



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZOS DE BAJO RIESGO EN PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2018

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ENFERMERÍA PERINATAL

P R E S E N T A

ANGEL VICTOR RODRIGUEZ VELAZQUEZ

DIRECTOR

DR. EN C.S RAFAEL ANTONIO ESTEVEZ RAMOS
CO-DIRECTORA

DRA. EN C. MARIA CRISTINA PEREZ GUERRERO
TUTOR

DR. EN C.S IHOSVANI BASET MACHADO

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO ABRIL 2024.



CUVCH

**MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE
PARTO EN EMBARAZOS DE BAJO RIESGO EN PAÍSES
EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2018**

INDICE

- 1. Introducción**
- 2. Estado del arte**
- 3. Planteamiento del problema**
- 4. Justificación**
- 5. Objetivos**
- 6. Metodología**
 - i. Tipo de estudio**
 - ii. Universo**
 - iii. Tipo de muestreo**
 - iv. Muestra**
 - v. Criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación)**
 - vi. Recolección de datos (instrumento)**
 - vii. Análisis y presentación de los resultados**
- 7. Presentación de resultados**
- 8. Discusión**
- 9. Conclusiones**
- 10. Bibliografía**

INTRODUCCIÓN

En México, los antecedentes referentes a los cuidados del embarazo y la atención del parto datan de la época prehispánica, en la que se consideraba al embarazo como un proceso divino. (Rojas GA, 2014).

Entre otros sucesos históricos relevantes, cabe señalar que, en el periodo novohispano, el ejercicio de la obstetricia estuvo principalmente en manos de las parteras; mientras que, en el periodo virreinal, el hombre fue excluido de la labor de parto y la mujer adoptaba la posición de sentada en el momento de parir y es hasta el siglo XIX, que se puso en práctica la posición de litotomía. (CENETEC, 2019)

En 1772, Don Antonio María de Bucareli y Ursúa, expidió una circular donde se apoyaba la práctica de la cesárea con tal de salvaguardar la vida del feto y en 1774 se creó el Departamento de Partos Reservados en el Hospital de los Pobres de la Ciudad de México, que estuvo a cargo del clero y que tenía por objetivo mantener en secreto la identidad de la parturienta y evitar el infanticidio en caso de que el embarazo fuera por causa del adulterio. (Rodríguez ME, 2000).

En la segunda mitad del siglo XIX la emperatriz Carlota fundó la “Casa de Maternidad” y los médicos cirujanos comenzaron a intervenir en la atención del parto, destacando dos cirujanos hábiles de la época, Francisco Montes de Oca y José Miguel Muñoz. Posteriormente, el Dr. Isidro Espinoza de los Reyes publicó su libro “Apuntes sobre puericultura intrauterina”, en el cual se estableció una relación entre las medidas higiénicas y la sanidad con el recién nacido. (CENETEC, 2019)

En 1905, se fundó el Hospital General, así como otros hospitales y maternidades, lo que dio lugar a que en 1925 se comenzaron a atender más partos en los hospitales que en las casas, incorporando recomendaciones de los reportes científicos de la literatura médica norteamericana y francesa, lo que sentó las bases para la obstetricia moderna en México, en donde el médico vuelve a tomar un papel fundamental en los cuidados del trabajo de parto, aplicando técnicas y procedimientos basados en la ciencia, bajo el ambiente controlado de un hospital, siempre con la intención de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. (Alfaro AN, 2006).

El nacimiento, es un proceso natural con un profundo significado cultural y social, por lo que es fundamental que el personal de salud encargado de su cuidado otorgue atención médica integral con calidad, calidez y seguridad, que coadyuve a reducir la morbimortalidad materna con la aplicación de un nuevo modelo de atención que limite el uso de prácticas clínicas innecesarias y permita que la madre pueda reincorporarse a su vida familiar, social y laboral, así como también que el recién nacido pueda continuar con normalidad su crecimiento, desarrollo e integración en el entorno familiar y social. (CENETEC, 2019)

El principio básico es que la gestante pasa a ser el centro de la asistencia. Eso implica que la gestante participa activamente en el control del parto y tiene la posibilidad de decidir sobre algunos aspectos, basándose en sus propias necesidades, derivadas de sus concepciones éticas, culturales, sociales y familiares. (Salud S. d., 2016)

Para optimizar el cuidado de la gestante, es fundamental la evaluación individual del riesgo del embarazo y del parto ya que nos permitirá adecuar la vigilancia intraparto de acuerdo con el riesgo. (Salud S. d., 2016)

Quienes asistan a una embarazada durante su trabajo de parto y parto, deben estar preparados para intervenir oportuna, efectiva y rápidamente pero también deben ser conscientes de que no deben interferir en este transcurrir de un fenómeno humano cuando no es necesario, respetando la dignidad y la intimidad de la mujer. (Salud S. d., 2016)

La definición de parto normal para fines de este trabajo es el estado de riesgo durante el embarazo y el parto: “La evaluación del riesgo no es una medida única sino un procedimiento continuo durante el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden hacerse evidentes complicaciones que indiquen la necesidad de transferir a la mujer a un nivel superior de cuidado”. (Salud S. d., 2016)

El objetivo del cuidado durante el parto normal es “asegurar la salud de la madre y su hijo con el menor nivel posible de intervención compatible con la seguridad de ambos. Esta aproximación implica que en un parto normal debe existir una razón válida para interferir en el proceso natural”.

Un estudio de Tendencias de la Mortalidad Materna: 1990 - 2013, en Latinoamérica y el Caribe, varios países han progresado, con una reducción de un 40 por ciento desde 1990, cuando se reportaron 17,000 muertes y en el 2013 la cifra descendió a 9,300 muertes en la región.

Existen diversas definiciones de lo que es el parto, la más corta dice que “el parto es la expulsión del feto”. La Norma Oficial Mexicana (NOM-007- SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida define al parto como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Hay una definición que parece más completa: “El parto es el acto fisiológico de la mujer, en virtud del cual el producto de la concepción ya viable, es desalojado por el útero de su cavidad a través del canal del parto y puesto de esta manera en contacto con el mundo exterior.” (Salud S. d., 2016)

Hay que analizar la definición: Primero es un acto fisiológico, lo que significa que tiene un origen natural; la virtud de parir es privativa de la mujer, el producto de la concepción debe tener más de 20 semanas de gestación, si tiene menos entonces se trata de un aborto, es desalojado por el útero; esto sólo puede ser por medio de su contractilidad; este desalojo es hacia un camino: el canal del parto, a través de la pelvis materna pasando de un medio interno a otro externo. (Salud S. d., 2016)

La demora en buscar ayuda, en llegar a un centro de salud o para tener acceso a la asistencia por parte de una persona calificada, son tres obstáculos determinantes que enfrenta una mujer embarazada. Por otra parte, las enfermedades preexistentes están cambiando el perfil de la mortalidad materna en el mundo. (Salud S. d., 2016)

Uno de cada cuatro decesos se debe a condiciones de salud como la diabetes, el VIH, la malaria y la obesidad, cuyos impactos pueden ser agravados por el embarazo, siendo la causa de un 28% de las muertes maternas a nivel mundial, seguido por las hemorragias. Otro aspecto importante es el hecho de que más de 15 millones de niñas, entre los 15 y 19 años están dando a luz cada año. Una de cada cinco niñas es menor de 18 años, lo cual eleva el riesgo de mortalidad materna. (salud, 2019)

Aún queda mucho por hacer para prevenir los embarazos en las adolescentes y las infecciones de transmisión sexual. Se registran 33 muertes maternas por hora, lo cual continúa siendo un número inaceptable, de mortalidad materna.

El modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente observación, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Chalmers B, 2001) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (ONU, documento A, 2012) han insistido en aplicar las mejores evidencias científicas para definir los procedimientos más adecuados para la atención de la salud sexual y reproductiva, además de haber emitido las recomendaciones internacionales para mejorar la atención del parto basadas en los derechos humanos. (CENETEC, 2019)

Procedimientos cuestionados con estos enfoques son, por ejemplo: la admisión de pacientes a salas de labor de forma temprana, la realización de intervenciones de manera rutinaria como el **uso de oxitocina**, el rasurado del vello púbico, que puede incrementar el riesgo de infección; el uso de enema y vaciamiento vesical, la amniotomía, el corte temprano del cordón umbilical, la revisión manual de la cavidad uterina y la separación madre-hijo posterior al nacimiento, entre otros. (CENETEC, 2019)

Se analizan dichos procedimientos a través de la medicina basada en evidencia, que exige la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible derivada de la investigación y los valores de la persona. No se trata de limitar el que hacer de los profesionistas, si no de establecer lineamientos básicos que contribuyan a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. (Cunningham, 2015)

Es importante modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, y también que dichas modificaciones sean adecuadas para el personal médico, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto (Méndez, 2002, NOM-007- SSA2-2016, informe anual del Alto Comisionado de

las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General). (Salud S. d., 2016)

El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio busca reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida.

Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso, tales como anticonceptivos, control prenatal, atención calificada al parto y atención de emergencias obstétricas, cuya ausencia acarrea defunciones y daños a la salud y que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal y una atención de calidad del parto, del puerperio o de las complicaciones que aparezcan posteriormente. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Además de la mortalidad, el daño a la salud materna tiene otras consecuencias, entre las cuales la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de la morbilidad y la discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la infertilidad, las enfermedades de transmisión sexual o, en otras etapas del ciclo de vida, las distopías genitales (prolapsos) y la incontinencia urinaria. (Salud O. M.)

Por medio de este Objetivo 5 de los del Desarrollo del Milenio plasman las exigencias que diversos instrumentos internacionales han señalado respecto de la necesidad de proteger la salud de todas las madres sin distinción. (Salud), 2017)

Es importante retomar la Conferencia de Alma-Ata, pues a partir de ésta se explicita la participación como un componente fundamental para abordar la salud materna. (Salud O. M.)

Principio retomado, articulado y profundizado a lo largo del tiempo en diversas conferencias internacionales de gran relevancia sobre derechos sexuales, derechos reproductivos, derecho a la salud e igualdad de género. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Un momento que reposiciona la participación es el lanzamiento mundial de la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos en 1987, campaña global lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNICEF y UNFPA, por sus siglas en inglés, respectivamente), el Banco Mundial, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés), entre otros actores del ámbito internacional. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

En el caso de nuestro país derivó en la conformación del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) en 1993, red integrada por organizaciones e instituciones primordialmente del Sector Salud y que durante sus 24 años de existencia se ha replicado en diversos estados del país.

(25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México, Julio 2015)

1. ESTADO DEL ARTE

La OMS reconoce una “experiencia de parto positiva” como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la creciente medicalización y deshumanización durante la atención del parto, ha postulado el concepto de cuidados durante el parto para una experiencia positiva durante nacimiento, donde incluye recomendaciones basadas en evidencia para la atención obstétrica amigable como una estrategia fundamental para disminuir la mortalidad materna, lo que coadyuva en la creación de un modelo de atención con trato respetuoso e igualitario, con bases científicas, que permite mejorar la calidad de la atención, la comunicación y la confianza entre el personal de salud y la mujer gestante. (WHO, 2018)

En el mundo cada año ocurren aproximadamente 140 millones de nacimientos, entre los cuales la mayoría son en mujeres sin factores de riesgo, que inician el trabajo de parto de modo espontáneo entre la semana 37 y 42 de gestación y que posterior a una evolución fisiológica terminan con el nacimiento por vía vaginal de un recién nacido sano que deberá adaptarse de forma adecuada a la vida extrauterina. Es durante la atención del parto no complicado que el profesional de la salud debe otorgar una atención integral, con énfasis en la vigilancia en el proceso del trabajo de parto, realizando el menor número posible de procedimientos activos, sin perder de vista el profundo significado emocional y cultural con respecto al nacimiento de un nuevo ser vivo. (WHO, 2018)

Durante 2016, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, se registró una población de 61.5 millones de mujeres, de las cuales el 53.3% se encuentran en edad reproductiva (15-49 años). El 67.4% de las mujeres mayores de 12 años ha tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 32.8 millones de mujeres han necesitado asistencia durante el nacimiento y puerperio. (INEGI, 2016).

