o rechazo de sus concepciones y prácticas culturales, así como mayor discriminación. El

maltrato cultural presente en salud reproductiva, también afecta la labor de las parteras tradicionales, dados los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea, que no les dan la oportunidad de demostrar sus aportes, recibiendo rechazo y maltrato del personal de salud hospitalario cuando refieren pacientes. Esta temática ya fue retomada por el Programa Nacional y Sectorial en Salud 2007 – 2012, con un Programa de Acción Específico de Interculturalidad en Salud, en el cual se pretende identificar y contribuir a la erradicación de las barreras culturales y de género en los servicios de salud.

7.9 PRÁCTICAS Y RECOMENDACIONES DE LA OMS

La Atención Humanizada del Parto y Nacimiento debe ser una práctica no violenta de atención del embarazo, parto y nacimiento, asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, reduciendo complicaciones perinatales, la mortalidad materna y los costos de la asistencia médica.

Las recomendaciones de la OMS y algunos meta-análisis de estudios controlados, han señalado y concluido que el cuidado materno con apoyo tecnológico inapropiado, continúa siendo practicado en todo el mundo, a pesar de la aceptación de las propuestas de la medicina basada en las evidencias para este cuidado. La preocupación de la OMS por este tema,¹² llevó a emitir diez principios para el cuidado del embarazo y parto, y a desarrollar materiales educativos para facilitar su implementación:

1. Ser no medicalizados, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias.
2. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.
3. Basarse en las evidencias científicas.
4. Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
5. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales.

6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.
8. Ser apropiados, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

En las recomendaciones de la OMS se expresa que muchos procedimientos realizados durante el embarazo, parto y puerperio, no cuentan con evidencias de resultados positivos. Los procedimientos referidos por la OMS, como los que sí cuentan con evidencias sólidas sobre su beneficio para la madre y su hijo o hija durante la atención del parto, son:

- a) El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.
- b) El contacto madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.
- c) La posición vertical (sentada, hincada o en cuclillas) durante el trabajo de parto.
- d) Un porcentaje de cesárea inferior al 15%.

8.- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DEL PARTO VAGINAL

8.1 CONTROL PRENATAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. En Chile en 1993 la mortalidad perinatal fue de 12,8 por

1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio Latinoamericano, pero lejos aún de los países denominados desarrollados, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para el país.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo

Diagnosticar la edad gestacional

- Diagnosticar la condición fetal

- Diagnosticar la condición materna

- Educar a la madre

8.2 IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del

control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que, sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.

El Ministerio de Salud Pública de Chile utiliza el instrumento que se presenta. La interpretación y la acción que se deberá seguir es la siguiente:

Puntaje 0 Control en nivel primario

Puntaje 1 o 2 Control en nivel secundario

Puntaje 3 o más Control en nivel terciario

8.3 EDUCACIÓN MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido

- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto
- Signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normo inserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidos por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro

asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

Lactancia y cuidados neonatales. Ver "Lactancia". Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc.).

- Derechos legales. El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.

- Certificado de leche. Toda embarazada en control prenatal (institucional o privada) tiene derecho a una cuota mensual de leche en polvo y otros nutrientes según diagnóstico nutricional. Se debe llenar certificado ad hoc con los datos del profesional, identificación de la paciente, edad gestacional, diagnóstico nutricional y visación por la Isapre respectiva. Con este formulario la embarazada retira su cuota nutricional en el Policlínico del Servicio Nacional de Salud más cercano a su domicilio.
- Certificado de asignación familiar. Toda embarazada con contrato laboral, o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar.
- Licencia de descanso prenatal. Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso prenatal, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico o matrona.

- Orientación sexual. Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada.

Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

- Planificación familiar. Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

El método utilizado en el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica es el método de la lactancia (LAM), el cual otorga una infertilidad tan eficiente como los métodos tradicionales.

- Preparación para el parto. La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

8.4 RECOMENDACIONES PARA UN PARTO NORMAL

Comienzo del parto

Durante el embarazo se recomienda que la mujer indique sus preferencias en un plan de parto que debe ser respetado por el personal del hospital. Cuando comiencen los síntomas del parto, puede acudir con un acompañante que estará a su lado durante todo el proceso.

Los tactos vaginales son útiles para comprobar el avance del parto, pero deben limitarse a uno cada cuatro horas. Oxitocina, enema, rasurado y rotura de bolsa son técnicas no recomendadas salvo casos excepcionales.

- Plan de parto

La mujer tiene derecho a llevar un documento en el que recoja sus preferencias respecto al parto. Si sin necesarios cambios, se le deben explicar y pedir consentimiento.

- Compañía

Presencia de un acompañante de forma ininterrumpida.

Disminuye el dolor, menor instrumentalización (fórceps y ventosas), disminuye el número de cesáreas y hay una mayor satisfacción

- Beber líquidos

Está recomendado siempre y cuando la mujer así lo desee. Beber líquidos ayuda a la hidratación.

- Tactos vaginales

Es una práctica recomendada, pero con ciertas restricciones. Es la palpación del cuello uterino para observar la evolución de la dilatación. Se recomienda hacer los menos posibles, cada 4 horas. Es útil para comprobar el avance del parto, pero son demasiado molestos.

- Enema

Es una práctica no recomendada, se utiliza como tratamiento para evacuar el intestino, se recomienda solo si la mujer lo solicita. No tiene ningún beneficio y es molesto.

- Oxitocina.

Es una práctica no recomendada, es una inyección de la hormona artículo para aumentar la fuerza y la frecuencia de las contracciones. Se recomienda solo si el parto se estanca. Entre las desventajas está que aumenta el dolor y por tanto la necesidad de analgésicos, y dificulta la implantación de la lactancia materna. Ventajas: acelera el parto.

- Tricotomía

Es el afeitado del vello púbico, práctica no recomendada, no se muestran beneficios y es molesto.

- Rotura artificial de membranas

Práctica no recomendada, es el rasgado artificial de la bolsa amniótica para acelerar el parto. Produce un mayor riesgo de infecciones, contracciones más dolorosas

- Contracciones

La fase de dilatación debe transcurrir en un ambiente relajado y tranquilo, con luces tenues, sin estrés y permitiendo movilidad a la embarazada.

Para tratar el dolor hay una gran variedad de tratamientos que ofrecer. La epidural es muy efectiva, pero tiene complicaciones, por lo que no debe aplicarse sistemáticamente como primera opción.

- Monitorización

Práctica recomendada, es la medición de las constantes vitales materno-fetal y de las contracciones. Se comprueba el bienestar materno-fetal, pero limita el movimiento

- Ambiente íntimo

Se debe crear un ambiente relajado, con luces tenues, música suave, poca gente, libre de gritos, ruidos o estrés. Ayuda a disminuir el dolor y a llevar una evolución del parto más rápido.

8.5 MANEJO DEL DOLOR

Dolor durante el trabajo de parto y el parto

El dolor durante el trabajo de parto es ocasionado por las contracciones de los músculos y la presión sobre el cuello uterino. Este dolor se puede sentir como un cólico intenso en el abdomen, las ingles y la espalda, y también como una sensación de malestar general. Algunas mujeres también experimentan dolor en los costados o en los muslos.

Otras causas del dolor durante el trabajo de parto incluyen la presión que ejerce la cabeza del bebé sobre la vejiga y los intestinos, y el estiramiento del canal de parto y la vagina.

El dolor durante el trabajo de parto es diferente para cada mujer. El dolor varía mucho de una mujer a otra, e incluso de un embarazo a otro. Las mujeres sienten el dolor del trabajo de parto de distintas formas. Para algunas, se parece al dolor menstrual; para otras, es una presión intensa; y, para otras, son oleadas muy fuertes que se asemejan a los cólicos abdominales.

A menudo, no es el dolor en cada contracción lo que las mujeres consideran más duro, sino el hecho de que las contracciones son constantes y, conforme el trabajo de parto avanza, hay cada vez menos tiempo entre una contracción y otra para relajarse.

Preparación

A continuación, hay algunas cosas que puede hacer antes o durante su embarazo para ayudarle a controlar el dolor durante el trabajo de parto:

El ejercicio regular y razonable (aprobado por su médico) puede ayudarle a fortalecer sus músculos y a preparar su cuerpo para el estrés del trabajo de parto. El ejercicio también aumenta su resistencia, lo que será útil si tiene un trabajo de parto largo. Lo importante que debe recordar con cualquier ejercicio es no sobrepasarse; y esto es especialmente cierto si está embarazada. Hable con su médico acerca de cuál considera un ejercicio seguro para usted.

Si usted y su pareja acuden a clases sobre el parto, aprenderán diferentes técnicas para manejar el dolor, desde visualización hasta estiramientos diseñados para fortalecer los músculos que sostienen el útero. Las dos filosofías de parto más comunes en Estados Unidos son la técnica Lamaze y el método Bradley.

La técnica Lamaze es el método más ampliamente utilizado en Estados Unidos. La filosofía Lamaze enseña que el parto es un proceso normal, natural y saludable, y que las mujeres deben capacitarse para abordarlo con confianza. Las clases de Lamaze enseñan a las mujeres las formas en que pueden hacer disminuir su percepción del dolor, como, por ejemplo, mediante técnicas de relajación, ejercicios de respiración, distracciones o masaje proporcionado por un acompañante que las apoye. El enfoque Lamaze adopta una postura neutral

con respecto a los analgésicos, y alienta a las mujeres a tomar decisiones después de informarse sobre lo que es mejor para ellas.

El método Bradley (también llamado parto asistido por el esposo) hace hincapié en un abordaje natural del parto y en la participación activa del padre del bebé como acompañante de parto. El objetivo principal de este método es evitar el uso de medicamentos, a menos que sea absolutamente necesario. El método Bradley también se centra en la nutrición y el ejercicio adecuados durante el embarazo, así como en técnicas de relajación y respiración profunda como un método para afrontar el trabajo de parto. Aunque el método Bradley defiende una experiencia de parto sin medicamentos, en las clases sí se habla de complicaciones o situaciones imprevistas, como, por ejemplo, las cesáreas de emergencia.

Algunas formas de manejar el dolor durante el trabajo de parto sin medicamentos incluyen: Hipnosis yoga meditación caminar masajes o contrapresión cambio de posición baño de inmersión o una ducha audición de música distracción contando o realizando una actividad que mantenga su mente ocupada en otra cosa

Medicamentos para el dolor

Se pueden utilizar diversos medicamentos para el dolor durante el trabajo de parto y el parto, dependiendo de la situación. Muchas mujeres dependen de estos medicamentos ya que ayudan a aliviar el dolor y permiten concentrar la energía en cómo sobrellevar las contracciones. Hable con su proveedor de atención médica acerca de los riesgos y los beneficios de cada uno de los medicamentos.

Analgésicos. Los analgésicos alivian el dolor, pero no duermen las partes del cuerpo afectadas. No afectan la sensibilidad o el movimiento muscular. Se pueden administrar de muchas formas. Si se administran de forma intravenosa (mediante una vía IV que se coloca en la vena) o mediante una inyección en un músculo, los medicamentos pueden afectar todo el cuerpo. Estos medicamentos pueden ocasionar efectos secundarios en la madre, incluidas somnolencia y náuseas. También pueden tener efectos sobre el bebé.

Anestesia regional. Esto es en lo que la mayoría de las mujeres piensan cuando consideran los medicamentos para el dolor durante el trabajo de parto. Mediante el bloqueo de la sensación de regiones específicas del cuerpo, estos métodos se pueden utilizar para aliviar el dolor en los partos tanto vaginales como por cesárea.

Las epidurales, una forma de anestesia local, alivian la mayor parte del dolor en todo el cuerpo por debajo del ombligo, incluidas las paredes vaginales, durante el trabajo de parto y el parto. Una epidural involucra un medicamento que es administrado por un anestesiólogo mediante un catéter delgado, parecido a un tubo, que se inserta en la parte baja de la espalda de la mujer. La cantidad de medicamento se puede aumentar o disminuir, dependiendo de las necesidades de la mujer. Muy poco medicamento llega al bebé, por lo que generalmente no hay ningún efecto en el bebé con este método de alivio del dolor.

Las epidurales tienen algunas desventajas: pueden bajar la presión arterial de la mujer y originar dificultades para orinar. También pueden ocasionar picazón, náusea y dolores de cabeza a la madre. Los riesgos para el bebé son mínimos, pero incluyen problemas ocasionados por la presión arterial baja en la madre.

Tranquilizantes. Estos fármacos no alivian el dolor, pero pueden ayudar a calmar y a relajar a las mujeres que sienten mucha ansiedad. Algunas veces se utilizan junto con los analgésicos. Estos fármacos pueden tener efectos tanto en la madre como en el bebé y no se utilizan con frecuencia. También pueden hacer que sea difícil para la madre recordar los detalles del parto. Hable primero con su médico sobre los riesgos de tomar tranquilizantes.

Parto natural

Algunas mujeres eligen dar a luz sin usar ningún medicamento en absoluto, confiando en cambio en técnicas como la relajación y la respiración controlada para controlar el dolor. Si desea tener un parto sin medicamentos para el dolor, hable con su proveedor de atención médica al respecto.