Esta asistencia ha sido otorgada, según información de la Secretaría de Salud, por personal capacitado en el 98.2% de los casos, lo que ha permitido reducir la tasa de mortalidad materna y las muertes evitables de recién nacidos. Sin embargo, en los últimos años ha surgido una creciente preocupación no solo por abatir las cifras de muerte materna y perinatal, sino por el de atender la creciente demanda de instituciones, pacientes y organismos internacionales respecto a la calidad de los servicios de salud, dentro de los que destaca el tema del maltrato durante la atención obstétrica. (DGPLADES, 2015)

En la actualidad, la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio requiere de un enfoque humanizado, intercultural y seguro, libre de violencia y sin medicalización innecesaria, que reconozca y valore la autonomía de las mujeres, su protagonismo durante el parto, garantice sus derechos y respete los aspectos socioculturales de las mujeres y su familia. (ACOG 2014/Bowser D, 2010)

Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas.

Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas.

Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, al ser parte de un paquete de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud.

Las recomendaciones que se presentan en esta directriz no son específicas a ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos.

La directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.

El término “embarazada sana” se utiliza por la OMS para describir a las embarazadas adultas y adolescentes que no presentan ningún factor de riesgo identificado para ellas o sus bebés, y que aparentemente son saludables. La directriz se desarrolló mediante procedimientos operativos estándar de acuerdo con el proceso descrito en el Manual para la elaboración de directrices de la OMS.

En la actualidad la humanización en los hospitales es una necesidad que demanda los usuarios como parte de un derecho es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que asegure el buen trato al usuario. El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, explicaciones acerca como abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de su situación y de los procesos

de atención hospitalarias, es aquí la necesidad que los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar en sus cuidados conjuntamente con la familia.

Según K rouack, los cuidados de enfermería se caracterizan por ser el resultado del análisis y pensamiento crítico, polivalentes, con un alto nivel de competencias técnicas, creativas, flexibles, pero también, de una gran sensibilidad en el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Sin embargo, el escenario en salud es cambiante, hay un importante desarrollo tecnológico de las comunicaciones, cambios demográficos y epidemiológicos, que provoca cambios en la entrega de los cuidados de enfermería, por lo que es necesario reflexionar sobre la forma en que establecemos la relación con el usuario, desde la humanización de la praxis.

Es paradójico que, en este escenario de gran desarrollo científico en el ámbito de la medicina, con progresos en tecnología de punta, los pacientes aún se sientan desprotegidos ante el sistema de salud y muestren insatisfacción en el trato que se les otorga. Los integrantes del equipo de salud deben saber equilibrar en sus competencias profesionales las destrezas y pericias técnicas y el sentido humano en la atención, tener una visión integral de éste, entender que es una persona frágil y angustiada por la situación de salud que est  viviendo, requiere valorar sus sentimientos y riqueza espiritual y adoptar una adecuada actitud de ayuda, además de gestionar para lograr una atención humanizada.

Margaret Jean Harman Watson

Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson, En los diez factores de cuidado originales, Watson habla del papel de la enfermera en el entorno como «atender los entornos de apoyo, protector y/o correctivo mental, físico, social y espiritual» (Watson, 1979, p. 10). En trabajos posteriores, describe que «los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento», y hace hincapié en que el entorno y la persona est n conectados: «Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativa» (Watson, 2003, p. 200).

También tiene una visión amplia del entorno: «La ciencia del cuidado no es sólo para mantener la humanidad, sino que también es para mantener el planeta... Pertenecer a un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas; es el nexos fundamental entre humanidad y la propia vida, en el tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades» (Watson, 2003, p. 305).

Según Watson (1988), la palabra nurse es nombre y verbo. Para ella, la enfermería consiste en «conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión» (p. 53). Las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad.

Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, acuñados como el «estado» de la enfermería, en contraposición a la «esencia» de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal (Watson, 2005; Watson, 2007).

La investigación de Watson sobre el cuidado incorpora el empirismo, pero otorga más importancia a las metodologías que parten de fenómenos enfermeros más que de las ciencias naturales (Leininger, 1979). Watson ha utilizado la ciencia humana, la fenomenología empírica y trascendente en su último trabajo. Ha investigado nuevos lenguajes, como las metáforas y la poesía, para comunicar, transmitir y clarificar el cuidado y la curación humanas (Watson, 1987, 2005). En sus estudios y escritos, ha ido incorporando de forma creciente su convicción de que existe una relación sagrada entre la humanidad y el universo (Watson, 1997, 2005).

Más recientemente, Watson plantea afirmaciones para una relación de cuidado transpersonal que se extiende a profesionales multidisciplinares:

- El compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia *caritas* por la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear su propio significado de la existencia.
- La voluntad consciente de la enfermera ratifica la importancia subjetiva y espiritual del paciente mientras busca mantener el cuidado en medio de la amenaza y la desesperación, biológica, institucional u de otro tipo. El resultado es aceptar una relación Yo-Tú en vez de una relación Yo-Ello.
- La enfermera busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrarse en el momento del cuidado.

Afaf Ibrahim Meléis

La teoría de las transiciones se usa extensamente en la formación de graduados y pre graduados de todo el mundo (Meleis, comunicación personal, 29 de diciembre de 2007).

La teoría de las transiciones se ha formulado y teorizado a través de la inducción con la investigación existente (revisión sistemática de la bibliografía y resultados de investigación). Como se ha mencionado, inicialmente se desarrolló como un concepto central de enfermería y después como una teoría intermedia. La teoría de las transiciones se formuló con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre la experiencia de la transición entre diferentes tipos de transición para guiar la terapéutica de enfermería para personas en transición. Esta teoría ofrece un marco para ver cómo los resultados de investigaciones previas relacionadas con varios tipos

de transiciones se adaptan de forma más clara y cómo pueden manipularse los conceptos para el estudio.

La teoría de las transiciones puede ofrecer una perspectiva plena de la experiencia de la transición mientras se consideran los contextos en los que las personas sufren una transición. Por su exhaustividad, aplicabilidad y afinidad con la salud, la teoría de las transiciones se ha aplicado a fenómenos humanos de interés y preocupación para las enfermeras, como enfermedad, recuperación, nacimiento, muerte, pérdida e inmigración. La teoría de las transiciones es útil para explicar transiciones de salud/enfermedad, como proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de una enfermedad crónica (Meleis y Trangenstein, 1994).

Propuesta de Michel Odent

Odent habla sobre el modo en el que las diferentes culturas han abordado una cuestión natural y fisiológica como es el parto, interfiriendo en él y perturbando su desarrollo normal con las más variadas justificaciones.

El deseo de controlar el parto y de ayudar a las mujeres a pasar por él han desembocado en que se prive a las hembras humanas de los aspectos que hacen del parto un acontecimiento de su vida sexual e íntima, llevándolas a parir atadas, inmóviles, observadas y manipuladas, de espaldas y con toda clase de aparatos invadiendo su cuerpo sano, inhibiendo el desarrollo normal de un parto natural sin complicaciones.

El amor ya no es tema exclusivo de poetas, filósofos o novelistas. Hoy lo estudian científicos de muy diversas disciplinas y han llegado a una conclusión: la importancia que tiene todo lo que sucede en el inicio de la vida para desarrollar la capacidad de amar. Es fundamental no perturbar demasiado el parto para que madre e hijo puedan desarrollar ese amor.

¿No perturbar el parto significa no medicalizarlo y humanizarlo más?

Más que humanizar, yo hablaría de “mamiferizar”. Para que un parto sea fácil, hay que redescubrir las necesidades básicas que compartimos con todos los mamíferos. Y todas las hembras, para segregar oxitocina, esa hormona del amor que hasta hace poco se necesitaba liberar para poder dar a luz, necesitan sentirse seguras y que su nivel de adrenalina sea muy bajo. En la selva, si una hembra está a punto de dar a luz y se da cuenta de que tiene un depredador cerca, segregará adrenalina para poder defenderse y retrasará el parto para cuando se sienta más segura. Los mamíferos necesitan sentirse seguros y no observados para dar a luz.

¿Un parto con médicos, oxitocina sintética, epidural, cesárea... no es más fácil?

No, la epidural es un medicamento que sustituye a las endorfinas, lo mismo que la oxitocina sintética sustituye a la natural. Todos estos medicamentos hacen el papel de

las hormonas que las mujeres no pueden segregar porque no se encuentran en un entorno adecuado. Hoy en día no solo no las pueden liberar las parturientas que dan a luz por cesárea, también muchas de las que tienen un parto vaginal, al usar sustitutos farmacológicos de estas hormonas del amor. El problema es que estos sustitutos no producen efectos sobre el comportamiento y alteran el curso natural del nacimiento, un momento crítico en el proceso de desarrollo de la capacidad de amar.

Durante milenios las culturas han intervenido en los partos, modificando la conexión de la mujer y el hijo con sus propios cuerpos y sus emociones. Y Odent considera que un cambio en estas actuaciones desde una perspectiva amorosa, algo tan sencillo como dejar parir en paz y establecer el vínculo sin interferencias, puede suponer un cambio que proporcione las bases para una nueva sociedad planetaria.

Nuestros cuerpos femeninos, dadores de vida y alimento, han sido contaminados con numerosos químicos, y siguen siendo manipulados en el momento más importante de la vida de un nuevo ser, su nacimiento, cuando ya sabemos que lo que sucede en esos momentos es enormemente importante para el desarrollo emocional de esa persona a lo largo de toda su existencia.

Concepción integral del parto en Cuba.

Haciendo referencia al siglo XX sobre el proceso reproductivo, Fray Bartolomé de las Casas, en Historia de las Indias, refiere que las aborígenes, se multiplicaban mucho, no dejaban de trabajar durante el embarazo y los dolores durante el parto eran pocos e insensibles. Coincide la descripción del Obispo de Chiapas, quien, además, agrega que después de lavar en el río a la criatura le daban leche a beber y regresaban a sus oficios. El Padre de las Casas, también refiere que eran frecuentes los partos de gemelos y que se hacían con prontitud y facilidad.

Ancheta Niebla expone que en Cuba después de finalizada la conquista el doctor Le Roy Cassá en sus apuntes para la historia de la Obstetricia en Cuba, hace referencia al asombro del Padre Bartolomé de las Casas sobre la particularidad y sencillez con que la mujer india paría. Destaca además a los doctores Pérez Beato y Delgado García en su referencia a mujeres que se dedicaban a curar o auxiliar a las parturientas. La primera referencia documental sobre estas mujeres, correspondió a "la comadre de parir" María Hinojosa, que bautizó a un niño el 13 de agosto de 1593.

En 1711 se inauguró en La Habana, en la Casa de Niños Expósitos o Casa Cuna, una sala de Partos Secretos para asistir a madres solteras sin recursos económicos suficientes que ingresaban de manera oculta para parir y dejar al recién nacido en la institución.

En 1728 con la fundación de la Real y Pontificia Universidad San Jerónimo en La Habana, egresan eminentes médicos como el Dr. Domingo Rosainz Castillo que llevara por primera vez el arte de parrear a la docencia a través de un libro redactado el 12 de julio del 1827, titulado: **Examen y cartilla de parteras, teórico/práctico**.



Figura 4, Dr. Domingo Rosainz del libro "Presencia de la mujer en la Historia de la medicina Cubana"

El 7 de julio del 1828 se inaugura, a consecuencia de la salida de este texto y a solicitud del propio médico, la academia para parteras en el Hospital de San Francisco de Paula, con carácter gratuito y apoyada por el Obispo Espada.