Cosas que se deben considerar

A continuación, se enumeran algunas cosas en las que se debe pensar al considerar el control del dolor durante el trabajo de parto:

Los medicamentos pueden aliviar mucho el dolor, pero probablemente no lo eliminen completamente.

El trabajo de parto puede ser más doloroso de lo que se imaginó. Algunas mujeres que expresaron de antemano que no deseaban ningún tipo de analgésico cambian de opinión al comenzar el trabajo de parto.

Algunos medicamentos pueden afectar a su bebé, provocándole somnolencia o cambios en el ritmo cardíaco.

8.6 TÉCNICA DE LAMAZE

La técnica Lamaze para preparar el parto es una filosofía surgida en los años 50, que toma su nombre del obstetra francés Ferdinand Lamaze, que afirma que el parto es un proceso fisiológico normal y natural, y que las mujeres deben estar preparadas para abordarlo sin miedo y con confianza.

El objetivo de Lamaze consiste en enseñar a las mujeres a controlar la respiración y técnicas de relajación basadas en estímulos táctiles (masajes), visuales (centrándose en la visualización de un objeto) y auditivos (palabras de aliento), que contribuyen a eliminar el estrés y a disminuir la percepción del dolor provocado por las contracciones.

En el método Lamaze, denominado también psicoprofilaxis, el padre juega un papel fundamental, ayudando a la mujer con masajes y apoyo psicológico, y compartiendo con ella de forma activa el nacimiento de su bebé.

Aunque este método tiene como objetivo conseguir un parto consciente sin dolor, esto no quiere decir que sea contrario al uso de la anestesia epidural, en caso de que la mujer la solicite.

La técnica Lamaze está bastante extendida y trasciende su función como método de ayuda al parto, para convertirse en una filosofía que entiende la paternidad como una función vital.

Lamaze International, líder de educación de parto y como organización de consejería, ha utilizado las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar las seis prácticas de parto saludable de Lamaze que apoyan y ayudan a la capacidad de una mujer a dar a luz. Años de investigación han demostrado que cada una de estas prácticas aumenta la seguridad para las madres y los bebés.

Las seis prácticas de parto saludable de Lamaze

- Deje que el trabajo de parto comience por sí solo.
- Camine, muévase y cambie de posición a lo largo del trabajo de parto.
- Traiga a un ser querido, amigo o doula como apoyo continuo.
- Evite intervenciones médicas que no sean necesarias
- Evite dar a luz acostada de espalda y siga los instintos de su cuerpo para pujar.
- Mantenga al bebé consigo; es lo mejor para usted, para él y para la lactancia.

8.7 MÉTODO DE BRADLEY

El método Bradley de preparación al parto, que se llama así en honor a su fundador, el Dr. Robert A. Bradley (1917-1998), se caracteriza por un enfoque natural del parto, que incluye la participación activa del padre del bebé. Uno de sus principales objetivos consiste en evitar la administración de medicamentos, a menos que resulte imprescindible.

Durante el embarazo, el método Bradley hace hincapié en la importancia de la alimentación y el ejercicio, en aprender técnicas de relajación (como una respiración profunda y concentración en distintas partes del cuerpo), y en la capacidad de los padres para participar activamente en el proceso del parto.

Aunque el método Bradley aconseja un parto sin analgésicos, también prepara a los padres para complicaciones o situaciones inesperadas, como cesáreas de emergencia.

En el posparto, el método recomienda la lactancia materna y el contacto constante de los padres con el bebé. Este método lo escogen muchas mujeres que dan a luz en su hogar o en otros ámbitos no hospitalarios

8.8 TECNICA DE PUJO

La sensación de “pujar” es natural durante la segunda fase del trabajo de parto, durante este periodo es cuando la presentación fetal se apoya sobre el recto.

La misma, resulta más intensa cuando se ha roto bolsa de aguas y la dilatación se completó, encajándose la presentación.

Es necesario resaltar la fase de dilatación completa dado que es el momento adecuado para pujar, siempre que haya una dinámica uterina respetable, si esto se realiza sin la primera condición es posible que se realice un desgarro de cuello con graves consecuencias.

Durante el pujo los músculos que trabajan son los respiratorios, diafragma y perineal. En la mencionada fase, es el período donde debemos manejar las técnicas de relajación, poder colocarnos la posición adecuada para el momento (sentada, cuclillas, etc.).

Al inicio de la contracción se respiran dos veces; una vez para nosotros, otra para el bebé y luego, cuando se inicia el reflejo de pujar se realiza con el abdomen, no con la garganta. Por tanto, es necesario ser cuidadosa con las energías.

Es difícil dejar de pujar cuando surge el estímulo, pero es necesario utilizar la técnica de respiración (jadeo) durante estos minutos

- Jadeo

Sus características son:

Respiración superficial: utilizada para contrarrestar el deseo de pujar.

Es necesaria la guía para no llegar a una hiperventilación y cansancio.

Se pueden usar las siguientes técnicas: nariz- nariz, nariz-boca, boca-boca

La segunda opción es la más adecuada para llegar a dilatación completa, es importante recordar que en esta fase debemos estar lo más relajadas posible, puede que los controles de la frecuencia cardíaca fetal sean más frecuentes para detectar cualquier episodio de hipoxia fetal.

- Pujos

Lo primero que hay que tener claro es que los pujos son los esfuerzos que realiza la embarazada para permitir que, durante el alumbramiento, su bebé pueda descender por el llamado canal del parto. Es decir, para lograr que el pequeño pueda nacer.

Tipos de pujos y sus diferencias

- Pujos espontáneos

Son los esfuerzos que la mujer lleva a cabo sin ningún tipo de indicación médica. En concreto, consiste en que los realice según los impulsos que su cuerpo le pida, pujando cuando considere necesario y deteniéndose cuando también lo crea conveniente. Hay que establecer que este sistema es por el que apuestan las matronas que desean que el alumbramiento sea lo más natural posible.

- Pujos dirigidos

Son los esfuerzos que realiza la mujer siguiendo las indicaciones que le dan los profesionales sanitarios que están asistiendo el parto. Indicaciones que se sustentan en los datos que se obtienen a través de la monitorización de las contracciones que experimenta la fémina.

Monitorización de las contracciones

El hecho de que unos se realicen de forma natural y otros se acometan de forma dirigida es la principal diferencia entre esos pujos. Ambos cuentan con sus defensores, sustentándose en los siguientes argumentos:

En el caso de los pujos espontáneos, se establece que no alteran en absoluto el trabajo de parto y que son más efectivos, ya que se realizan cuando la madre tiene la necesidad de llevarlos a cabo. De la misma manera, podemos indicar

que los estudios llevados a cabo indican que con esos se reducen las posibilidades de partos instrumentales, se beneficia el suelo pélvico y se minimizan los riesgos de traumatismos perineales.

Con respecto a los pujos dirigidos, hay que subrayar que se tiene un argumento a favor incuestionable: son necesarios cuando a la mujer se le ha puesto la anestesia epidural. Y es que al recibir esa, no tiene la necesidad de empujar. También se puede destacar que se considera que reducen hasta en 13 minutos el alumbramiento. No obstante, en contra está que pueden dañar lo que es el suelo pélvico y pueden traer consigo consecuencias negativas como la incontinencia urinaria.

Control de la respiración

Independientemente de que se trate de un tipo de pujo u otro, se hace necesario tener en cuenta una serie de recomendaciones para conseguir hacerlo de la forma correcta:

Lo ideal es asociar el pujo con la contracción. Y es que al realizarse así lo que se logra es que el bebé pueda descender de manera más rápida por el canal de parto. de la misma manera, la mujer lo que debe hacer para pujar es contraer el abdomen y, al mismo tiempo, empujar hacia abajo. Controlar la respiración también es esencial para conseguir que la parturienta pueda tener más fuerza para afrontar el alumbramiento.

Otros datos de interés sobre los pujos de parto, además de todo lo expuesto hasta el momento sobre el esfuerzo de la mujer al dar a luz, hay que conocer otra serie de aspectos que pueden resultar interesantes al respecto: se recomienda a las embarazadas que asistan a los cursos de preparación al parto. Y es que en los mismos les dan pautas para realizar los pujos y sobre la mejor manera para respirar en los citados. No es recomendable contener la respiración durante ese esfuerzo e incluso tampoco pujar durante mucho tiempo seguido.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), como muchos profesionales médicos y organismos del área sanitaria, apuestan por los pujos espontáneos. Y es que determinan que lo mejor es que la mujer siga lo que le indica su cuerpo

porque, además de los beneficios ya expuestos, reduce las posibilidades de tener que realizarse una episiotomía.

Se considera que en la postura vertical no solo se facilita lo que es la dilatación sino también lo que es el pujo espontáneo.

9.- CONCLUSIÒN

Al finalizar este trabajo de investigación, concluyo que la elevada prevalencia de cesáreas que hoy en día se practica a pacientes que en un primer momento son catalogadas como embarazadas de bajo riesgo obstétrico. Esta elevada tasa de cesáreas innecesarias ocasiona un aumento evidente de la morbimortalidad materno-fetal, así como una sobre medicación innecesaria durante el proceso de parto, una insatisfacción materna relacionada con la asistencia recibida y la experiencia vivida y un aumento del gasto sanitario anual.

El modelo de nacimiento humanizado implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, con aspectos fundamentales, generalmente desestimados en la formación médica, pero que tienen un efecto determinante en la salud y bienestar físico y emocional de la mujer y del bebé. Se trata de reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, que en general no se toman en cuenta en la atención pública y privada, pero que son fundamentales para la calidad y la seguridad de la atención de las mujeres y el desarrollo de la sociedad. Por otro lado, es necesario integrar otros elementos fundamentales como la promoción de la lactancia materna en el primer año de la vida del bebé, práctica que ha disminuido en los últimos años en nuestro país. Es importante hacer conciencia y unir esfuerzos para combatir la sobre medicalización del parto, desarrollar estrategias que fomenten la aplicación del enfoque basado en evidencias científicas, y faciliten la difusión y aplicación del modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural en todo el país.

El tipo de atención al parto que las gestantes reciben por parte de las matronas y ginecólogos, afecta directamente sobre el sentimiento de satisfacción respecto al mismo, siendo la humanización de ésta un método más que eficaz para garantizar una mejoría en la valoración del proceso y en la experiencia vivida.

La reducción del intervencionismo obstétrico, eliminando la sobre medicación del parto de forma innecesaria y fomentando la puesta en marcha de técnicas humanizadoras de la asistencia (p.ej.: acompañamiento al parto, deambulaciòn de la mujer en la dilataciòn y cambios de posiciòn durante dilataciòn y expulsivo), se traduce en la disminuciòn de la tasa de cesáreas, mejorando la salud materno-

fetal y reduciendo la larga estancia hospitalaria derivada de la intervención quirúrgica obstétrica, ocasionando una mejoría en los costos sanitarios.

No existe evidencia disponible sobre los beneficios que las intervenciones educativas a los profesionales sanitarios sobre asistencia humanizada al parto tienen en la promoción de las mismas y la mejoría en los cambios de la praxis profesional, a pesar de ello, diferentes asociaciones destacan la importancia de la educación a los profesionales para favorecer el desarrollo de técnicas humanizadas en la atención al parto natural.

Finalmente, remarcar la importancia de seguir la investigación respecto al parto humanizado y sus beneficios, con el objetivo de favorecer su implantación en todos los hospitales para la atención obstétrica. Igualmente, la realización de cesáreas humanizadas permitiría mejoras en cuanto a la valoración que la población obstétrica tiene sobre la asistencia en aquellas situaciones en las que la realización de esta intervención quirúrgica es inevitable.

10.- BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

- Bravo, Raúl. (2010). Mecanismo de parto en presentación de vértice y trabajo de parto espontáneo en ginecología y obstetricia, IMSS editores. México. 3a edición. Pp. 133 - 153.
- Cunningham, F. Leveno, J. et al. (2011). "Williams Obstetricia", 23a edición, Mc GrawHill Interamericana Editores, MéUpToDatFunai, E. Norwitz, E. (2015). "Management of normal labor and delivery". UpToDate,
- Guía de práctica clínica. Actualización (2014). "Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Evidencias y recomendaciones".
- Guyton AC, Hall JE. (2011). Embarazo y lactancia en: Tratado de fisiología médica, 10ª ed, México, McGraw---Hill Interamericana. P.p.:1135---45
- Instituto nacional de perinatología. (1995) Normas y procedimientos de obstetricia. México. pp. 247---252.
- Hernández-Castro, F. Hernández-Herrera R. (2006). "Sensibilidad y valor predictiva del método de Johnson y Toshach para estimar peso fetal". Rev Med Inst Mex Seguro Soc 44 (4): 309-312.
- Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South África. BMC Health Serv Res. 2011 Dec 31;12:120-0.
- Small R, Yelland J, Lumley J, Brown S, Liamputtong P. Immigrant women's views about care during labor and birth: an Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. Birth. 2002 Nov 30;29(4):266-77.
- d'Oliveira AFPLA, Diniz SGS, Schraiber LBL. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet. 2002 May 10;359(9318):1681-5.
- Bohren M, Hunter EC, Munther-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-

and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. Submitted to *Reprod Health*. 2014.

- Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis. USAID / TRAction Project; 2010.
- UN General Assembly. Universal Declaration of Human Rights. UN General Assembly; 1948 Dec.
- UN General Assembly. Declaration on the Elimination of Violence against Women. UN General Assembly; 1993 Dec.
- UN General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN General Assembly; 1976 Jan.
- White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women [Internet]. Washington DC: White Ribbon Alliance; 2011 Oct.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. UN General Assembly; 2012 Jul. So
- Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Maingi G, Serwanga J, et al. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Dec 31; 13:21–1.
- Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014 Jun 20.
- White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. White Ribbon Alliance; 2011 Oct.
- FIGO Committee on Safe Motherhood and Newborn Health. Mother and Newborn Friendly Birthing Facility [Internet]. International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2014 Feb.
- Ley Nacional 17.132 “arte de curar - ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración” con sus modificatorias.

- Ley Nacional 26.485 “ley de proteccion integral a las mujeres” del año 2009
- Decreto reglamentario 1011/2010 emitido por el Poder Ejecutivo de la NaciPar
- Ley Nacional N° 25.929 “PROTECCION DEL EMBARAZO Y DEL RECIEN NACIDO”
- Convención sobre Derechos del Niño, Art. 6, 24 y 37.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará).
- Recomendaciones de la OMS sobre la atención del parto y nacimiento 1985-1996 (WHO/FRH/MSM/96.24).
- Gray JA. The psychology of fear and stress. Cambridge: Cambridge University Press; 1998
- Cunningham FG, Williams JW. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York, NY u.a.: McGraw-Hill; 2005.
- Odent, M.: The Caesarean. Free Association Books. London, 2004.
- Leboyer F. Nacimiento sin violencia. Daimon.Mexico 1997
- Odent M. Birth under water. Lancet.1983
- Odent M. El bebé es un mamífero. Mandala. Madrid 1990
- Mie M.E. Influence of the enviroment on perineal tears in phisiological delivery. Epidemiol Prev. 1996
- Dirección de la OMS. Protocolos Obstetricia. Enrique Lebrero. Ginecólogo Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002 ;186(5): S69-77.
- Bakker JJ, Verhoeven CJ, Janssen PF, van Lith JM, van Oudgaarden ED, Bloemenkamp KW, et al. Outcomes after internal versus external tocodynamometry for monitoring labor. N Engl J Med. 2010 28;362(4): 306-313
- Marais, E. N.: The soul of the white ant. Methuen. London, 1937.
- Krehbiel, D. y Poindron, P.: Peridural anaesthesia disturbs maternal behaviour in primiparous and multiparous parturient ewes. Physiology and behavior 1987; 40: 463-72.

- LundblandLundbland, E. G. y Hodgen, G. D.: Induction of maternal-infant bonding in rhesus and cynomolgus monkeys after caesarian delivery. *Lab. Anim. Sci* 1980; 30: 913.
- OdentOdent, M.: *La Cientificación del amor*. Editorial Creavida. Buenos Aires, 2001.
- Odent, M.: Laboring women are not marathon runners. *Midwiferytoday*, 1994; 31:23-26.
- Bloom, S. L.; McIntire, D. D. et al.: Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med* 1998; 339: 76-9.
- Odent, M.: *El Granjero y el Obstetra*. Editorial Creavida. Buenos Aires, 2002.
- Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. [cited 2016 Mar 22].
- Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito hospitalario. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.
- Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof.* 2006;7(1):5–13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Recio A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *DILEMATA*. 2015;(18):13–26.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Evolución de la tasa de cesáreas del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011. Serie Informes Breves CMBD. Madrid; 2013.
- Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2013;14(2):62–6.
- Iglesias S, Conde M, González S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof.* 2009;10(2):5–11.

- Borem P, Ferreira J, Silva U, Valério Júnior J, Orlanda C. Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2015;37(10):446–54.
- Haddad S, Cecatti J. Strategies directed to professionals for reducing unnecessary cesarean sections in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2011;33(5):252–62.
- Martínez-Galiano J. Implantación del nuevo modelo de atención al parto. Actitud de los profesionales. *Rev Enferm Ref.* 2011;3(5):65–71.

10.2 COMPLEMENTARIA

- Mallén L, Terré C, Palacio M. Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2015;16(3):108–13.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery. *Obs Gynecol.* 2014;123(594):912–5.
- Cluett E, Burns E. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;
- Barbosa F, Junqueira S, Cuce M. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery.* 2009;25:286–94.
- Martensson L, Kvist L, Hermansson E. A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units. *Midwifery.* 2011; 27:87–92.
- Smith C, Collins C, Crowther C, Levett K. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7).
- Bedwell C, Dowswell T, Neilson J, Lavender T. The use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour: a review of the evidence. *Midwifery.* 2011; 27:141–8.
- Federación de asociaciones de matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. 2006. 1-103 p.
- Ben Regaya L, Fatnassi R, Khelifi A, Fékih M, Kebaili S, Soltan K, et al. Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. *J Gynecol Obs Biol Reprod.* 2010;39(8):656–62.

- Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli G. Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int.* 2014;1–7.
- Molina-Reyes C, Martínez-García E, Huete-Morales M, Muñoz-Martínez A, Maldonado-Molina E, Molina-Cubero L. Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof.* 2013;14(1):3–9.
- Gupta J, Hofmeyr G, Smyth R. Posición en el periodo de expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia epidural. *Cochrane Database Syst Rev.*
- Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(10):CD003401.
- Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD007214.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD009514.
- Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD009232.
- Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(11):CD009356.
- Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD009215.
- Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6):CD006168.

- Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD007715.
- Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003930.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003934.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD003766.
- Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD000330.
- Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD007123.
- Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD007201.
- Vogel JP, West HM, Dowswell T. Titrated oral misoprostol for augmenting labour to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD010648.
- Bakker JJH, Janssen PF, van Halem K, van der Goes BY, Papatsonis DNM, van der Post JAM, et al. Internal versus external tocodynamometry during induced or augmented labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD006947.
- Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and processes of adaptation and implementation. Geneva: World Health Organization;2014

11.- GLOSARIO

A

- **Aborto:** Pérdida del embarazo que ocurre antes de las semanas 20, antes de que el feto sea capaz de sobrevivir fuera del útero. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren dentro de las primeras 12 semanas del embarazo (el primer trimestre). No siempre se conoce la causa de un aborto espontáneo, pero por lo general es una señal de que el embarazo no se está desarrollando normalmente. Algunas causas conocidas de abortos espontáneos incluyen defectos cromosómicos, problemas hormonales, infección, y problemas de salud en la madre.
- **Acidez estomacal:** Sensación de ardor en la parte baja del pecho. Muchas mujeres experimentan acidez estomacal durante el embarazo.
- **Ácido fólico:** Tipo de vitamina B que es importante para el desarrollo normal del feto. Un bajo consumo de folato por una madre embarazada está asociado con un mayor riesgo de defectos en el tubo neural en su bebé. Se recomienda que las mujeres embarazadas tomen 400 microgramos de folato al día desde el inicio del embarazo (y antes del embarazo, si es posible). El folato se encuentra en vitaminas prenatales, verduras verdes frondosas, frutas cítricas, y productos de granos enriquecidos. Una mujer que previamente ha tenido un bebé con un defecto en el tubo neural necesitará una dosis más alta de folato durante embarazos posteriores.
- **Acompañamiento:** Presencia de la persona elegida por la mujer durante todo el proceso de parto y nacimiento desde el ingreso en la maternidad hospitalaria (familiar, cónyuge, persona de confianza.)
- **Agarre:** Se dice que un bebé se agarra de manera adecuada durante el amamantamiento cuando el pezón y la areola (área de color alrededor del pezón) se encuentran dentro de la boca del bebé. Estar apropiadamente sujeto permite que el bebé se alimente bien y reduce el dolor para la madre.
- **Almohadillas de gel:** Almohadillas de glicerina que ayudan a aliviar el dolor de llagas o grietas en los pezones.
- **Amamantamiento:** También denominado lactancia.

- **Amniocentesis:** Procedimiento en el cual se extrae líquido amniótico del útero. Esta prueba se realiza con más frecuencia para permitir la examinación de los cromosomas del bebé para detectar algunas enfermedades genéticas. También se puede usar para buscar infección dentro del útero.
- **Amnios:** Consultar saco amniótico.
- **Amnioscopia:** Observación directa del color y cantidad del líquido amniótico por medio de la amnioscopia.
- **Analgésia combinada:** Analgesia intradural+analgesia epidural
- **Analgésia epidural ambulante=Walking-epidural (WE):** Se denomina Walking epidural a la técnica analgésica que permite a la embarazada mantener su movilidad durante la primera fase del parto, al mismo tiempo que se mantiene una buena calidad analgésica. La epidural ambulante consiste básicamente en reducir la cantidad de anestésico neuro axial, usando para ello los anestésicos locales a bajas concentraciones y asociándoles opioides,
- **Analgésia epidural:** Tipo de analgesia neuro axial en la que se introduce el anestésico en las proximidades de la médula (espacio epidural), sin perforar la duramadre.
- **Analgésia intradural:** Es un tipo de analgesia neuro axial en la que se perforan la duramadre y aracnoides, y se introduce el anestésico en el espacio subaracnoideo mezclándose con el líquido cefalorraquídeo.
- **Analgésia neuro axial:** Analgesia provocada por bloqueo del impulso doloroso en el nivel de la médula espinal.
- **Analgésico:** Medicamento empleado para aliviar el dolor.
- **Anestesia general:** Medicamento que adormece el cuerpo para aliviar el dolor y provoca sueño. Algunas mujeres necesitarán recibir anestesia general para una sección cesárea.
- **Anestesia local:** Medicamento que se administra en un área específica del cuerpo. El efecto de adormecimiento no se extiende más allá del área en la que se inyecta el anestésico (a diferencia de la anestesia espinal o epidural).

- **Anestesiólogo o anestésista:** Médico especializado en anestesiología, capaz de administrar cualquier tipo de medicamento que adormezca la sensación de dolor. Este médico administrará un medicamento epidural.
- **Anidamiento:** Deseo que sienten algunas mujeres, hacia el final del embarazo, de limpiar y organizar el hogar. Se cree que el anidamiento es un instinto para preparar su casa para el parto y el bebé. Estos sentimientos pueden ocurrir en cualquier momento durante el embarazo, pero generalmente son más fuertes justo antes de la labor de parto.
- **Anticuerpo:** Tipo de proteína que es parte del sistema inmunitario. Los anticuerpos están diseñados para combatir factores específicos que podrían causar enfermedades o condiciones. Mediante la leche materna, los anticuerpos de la madre son entregados a su bebé. Esto ayuda a reforzar el sistema inmune del bebé.
- **Areola:** Área circular de color que rodea el pezón. Si un bebé está bien sujetado durante la lactancia, tanto la areola como el pezón deben estar en la boca del bebé.
- **Asistente de partos:** Persona capacitada para ayudar a la mujer a que esté relajada durante la labor de parto y el alumbramiento. Con frecuencia, un asistente de parto da masajes. El asistente de parto también se puede comunicar con el equipo médico por la madre.
- **Aumento:** El médico toma medidas para retomar la labor de parto si una mujer está con contracciones lentas o si estas se detuvieron. El médico puede aumentar la labor de parto al romper el saco amniótico o administrar oxitocina. La oxitocina es un medicamento que estimula a que el útero se contraiga.
- **Auscultación intermitente:** Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal mediante estetoscopio de Pinard o mediante Doppler, durante 1 minuto después de una contracción, cada 15-30 minutos durante la fase activa de la primera etapa del parto y cada 5-15 minutos en la segunda etapa del parto.

B

- **Bajo peso al nacer:** Peso del bebé al nacer menor a 2.500 gramos (5 libras 8 onzas).
- **Baño de asiento:** Baño con agua tibia y poco profunda, el agua sólo debería cubrir la cadera y los glúteos. Un baño de asiento puede ayudar a reducir el dolor y fomentar la curación después de una episiotomía. El agua puede contener medicamentos.
- **Bebidas isotónicas:** Bebidas con gran capacidad de rehidratación. Incluyen en su composición bajas dosis de sodio, normalmente en forma de cloruro de sodio o bicarbonato sódico, azúcar o glucosa y, habitualmente, potasio y otros minerales.
- **Buck:** Hormona que se produce en grandes niveles durante el embarazo. Los niveles sanguíneos de Buck se usan para decir si una mujer está embarazada y para ver si el embarazo se está desarrollando normalmente. La hormona HCG también se puede usar para encontrar la probabilidad de un problema cromosómico en un feto en desarrollo; en mujeres que no están embarazadas, se puede usar para revisar algunos tipos de cáncer.
- **Bilirrubina:** Pigmento amarillo rojizo que se elimina normalmente de la sangre a través del hígado. El hígado de un recién nacido aún está aprendiendo a eliminar bilirrubina, así que se puede acumular en el cuerpo causando que un bebé tenga un ligero matiz amarillo en la piel y globos oculares. Si un bebé tiene este matiz amarillo, la condición se llama ictericia. Esto puede ocurrir entre el segundo y quinto día de vida. Esta condición por lo general se trata fácilmente.
- **Blastocisto:** Bola hueca de células que se desarrolla a partir del óvulo fecundado. El blastocisto se mueve al útero y se sujeta al recubrimiento uterino. El blastocisto continúa creciendo y dividiéndose hasta que se vuelve un embrión.
- **Bloqueo nervioso:** Forma de anestesia local que adormece un área del cuerpo para ayudar a controlar el dolor. Un tipo, un bloqueo pudendo, es una inyección que se aplica dentro de la pared vaginal para adormecer el perineo. Administrada justo antes del parto, esta inyección trabaja

rápidamente para reducir el dolor. Los efectos duran aproximadamente una hora.