A pesar de ello, en el Libro de Actas de la Sociedad Antropológica de la Isla de Cuba (1877 - 1891), no se hace referencia a los embarazos, partos, ni a la atención a estos, solo se menciona a San Ramón como el protector de los partos. Durante el siglo XIX se generó un movimiento eugenésico en función del

"mejoramiento de la raza", que incluyó la creación de medidas sanitarias encaminadas especialmente a defender la maternidad y la niñez.

El 2 de mayo de 1939, un grupo de obstetras y ginecólogos que ejercían en La Habana lograron constituir la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia en el Gobierno Provincial, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley de Asociaciones, entonces vigente. En la actualidad, esta ilustre Sociedad permanece activa y fortalecida con los objetivos de promover el desarrollo de la Ginecología y la Obstetricia, su enseñanza y sus aplicaciones, para contribuir a la salud reproductiva de la mujer cubana.

En general es escasa la información sobre la situación de salud antes de 1959, salvo algunas referencias publicadas en los Cuadernos de Historia de la Salud Pública. Entre las noticias relacionadas con la atención al proceso reproductivo se destacan dos: la creación a finales de la década de 1940 de una sala de cuatro camas con el nombre de Hogar Materno, en el Hospital de Maternidad "América Arias" de La Habana, y el aumento de los partos en el mencionado hospital en el año 1958. En la década del 50 la situación de la madre embarazada en Cuba estaba matizada por los elevados índices de mortalidad, la escasez de tratamiento especializado y de centros asistenciales.

El nacimiento en Cuba fue atendido mayoritariamente por las comadronas. Las mismas existieron en Cuba tanto en la zona rural como urbana y eran conocidas popularmente y, se mantuvieron, sobre todo, en las montañas orientales hasta el 1959. Tras el triunfo revolucionario cubano y el surgimiento del Sistema Nacional de Salud (1960) fueron incorporados como trabajadores de las unidades rurales de servicios que se creaban. Se erradicó, de esta manera, la práctica empírica en la atención del parto en Cuba y desaparecieron los partos domiciliarios realizados por la figura centenaria de las comadronas.

El 16 de octubre de 1959 se crea la Carrera Sanitaria para médicos, estomatólogos, veterinarios, ingenieros sanitarios, farmacéuticos, enfermeras y educadores sanitarios por la Ley No. 607.

La salud pública cubana, a partir de este momento, priorizó a los grupos poblacionales de riesgo, en particular a la mujer y los niños. Una de las primeras tareas educativas que asumieron los médicos rurales en los inicios de la década del 60' del pasado siglo XX, fue ofrecer su colaboración a las parteras empíricas. Estas parteras fueron instruidas y se les facilitaron medios para mejorar su labor.

En 1962, se constituye una unidad de atención primaria especializada en el tratamiento de embarazadas en ciudades o pueblos: el hogar materno. Considerada una fortaleza para el programa materno-infantil. Actualmente, es común encontrar estos centros en cada comunidad del país.

La tasa de mortalidad infantil (M.I) en 1959 era de 70 por cada 1 000 nacidos vivos, la mortalidad materna (M.M) alcanzaba una razón de 137.8 por 100 000 nacidos vivos. A partir de ese año se incrementó progresivamente la atención de salud en todo el país. Como resultado, pocos años después el parto hospitalario fue la principal opción y se tomaron medidas para aumentar su cobertura. En 1963 se registró un 63.2 % de partos institucionales y este porcentaje se incrementó anualmente. Diez años después, la cobertura alcanzó 98 % y posteriormente 99.9 %.

El incremento de los hogares maternos, así como el aumento de la cobertura de salud, el aborto voluntario y gratuito en los hospitales de maternidad; el aumento de camas obstétricas, de personal especializado en Ginecología y del parto hospitalario, constituyen los elementos que han contribuido a los indicadores de salud reproductiva en Cuba.

En la primera década del siglo XXI (2009) se reafirma la calidad de la atención al proceso reproductivo cuando la M.I alcanzó 4.8 por 1 000 N.V y la M.M. reportada fue de 46.9 por 100 000 NV; Mortalidad Perinatal: 11 por 1 000 NV).³ Cuba concluyó el año 2016 con una mortalidad infantil de 4,3 % por cada mil nacidos vivos. 15 Uno de los mejores indicadores alcanzados hasta hoy que es el resultado del trabajo de atención integral que el sistema de salud ofrece al ser humano.

El sistema de salud en Cuba ha tenido aciertos extraordinarios durante los últimos 60 años, con énfasis especial en el programa materno-infantil, enfocado a contribuir a la disminución de la mortalidad infantil y materna en el país desde 1959. La tasa de mortalidad infantil en 1959 alcanzaba niveles de 34,8 por cada 100 000 nacidos vivos.

En tanto, la mortalidad materna superaba las 138 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos, asociado principalmente a las limitaciones de acceso a la atención especializada y a la escasa cobertura de salud existente en el país en esa etapa.

Una estrategia fundamental para mejorar la atención materno-infantil aparece con la implementación del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) que se inicia en 1983. Constituye una plataforma que permite establecer y controlar las acciones centralizadas desde el MINSAP para favorecer la salud sexual y reproductiva. En el PAMI se acopiaron las mejores experiencias desde los primeros años de la revolución y hasta la actualidad.

Un enorme avance como parte del programa materno-infantil en Cuba es la disminución de la tasa de mortalidad infantil y de los menores de 5 años. La primera, en los últimos 12 años, se ha mantenido con valores iguales o inferiores a 5. Alcanzó su nivel más bajo en los años 2017 y 2018 en que se registraron 4 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. En el año 2019 ocurrieron 5 defunciones de menores de un año por cada 1000 nacidos vivos.

En tanto la tasa de menores de 5 años fue de 6,6 por cada 1000 nacidos vivos al cierre de 2019. Estas cifras colocan a Cuba entre los países con tasa de mortalidad infantil más bajas de la región de América. La razón de mortalidad materna también disminuyó notablemente a partir de 1959 hasta alcanzar entre 1990 y 1999 la cifra promedio de 30,8 por cada 100 000 nacidos vivos.

Todos los partos en Cuba son atendidos en instalaciones hospitalarias de segundo nivel con atención especializada por parte del personal formados en obstetricia y ginecología en las diferentes universidades de Ciencias Médicas cubanas. La cobertura de salud prenatal que se brinda es elevada y responde a más de 10 controles prenatales, a la vez que el parto está totalmente centralizado y regido por el enfoque medicalizado de atención que ha predominado a nivel mundial desde hace más de 60 años.

Este enfoque prioriza la intervención durante el parto y el control médico exhaustivo de todo el proceso, lo cual ha conllevado a un abuso de la tecnología. Se interviene y medicaliza un proceso que es enteramente fisiológico y que, en la mayoría de los casos, entre el 85 y el 90 %, de acuerdo a los reportes de la OMS, transcurre sin complicaciones. El enfoque medicalizado del parto ha permitido alcanzar muy bajas tasas de mortalidad infantil, que son una realidad en el caso de Cuba, pero se asocia a nivel mundial con complicaciones debidas al intervencionismo durante el parto y como consecuencias de la cascada de intervenciones, que atentan contra la salud y la morbilidad materno-infantil.

Las historias contadas por las mujeres y sus vivencias de parto en Cuba, registradas en investigaciones antropológicas, muestran como la atención que reciben está basada en considerarla como objeto de atención, y al parto como un proceso que debe ser controlado, apurado y guiado. En los partos intervenidos que se realizan en

Cuba es el personal de salud a cargo quien asume el control del parto y toma las decisiones, por ser considerados los expertos con formación y conocimiento y cuyo papel es hacerlo posible.

Este enfoque asume que el parto necesita ser guiado y controlado para que pueda terminar de manera rápida y favorable, con lo cual se niega la fisiología del proceso, que es intrínseca a todos los mamíferos. Se desestima el parto como proceso natural que transcurre por sí solo con intervención y mediación de las hormonas endógenas y el control de los centros neuronales involucrados y se niega la única necesidad existente, que es la de proteger ese proceso en lugar de intervenirlo y medicalizarlo.

Con relación a la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento se reportaron valores correspondientes al 70 % y al 77 % en el año 2006 y 2010 respectivamente. Aunque estas cifras variaron por regiones, en los infantes nacidos en la capital fue del 61 %, en las provincias orientales la cifra fue relativamente mayor, el 73 % durante el 2006. En la capital fue del 71 % en el 2010. En la MICS del 2014 las cifras en relación con el apego inmediato e inicio de la lactancia materna durante la primera hora muestran que el 48 % de los bebés lactaron por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento.

Este porcentaje difiere ligeramente por regiones, del país. La región occidental (55 %) y la oriental muestran mejores resultados en relación con la región central. Esta última muestra que solo el 42 % de los bebés son amamantados en ese plazo de tiempo. Las MICS 2019, recientemente publicadas, en enero del 2021, muestran que en el 64,1 % de los nacimientos fue posible iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida.

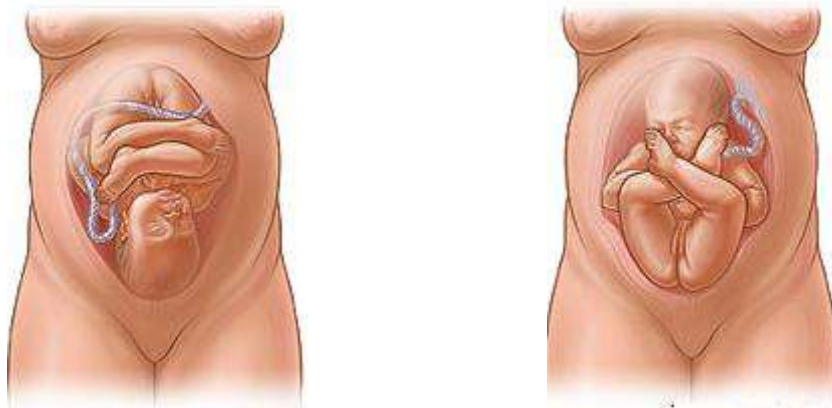
Mecanismos del trabajo de parto

El trabajo de parto corresponde al periodo desde el inicio de las contracciones uterinas regulares dolorosas, hasta la expulsión de la placenta. Al inicio del trabajo de parto es muy importante identificar la posición del feto con respecto al conducto del nacimiento para la vía en que ocurrirá este.

La situación, presentación, actitud y variedad de posición; es decir, la orientación fetal con respecto a la pelvis materna.

Situación.

Es la relación del eje longitudinal del feto con el de la madre, sea longitudinal (99%) o transversa. En ocasiones, los ejes fetales y maternos se cruzan en un ángulo de 45° y originan una situación oblicua, que es inestable y siempre se transforma en longitudinal o transversa durante el trabajo de parto. (Factores predisponentes para situaciones transversas: multiparidad, placenta previa, poli hidramnios y anomalías uterinas).



Williams. Obstetricia, 24e, 2015

Presentación.

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro el conducto del parto o en su máxima proximidad. En situaciones longitudinales puede ser la cabeza o la pelvis, que originan las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. Cuando la situación es transversa, la parte que se presenta es el hombro y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal.

Actitud o postura fetal.

En los últimos meses del embarazo, el feto asume una postura característica que se conoce como actitud o hábito. Como regla, el feto forma una masa ovoide que se ajusta con la forma irregular de la cavidad uterina, se pliega o dobla sobre sí mismo de suerte que el dorso se hace notoriamente convexo; la cabeza está muy flexionada de

modo que el mentón entra casi en contacto con el tórax. Los muslos están flexionados sobre el abdomen; las piernas están dobladas en las rodillas y los arcos de los pies descansan sobre las caras anteriores de las piernas.