- **Bloqueo pudendo:** Forma de anestesia local que adormece un área del cuerpo para ayudar a controlar el dolor durante el coronamiento. Un bloqueo pudendo es una inyección administrada dentro de la pared vaginal para adormecer el perineo. Administrada justo antes del parto, esta inyección trabaja rápidamente para reducir el dolor. Los efectos duran aproximadamente una hora.
- **Borramiento del cuello uterino:** Adelgazamiento del cuello uterino para prepararse para el alumbramiento. El borramiento se reporta como un porcentaje. Si usted tiene borramiento del 50%, su cérvix se ha adelgazado a la mitad de su grosor original. Cuando alcanza un borramiento del 100%, el cérvix está completamente adelgazado.
- **Bradicardia neonatal:** Frecuencia cardíaca menor de 100 lpm.

C

- **Calostro:** Primera leche que produce y segrega el seno de una mujer después del nacimiento del bebé. El calostro es de color amarillo/dorado y es alto en proteínas y anticuerpos.
- **Canal de parto:** Trayecto que recorre el bebé para nacer. El canal de parto está conformado por el cérvix, vagina, y vulva.
- **Cardiotocografía:** La cardiotocografía es una forma de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas. El procedimiento se puede hacer a través de la piel (cardiotocografía externa) o mediante la colocación de un electrodo directamente sobre el cuero cabelludo del feto a través del cuello uterino (cardiotocografía interna).
- **Categorización:** Procedimiento de clasificación de los registros cardiotocográficos que permiten establecer categorías de riesgo de bienestar fetal.
- **Catéter:** Dispositivo tubular médico que se introduce dentro de vasos, conductos o cavidades corporales. Por lo general se usa para inyectar medicamentos o retirar líquidos, o para mantener un conducto abierto.

- **Células madre:** Células no especializadas que pueden desarrollarse en cualquier tipo de célula. Las células madre son de gran interés entre investigadores científicos. Muchos investigadores creen que estudiar las células madre puede llevar a un mejor entendimiento de las causas de enfermedades y defectos congénitos, así como algunos posibles tratamientos. La sangre en el cordón umbilical de un bebé contiene células madre.
- **Centro de alumbramiento:** Instalación de salud que normalmente cuenta con enfermeros, parteras y un obstetra disponible en caso de emergencias. Un centro de partos proporciona un entorno más similar al hogar que un hospital.
- **Cetosis:** Situación metabólica del organismo originada por un déficit en el aporte de carbohidratos, lo que induce el catabolismo de las grasas, a fin de obtener energía, generando unos compuestos denominados cuerpos cetónicos.
- **Ciclo menstrual:** Ciclo de cambios fisiológicos en el cuerpo de una mujer que ocurre desde el principio de un período menstrual hasta el comienzo del siguiente. En promedio, el ciclo menstrual dura 28 días. El día 1 de su ciclo menstrual comienza el primer día de su período. Entre el día 7 y 11, el recubrimiento de su útero comienza a engrosarse, preparándose para que se implante un óvulo fertilizado. Aproximadamente al día 14 de un ciclo de 28 días, los cambios en las hormonas causan que se libere un óvulo maduro de un ovario y viaje hacia abajo de una trompa de Falopio a su útero. Es aquí donde un espermatozoide puede fertilizar al óvulo, y si esto ocurre y el óvulo se sujeta al recubrimiento del útero, ocurre un embarazo. Si no se fertiliza el óvulo, el recubrimiento del útero se desprende como un período menstrual, y el ciclo comienza nuevamente.
- **Circuncisión:** Extracción del prepucio del pene del bebé varón. Esto se realiza como un rito religioso por la fe judía o musulmana, y como una práctica común por muchas otras personas.
- **Clamidia:** Enfermedad de transmisión sexual. Si una mujer embarazada tiene clamidia, la enfermedad puede transmitirse a su hijo durante el parto.

Esto podría causar una infección del ojo (conjuntivitis) o neumonía en el bebé.

- **Cochano Library:** Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración
- **Cochrane:** Compuesta entre otras por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.
- **Concepción:** Inicio del embarazo. Comienza con la fecundación e implantación de un óvulo.
- **Conducto de leche obstruido:** Conductos de leche que se encuentran obstruidos, inflamados o adoloridos. Los conductos se pueden obstruir cuando la leche no está completamente drenada de los mismos. Esto puede ocurrir a causa de alimentaciones incompletas u omitidas, una extracción inadecuada, un sostén de lactancia que ajusta mal, una enfermedad, estrés, o sin una razón clara. Si se forma una infección detrás del conducto, se le llama mastitis y se trata con antibióticos. La lactancia frecuente o la extracción es la mejor manera para tratar los conductos obstruidos de leche incluso cuando tome antibióticos para mastitis.
- **Conductos de leche:** Tubos dentro del seno que conectan los alvéolos (glándulas que producen leche materna) con el pezón. La leche materna se almacena en los conductos de leche entre sesiones de lactancia. Cuando el bebé succiona el seno, se libera una hormona llamada oxitocina. La oxitocina causa que se ensanchen los conductos de leche, permitiendo que la leche materna se mueva hacia abajo de los conductos hacia el pezón, para alimentar al bebé.
- **Confusión de pezón:** El bebé olvida cómo alimentarse adecuadamente del seno. La lactancia requiere mayor coordinación muscular y es más trabajo para un bebé que tomar de un biberón. Si a un bebé en lactancia se le da un biberón, cuando regrese al seno, puede tener dificultad para alimentarse debido a que puede olvidar cómo lactar apropiadamente. La confusión de pezón sólo es una preocupación en las primeras semanas de lactancia mientras el bebé todavía está aprendiendo a alimentarse apropiadamente y desarrollar un horario. Una vez que el bebé se está

alimentando bien, puede manejar mejor el cambio entre el seno y el biberón.

- **Congestión de senos:** Sensación incómoda de llenado o endurecimiento en los senos. Esto ocurre aproximadamente al tercer o cuarto día después del parto cuando viene la leche madura. Amamantar con frecuencia y usar ambos senos en cada alimentación puede ayudar a reducir este malestar. Entre alimentaciones, tome un baño caliente o use compresas calientes o compresas de hielo. Para las mujeres que no planean amamantar, usar un vendaje ajustado puede ayudar a reducir los síntomas.
- **Contracciones Braxton Hicks (también denominadas Falsa labor de parto):** Contracciones que ocurren hacia el final del embarazo. A medida que se acerca su fecha estimada de parto, se pueden volver más fuertes y más dolorosas. Las contracciones Braxton Hicks son irregulares y no se acercan entre sí. Pueden parar cuando camina o cambia de posiciones.
- **Cordón umbilical:** Cordón que conecta el feto con la placenta. La placenta proporciona oxígeno y nutrición, y elimina los desechos. El cordón sale del ombligo del bebé. Después que nace un bebé, se corta el cordón, pero permanece una pequeña pieza sujeta al ombligo del bebé hasta que se seca y se desprende.
- **Corioamnionitis:** Infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico.
- **Coronamiento:** Durante el parto, la cabeza del bebé empuja a través de la vagina y se hace visible a través de la vulva.
- **Cromosoma X:** Uno de los dos cromosomas que determinan el sexo genético de una persona. Las mujeres tienen dos cromosomas X. Los hombres tienen un cromosoma X y un cromosoma Y.
- **Cromosoma Y:** Uno de los dos cromosomas que determinan el sexo genético de una persona. Los hombres tienen un cromosoma Y un cromosoma X. Las mujeres tienen dos cromosomas X.
- **Cubiertas para los pezones:** Pequeñas almohadillas que se utilizan en el interior del sostén para proteger los pezones de roces y recolectar la leche materna que gotee. Algunos son ventilados, lo cual significa que tienen orificios para permitir que circule el aire alrededor del seno. Las

cubiertas ventiladas se usan para proteger pezones adoloridos o agrietados, y para ayudarlos a sanar rápidamente.

- **Cuello del útero:** Parte del sistema reproductor femenino. El cuello del útero es la abertura en la parte inferior del útero. Durante la labor de parto, el cérvix se adelgaza y se abre para permitir que el bebé pase a través del canal de parto. De tal modo que sólo las fibras sensitivas se bloqueen, manteniendo la calidad analgésica y conserven su función las motoras, las que controlan el movimiento.

D

- **Decisión informada:** Es la capacidad de decidir sobre un procedimiento o acción terapéutica después de haber recibido una información veraz y comprensible.
- **Defecto en la fase lútea (LPD):** Niveles bajos de progesterona en ciclos menstruales reiterados. La progesterona es una hormona que es esencial para la supervivencia del feto en la primera etapa del embarazo. Anteriormente, los médicos creían que la LPD afectaba el aborto espontáneo en el embarazo temprano, pero estudios recientes no han mostrado que esto sea cierto.
- **Defectos del tubo neural:** Defecto de nacimiento grave que sucede cuando el tubo neural no se cierra durante el embarazo. Normalmente, el tubo neural cierra durante la cuarta semana de embarazo, y se desarrolla en cerebro, columna vertebral, y huesos de la espalda. Si el tubo neural no cierra en la parte superior, el bebé tendrá anencefalia (no tendrá cerebro). Si el tubo neural no cierra en la parte inferior, el bebé tendrá espina bífida. Obtener suficiente folato (400 microgramos/día) puede ayudar a reducir el riesgo de defectos en el tubo neural. El folato se encuentra en vitaminas prenatales, alimentos cítricos, verduras verdes frondosas, y productos enriquecidos de granos.
- **Deficiencia de biotinidasa:** Enzima que metaboliza la biotina, que es una vitamina B. Si el bebé no es capaz de producir dicha enzima, entonces tiene deficiencia de biotinidasa. Esta deficiencia puede causar serios efectos neurológicos, como convulsiones, pérdida auditiva y coma. Si esta

deficiencia se identifica y se trata oportunamente, se pueden prevenir los efectos. Una prueba de revisión en el recién nacido puede revisar esta enfermedad antes que ocurra algún síntoma.

- **Dehiscencia:** Separación de los bordes de una herida quirúrgica suturada en más de 0,5 cm.
- **Depresión posparto:** Tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después del nacimiento del bebé. Es común que las mujeres se sientan emocionales durante un corto tiempo después de tener un bebé. Si estos sentimientos no desaparecen y/o se vuelven más severos, podría ser depresión postparto. Síntomas comunes de depresión postparto incluyen fatiga extrema, pérdida de placer en la vida diaria, falta de interés en el bebé, insomnio, tristeza, ansiedad, desesperanza, sentimientos de inutilidad y culpa, irritabilidad, cambios en el apetito, y mala concentración. La depresión postparto requiere tratamiento.
- **Descenso (también denominado encajamiento):** Movimiento que realiza el bebé hacia abajo y hacia adentro de la pelvis de la madre. Su médico usa "estaciones" para describir qué tanto ha descendido el bebé. El término "estación 3" significa que la cabeza del bebé todavía no está en la pelvis. "Estación 0" significa que la cabeza está al fondo de la pelvis. A esto también se le llama encajamiento completo. Cuando la cabeza está comenzando a salir del canal de parto, se usa el término "estación +3". La estación +3 ocurre durante el parto y también se le llama coronamiento.
- **Desgarro perineal:** Desgarro de la piel entre la vagina y el ano. A esta área se le llama perineo o área perineal. La intensa presión durante el parto causa estiramiento y algunas veces desgarro del área perineal. Los desgarros perineales se clasifican desde 1er grado (un desgarro muy pequeño) hasta 4to grado (un desgarro a través del músculo del ano y el recubrimiento del recto). En algunos casos, pujar de manera controlada puede reducir el riesgo de tales desgarros. Después del parto, un desgarro perineal se cerrará con puntos de sutura.
- **Desgarro perineal grado I:** Desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal.

- **Desgarro perineal grado II:** Afecta, además de lo descrito anteriormente, a la piel y la mucosa, la aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.
- **Desgarro perineal grado III:** Se extiende a todo lo anterior y al esfínter rectal.
- **Desgarro perineal grado IV:** Incluye extensión a mucosa rectal, y llega a dejar descubierta la luz del recto.
- **Desprendimiento de la placenta o Abruptio Placentae:** La placenta se separa de la pared del útero antes de lo que debería. Si esto ocurre, se puede necesitar una sección cesárea.
- **Desproporción cefalopélvica (CPD):** Sucede cuando la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre. En este caso, se puede necesitar una sección cesárea.
- **Detección de marcadores múltiples** (también denominada Triple detección): Prueba prenatal común. La revisión de marcador múltiple mide los niveles de las hormonas estriol y gonadotropina coriónica humana (hCG), así como alfa-feto proteína (AFP), en su sangre. Resultados anormales pueden indicar un riesgo incrementado de algunas anomalías cromosómicas. Una cuarta prueba, PAPP-A (proteína A de plasma asociada con el embarazo), algunas veces se añade a la detección de marcador múltiple para mejorar la capacidad de detectar anomalías en el feto (Detección cuádruple).
- **Detección triple:** Consulte Detección de marcador múltiple.
- **Dilatación:** El cuello uterino se debe abrir, o dilatar, para permitir que el bebé pase a través de él y nazca. Medida en centímetros de 0-10, la dilatación le dice qué tanto se ha abierto el cérvix. Su médico la examinará durante la labor de parto y le dirá qué tan dilatado está su cérvix. A la dilatación de 10 cm se le llama "total" o "completa".
- **Dispareunia:** La dispareunia o coitaría es la relación sexual dolorosa. Abarca desde la irritación vaginal poscoital hasta un profundo dolor. Se define como dolor o molestia antes, después o durante la relación sexual. El dolor en las mujeres puede implicar ardor, quemadura, contracción o

dolor cortante, que puede localizarse en la parte interior o exterior de la vagina, en la región pélvica o en el abdomen.

- **Distocia:** Parto o alumbramiento que procede de manera anormal o difícil
- **Distracciones:** Empleo de fotografías, masajes, representaciones mentales y otros estímulos visuales o auditivos durante el parto para apartar su mente del dolor. Este es un método usado en el parto natural.
- **Distrés respiratorio:** Situación de inestabilidad respiratoria que ocasione necesidad de vigilancia especial, monitorización, oxigenoterapia o ingreso para observación o tratamiento.
- **Dolores posparto:** Dolores abdominales agudos causados por la contracción del útero después del parto. Es normal y deseable que el útero se contraiga a medida que regresa al tamaño que tenía antes del embarazo. Los dolores postparto son más comunes durante la lactancia. La lactancia estimula la liberación de oxitocina, la cual causa que se contraiga el útero. Los dolores postparto generalmente desaparecen al tercer día.
- **Dosis perineal** - altas concentraciones: Bupivacaína-levobupivacaína 0,25% o mayor; ropivacaína 0,2% o mayor y lidocaína 1,5% o mayor.
- **Doula:** Las doulas son mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres durante la gestación, parto y puerperio, ofreciendo soporte, tanto físico como emocional.

E

- **Eclampsia:** Convulsiones ocasionadas por el empeoramiento de la pre-eclampsia. La eclampsia es una condición seria para una madre embarazada y su bebé que requiere atención médica inmediata.
- **Ecocardiograma:** Herramienta de diagnóstico que examina el tamaño, la forma y el movimiento del corazón mediante el uso de ondas sonoras de alta frecuencia (ultrasonido).
- **Edad gestacional:** La duración del embarazo. La edad gestacional de un bebé, por lo general dada en semanas, es la duración del embarazo cuando nació el bebé.

- **Ejercicios de Kegel:** Ejercicios que se realizan para fortalecer el suelo pélvico, lo que puede ayudar a que una mujer puje con más eficiencia durante el alumbramiento, y facilitan la recuperación. Para hacer ejercicios Kegel, contraiga y sostenga los músculos usados para detener el flujo de orina.
- **Electrocardiograma:** Prueba que se utiliza para evaluar el ritmo y la actividad eléctrica del corazón.
- **Embase:** Base de datos europea (holandesa) producida por Excerpta Médica con
- **Embrión:** Período de desarrollo que transcurre desde el momento de la implantación hasta el final de las ocho semanas posteriores a la concepción. Después de las ocho semanas, al bebé en desarrollo se le llama feto.
- **Encajamiento:** Consulte descenso.
- **Encajamiento completo:** El bebé bajó lo suficiente para prepararse para el alumbramiento. Completamente encajado significa que la cabeza del bebé está al fondo de la pelvis. A esto también se le llama "estación 0."
- **Encopresis:** Incontinencia fecal.
- **Endometrio:** Parte del sistema reproductor femenino. El endometrio es el tejido que recubre al útero. El endometrio se desprende cada mes cuando una mujer menstrúa. En el embarazo, el embrión se implanta dentro del endometrio y recibe alimentación a través de él.
- **Endometriosis:** En esta condición, el tejido que se suele encontrar en el revestimiento interior del útero (endometrio) crece en otras partes del cuerpo. Esta condición puede causar varios problemas incluyendo dolor severo e infertilidad.
- **Enfermedad hemorrágica precoz por déficit de vitamina K:** Abarca los 15 primeros días de vida.
- **Enfermedad hemorrágica tardía por déficit de vitamina K:** Comprende desde las 2 semanas hasta 2-3 meses y se refiere a sujetos por lo demás sanos
- **Enfermedad pélvica inflamatoria (PID):** Infección grave en los órganos reproductores femeninos. La PID puede causar que se forme tejido

cicatrizante en la pelvis y las trompas de Falopio. Este daño puede dar como resultado infertilidad, un futuro embarazo ectópico, o dolor pélvico crónico.

- **Enfermera partera matriculada (CNM, Certified Nurse-midie):** Enfermera matriculada que obtuvo un título como partera, lo cual la capacita para manejar embarazos normales y de poco riesgo, y partos. La mayoría de CNM asisten en los partos de bebés en hospitales o centros de partos, aunque algunas asisten en partos en el hogar.
- **Ensayo clínico aleatorizado (ECA):** Es un diseño de estudio en el que los sujetos son aleatoriamente asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento
- **Epidídimos:** Parte del sistema reproductor masculino. Los epidídimos son dos tubos en espiral que conectan cada testículo con el vaso deferente. Estos tubos mantienen al espermatozoides durante la maduración.
- **Epidural:** Método común empleado para aliviar el dolor durante la labor de parto. Se inserta un catéter a través de la parte baja de la espalda dentro de un espacio cerca de la columna vertebral. Se administra anestesia a través de este catéter, y da como resultado la sensación reducida desde el abdomen hasta los pies.
- **Episiotomía:** Incisión en el perineo que se lleva a cabo durante el parto. El perineo es el área entre la vagina y el recto que se estira y algunas veces se desgarran durante el parto. La incisión se cierra con puntos de sutura después del parto.
- **Episiotomía:** Realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal «blando» para abreviar el parto y ayudar a la salida del feto.
- **Escroto:** Parte del sistema reproductor masculino. El escroto es una bolsa de piel que cuelga fuera de la pelvis para sostener y regular la temperatura de los testículos.
- **Especificidad:** Probabilidad de que una medida clasifique correctamente a una persona sana.

- **Estaciones:** Término que describe la distancia que descendió el bebé. Una "estación -3" significa que la cabeza del bebé todavía no está en la pelvis. "Estación 0" significa que la cabeza ha entrado en la pelvis materna y está al nivel de las tuberosidades isquiales. A esto se le llama "encajamiento completo." Cuando la cabeza está comenzando a salir del canal de parto, se usa el término "estación +3". La estación +3 ocurre durante el parto y también se le llama coronamiento.
- **Estimulación de la calota fetal:** Técnica mediante la cual se procede a la estimulación fetal mediante la presión sobre la calota fetal durante un tacto vaginal o por punción de la calota fetal. Se considera que el test es negativo si se produce, al menos, una aceleración de la FCF de al menos 15 latidos por minuto y 15 segundos de duración. El test positivo se define como ausencia de aceleración de la FCF o aceleración de menos de 15 latidos por minuto o menos de 15 segundos de duración.
- **Estreñimiento:** Movimientos intestinales anormales o poco frecuentes. Cuando ocurre una evacuación, con frecuencia las heces fecales son secas y duras. El estreñimiento puede ocurrir durante el embarazo o después del parto. Un alto consumo de líquidos y fibra, así como el ejercicio, pueden ayudar a aliviar el estreñimiento. Su médico también puede recomendar ablandadores de heces fecales.
- **Estreptococo:** Consulte Estreptococos de Grupo B.
- **Estrés postraumático:** Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi cualquier persona.
- **Estriol:** Hormona que actúa como el estrógeno en el cuerpo. Es segregada por la placenta durante el embarazo. Una de las pruebas (con AFP) en una Triple Revisión o Cuádruple Revisión.
- **Estudio de casos-control:** Estudio que identifica a personas con una enfermedad (casos), por ejemplo, cáncer de pulmón, y los compara con un grupo sin la enfermedad (control). La relación entre uno o varios factores (por ejemplo, el tabaco) relacionados con la enfermedad se

examina comparando la frecuencia de exposición a éste u otros factores entre los casos y los controles.

- **Estudio de cohortes:** Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.
- **Estudio Transversal:** Es aquél que describe la frecuencia de un evento o de una exposición en un momento determinado (medición única). Permite examinar la relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.
- **Examen genético:** Se evalúa el ADN de una persona en busca de anomalías que indicarían enfermedades. Algunas condiciones se conocen por transmitirse a través de los genes. Si usted tiene un historial familiar de algunas condiciones, su médico podría recomendar que hable con un asesor genético y/o realizarse un examen genético para ver si su bebé está en riesgo. Con frecuencia, la examinación genética se realiza durante el embarazo.
- **Examen pélvico:** Examen físico de los órganos internos y externos de una mujer. En general, el examen suele constar de dos partes: un examen con espéculo en el que se usa un aparato para mantener abiertas las paredes vaginales para que se puedan ver el cuello uterino y la vagina, y un examen bimanual en el que se estiman el tamaño y la forma del útero y ovarios al comprimirlos entre una mano sobre el abdomen y los dedos introducidos en la vagina.
- **Extracción de leche:** La extracción de leche materna de los senos puede llevarse a cabo manualmente o con un extractor. Las mujeres pueden extraer para almacenar la leche para futuras alimentaciones para sus bebés y/o para aliviar la presión de los senos muy llenos.
- **Extractor de leche materna:** Máquina (manual o eléctrica) que se utiliza para extraer la leche de los senos de una mujer. Las mujeres usan extractores de leche de los senos para extraer y almacenar su leche materna para uso futuro. La extracción de leche de los senos también es

útil para mujeres que están lejos de sus bebés durante varias horas y necesitan aliviar la presión de los senos llenos.

- **Extractor de ovació:** Método por el cual se asiste al parto. Dispositivo que tiene una copa en el extremo y se sujeta a la cabeza del bebé. Se aplica succión suave para sostener la cabeza del bebé en su lugar mientras la madre puja para ayudar a mover al bebé a través del canal de parto. Este extractor se puede usar si el bebé necesita nacer rápidamente una vez que comienza el coronamiento o si la madre necesita ayuda para pujar fuera al bebé. Los riesgos serios de la madre y el bebé son bajos, aunque el bebé podría tener moretones temporales o inflamación en el cuero cabelludo.

F

- **Falsa labor de parto:** Se experimentan contracciones, pero el cuello uterino no se abre ni se afina. Comparadas con la labor verdadera, las contracciones de falsa labor de parto pueden ocurrir de manera irregular y no se acercan entre sí. Las contracciones de falsa labor pueden detenerse cuando camina o cambia de posición. Puede ser difícil para usted notar la diferencia entre la labor falsa y verdadera. La diferencia más importante es que estas contracciones no dan como resultado el adelgazamiento o dilatación del cérvix.
- **Fase latente:** Consulte labor temprana de parto.
- **Fenilcetonuria (PKU):** Trastorno metabólico ocasionado por la falta de una enzima que metaboliza el aminoácido fenilalanina. El resultado es una acumulación de fenilalanina en la sangre y en la orina. Esta condición ocurre cuando un hijo hereda un gen defectuoso de cada padre. Si no se trata rápida y apropiadamente, la PKU puede causar retraso mental severo, ataques, y eczema. El tratamiento es evitar completamente la fenilalanina en la dieta, comenzando al nacer. Todos los estados revisan a recién nacidos en busca de PKU con una simple prueba de sangre.
- **Feto:** Bebé en desarrollo, desde la semana ocho del embarazo hasta el parto. Antes de las ocho semanas, se le llama un embrión.

- **Fibroides uterinos:** Crecimientos no cancerosos en la pared del útero. Los fibroides varían en tamaño desde muy pequeños hasta ocho o más pulgadas de diámetro. Generalmente, se presentan más de un fibroma. Los fibroides pueden causar muchos síntomas (p. ej., sangrado abundante, dolor o incontinencia) o no causar problemas en absoluto. Los fibroides no se vuelven cáncer.
- **Fibrosis quística:** Enfermedad hereditaria que se presenta en la primera etapa de la niñez. Las glándulas que producen líquidos importantes no funcionan apropiadamente, conllevando a dificultad para respirar, digestión alterada, y pérdida excesiva de sal en el sudor.