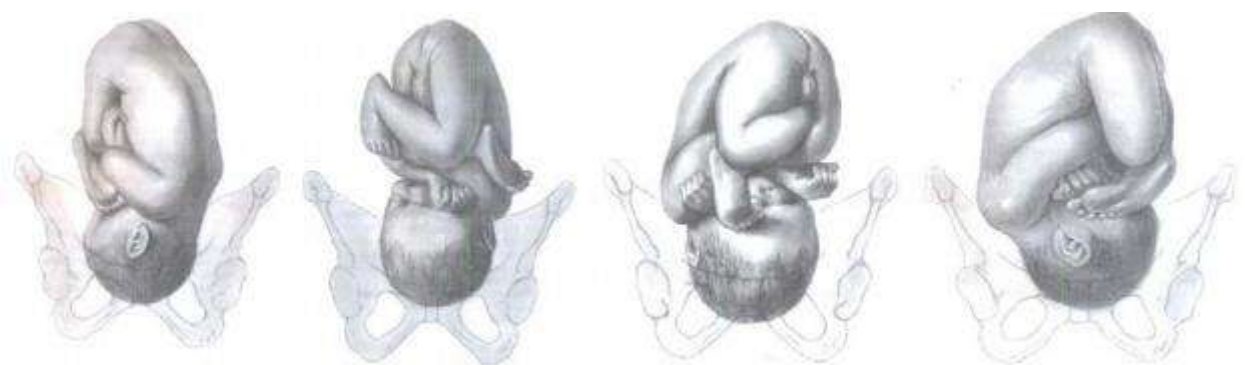
En las presentaciones cefálicas, los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de manera paralela a los lados, mientras el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades pélvicas. Esa postura característica es producto de la forma de crecimiento del feto y su acomodación dentro de la cavidad uterina.

Variedad de posición fetal.

Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación con respecto al lado derecho o izquierdo del conducto del parto. Casi 66% de las presentaciones de vértice se encuentran en variedad occipital izquierda y 33% en la derecha.

Diagnóstico de la presentación y variedad de posición fetales.

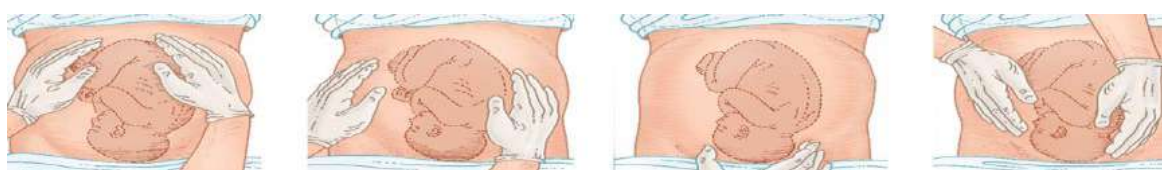
Se pueden usar varios métodos para el diagnóstico de la presentación y variedad de posición fetales, que incluyen palpación abdominal, exploración vaginal, auscultación y, en ciertos casos de duda, estudios de imagen como las obtenidas por ultrasonografía o resonancia magnética.



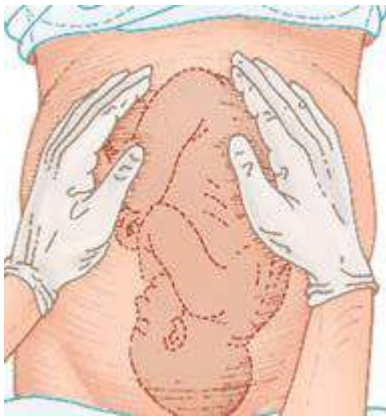
Cunningham, Leveno (2011), Williams, Obstetricia, 23° Ed. Editorial: McGraw Hill

Palpación abdominal:

Se puede hacer exploración abdominal sistemática mediante las cuatro maniobras descritas por Leopold y Spörlin en 1894. La madre debe estar en decúbito supino y cómodamente ubicado con el abdomen descubierto. Esas maniobras pueden ser difíciles, si no imposibles de realizar e interpretar, cuando la paciente presenta obesidad, cuando hay una cantidad excesiva de líquido amniótico o la placenta tiene implantación anterior.

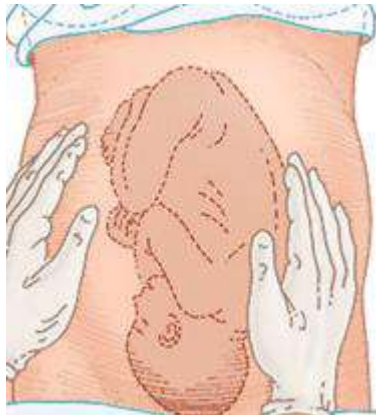


(cerebromedico.com/maniobras-leopold, 2019)



Primera maniobra.

Permite la identificación de que polo fetal, esto es pelvis o cabeza, ocupa el fondo uterino. La presentación pélvica da la sensación de una masa grande y nodular, en tanto que la cabeza se percibe dura y redonda y es más móvil y susceptible de peloteo.



Segunda maniobra.

Después de determinar la situación fetal se colocan las palmas a cada lado del abdomen materno y se ejerce una presión suave pero sostenida. Por un lado, se percibe una resistencia dura, el dorso, y en el otro, numerosas partes pequeñas, irregulares y móviles, las extremidades fetales. Al precisar si el dorso tiene dirección anterior, transversa o posterior, se puede determinar la orientación del feto.



Tercera maniobra.

Utilizando el pulgar y los demás dedos de una mano, se sujeta la porción inferior del abdomen materno apenas por arriba de la sínfisis del pubis. Si la presentación no está encajada, se sentirá una masa móvil, por lo general correspondiente a la cabeza. La diferenciación entre cabeza y pelvis se hace como en la primera maniobra. No obstante, si la presentación está profundamente encajada, los hallazgos de esta maniobra simplemente indican que el polo fetal inferior está dentro de la pelvis y los detalles se definen entonces por la última maniobra.



Cuarta maniobra.

El médico observa el dorso de los pies de la madre y con las puntas de los primeros tres dedos de cada mano ejerce presión profunda en dirección del eje de la entrada de la pelvis materna. En muchos casos, cuando la cabeza ha descendido, en la pelvis se puede diferenciar fácilmente el hombro anterior mediante la tercera maniobra. Se puede hacer palpación abdominal en los últimos meses del embarazo, durante y entre las contracciones del trabajo de parto.

Tacto vaginal.

Antes del trabajo de parto, el diagnóstico de la presentación y variedad de posición fetales por tacto vaginal suele ser no concluyente, debido a que la presentación debe palparse a través de un cuello cerrado y el segmento uterino inferior. Con el inicio del trabajo de parto y después de la dilatación del cuello uterino, se identifican las variedades de posición en la presentación de vértice mediante la palpación de las diversas suturas y fontanelas.

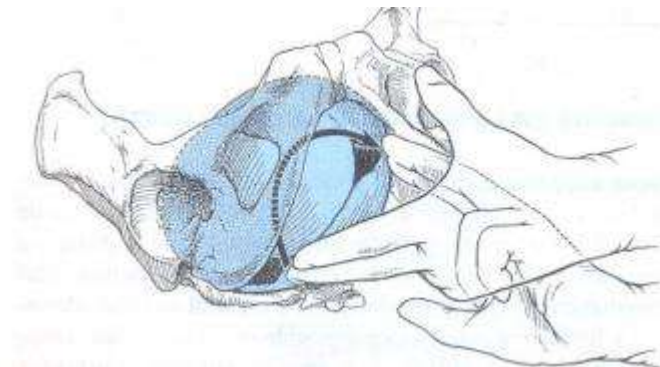
Las presentaciones de cara y pélvicas se identifican por palpación de las estructuras faciales y el sacro, respectivamente. En un intento por determinar la presentación y variedad de posición por tacto vaginal, es aconsejable seguir un sistema definido que incluye cuatro movimientos:

1. Se introducen dos dedos en la vagina y se dirigen en forma ascendente hasta la presentación. Después, se logra fácilmente la diferenciación de las presentaciones de vértice, cara y pélvica.
2. Si la presentación es de vértice, los dedos se dirigen a la cara posterior de la vagina. Después se deslizan hacia adelante sobre la cabeza fetal, en dirección a la sínfisis del pubis de la madre. Durante ese movimiento, los dedos necesariamente se deslizan por la sutura sagital y permiten delinear su trayectoria.



(Sastre, 2019)

3. Se precisan después las posiciones de las dos fontanelas. Los dedos se deslizan hacia el extremo anterior de la sutura sagital y se encuentra e identifica la fontanela correspondiente; después, con un movimiento de deslizamiento se pasan los dedos a lo largo de la sutura hasta el otro extremo de la cabeza, donde se localiza y diferencia la fontanela posterior.

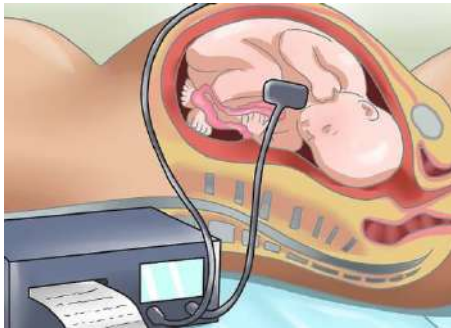


(Sastre, 2019)

4. La altura de la presentación o el grado hasta el cual esta ha descendido en la pelvis puede también establecerse en ese momento. Mediante esas maniobras se localizan fácilmente las diversas suturas y fontanelas

La altura se identifica mediante los planos descritos por HODGE.

Auscultación.



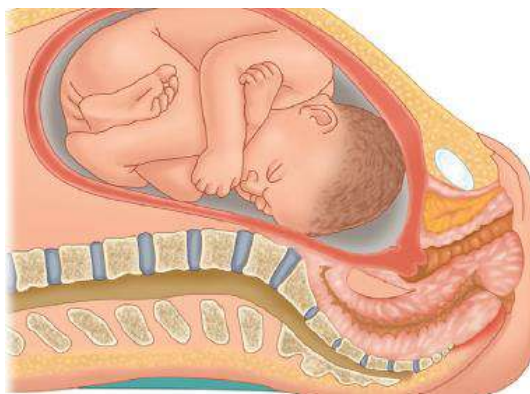
Si bien la sola auscultación con un estetoscopio de Pinard no provee información confiable acerca de la presentación y variedad de posición fetales, los hallazgos de auscultación en ocasiones refuerzan los resultados obtenidos por palpación. La región del abdomen materna donde se escuchan más claramente los ruidos cardiacos fetales varía según la presentación y el grado hasta el cual esta ha descendido. (Laura Marusinec, 1995)

La frecuencia cardiaca fetal puede encontrarse en un rango de 110 a 160 lpm, cuando está por arriba de estas cifras se considera taquicardia y debajo de esta bradicardia. Para realizar el conteo se escuchan los latidos durante 6 segundos y se multiplican por 10, ya que 6 segundos es la décima parte de un minuto, y así obtenemos la frecuencia fetal de un minuto.

Ultrasonografía y radiografía. Las técnicas ultrasonografías pueden ayudar a la identificación de la variedad de posición fetal, sobre todo en mujeres con obesidad y aquellas con paredes abdominales rígidas.

Los cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

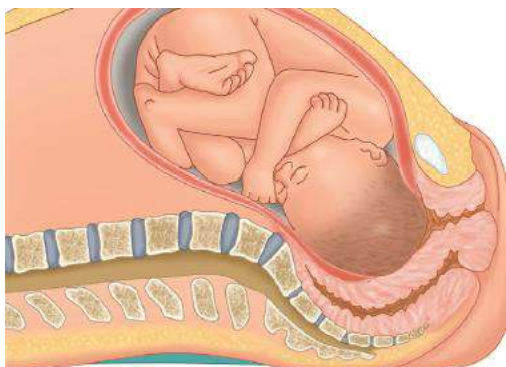
Encajamiento.