G

- **Galactosemia:** Trastorno metabólico hereditario en donde una forma de azúcar denominada galactosa (que se encuentra en productos lácteos) se acumula en la sangre debido a que el cuerpo no puede producir la enzima encargada de metabolizarla. Si no se trata, la galactosemia puede causar poco aumento de peso, irritabilidad, convulsiones, y a largo plazo, discapacidades de aprendizaje, y crecimiento deficiente. La mayoría de los estados revisan la galactosemia al momento del parto con un simple examen sanguíneo. Si el tratamiento comienza temprano, se pueden minimizar los síntomas y efectos.
- **Gameto:** Célula sexual masculina o femenina. El gameto femenino es el óvulo. El gameto masculino es el espermatozoide. Cuando ocurre la fertilización, los dos gametos se fusionan.
- **Gestación:** Período de desarrollo en el útero desde la concepción hasta el nacimiento del bebé.
- **Glándula seminal:** Parte del sistema reproductor masculino. La glándula seminal produce líquido seminal. El líquido seminal se mezcla con espermatozoides para producir semen.
- **Gonadotropina Humana coriónica (HCG):** hormona producida dentro de la placenta. Los equipos caseros para detectar embarazo examinan esta hormona.

- **Gonorrea:** Enfermedad de transmisión sexual que puede provocar enfermedad pélvica inflamatoria (PID). La PID es una infección seria que puede causar infertilidad.
- **Grupo B estreptococos (GBS):** Tipo de bacteria que puede vivir en la vagina o en el ano de una mujer sin ocasionar una infección. Con la excepción de una infección en el tracto urinario por GBS, la mayoría de las mujeres con GBS presente son "portadoras" y no tienen alguna señal de una infección. Una mujer embarazada puede transmitir GBS a su bebé durante el embarazo o parto. En un recién nacido, la GBS puede causar infección de leve a muy grave. Debido a esto, la mayoría de mujeres embarazadas son revisadas para detectar GBS a las 35-37 semanas de gestación. Las mujeres que tienen resultado positivo para GBS reciben antibióticos en la labor de parto para prevenir la infección en el bebé después del parto.

H

- **Hemorragia:** Sangrado excesivo.
- **Hepatitis:** Inflamación del hígado que suele originarse a causa de una infección viral, de la cual existen varias formas. Las más comunes son la hepatitis A, B, y C. Las mujeres son revisadas para detectar hepatitis B y C durante el embarazo.
- **Hiperdinamia uterina:** Contracciones intensas del útero.
- **Hipertensión gestacional:** Desarrollo de presión arterial elevada después de 20 semanas de embarazo. Las mamás con esta condición no tienen proteína en su orina u otras señales de pre-eclampsia y tienen riesgo muy bajo de enfermedad severa. Esta condición solía llamarse hipertensión inducida por el embarazo.
- **Hipotiroidismo:** Enfermedad en la que la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroides. Algunas veces, el hipotiroidismo de una madre puede afectar la glándula tiroides de su bebé. Todos los bebés son revisados de hipotiroidismo antes de salir del hospital.
- **Hormona luteinizante (LH):** Hormona producida por la glándula pituitaria en el cerebro. El nivel de LH se eleva aproximadamente a la mitad del

ciclo menstrual de una mujer (p. ej., el día 14 de un ciclo de 28 días). Este aumento causa que el óvulo maduro salga del ovario, un proceso llamado ovulación. Una mujer es más propensa a quedar embarazada aproximadamente al momento de la ovulación. Los equipos de predicción de ovulación, que ayudan a determinar cuando una mujer es más fértil, miden el nivel de LH.

I

- **Ictericia:** Ligero matiz amarillo en la piel y globos oculares. La ictericia es causada por un alto nivel de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es un pigmento que se elimina normalmente de la sangre por el hígado. El hígado de un recién nacido aún está aprendiendo a eliminar bilirrubina, así que muchos bebés pueden parecer tener ictericia aproximadamente del segundo al quinto día de vida. Esta condición por lo general desaparece dentro de un lapso de dos semanas sin tratamiento. Si se necesita tratamiento, el bebé se coloca bajo luz artificial. Esta luz metaboliza la bilirrubina en la piel del bebé. En casos poco comunes, la ictericia prolongada puede ser una señal de algo más serio.
- **Implantación:** El embrión se adhiere a la pared del útero.
- **In vitro:** Método de reproducción asistida. Se usan medicamentos para estimular los ovarios de una mujer para producir múltiples óvulos. Los óvulos se retiran cuando están maduros. Los óvulos se colocan en un plato de laboratorio con esperma, para que pueda ocurrir esa fertilización. Los óvulos fertilizados se colocan después dentro del útero o trompas de Falopio de la mujer.
- **Incompatibilidad de RH:** El estado de RH, positivo o negativo, que se determina mediante una prueba de factor de sangre. Si sus glóbulos rojos llevan una proteína específica, usted es Rh positivo. Si falta esta proteína, usted es Rh negativo. Normalmente, este estatus no afecta la salud. Una excepción es si una mujer Rh negativa concibe un bebé con un hombre Rh positivo. El bebé tiene una probabilidad de 50% de tener sangre Rh positivo. Cuando una mujer Rh negativa lleva un bebé Rh positivo, a esto se le llama incompatibilidad de Rh. Si unas cuantas células fetales entran

en la sangre de la madre Rh negativa, ella formará anticuerpos contra la proteína Rh. Esto afectará cualquier futuro bebé Rh positivo que pueda tener, causando destrucción de sus células sanguíneas. Cuando se descubre esta incompatibilidad durante el embarazo, se puede tratar fácilmente (la madre recibe inyecciones para prevenir el desarrollo de anticuerpos a la sangre Rh positivo del bebé).

- **Incontinencia urinaria:** Pérdida del control de la vejiga que causa el flujo involuntario de orina. La incontinencia por esfuerzo es la filtración de orina al estornudar, reír, o toser. La incontinencia por urgencia es la pérdida de orina con una fuerte urgencia por vaciar la vejiga. La incontinencia se puede deber a medicamentos, malos hábitos de la vejiga, o daño a los músculos y nervios que controlan la vejiga, que puede ocurrir durante el embarazo o parto vaginal. Muchas mujeres también pueden tener filtraciones en el embarazo debido a que la cabeza fetal comprime la vejiga. Para algunas mujeres que se vuelven incontinentes durante el embarazo, este problema desaparecerá dentro de un lapso de seis semanas. Si la filtración dura más de seis semanas, debería contactar a su médico.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Medida de grasa corporal, que se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) por la altura al cuadrado (en metros). El sobrepeso se define como un IMC mayor a 25. La obesidad se define como un IMC mayor a 30.
- **Índice kappa:** Proporción del acuerdo potencial por encima del azar que obtienen distintas mediciones de un mismo hecho.
- **Inducción:** Se emplean medios artificiales para iniciar la labor de parto. Estos pueden incluir medicamentos para ablandar el cérvix, ruptura del saco amniótico, o medicamentos para causar que el útero se contraiga, como oxitocina (Pitocina).
- **Infertilidad:** Incapacidad de lograr el embarazo después de intentarlo por un período de tiempo considerable (p. ej., un año), a pesar de tener relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y de manera frecuente.

- **Inmunidad:** Capacidad de resistir una enfermedad en particular. La leche materna transfiere proteínas inmunes al bebé y ayuda a acumular la inmunidad del bebé para algunas condiciones.
- **Inseminación artificial:** Tratamiento para la infertilidad que involucra la introducción de esperma en el útero u oviducto de una manera que no sea la natural. Por ejemplo, el médico puede insertar un catéter a través de la vagina para depositar el esperma dentro del útero.
- **Inseminación intrauterina (IUI):** Método de reproducción asistida en donde se utiliza un catéter para depositar el esperma, del esposo de una mujer o de un donante de esperma, directamente en el interior del útero. La IUI se usa con frecuencia junto con medicamentos estimulantes de la ovulación. También se le llama inseminación artificial.
- **Insomnio:** Incapacidad de dormirse o de retener el sueño entre seis y nueve horas durante un período prolongado.
- **Insuficiencia ovárica prematura (POF):** Pérdida de producción natural de óvulos antes de los 40 años. Generalmente, las mujeres nacen con una cantidad suficiente de óvulos en sus ovarios capaz de soportar una ovulación por mes desde la pubertad hasta la menopausia. En la POF, hay una pérdida de óvulos, una disfunción de los óvulos, o extirpación temprana de los ovarios. El resultado es que se pierde la función ovárica normal antes de lo esperado. La POF es una causa de infertilidad.
- **Internación conjunta:** Mantener al recién nacido en el mismo cuarto que la madre y no en la guardería infantil.
- **Intervalo de confianza (IC):** Es el intervalo dentro del que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de “intervalo de confianza al 95%” (o “límites de confianza al 95%”). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor en el 95% los casos.
- **Investigación cualitativa:** Es una metodología que comprende una pluralidad de corrientes teóricas, métodos y técnicas, y se caracteriza por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentado encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que

las personas les conceden. Para ello se sirve de los materiales empíricos (entrevistas, observaciones, textos, etc.) que mejor puedan describir las situaciones tanto rutinarias como problemáticas, y lo que significan en las vidas de los individuos.

L

- **Labor activa:** Segunda parte de la primera etapa de la labor de parto. La labor activa de parto inicia cuando el cérvix tiene 3-4 centímetros de dilatación y hay contracciones regulares con no más de 10 minutos de separación. Durante la labor activa, las contracciones son más fuertes y ocurren con más frecuencia que durante la primera fase (fase latente) o etapa uno. Hacia el final de esta fase, el cérvix se dilata de 7 a 10 centímetros.
- **Labor de parto:** Contracciones regulares del útero que provocan que el cuello uterino se abra (se dilate) y afine (se borre).
- **Labor temprana de parto (fase latente):** Primera fase de la primera etapa de la labor de parto. Durante la labor temprana, el cuello uterino se dilata de 0 a 3 centímetros. Usted puede tener contracciones de leves a moderadas cada 5-20 minutos. Se puede sentir incómoda, con dolor de espalda, con sensación de plenitud, o con dolor similar al menstrual. La fase uno es la sección más prolongada de la labor de parto. Puede durar desde horas hasta días para las madres primerizas. Las mujeres que ya han tenido un bebé pasan un promedio de ocho horas en esta fase.
- **Lamaze:** Método para controlar el dolor durante el parto. Esta técnica se enfoca en la relajación, respiración controlada, y distracción. El enfoque Lamaze es neutral sobre los medicamentos para el dolor. Las mujeres son animadas a aprender sobre todas las opciones y decidir cuál es la correcta para ellas.
- **Líquido amniótico:** Líquido que se encuentra dentro del saco amniótico. El líquido sirve para amortiguar y proteger al feto.
- **Líquidos claros:** Agua, zumos de frutas sin pulpa, bebidas carbonatadas, café y té sin leche, bebidas energéticas

- **Litotomía:** Posición en la que la mujer es colocada en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas y los muslos en abducción y rotación externa.
- **Loquios:** Secreción del útero y de la vagina que se produce después del alumbramiento. La secreción aparece con sangre durante los primeros tres a cuatro días. Cambia a un color rosado-café dentro de un lapso de una semana después del parto, y después a un color blanco o amarillo. La secreción aparecerá con menos sangre después de dos semanas, pero puede continuar durante seis a ocho semanas después del parto.

M

- **Mameluco:** Prenda de vestir del bebé que cubre la parte superior del cuerpo y se cierra entre las piernas, lo que facilita el cambio de pañales.
- **Manejo activo del alumbramiento:** Comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta.
- **Manejo fisiológico del alumbramiento:** Manejo del alumbramiento sin administración de uterotónicos y expulsión de la placenta por la gravedad y el pujo materno.
- **Maniobra de Kristeller:** La maniobra de Kristeller consiste en presionar el fondo del útero durante 5 a 8 segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal.
- **Masaje perineal:** Movimiento de vaivén acompañado de presión sobre la horquilla vulvar.
- **Mastitis:** Infección que se forma detrás de un conducto de leche obstruido. Una mujer con mastitis puede tener fiebre junto con un área enrojecida, caliente, y dolorosa del seno. Esta infección se trata fácilmente con antibióticos. Ni la mastitis ni los antibióticos administrados para la mastitis son dañinos para el bebé, así que las mamás deberían continuar amamantando o extrayendo la leche habitualmente.
- **Matriz:** Consulte útero.

- **Medición del pliegue nucal (translucencia nucal):** Ancho del espacio lleno de líquido ubicado entre la parte posterior del cuello del feto y la piel. Este espacio se incrementa en algunos trastornos cromosómicos. El pliegue nucal se mide en un ultrasonido entre las semanas 11 y 14 de embarazo.
- **Medline:** Base de datos predominantemente clínica producida por la National Library of Medicine de EEUU disponible en CD-ROM e Internet (PubMed).
- **Metaanálisis:** Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohortes, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios más grandes.
- **Metilmercurio:** Forma del mercurio tóxica en altas dosis que, si la madre lo consume, puede causarle daño al bebé en desarrollo. El metilmercurio proviene de la contaminación ambiental y se acumula en algunos peces. Algunos tipos de pescados se deberían evitar o limitar durante el embarazo debido al metilmercurio en ellos. Evite comer tiburón, pez espada, caballa gigante, y pez blanquillo. Las mujeres embarazadas pueden comer con seguridad hasta 12 onzas a la semana de pescado que sea bajo en metilmercurio (p. ej., camarón, atún enlatado, salmón, abadejo, bagre). El atún blanco enlatado o los filetes de atún se deberían limitar a seis onzas a la semana.
- **Método Bradley:** Enfoque para el parto que hace hincapié en evitar medicamentos, a menos que sea absolutamente necesario. Este método también implica una función activa por parte del padre del bebé como preparador del parto. Se fomenta la buena nutrición y el ejercicio durante el embarazo. Se cree que las técnicas de relajación y de respiración profunda ayudan con el dolor de la labor de parto. También se le llama parto preparado por el esposo.
- **Método de mucosa cervicouterina:** Uno de los métodos que se emplean para determinar los períodos fértiles del mes. Este método involucra seguir los cambios en la mucosa cervical (el líquido en la apertura del

cérvix). Los cambios hormonales que controlan la ovulación también afectan el tipo y cantidad de mucosa cervical.

- **Moisés:** Cuna parecida a una canasta que se utiliza para los bebés. Con frecuencia tiene una capucha sobre un extremo y asas para llevarlo fácilmente.
- **Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal:** Rastrea y registra la frecuencia cardiaca de su bebé durante la labor de parto y el alumbramiento. El monitoreo se puede realizar externa o internamente.
- **Monitorización electrónica fetal intermitente:** Registro cardiotocográfico de la frecuencia cardiaca fetal por un periodo de 15-30 minutos cada 2 horas con auscultación intermitente cada 15-30 minutos entre los periodos de monitorización electrónica.
- **Morbilidad:** Enfermedad o frecuencia en que se presenta una enfermedad en una población.
- **Mortalidad:** Tasa de defunciones o el número de defunciones por una enfermedad determinada en un grupo de personas y un período determinado. NICE (National Institute for Clinical Excellence): Forma parte del NHS ("National Health Service" de Inglaterra). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.
- **Movimiento de la boca:** El bebé se coloca las manos en la boca y realiza movimientos de succión. Esta es una señal de que un bebé tiene hambre.
- **Muestra de villus coriónico (CVS):** Durante el embarazo, se extrae una pequeña porción de la placenta para examinar los cromosomas del bebé y detectar si existe alguna enfermedad congénita.

N

- **Narcótico:** Medicamento para aliviar el dolor. Un narcótico que se usa con frecuencia durante la labor de parto es la meperidina (Demerol). Los narcóticos actúan sobre el sistema nervioso central para aliviar el dolor.
- **Nostalgia por el bebé ("baby blues"):** Sentimientos de tristeza, llantos, ansiedad o irritabilidad que pueden presentarse durante las primeras semanas después del parto. Existen muchas causas posibles, incluyendo

cambios hormonales, falta de sueño, el llanto del bebé, y la pérdida de tiempo para usted misma. Los sentimientos de tristeza que no mejoran con el tiempo o que incluyen pensamientos de herirse a sí misma o a su bebé son señales de una condición más grave (depresión posparto).

- **Nulípara:** Mujer que no ha dado a luz a un lactante viable con anterioridad.

O

- **Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN):** Médico que tiene, por lo menos, cuatro años de capacitación después de la escuela de medicina con especialización en la salud y reproducción de la mujer. Un gineco-obstetra puede hacerse cargo de embarazos complicados, realizar cesáreas, y ocuparse de la mayoría del cuidado quirúrgico y médico relacionado con el sistema reproductor femenino.
- **Ovarios:** Parte del sistema reproductor femenino. Los ovarios son dos glándulas que producen óvulos y hormonas femeninas incluyendo estrógeno y progesterona.
- **Ovulación:** Durante el ciclo menstrual de una mujer, se libera un óvulo maduro del ovario. La ovulación ocurre aproximadamente 14 días antes de que una mujer tenga su periodo (p. ej., el día 14 de un periodo de 28 días). Una mujer es más propensa a quedar embarazada si tiene relaciones sexuales aproximadamente al momento de la ovulación.
- **Oxitocina (Pitocina):** Hormona natural que estimula a que el útero se contraiga. La pitocina es una forma sintética de oxitocina que se usa con frecuencia para inducir o acelerar las contracciones de labor de parto. La pitocina se puede administrar después del parto para ayudar a que el útero regrese a su tamaño normal. La lactancia estimula la liberación de oxitocina, también ayudando a que el útero se contraiga y regrese al tamaño que tenía antes del embarazo.
- **Oxitocina terapéutica:** La empleada como tratamiento de una posible hemorragia debido a un problema del alumbramiento (no como producto dirigido a facilitar el alumbramiento dirigido).

P

- **Parto:** Acto de dar a luz.
- **Parto asistido:** El médico toma medidas para acelerar el parto después de que el cuello uterino se dilató por completo. Dos métodos comunes son el parto con fórceps y el parto asistido con extractor de vacío.
- **Parto con fórceps:** Se utilizan fórceps médicos para ayudar en el alumbramiento. Si el bebé no se está moviendo hacia abajo del canal de parto y hay una necesidad médica para acelerar el parto, se pueden usar fórceps. Los fórceps, que parecen un grande par de pinzas, se insertan suavemente a lo largo de cada lado de la cabeza del bebé. Entonces el bebé puede ser sacado.
- **Parto de glúteos (o presentación de nalgas):** Sucede cuando el bebé "se presenta" primero de nalgas o de pie, y no de cabeza.
- **Parto natural:** Método para controlar el nacimiento del bebé en donde la madre aprende y practica técnicas para permanecer consciente durante el alumbramiento con uso mínimo de anestésicos o sin ellos. El parto natural incluye muchas técnicas de apoyo como la respiración enfocada y las imágenes mentales.
- **Parto preparado por el esposo:** Consulte Método Bradley.
- **Parto vaginal:** Alumbramiento a través de la vagina. Un parto vaginal puede ser espontáneo o puede ser asistido con fórceps o extractor de vacío.
- **Parto vaginal después de sección cesárea (VBAC):** Se creía que, si una mujer tenía una cesárea, entonces tendría que dar a luz de la misma manera en un futuro. Hoy en día, muchas mujeres pueden tener un parto vaginal después de una cesárea. Si usted tuvo una cesárea, pregunte a su médico si un VBAC funcionará para usted.
- **Partograma:** Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados con el curso del trabajo de parto. La línea de acción se dibuja a la derecha de la línea que muestra el progreso de la dilatación cervical, a un ritmo de 1cm por hora. Una línea de acción de 2 horas está desplazada 2 horas a la derecha de la línea de progreso y, si el progreso

se ralentiza de manera que la línea cruza la línea de acción, se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.

- **Perinatal:** Período que abarca el tiempo alrededor del nacimiento.
- **Perinatólogo:** Especialista materno-fetal, médico capacitado en obstetricia y ginecología con especialización en embarazos de alto riesgo.
- **Perineo:** Área entre la vagina y el ano.
- **Pica:** Antojos de productos no alimenticios, como fécula de maíz o arcilla, durante el embarazo. Dígale a su médico si usted tiene estos antojos. No coma éstos o algún otro producto no alimenticio.
- **Placebo:** Una sustancia administrada al grupo control de un ensayo clínico, idealmente idéntica en apariencia y sabor al tratamiento experimental, de la que se cree que no tiene ningún efecto específico para aquella enfermedad. En el contexto de intervenciones no farmacológicas al placebo se denomina habitualmente como tratamiento simulado.
- **Placenta:** Órgano que se desarrolla en el útero durante el embarazo. Su propósito es alimentar al bebé. La placenta pasa oxígeno y nutrientes de la madre al bebé, y se lleva los productos de desecho de vuelta a la sangre de la madre.
- **Placenta previa:** La placenta se descoloca de su posición normal y cubre el cuello uterino por completo o en parte. El cérvix es la parte inferior del útero que se abre dentro de la vagina. La placenta previa puede causar sangrado anormal, separación temprana de la placenta del útero, parto prematuro, o la necesidad de un parto por cesárea de emergencia.
- **Plan de nacimiento:** Lista de sus preferencias utilizadas como guía para indicar la manera en la que le gustaría que se realizara su labor de parto y alumbramiento. Ya que la labor de parto puede ser impredecible, puede necesitar desviarse de este plan en momentos durante la labor.
- **Polihidramnios (hidramniosis):** Acumulación en exceso de líquido amniótico. Esta condición puede incrementar el riesgo de tener una cesárea.
- **Posición de cuna:** Técnica de amamantamiento; forma de sostener a su bebé. Siéntese con su brazo curvado a través de su regazo. La cabeza del bebé descansa en su codo y su cuerpo a lo largo de su antebrazo y

regazo. El pecho del bebé debe estar contra su piel para que no tenga que voltear su cabeza para alcanzar el pezón.

- **Posición de cuna cruzada:** Técnica de amamantamiento; forma de sostener a su bebé. Siéntese con su brazo curvado a través de su regazo. La cabeza de su bebé está en su mano y su cuerpo se extiende hacia su codo. Esto es útil para aprender a sujetar a su bebé, ya que puede controlar mejor su cabeza.
- **Posición de fútbol:** Técnica de amamantamiento, forma de sostener a su bebé. Siéntese con su brazo curvado a lo largo de su cuerpo. La cabeza del bebé descansa en su mano, con su cabeza de frente a su seno y su cuerpo extendido a lo largo de su antebrazo junto a su cuerpo. Esta posición es más cómoda si usted tiene senos congestionados, pezones adoloridos, o conductos obstruidos. También es buena después de una cesárea, debido a que el bebé no descansa sobre su sensible estómago.
- **Posición de sostén en U:** Técnica de amamantamiento que ayuda a que el bebé se agarre correctamente del pecho. Ahueque su seno con sus dedos en un costado del mismo y su pulgar del otro lado. Apoye su seno de esta manera en cada alimentación durante las primeras seis semanas de lactancia.
- **Posparto:** Hace referencia al período después de dar a luz.
- **Pre-eclampsia (también denominada Toxemia):** Presencia de presión arterial elevada y de grandes cantidades de proteína en la orina durante el embarazo. La inflamación en las manos o rostro también es otra señal de pre-eclampsia. Esta condición puede ocurrir durante la segunda mitad del embarazo. Si una madre tiene pre-eclampsia, puede necesitar ser hospitalizada para recibir medicamentos o ser puesta en reposo en cama en el hogar. En algunos casos el bebé podría necesitar nacer antes.
- **Prematuro:** Describe cuando un bebé nace antes de la semana 37 del embarazo.
- **Prenatal:** Período previo al nacimiento.
- **Presión arterial alta inducida por el embarazo:** Consulte hipertensión gestacional

- **Profilaxis neonatal con vitamina K:** Enfermedad hemorrágica precoz por déficit de vitamina K: abarca los 15 primeros días de vida.
- **Progesterona:** Hormona sexual segregada para preparar el recubrimiento del útero (endometrio) para permitir la implantación de un óvulo fecundado. La progesterona también es producida por la placenta durante el embarazo para apoyar la continuación del embarazo. Además, se usa en píldoras de control natal, para tratar trastornos menstruales, y para tratar algunos casos de infertilidad.
- **Prolapso de cordón umbilical:** El cordón umbilical está en el canal de parto delante del bebé. El cordón se puede comprimir e interrumpir el suministro de oxígeno al bebé. Esta condición puede ser causa para una cesárea.
- **Próstata:** Parte del sistema reproductor masculino. La glándula prostática produce líquido seminal. El líquido seminal se mezcla con espermatozoides para producir semen.
- **Proteína A de plasma asociada con el embarazo (PAPP-A):** Proteína que se encuentra en la sangre materna durante el embarazo. Los niveles de esta hormona pueden indicar anomalías cromosómicas en el feto en desarrollo. Esta prueba se combina con la hCG libre (la subunidad beta libre de gonadotropina humana coriónica) y medición de translucencia nucal durante una revisión en el primer trimestre en busca de anomalías cromosómicas.
- **Prueba de alfa feto proteína (AFP):** El alfa feto proteína es una proteína producida por el feto. Durante el embarazo, el feto segrega AFP dentro del líquido amniótico y la sangre de la madre. La prueba de revisión de AFP mide el nivel de AFP. Un nivel anormal podría indicar un riesgo incrementado de algunos defectos congénitos, como defectos en el tubo neural, o condiciones congénitas, como síndrome de Down. Esta prueba sólo puede indicar riesgo incrementado, no puede diagnosticar una condición específica. Actualmente, esta prueba se realiza como parte de un conjunto de tres pruebas (Triple Revisión) o cuatro revisiones (Cuádruple Revisión).

- **Pujo:** Fuerza que se suma a la que realiza el músculo uterino al contraerse para que esta sea más efectiva.
- **Pujos dirigidos:** Dirigiendo la forma y el momento de pujar durante el parto.
- **Pujos espontáneos:** Instintivos, sin decir ni cómo ni cuándo realizarlos.
- **Pujos inmediatos:** Inmediatamente después de alcanzar la dilatación completa.
- **Pujos retrasados:** Hasta que la mujer sienta ganas de pujar o la cabeza del feto llegue al suelo pélvico.
- **Puntuación de Apgar:** Índice utilizado para evaluar la condición de un bebé recién nacido. Se califica con 0, 1 o 2 a cada una de cinco características: color, frecuencia cardíaca, respuesta a la estimulación, tono muscular y respiración. Una puntuación perfecta es de 10. La mayoría de los bebés saludables obtendrán un máximo de nueve porque es normal que los bebés tengan las manos y pies azules en los primeros minutos de vida. La puntuación Apgar se determina al minuto uno, cinco, y diez después del parto. Los bebés saludables sólo obtienen las primeras dos puntuaciones.