El mecanismo por el cual el diámetro biparental, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano de entrada de la pelvis, se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. En muchas pacientes multíparas y algunas nulíparas, la cabeza fetal es libremente móvil por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del

trabajo de parto. En esa circunstancia, se dice a veces que la cabeza "flota". Una cabeza de tamaño normal por lo general no se encaja con su sutura sagital en dirección anteroposterior. De hecho, suele ingresar al plano de entrada de la pelvis en una dirección transversal u oblicua. Williams. Obstetricia, 24e, 2015

Descenso.



Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo. En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de cuatro fuerzas:

Williams. Obstetricia, 24e, 2015

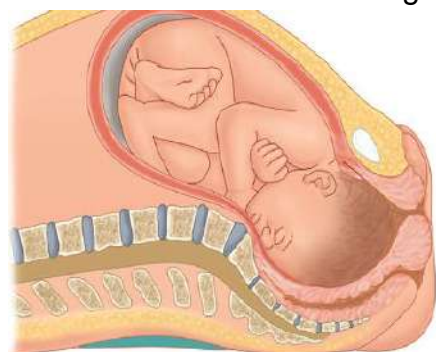
- 1) presión de Líquido amniótico
- 2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones
- 3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos
- 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

Flexión.

Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o piso pélvicos, se Presenta normalmente una flexión de la cabeza. En ese movimiento, se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo.

Rotación interna.

Este movimiento consta de un giro de la cabeza, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, desde su posición original, o menos a menudo, en dirección posterior hacia la concavidad del sacro.

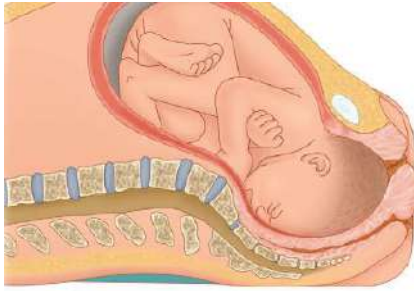


La rotación interna es indispensable para que concluya el trabajo de parto, excepto cuando el feto es extraordinariamente pequeño. Calkins (1939) estudio a más de 5 000 mujeres en trabajo de parto hasta el momento de la rotación interna y

concluyo que en casi 66% la rotación interna concluye en el momento en que la cabeza alcanza el piso pélvico; en casi 25%, la rotación interna concluye muy poco después de que la cabeza alcanza el piso pélvico, y en casi 5% no ocurre rotación anterior. **Williams. Obstetricia, 24e, 2015**

Cuando la cabeza no ha rotado al alcanzar el piso pélvico, suele hacerlo durante las siguientes una a dos contracciones en multíparas. En nulíparas, la rotación suele ocurrir durante las siguientes tres a cinco contracciones.

Extensión.



Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico sino que se desliza más hacia adelante, pudiese impactarse en la porción posterior del perineo y en un momento dado atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada. **Williams. Obstetricia, 24e, 2015**

Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior.



El vector resultante se dirige a la abertura bulbar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a hacer contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis. Con la distensión progresiva del perineo y la abertura vaginal, aparece de modo gradual un porcentaje cada vez mayor del occipucio.

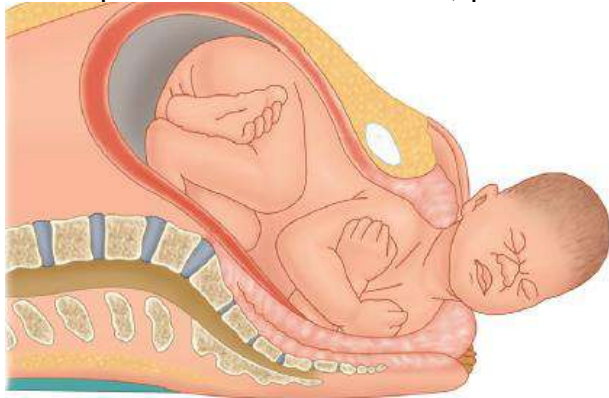
La cabeza nace conforme el occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón pasan sucesivamente sobre el borde anterior del perineo.

Apenas después de nacer, la cabeza se inclina hacia adelante de manera que el mentón descansa sobre la región anal materna. **Williams. Obstetricia, 24e, 2015**

Rotación externa.

Una vez que ha nacido la cabeza, presenta restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, rota hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua es seguida por la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro bicromía en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. Williams. Obstetricia, 24e, 2015

la



Así, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro es posterior. Ese movimiento al parecer se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza.

Expulsión.

Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo pronto se distiende por la presencia e hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza rápido hacia el exterior.



Williams. Obstetricia, 24e, 2015

Previo a asumir la identificación de las etapas es necesario describir ciertas definiciones para una mayor comprensión.

Parto: es el acto por el cual el feto viable y sus anexos, son expulsados o extraídos de la cavidad uterina por las vías naturales (León 1956).

Trabajo de parto: es un conjunto de fenómenos fisiológicos que, una vez puestos en marcha, conducen a la apertura de cérvix uterino, a la progresión del feto a través del conducto cervical y su expulsión al exterior.

El trabajo de parto se compone de: Primer período o período dilatante: Se inicia cuando comienza el trabajo de parto. Las contracciones uterinas tienen la intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir la borramiento y dilatación del cuello uterino hasta su dilatación completa.

Segundo período o periodo expulsivo: Se inicia cuando el cuello uterino alcanzó la dilatación completa y finaliza cuando el feto es expulsado.

Tercer período o alumbramiento: Comienza cuando se produce la expulsión fetal hasta la salida de la placenta. Cuarto periodo o post alumbramiento: hasta 2 horas luego de expulsada la placenta.

Bajo riesgo en trabajo de parto: cuando una embarazada normal con feto normal, se mantiene en trabajo de parto de inicio espontáneo, sin factores de riesgo ni patologías.

En general se entiende como una embarazada de término con feto en cefálica sin factores de riesgo y con inicio de trabajo de parto espontáneo.

Nulípara: mujer sin antecedentes de parto vaginal

Múltipara: mujer con antecedentes de uno o más partos vaginales.

Falta de progresión y descenso: situaciones en las cuales la duración total y/o la velocidad en que evoluciona el trabajo de parto es menor a la normal, con evidencias de buena contractilidad (caput o modelaje). Puede ser a expensas del dilatante o del expulsivo.

Falta de progresión de la dilatación: cuando la velocidad de evolución (en cm/horas) de la fase activa del periodo dilatante, es menor a la considerada normal. Puede también definirse en relación a la duración total de la fase activa del periodo dilatante, cuando excede la duración normal esperada (según edad e IMC).

También se encuentra en la bibliografía como: prolongación, retraso, enlentecimiento, progreso insatisfactorio, progresión inadecuada, dilatante prolongado, etc.

Se considera que tanto nulíparas como múltiparas con o sin epidural deben progresar la dilatación a por lo menos 0.5cm/hora o sea, medio cm por hora (a partir de los 5 cm), lo cual se constata por tacto vaginal a 2 centímetros cada 4 horas (corregida por edad e IMC).

Se dejaría de utilizar el concepto clásico (Friedman) de 1.2 cms/h en nulípara y 1.5 cms/h en múltipara. Ante una falta de progresión de la dilatación se recomienda pasar a manejo activo del trabajo de parto (amniotomía, oxitocina)

Detención de la dilatación: cuando en la fase activa del periodo dilatante no hay ninguna modificación de la dilatación por un periodo igual o mayor a 2 horas. La dilatación continúa igual, en los mismos centímetros por 120 minutos. También se encuentra en la bibliografía como: ausencia de dilatación, detención de la progresión, parto obstruido, parto detenido, parto estacionado o parto estacionario.

Ante una detención de la dilatación se recomienda pasar a manejo activo del trabajo de parto (amniotomía, oxitocina)

Falta de descenso de la presentación: cuando la velocidad de evolución del expulsivo es menor a la considerada normal (en cm y horas y/o por planos de Hodge). Puede también definirse en relación a la duración total del periodo expulsivo, cuando excede la duración normal esperada para cada caso (según sea nulípara, múltipara, con o sin epidural, edad, obesidad).

También se encuentra en la bibliografía como: distocia de expulsión, retraso de descenso, expulsión inadecuada, etc. Ante una falta de descenso de la presentación se recomienda pasar a manejo activo del trabajo de parto (amniotomía, oxitocina) y/o evaluar parto instrumentado.

Detención del descenso en el expulsivo: cuando durante el periodo expulsivo no hay ninguna modificación en el descenso de la presentación (se mantiene en el mismo plano) por un periodo mayor al esperado para el caso (según sea nulípara, múltipara, con o sin epidural, edad, obesidad).

También se encuentra en la bibliografía como: distocia de expulsión, ausencia de descenso, falta de expulsión, parto obstruido, etc. Ante una falta de descenso en el expulsivo se recomienda pasar a manejo activo del trabajo de parto (amniotomía, oxitocina) y/o evaluar parto instrumental.

Inducir el pujo: se refiere a la situación en la cual, ante la falta de sensación espontánea de pujo, se le solicita a la paciente que pujan (debido a que el tiempo previsto para la espera espontánea del mismo, se considera excesivo para el caso). Cuando se agotó el tiempo considerado normal para el expulsivo pasivo, se debe inducir el pujo dando comienzo al expulsivo activo artificialmente.

En nulíparas se indica a las 2 horas de dilatación completa (con o sin epidural) y en las múltiparas luego de una hora de completada la dilatación. -Fase activa del periodo dilatante: de los 5 cm a dilatación completa. Se recomienda no internar antes de los 5-6 cm y evaluar la progresión a partir de los 5 cm.

Expulsivo pasivo: etapa del periodo expulsivo durante el cual la paciente no presenta sensación de pujo o es una sensación leve con pujo fácilmente evitable.

Expulsivo activo: etapa del periodo expulsivo durante el cual la paciente presenta pujo inevitable (no solamente sensación) y puja por reflejo, con gran dificultad para postergarlo.

Características del trabajo de parto normal.

El mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto normal es el conocer su inicio. La definición estricta del trabajo de parto, presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilación demostrable del cuello uterino, no ayuda fácilmente al clínico a determinar cuando en realidad se ha iniciado el trabajo de parto, porque ese diagnóstico se confirma solo en retrospectiva. Se pueden utilizar varios métodos para definir su inicio.

Se cuantifica el principio como la hora a la que se hacen regulares las contracciones dolorosas. Infortunadamente, la actividad uterina que causa molestias pero que no representa un trabajo de parto normal pudiéndose presentar en cualquier momento del embarazo. El falso trabajo de parto suele detenerse de forma espontánea o puede avanzar de forma súbita hasta terminar en el parto. Un segundo método define el inicio del trabajo de parto a partir del ingreso a la unidad de atención, donde se aplicarán criterios posteriores a la revisión y la valoración para determinar el ingreso ya que requerirá las contracciones efectivas más uno de los siguientes criterios:

- 1.- Ruptura de membranas
- 2.- Expulsión del tapón mucoso
- 3.- borramiento completo del cuello uterino.

Cuando una mujer acude con membranas integra, se supone que la dilatación de 3 a 4 centímetros del cuello uterino o mayor constituye un umbral razonablemente confiable para el diagnóstico del trabajo de parto. En este caso, el principio del trabajo de parto corresponde al momento del ingreso hospitalario.

Primer periodo del trabajo de parto.

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico, ¿Cuáles son las expectativas de avance del trabajo de parto normal? Friedman inicio un abordaje científico (1954) al describir un patrón sigmoideo característico del trabajo de parto mediante la graficación de la dilatación del cuello uterino con respecto al tiempo.