R

- **Rasurado perineal:** Práctica de eliminar el vello del periné usando una cuchilla.
- **Reflejo de eyección de leche:** Respuesta fisiológica a la succión del bebé del seno de la madre. La presión de succionar estimula la liberación de leche de los conductos de leche, a través de los pezones, y al bebé.
- **Reflejo perioral:** Reflejo que se observa en los bebés poco tiempo después del nacimiento. Cuando usted pulsa sobre el costado del rostro del bebé, él volteará su cabeza en esa dirección, abrirá la boca, y sacará la lengua en busca del pezón para comenzar a alimentarse.
- **Régimen moderno de analgesia neuro axial (régimen a bajas dosis):** Analgesia neuro axial que utiliza anestésicos neuro axiales (ej.: bupivacaina) en una concentración < 0.25%, generalmente asociado a

opioides. La cual se puede instaurar como epidural o como combinada (intradural-epidural).

- **Régimen tradicional (régimen a altas dosis):** Analgesia realizada con anestésicos locales (ej.: bupivacaina) en una concentración $\geq 0.25\%$.
- **Representaciones mentales:** Concentrar la mente para visualizarse en cierta situación y en tener éxito en dicha situación. Con frecuencia se usa para aliviar el estrés y mejorar el rendimiento, las imágenes mentales también son una herramienta usada en el parto natural.
- **Respiración enfocada:** Método de relajación que puede ser usado durante el parto. Es un medio del parto natural.
- **Retraso diagnóstico:** Posibilidad de que pase desapercibida una atresia (rectal o esofágica) produciéndose un retraso indebido en su tratamiento.
- **Revisión en el primer trimestre:** Entre las semanas 11 y 14 se realizan una serie de pruebas para poder determinar la posibilidad de que el feto tenga anomalías cromosómicas. Incluye un ultrasonido para medir la translucencia nucal y dos exámenes sanguíneos para proteína A de plasma asociada con el embarazo (PAPP-A) y hCG libre.
- **Revisión sistemática (RS):** Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Puede incluir o no el metaanálisis.
- **Rubéola:** Enfermedad viral contagiosa que provoca cansancio, inflamación de nódulos linfáticos y un sarpullido rojo y con granos. La mayoría de los niños son vacunados contra rubéola. Si una mujer contrae rubéola durante el embarazo, su bebé puede desarrollar severos defectos congénitos, incluyendo retraso mental, problemas auditivos, ceguera, y defectos cardíacos.
- **Ruptura de fuente:** Consulte ruptura de membranas.
- **Ruptura de membranas (ruptura de fuente):** El término membrana se refiere al saco amniótico, el cual es un saco lleno de líquido que protege al bebé durante el embarazo. Con frecuencia, este saco se rompe antes que comience la labor de parto. Usted puede sentir que le sale líquido. El

flujo puede ser a chorro (si usted está de pie) o que brote (si usted está recostada). Cuando esto suceda, llame inmediatamente a su médico.

S

- **Saco amniótico (amnios):** Bolsa dentro del útero que alberga el feto y contiene el líquido que le brinda contención. A este líquido se le llama líquido amniótico. El término "ruptura de la fuente" se refiere a la ruptura del saco amniótico; esto ocurre con frecuencia al comienzo de la labor de parto.
- **Sala de partos:** Tanto la labor de parto como el alumbramiento se llevan a cabo en esta habitación hospitalaria. Las salas de partos están diseñadas con colores cálidos y muebles para que las mujeres se sientan más cómodas durante la labor de parto y el alumbramiento que en una sala normal de hospital.
- **Sangre del cordón umbilical:** Sangre rica en células madre compatibles con las células del recién nacido. Algunos investigadores son partidarios del almacenamiento de la sangre del cordón umbilical para uso futuro. Las células madre se pueden almacenar para uso privado por el recién nacido y miembros cercanos de la familia o se pueden donar a un banco público para su uso por cualquier persona que pudiera necesitarlas.
- **Saturación de oxígeno:** Cantidad de oxígeno presente en la sangre de una persona. Algunos hospitales revisan el nivel de saturación de oxígeno de un bebé. Este nivel es una medición de qué tan bien están funcionando el corazón y los pulmones del bebé. El nivel normal para un feto saludable es mayor del 30%.
- **Sección cesárea:** Parto quirúrgico de un bebé que involucra incisiones en el abdomen y útero. Se hacen incisiones dentro del abdomen y útero, y se extrae al bebé de la matriz de la madre.
- **Secreción con sangre:** Hace referencia a la liberación de mucosa fibrosa o una secreción espesa color café, rosácea o rojiza de la vagina. Esta es una señal de que la labor de parto comenzará pronto; por lo general dentro de un lapso de 72 horas.

- **Semen:** Parte del sistema reproductor masculino. El semen es un líquido que contiene líquido seminal y espermatozoides. Se eyacula del pene dentro de la vagina para llevar espermatozoides a un óvulo de una mujer para su fertilización.
- **Series de Casos:** Análisis de series de pacientes con la enfermedad.
- **Sífilis:** Enfermedad de transmisión sexual. Si la sífilis no se trata adecuadamente, puede causar daño cerebral, nervioso, y del tejido. Una mujer embarazada con sífilis puede transmitir la enfermedad a su hijo durante el parto; a esto se le llama sífilis congénita. En un bebé, la sífilis causa una variedad de efectos serios desde sarpullido hasta sordera y hasta problemas de formación ósea. La sífilis se trata fácilmente con antibióticos.
- **SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network):** Agencia escocesa multidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de las mismas.
- **Síndrome de alcoholismo fetal (SAF):** Conjunto de defectos de nacimiento que ocurren en los niños cuyas madres beben grandes cantidades de alcohol durante el embarazo. Los defectos incluyen retraso mental, crecimiento deficiente, y malformaciones en el cráneo y rostro.
- **Síndrome de Down (también denominado trisomía 21):** Las personas con esta condición tienen tres copias del cromosoma 21 en vez de dos. La condición se caracteriza por retraso mental de leve a severo y algunos rasgos físicos. Están disponibles algunas pruebas durante el embarazo para determinar si un bebé tendrá síndrome de Down. Las pruebas más precisas, amniocentesis y CVS (toma de muestra de villus coriónica), cuentan los cromosomas del bebé para determinar el número de copias de #21.
- **Síndrome Ovárico Poliquístico (PCOS):** Un trastorno crónico que ocurre en mujeres. Las señales y síntomas de PCOS incluyen altos niveles de andrógenos (comúnmente llamadas hormonas masculinas), periodos menstruales irregulares, y anovulación (la producción de pocos o nulos óvulos por los ovarios). El PCOS puede dañar la fertilidad de una mujer.
- **Soluciones de carbohidratos:** En general, soluciones azucaradas.

- **STAN:** Análisis del segmento ST del electrocardiograma fetal. **TENS:** La estimulación eléctrica nerviosa transcutánea es una técnica analgésica no invasiva basada en la estimulación eléctrica de fibras nerviosas aferentes a través de la piel mediante la aplicación de unos electrodos. Su modo de acción se basa en el freno del impulso doloroso en la médula espinal, la liberación de endorfinas, la participación en mecanismos centrales y el bloqueo nervioso periférico. Se trata de un método sencillo y con pocos efectos secundarios por lo que se ha estudiado su uso en analgesia obstétrica.
- **Subrogación:** Si una mujer no es capaz de concebir de forma natural o de llevar a cabo un embarazo, se puede colocar su embrión en el útero de otra mujer para la gestación. Esta mujer actúa como una madre sustituta; ella lleva el embarazo hasta el parto. Las circunstancias exactas diferirán con base en cada situación individual de la pareja y puede involucrar el uso de óvulos de donante, esperma de donante, o un procedimiento in vitro que transfiera un embrión obtenido del propio óvulo y esperma de la pareja.
- **Sufrimiento fetal:** El bebé no recibe suficiente oxígeno o experimenta alguna otra complicación. Se puede requerir el parto inmediato. Con frecuencia, los bebés son revisados con monitores de frecuencia cardíaca fetal durante la labor de parto y el alumbramiento para detectar señales de sufrimiento fetal. También se denomina infección intraamniótica o amnionitis.

T

- **Tapón mucoso:** Durante el embarazo, tapón grueso de mucosa que llena la abertura del cuello uterino. Este tapón está aquí para mantener a las bacterias fuera del útero. A medida que el cérvix se adelgaza y se abre, este tapón se puede desprender. Cuando se desprende, puede notar una mucosa fibrosa o una secreción espesa que es café, rosa, o rojiza. La labor de parto generalmente comienza en un lapso de 72 horas después de esta secreción.

- **Temperatura corporal basal (TCB):** Temperatura corporal por la mañana antes de salir de la cama. Medir y registrar diariamente la TCB con un termómetro especial puede ayudar a determinar cuando el ovario libera un óvulo (ovulación) y ayudar a la pareja a averiguar cuáles son los días más fértiles del mes. La TCB aumenta el primer día de la ovulación. Los días más fértiles son los 2 a 3 días antes de que la TCB alcance su punto más alto, y las 12 a 24 horas después de la ovulación.
- **Término completo:** Describe cuando un bebé nace entre las semanas 38 y 42 del embarazo.
- **Termómetro para medir TCB:** Este termómetro puede detectar cambios de temperatura de, por lo menos, 1/10 de grado. Este termómetro se usa para realizar un seguimiento de la temperatura corporal basal (TCB) diariamente para determinar los días en los que una mujer es más propensa a quedar embarazada. Un termómetro para TCB se puede adquirir en una farmacia por aproximadamente \$10 (dólares estadounidenses).
- **Testículos:** Parte del sistema reproductor masculino. Los testículos son dos órganos en forma ovalada que producen y almacenan millones de pequeños espermatozoides, así como hormonas masculinas, como testosterona.
- **Testosterona:** Hormona masculina (andrógeno) que induce y mantiene las características sexuales secundarias del hombre. La testosterona se produce en los testículos.
- **Toxemia:** Consulte pre-eclampsia.
- **Tranquilizante:** Fármaco que se utiliza para reducir la ansiedad y la tensión. Los tranquilizantes se pueden usar durante el parto para ayudar a calmar a una madre ansiosa.
- **Transición:** Última parte de la etapa uno de la labor de parto. Durante la transición, el cérvix se dilata de 7 a 10 centímetros. Estas últimas pulgadas de apertura cervical pueden ocurrir bastante rápido, pero pueden ser bastante difíciles. Las contracciones son más fuertes y más frecuentes, ejerciendo presión sobre la parte baja de su espalda y recto.

- **Trimestre:** Uno de tres períodos durante el embarazo. El embarazo se divide desigualmente en tres trimestres. El primer trimestre abarca desde la concepción hasta las 13 semanas, el segundo trimestre desde las 14 hasta las 26 semanas, y el tercer trimestre desde las 27 semanas hasta el parto.
- **Trisomía 21:** Consulte Síndrome de Down.
- **Trompa uterina:** Consulte trompas de Falopio.
- **Trompas de Falopio:** Parte del sistema reproductor femenino. Las trompas de Falopio transportan los óvulos de los ovarios al útero. Cada mujer tiene dos trompas, así como dos ovarios. También se las llaman oviductos.
- **Tuberculosis:** Enfermedad infecciosa que afecta principalmente los pulmones y puede provocar un tipo de neumonía muy grave y contagiosa. Algunas mujeres embarazadas son examinadas para detectar tuberculosis.

U

- **Ultrasonido (ecografía):** Prueba no invasiva del útero y del feto por dentro. El ultrasonido usa ondas sonoras de alta frecuencia. Si se realiza una ecografía Doppler, el doctor podrá ver el flujo de sangre en los vasos sanguíneos mayores. Se esparce un gel sobre el estómago, y se desliza un transductor a través del estómago mediante el gel. El transductor envía información a un monitor, donde el médico puede ver al feto. Los ultrasonidos transvaginales usan un transductor colocado en la vagina.
- **Uretra:** Parte del sistema urinario. La uretra es un tubo que saca la orina del cuerpo. En los hombres, el semen también sale del cuerpo a través de la uretra.
- **Útero:** Parte del sistema reproductor femenino. El útero es una estructura muscular hueca en la que se implanta el óvulo fertilizado y el feto crece durante el embarazo. El útero se contrae durante la labor de parto para dilatar y borrar el cérvix y empujar al bebé a través del canal de parto.

V

- **Vagina:** Parte del sistema reproductor femenino. La vagina es un conducto muscular que conecta al cérvix con los genitales externos.
- **Varices:** Venas agrandadas en el ano o en el recto, generalmente provocadas por constipación o por hacer demasiada fuerza. Las hemorroides son comunes durante el parto y después del alumbramiento.
- **Vaso deferente:** Parte del sistema reproductor masculino. El vaso deferente es un tubo muscular que transporta espermatozoides desde los testículos a los conductos eyaculatorios.