Ese abordaje grafico basado en observaciones estadísticas cambio la atención del trabajo de parto. Fiedman creo el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una. Aunque el cuello uterino se dilata poco durante la división preparatoria, sus componentes de tejido conectivo cambian mucho.

La sedación y la analgesia regional son capaces de detener esta parte del trabajo de parto. La división de dilatación, durante la cual la dilatación avanza a su tasa más rápida, no es modificada por la sedación o analgesia regional. La división pélvica se

inicia con fase de desaceleración de la dilatación del cuello uterino. Los mecanismos clásicos de trabajo de parto, que incluyen a los movimientos cardinales fetales en presentación cefálica, encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión y rotación externa, ocurren sobre todo durante la división pélvica del trabajo de parto en la práctica obstetricia actual, rara vez se identifica claramente el inicio de la división pélvica.

El tipo de la dilatación del cuello uterino durante las divisiones preparatoria y de dilatación del trabajo de parto normal corresponde a una curva sigmoidea. Se definen dos fases de la dilatación del cuello uterino. La fase latente corresponde a la división preparatoria y la fase activa, a la de dilatación. Friedman subdividió la fase activa en fase de aceleración, de máxima pendiente, y fase de desaceleración.

Fase latente.

El inicio de la fase latente del trabajo de parto definido por Friedman (1972), corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 centímetros de dilatación, un umbral que puede ser clínicamente útil porque define los límites de la dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo. Friedman y sachtlevén (1963) definieron como fase latente prolongada a aquella mayor de 20 horas en la nulípara y de 14 horas en la múltipara.

Los factores que alteran la duración de la fase latente incluyen sedación excesiva o analgésica epidural; un estado desfavorable del cuello uterino que es grueso, sin borramiento o dilatación; y el falso trabajo de parto. Después de una sedación intensa, 85% de las mujeres avanza hasta el trabajo de parto activo. Otro 15% presenta cese de las contracciones y, por tanto, tenía un trabajo de parto falso.

Finalmente, 5% experimenta persistencia de una fase latente anormal, y requiere estimulación con oxitocina. La amniotomía se desalentó por la incidencia de 10% de falso trabajo de parto. Sokol, informo de una incidencia de 3 a 4 % de prolongación de la fase latente independiente de la paridad. Friedman (1972) informó que la prolongación de la fase latente es benigna.

Este concepto de una fase latente tiene gran importancia para comprensión del trabajo de parto humano normal porque este es mucho más prolongado cuando se incluye la fase latente. Para ilustrar mejor esto se muestran 8 curvas de trabajo de parto de nulípara en quienes se diagnosticó el proceso a partir de su ingreso hospitalario, más que desde el inicio de las contracciones regulares. Cuando se define al trabajo de parto de manera similar, hay una notoria similitud de las curvas individuales.

Trabajo de parto activo

El avance de trabajo de parto en nulípara tiene importancia particular porque esas curvas revelan todo un cambio rápido en la velocidad de la pendiente de la dilatación cervical entre los 3 y 5 CM. Así, se puede considerar de manera confiable que la dilatación del cuello uterino debe a 5 CM o más, en presencia de contracciones

uterinas, es representativa del umbral de trabajo de parto activo. De modo similar, esas curvas proveen útiles guías para la atención del trabajo de parto.

La duración promedio de la fase activa del trabajo de parto en nulípara era de 4.9 horas. La desviación estándar de 3.4 horas es bastante grande. Por tanto, se informó que la fase activa, tenía un máximo estadístico de 11.7 horas. De hecho, las velocidades de dilatación del cuello uterino variaron desde un mínimo de 1.2 hasta 6.8 centímetros por hora.

Friedman (1972) también observó que las multíparas avanzaban algo más rápido en la fase activa del trabajo de parto, con una velocidad mínima de 1.5 cm por hora. En su análisis de la fase activa del trabajo de parto, Friedman describe de manera concomitante las velocidades de descenso fetal y dilatación del cuello uterino.

El descenso se inicia en la última etapa de la dilatación activa, a partir de 7 a 8 CM en nulípara, y se hacen más rápidas después de los 8 CM. Las anomalías de la fase activa del trabajo de parto son bastante frecuentes.

Sokol (1977) informó que 25% de los trabajos de parto en nulípara se complicaban por anomalías de la fase activa, en tanto 15% de las multíparas representaba ese problema. Friedman subdividió los problemas de fase activa en trastornos de retraso y detención. Definió al retraso como una velocidad baja de dilatación o descenso, que para las nulípara era menor de 1.2 CM de dilatación o de 1 cm. de descenso por hora.

Para multíparas, se definió al retraso como la presencia de dilatación menos de 1.5 CM o descenso menor de 2 cm por hora. Definió la detención como un cese completo de la dilatación o el descenso. Se definió a la detención de la dilatación como el transcurrir de 2 horas sin haber cambios cervicales y a la detención del descenso. Se definió a la detención del descenso como el transcurrir de una hora sin observar descenso fetal.

El pronóstico de trastornos de prolongación y detención difirió de modo considerable. Friedman encontró que casi 30% de las mujeres con trastorno de prolongación tenía desproporción céfalo pélvica, en comparación con 45% de aquellas en las que se detectó un trastorno de detención.

Los factores que contribuyen a los trastornos de prolongación y detención fueron sedación excesiva, analgesia vaginal y posición anómala fetal. Friedman recomendó en ambos tipos de trastornos una exploración de feto y pelvis para diagnosticar una desproporción céfalo pélvica. El tratamiento recomendado para los trastornos de prolongación fue expectante, en tanto que se recomendó el uso de oxitocina, para los trastornos de detención, en ausencia de desproporción céfalo pélvico, es notorio que, de las 500 mujeres estudiadas, solo 2% fue objeto de cesárea.

Por tanto, los trastornos de la fase activa en general no son motivo de cesárea. Ese hecho debe tenerse en mente cuando se considera la importancia de diversas anomalías del trabajo de parto descritas por Friedman. Endricks (1970) puso en duda las conclusiones de Friedman acerca de la evolución del trabajo de parto humano normal.

Sus principales diferencias incluyeron:

1.- ausencia de una fase latente

2.- ninguna fase de desaceleración

3.- brevedad del trabajo de parto.

4.- dilatación a velocidades similares después de 4 CM para nulípara y multíparas. Disputaron el concepto de una fase latente por que observaron que el cuello uterino se dilataba y borraba lentamente durante las 4 semanas precedentes al trabajo de parto. Según ellos la "fase latente" en realidad avanzaba durante varias semanas.

La OMS en 2018 define la fase activa del primer periodo del trabajo de parto como la situación en que se constatan contracciones dolorosas y regulares, con un acortamiento importante del cuello cervical, con dilatación igual o mayor a los 5 centímetros, tanto en nulíparas como en embarazos sucesivos.

Es importante aclarar que tradicional y académicamente se consideran 4cms, pero para el manejo práctico actualmente se adopta el criterio de la OMS de 5 cm. La progresión de la dilatación normal, a partir de los 5 cm, es = o > a 0,5 cm/h; (medio centímetro por hora; 2 cm cada 4 horas).

La fase activa del primer periodo del trabajo de parto (de 5 a 10 cm.) generalmente no debería durar más de 12 horas en la nulípara ni más de 10 hs. en los partos subsecuentes.

De todos modos, la decisión de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración.

La curva de progresión del trabajo de parto descrita por Friedman en 1955 y en 1978, fue revisada y modificada por Zhang en el 2002, incluyendo nulíparas con fetos de término en cefálica, conducción con oxitocina y la mitad bajo analgesia epidural, por lo cual la diferencia entre la curva de Zhang y la curva de Friedman fue notable. El tiempo promedio para llegar de 4 a 10 centímetros fue de 5 horas y media. Es por eso que consideramos que la velocidad de progresión de la dilatación normal, es de 0,5cm/h, debiendo tomar en cuenta la edad materna y el IMC.

Los embarazos con edad materna avanzada presentan mayores complicaciones. Por cada 5 años de edad se estima un enlentecimiento de media hora en el Trabajo de parto, probablemente por disminución de la fuerza de contractilidad uterina asociada a la edad.

En las embarazadas con IMC menor a 25, la duración promedio del dilatante es de 5 horas y media en nulíparas y de 4 horas y media en primíparas. El índice de masa corporal al inicio del embarazo, es directamente proporcional a la duración del Tiempo de traho de parto (a mayor IMC, mayor duración del TdP), cuando el IMC es mayor a 30 la fase activa del primer periodo del traho de parto dura una hora más que cuando es menor a 25.

Se debe ajustar la progresión del traho de parto para considerarlo anormal, según el IMC. Generalmente la primera evaluación del traho de parto se realiza en el consultorio. En base al riesgo y al periodo del traho de parto, puede internarse en la sala (fase latente) o en el centro obstétrico (fase activa) y luego se reevalúa.

Si el monitoreo electrónico fetal es reactivo, la embarazada es de bajo riesgo y no presenta circunstancias especiales, se recomienda esperar a los 5cm o 6 cm para internarla, auscultándola y controlándola cada media hora, en forma ambulatoria con un acompañante). Algunas embarazadas en la fase latente pueden tener motivos para internarse, pero en general se prefiere aguardar a la fase activa para internar (5-6 cm).

La descripción del estado del cuello uterino en la historia clínica debe incluir posición, consistencia, longitud (cm) y dilatación (cm). En general la intención es que cuando una embarazada de bajo riesgo (cefálica de término sin factores de riesgo ni patologías) consulta a guardia externa por dinámica uterina regular, si presenta dilatación, pero menor de 5 centímetros con monitoreo fetal reactivo, se considere la posibilidad de reevaluarla (tactarla nuevamente) en dos horas, auscultándola cada media hora en forma ambulatoria con acompañante e internarla en sala de dilatante (observaciones) cuando llega a 5 o 6 centímetros.

Si presenta situaciones especiales, se la interna en sala general o dilatante, según motivo de internación y criterio del profesional a cargo. En sala de dilatante (observaciones) se realizan los controles y manejos descritos más adelante (ver partograma), que incluye el tacto vaginal cada 4 horas. En términos generales, el cuadro puede continuar en bajo riesgo, puede pasar a alto riesgo o puede presentar una falta de progresión (menos de 0.5cm/h) o detención, pasando a manejo activo.

En los casos en que se llega con bajo riesgo al expulsivo, se tacta cada hora y se ausculta cada 5 min y/o post contracción, pasando a sala de partos (con tiempo) para colocar la vía intra venosa, inducir el pujo cuando corresponda, detectar y manejar anomalías y/o indicar manejo activo con parto instrumental si se presenta una falta de descenso o detención del expulsivo.

Segundo periodo del trabajo de parto.

Se inicia cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. La duración promedio es de casi 50 minutos para nulípara y 20 minutos para multíparas, pero puede ser muy variable, en una mujer de mayor paridad con dilatación previa de vagina y perineo pueden ser suficientes dos o tres esfuerzos expulsivos después de la dilatación completa del cuello uterino para concluir el nacimiento.

Por el contrario, en una mujer con contracción pélvica o un feto grande, o con esfuerzos de expulsión alterados por analgesia regional o sedación previa, el segundo periodo puede ser anormalmente prolongado.

Tercer periodo del trabajo de parto duración del trabajo de parto

El conocimiento de la duración normal del trabajo de parto humano puede verse obstaculizado por las muchas variables clínicas que modifican la conducta durante el trabajo de parto en unidades modernas de obstetricia. Kilpatrick y Iaros (1989) comunicaron que la duración promedio del primero y segundo periodos del trabajo de parto era casi 9 horas en nulípara sin analgesia regional y que el límite superior era de 18.5 horas correspondiente al percentil 95. Los tiempos correspondientes para multíparas fueron en promedio de casi 6 horas, con un máximo de 13,5 horas correspondiente al percentil 95.

Durante el parto, cualquiera que sea la presentación y posición del feto, para que este pueda atravesar el canal, la presentación siempre tendrá que ajustar sus diámetros mayores a los más amplios que tenga la pelvis en cada uno de sus planos, hasta salir al exterior, ello provocará, en todos los partos, que la presentación gire para ir adaptándose a este principio.

En un 95 % de los partos la presentación fetal es cefálica y la actitud de la misma flexionada más o menos completamente, es la conocida presentación de vértice u occipucio, circunstancia en la que el punto guía es la fontanela menor o lambdaidea y los menores diámetros cefálicos que se podrán presentar son el suboccipitobregmático, en sentido anteroposterior o sagital, y el biparietal en sentido transversal.

La progresión del feto en el canal del parto es un fenómeno continuo pero, por razones pedagógicas, lo dividiremos en una serie de tiempos sucesivos, aunque en la realidad a veces son parcialmente simultáneos, que pretenden facilitar el proceso.

Recomendaciones por la OMS

Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el

alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto.

De acuerdo a las evaluaciones de los criterios de GRADE, los cuales informaron la dirección y, en algunos casos, el contexto específico de la recomendación, el GDG clasificó cada recomendación en una de las siguientes categorías que se definen a continuación:

Recomendado: esta categoría indica que la intervención u opción se deberían implementar.

No recomendado: esta categoría indica que la intervención u opción no se deberían implementar.

Recomendado solo en contextos específicos: esta categoría indica que la intervención u opción se aplica solo a la condición, entorno o población que se especifican en la recomendación, y se deberían implementar en estos contextos únicamente.

Recomendado solo en el contexto de investigaciones rigurosas: esta categoría indica que existen dudas importantes con respecto a la intervención u opción. En estos casos, la implementación se puede llevar a cabo a gran escala, siempre y cuando adopte en forma de investigación capaz de abordar las preguntas y dudas sin respuesta relacionadas tanto con la efectividad de la intervención u opción como con su aceptabilidad y viabilidad.

Con el fin de garantizar que cada recomendación se entienda y se aplique correctamente en la práctica, los expertos participantes incluyeron observaciones adicionales en los casos en los que fue necesario. En los casos en los que el GDG recomendó una intervención u opción en contextos específicos o solos en el contexto de la investigación rigurosa, se incluyeron más detalles sobre el contexto particular y sobre los asuntos clave que deben evaluarse, respectivamente. Los usuarios de la directriz deben consultar estas observaciones, las cuales se encuentran directamente a continuación de cada recomendación en la versión completa de la directriz. Las recomendaciones sobre los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva se resumen en la tabla debajo.

Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto – se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendación específica en función del contexto
Período de dilatación		
Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación	Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación. La fase latente del periodo de dilatación es un periodo que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de dilatación hasta 5 cm, para los primeros trabajos de parto. El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.	Recomendado
Duración del período de dilatación	Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.	Recomendado
Progreso del período de dilatación	Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.	No recomendado

	<p>Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.</p> <p>Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.</p>	<p>No recomendado</p> <p>No recomendado</p>
Política de ingreso en la sala de parto	Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	No se recomienda la cardiografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso de la mujer embarazada sana que presente trabajo de parto espontáneo. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinar para evaluar el bienestar del feto al ingreso de la sala de partos.	<p>No recomendado</p> <p>Recomendado</p>
Rasurado púbico o perineal	No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.	No recomendado
Enema en el ingreso	No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	No recomendado
Tacto vaginal	Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para	Los opioides de administración parenteral, como fenatilo, diamorfina y	Recomendado

el alivio del dolor	petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	No recomendado
Líquido y alimentos por vía oral	Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo	Recomendado
Limpieza vaginal	No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones.	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto	No recomendado
Amniotomía de rutina	No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto.	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitócina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.	No recomendado
Antiespasmódicos	No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto.	No recomendado
Periodo expulsivo		
Definición y duración del período expulsivo	Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo. El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.	Recomendado
Posición para	Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción	Recomendado

dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal	En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendado
Política para la episiotomía	No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Presión del fondo uterino	No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Alumbramiento.		
Uterotónicos profilácticos	Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia post parto (HPP) durante el alumbramiento.	Recomendado
	La oxitócina (10 UL,IM/IV) es el medicamento uterotónicos recomendado para prevenir la hemorragia post parto.	Recomendado
	Para los entornos donde la oxitocina no está disponible se recomienda el uso de otros uterotónicos (ergometrina o misoprostol)	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.	Recomendado
Masaje uterino	No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.	No recomendado
Atención del Recién Nacido		
Aspiración nasal u oral de rutina	En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.	No recomendado
Contacto piel con piel	Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.	Recomendado
Lactancia	Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea	Recomendado

	posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.	
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia).	Recomendado
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.	Recomendado
Atención de la Mujer tras el nacimiento		
Evaluación del tono muscular del útero	Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicación	No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía.	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicación	Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.	Recomendado

(Salud), 2017)

Posición en el trabajo de parto

Se considera inicio del segundo periodo del trabajo de parto cuando la paciente se encuentre con 10 centímetros de dilatación, o dilatación completa. Pasar a la paciente a la sala de expulsión cuando se encuentre en el segundo periodo del trabajo de parto.

Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre, cuando no exista contraindicación y que el personal que brinda Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo y quien brinde atención esté capacitado en ese tipo de posición, al igual que la unidad debe contar con la infraestructura.

La Secretaría de Salud contempla la atención del parto en diferentes posiciones, para lo cual, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud (CENETEC) se diseñaron mesas y bancos ergonómicos para ese fin. Por lo que, de contar con el recurso, se podrá ofrecer a la embarazada la opción en caso de que lo solicite. Debido a que no todas las unidades cuentan con la infraestructura requerida, es importante promover su adecuación y ofrecer la atención del parto en posición vertical, de manera gradual.

El parto es un proceso largo y laborioso, donde es importante que por medio de la actitud positiva y confianza que se le brinde a la paciente favorecerá el progreso del trabajo de parto.

El periodo de dilatación comienza cuando las contracciones son regulares (2-3 contracciones cada 10 minutos) y el cuello del útero está borrado y dilatado 2-3 centímetros. Termina cuando se alcanza la dilatación completa (10 centímetros).

El periodo expulsivo se inicia cuando la dilatación es completa y finaliza con el nacimiento del bebé.

Durante el trabajo de parto, se suele realizar un registro continuo de la frecuencia cardiaca del bebé y de la dinámica uterina (contracciones). Mediante exploraciones vaginales seriadas se valora el progreso del parto.

Si el personal de salud no lo contraindica, es conveniente que durante el trabajo de parto adopte la posición que le resulte más conveniente y favorable, así como de no ser la adecuada pueda modificar la postura de forma frecuente sin que ponga en riesgo su integridad.

- **Sentada.** En un sillón, en una pelota... Puede aliviarte el dolor de la parte baja de la espalda.
- **Cuadrúpeda** (a 4 patas). Permite aplicar calor y dar masaje en la zona lumbar para aliviarte las molestias.
- **En cuclillas.** Utiliza esta posición durante breves periodos de tiempo puesto que es más cansada.

- **De rodillas.** En el suelo o en la cama, con la posibilidad de reposar los brazos sobre tu pareja o sobre almohadas.
- **De pie.** Caminar o mover las caderas puede ayudar a sobrellevar el dolor y favorecer al avance del parto.
- **Tumbada de lado.** Es la postura más idónea si deseas permanecer acostada, ya que reduce la intensidad de las contracciones y no comprime los grandes vasos sanguíneos.

En caso de utilizar **analgésia epidural**, la movilidad se encuentra reducida y es posible que no puedas adoptar algunas de las posturas sugeridas. No olvides que la matrona o el obstetra te orientarán en cada momento sobre las posiciones más convenientes y resolverán tus dudas. **Aurora Fernández Cañadas. Matrona**

La Secretaría de Salud ha impulsado la acreditación de unidades que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). La Cédula de Acreditación de Unidades de Primer Nivel. Centros de Salud en Zonas Indígenas, cuenta con diversos indicadores de carácter intercultural que pretenden contribuir a la mejora del trato a población indígena y disminuir barreras culturales en la atención médica.

Uno de dichos indicadores (No. B 290) es el de “Respeto a la decisión del parto vertical y acompañamiento de la partera y familiar”. Esto implica que las Unidades de Salud adscritas al Seguro Popular en Zonas Indígenas, deberán incorporar dichos elementos para mejorar el trato intercultural y favorecer las condiciones de acceso a los servicios y con ello la satisfacción de las usuarias.

El estado de Veracruz, ha incorporado en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el concepto de “Violencia Obstétrica”, como un tipo de violencia contra las mujeres. En el artículo 7, fracción VI, define como “violencia obstétrica”, la “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

“Colaboración Cochrane” elaboró en 2003 un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto, que incluyó 19 estudios con 5764 participantes.

Este estudio refiere que en muchas de las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, entre otras

variantes. En las sociedades occidentales, en cambio los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre la espalda, algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos.

La revisión de los ensayos clínicos demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto en esta última posición, éste fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y un mayor número de mujeres a las que se les realizó incisiones en el canal del parto. Sin embargo, hubo menos pérdidas sanguíneas.

El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical, con la posible excepción de una mayor pérdida de sangre, no se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la madre o el feto, por lo que concluyen en que se debe estimular a las mujeres a que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales.

El parto en posición de Decúbito dorsal (litotomía) La historia de la medicina revela que en Europa, Africa, Asia y América, los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical, como un fenómeno natural. En Europa durante la edad media, el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, donde se les llamó comadronas.

Sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento (formados por varones) y la persecución de muchas parteras experimentadas acusadas de brujería, cambió esta situación. Al ser asimilada la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto, a ser considerado como una enfermedad que requería ser atendida por los médicos, y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama, y más tarde en el hospital.

El parto horizontal en la cama matrimonial es consecuente con la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo al accionar del médico. Todavía existen en Europa en diversos museos, modelos e ilustraciones que muestran el diseño de las sillas que se usaban para los partos durante la edad media y el renacimiento, así como el momento en que el cuerpo médico sustituyó a las comadronas y comenzaron a ocuparse de los partos.

A partir de entonces las mujeres abandonaron la silla y acataron el criterio de los profesionales que actuaban con más comodidad si la parturienta estaba acostada. En aquellas épocas, quien recibía al bebé debía arrodillarse delante de la mujer; no era una posición cómoda para introducir las técnicas que los médicos proponían, ni resultaba psicológicamente aceptable estar arrodillado a los pies de una mujer que está pariendo.

Históricamente fueron importantes los escritos del médico francés François Mauriceau, quién argumentó en el siglo XVII, sobre la posición horizontal supina con la parturienta acostada en la cama, para facilitar la exploración y la asistencia obstétrica con la utilización de los fórceps.

Ventajas de la posición horizontal:

- Favorece la comodidad del médico en la atención del parto, la cual es importante para su óptimo desempeño. Algunas posiciones tradicionales verticales son realmente incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas o con sobrepeso (el caso de muchos médicos).
- Favorece la revisión médica.
- Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

Desventajas de la posición horizontal:

- Efectos respiratorios. La posición horizontal de la madre favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.
- Efecto Poseiro. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs), útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves.

Se disminuye el gasto cardíaco y se depleta la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural).

Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la paciente.

Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga.

Con ello se producen una cascada de efectos muy peligrosos que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdica.

- Efectos mecánicos.

La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores.

La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como "peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final.

También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.

- Efectos fisiológicos.

La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

- Efectos psicológicos.

Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior.

Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. Muchas mujeres refieren que se sienten tratadas como si fuesen niñas, desvalorizadas (no se toma en cuenta lo que ellas sienten y solicitan) y humilladas (de acuerdo a cada cultura estar en esa posición frente a terceros puede resultar muy humillante).

En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño (elementos generalmente no tomados en cuenta en la formación de los gineco-obstetras).

- Aumento en el índice de cesáreas.

El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no colaboración de la madre, son

condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.

El parto en posición vertical La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal. Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser:

- Sentada (Pueden utilizar silla o banqueta obstétrica)
- Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical)
- De rodillas.
- En cuclillas.

Una versión es pegando los talones a los glúteos, con el peso hacia atrás (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto o una persona para sostener la espalda).

Otra es con los talones levantados y las pompas más arriba, sostenida en una barra, parada (Sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca o cuerda).

Históricamente las diferentes variedades de posiciones verticales han sido utilizadas por las culturas de todo el mundo. Existen referencias históricas en Australia, Turquía, India, África, Europa, Mesoamérica y Sudamérica. La explicación es que es una posición natural, en la que la mujer siente confort y beneficios para el trabajo de parto y periodo expulsivo. Como los partos en su mayoría han sido atendidos por mujeres que a su vez han podido experimentar los partos en carne propia, éstas aplican lo que han comprendido como mejor para ellas.

La posición de cuclillas, utilizada en muchas regiones de Asia, África y en América en la atención del parto, coincide con la postura en la que las personas habitualmente trabajan y descansan en dichas regiones. La posición de sentadillas o en cuclillas profunda es muy similar a la posición habitual de descanso del chimpancé y es posible que la mayoría de los seres humanos hubieran adoptado la posición en cuclillas en alguna etapa de sus vidas si el cambio de costumbres culturales no los hubiera adiestrado para adoptar otras posturas.

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural¹³. Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales.

Este movimiento es llamado en Argentina y España por un “parto humanizado”; en Chile, por la “dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”. Argentina cuenta ya con una ley sobre los derechos de los padres y de la persona recién nacida¹⁴, y Venezuela cuenta en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia¹⁵, un artículo destinado a la violencia obstétrica que incluye la imposición de la posición de litotomía. Hace casi una década se formó la “Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento”, con la participación de agrupaciones de más de 20 países. Las evidencias científicas y la presión social en Europa y otras partes del mundo, inclinaron a la OMS a pronunciarse por permitir y estimular el parto humanizado con posiciones verticales.

También por facilitar a la mujer tomar decisiones acerca de su cuidado, el acompañamiento de una persona si lo requiere, así como el que los servicios requieren ser sensibles a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias, respetando su privacidad y dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.

Ventajas de la posición vertical:

- Efectos respiratorios: El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.

Esta postura también favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis (“ángulo de dirección”). Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida.

El bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo.

Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transversal.

El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje (“dive angle”) sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

- Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Antiguamente se los llamaba custodes virginitates, custodios de la virginidad, puesto que en el medioevo se sostenía que ante el riesgo de una violación, si una mujer cruzaba fuertemente los muslos (donde se encuentran los abductores) no podría ser penetrada.

Esta musculatura no tiene a su cargo impedir violaciones, sino colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.

- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supino-hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias iliacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal.

Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitócina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.

- Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
- La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente.

La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.

- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulacion y la posición vertical.

- Se proporcionan beneficios psicoefectivos importantes a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.
- Cuando el cuerpo se encuentra en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas naturales. De este modo la vagina adquiere identidad propia, como canal expulsivo, y se diferencia de la vagina en coito como receptáculo activo del pene.

Desventajas de la posición vertical:

- Aumenta el riesgo de pérdida de sangre.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para los médicos. Sin embargo, existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico, se pueden encontrar cómodos.
- La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres occidentales que ya no se acuclillan para defecar. Sin embargo, existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar.

En nuestro país según estimaciones de CONAPO22, se calcula la población indígena para el año 2005 en 13,433,160 habitantes, lo cual corresponde a 12.21% de la población. Oficialmente se identifican 62 grupos indígenas, una de las mayores diversidades en América Latina.

Estos pueblos cuentan con una cosmovisión y comprensión de la salud-enfermedad muy diferente al de nuestro modelo convencional. Como elementos sustanciales de esta cosmovisión podemos apreciar que la salud y la enfermedad se consideran como situaciones de equilibrio o desequilibrio que se manifiestan en estados fríos o calientes.

Todo lo que sucede en el planeta Tierra y el cosmos se puede clasificar también como frío y caliente, y su interacción con el ser humano puede favorecer su salud o condicionar desequilibrio y enfermedad, alterar las reglas de armonía entre los seres humanos, la naturaleza, el cosmos y las divinidades, también puede ocasionar desequilibrios que lo pueden afectar a él, a su familia o a la comunidad.

Los servicios de salud, específicamente los hospitales, se consideran como una oportunidad para atender enfermedades varias y específicamente las complicaciones del parto. Sin embargo, aunque parezca contradictorio, desde la percepción y cosmovisión indígena, la misma clínica u hospital, en muchas ocasiones también se valora como un lugar con riesgos importantes a la salud.

Específicamente con respecto al parto se señala:

- “Que la sala de expulsión es “fría” y puede producir “frialdad” a la madre e inhibir con ello las contracciones que son “calientes”;
- Que se le da de alta antes de cumplir los primeros tres días después del parto en que todavía se encuentra en estado “caliente” con lo que se puede “desequilibrar” y enfermar;
- Que se le prohíben a la usuaria sus elementos de protección para que no le “roben” el calor a ella y a su hijo, con lo que se pueden enfermar; que maltratan y humillan a la mujer produciendo “derrame de bilis” que la puede enfermar a ella y al bebé a través de la leche,
- Y específicamente con la posición del parto con la mujer acostada, señalan que esto dificulta la “bajada del niño”, las contracciones, pujar y aumenta los dolores”.

Estos elementos son considerados por nosotros como “barreras culturales” que dificultan (o alejan) a los usuarios indígenas de los servicios, que se originan en el marco normativo para la definición planes, programas, espacios físicos y en la formación del personal de salud, por otra parte estamos convencidos de que disminuir o erradicarlas favorece la “amigabilidad cultural”. Entendemos por amigabilidad cultural la adaptación de los servicios a la cultura y necesidades de los usuarios, en la que éstos se sientan cómodos y satisfechos.

Para que un servicio de salud sea “amigable culturalmente”, requiere forzosamente de competencia cultural. Por ella entendemos la habilidad y capacidad de las personas e instituciones (en este caso de salud) para interactuar y negociar la forma y el tipo de servicios que se ofrecen con y para grupos culturalmente diversos.

Ser “culturalmente competente” se refiere a la capacidad del personal de los servicios de salud para fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios de los servicios, promoviendo para sí mismo y para los usuarios de los servicios actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Las instituciones culturalmente competentes poseen la capacidad para interactuar y negociar eficazmente con grupos culturalmente diferenciados. La competencia cultural acentúa las ventajas de la diversidad cultural, celebra las contribuciones de cada cultura, anima los resultados positivos de obrar recíprocamente y apoya compartir las responsabilidades y oportunidades. La competencia cultural en las instituciones de salud, pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud, promoviendo:

- La escucha de los usuarios desde su manera de percibir el mundo.
- La indagación y atención de sus expectativas.
- La comprensión de sus códigos culturales.
- La modificación de procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de los usuarios desde su cultura.
- La sensibilización y capacitación intercultural, promoviendo el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes.
- La detección y eliminación de las barreras culturales existentes La atención del parto en posición vertical, además de ofrecer ventajas fisiológicas, es ahora un elemento de competencia cultural que puede disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud. Población formada por mujeres que pueden presentar riesgos y complicaciones, cuyo rechazo o alejamiento de los servicios puede significar su muerte.

Aplicaciones

El parto en posición vertical se puede realizar en diferentes posiciones y niveles de tecnificación, de acuerdo a las necesidades culturales y posibilidades técnicas. Describiremos algunas que se pueden practicar en unidades de salud en conjunto con las parteras, y otras para centros de salud y hospitales en atención por personal médico.

En cuclillas. Se puede realizar con apoyo de otra persona en la espalda. En algunas culturas del mundo es utilizada por la madre para auto atenderse del parto.

Parada:

Se puede utilizar desde una cuerda, una rama de un árbol, una hamaca, hasta una barra de metal inoxidable. Demostración de parto en posición parada utilizando una cuerda. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales en Jesús María, Nayarit, 12 y 13 de julio de 2006.

Área para la atención del parto en posición parada. Hospital Integral de Cuetzálan, Puebla. Partera maya demostrando la atención del parto parada por atrás, sosteniéndose la mujer en una hamaca. También la misma posición puede realizarse sosteniéndose en el cuello del marido, quien la abraza debajo de las axilas.

Posición Hincada.

Se acompaña en muchas ocasiones con sostén en la espalda de un acompañante y de un punto de apoyo para agarrarse y facilitar el pujo. Posición Sentada. Se utilizan una serie de elementos para facilitar que la mujer se siente. En varios estados se utiliza un banquito bajo.

En Nayarit utilizan una piedra con forma triangular para “que la fuerza se valla para adelante y no para atrás”, con lo cual las parteras refieren que la mujer no se defeca y el pujo es más efectivo. Es común incorporar elementos para facilitar un punto de apoyo para que se puedan agarrar y pujar. Existen diferentes modelos de bancos obstétricos para facilitar esta posición en unidades de salud.

Momento para hospitalización a la paciente embarazada con trabajo de parto fase activa

Deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presente:

- Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos
- Dolor abdominal en hipogastrio
- Cambios cervicales (borramiento cervical de > 50% a 80% y dilatación \geq de 4 cm).
- Vigilancia y manejo del trabajo de Cuando la paciente se ingresa durante la primera etapa del trabajo de parto el obstetra o personal de salud calificado deberán realizar y documentar en el expediente médico para tender pacientes en trabajo de parto, lo siguiente:
- Diagnóstico a su ingreso, con plan de manejo, hojas de consentimiento informado en su hospitalización, incluir en su expediente partograma, vigilancia estrecha de actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical, perdidas de líquido corporales vaginales, información de métodos para control del dolor, así como información a la paciente de condiciones clínicas en las que se encuentran y su plan de atención, y cuando la paciente esté en condiciones de pasarla a la sala de expulsión.

Es recomendable que las mujeres con embarazo normal que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas en fase latente para evitar intervenciones innecesarias (cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento. Informar a las pacientes y a su familiar las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como:

- Sangrado transvaginal
- Dolor
- Contracciones uterinas
- Cefalea, acufenos y fosfenos.

- Edema de cara y manos
- Salida de líquido transvaginal
- Disminución de movimientos fetales

El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando:

- Estado clínico de la paciente (inquieta o gran ansiedad)
- Accesibilidad de unidades de atención obstétrica (domicilio distante de la unidad de atención)

Atención a la mujer en fase activa de del trabajo de parto (calidez, acompañamiento y líquidos orales y parenterales)

Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente apreciadas por las mujeres. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto.

Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento:

- Salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos
- Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada
- Evite usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente
- Asegúrese de preguntarle sus expectativas acerca del desarrollo del nacimiento de su bebé
- Ofrezca información a la paciente y a sus acompañantes de manera comprensible y pertinente
- Informe a la paciente los procedimientos que está realizando

- Respete la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales
- Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer
- Brinde un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido
- Evite la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo
- Disipe ideas erróneas y muestre, en todo momento, apoyo, comprensión, respeto y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto
- Obtenga el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen

Si propone una exploración con fines docentes o si esta será repetida por profesionales en formación, explique a la paciente y solicite su permiso. Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible.

Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos, pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto. No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo debido a que no existe fuerte evidencia sobre el beneficio de su uso; se debe evitar además el uso de soluciones glucosadas ya que pueden poner en riesgo a la madre y el recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias.

Conducción del trabajo de parto indicaciones para conducción de trabajo de parto

Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas. Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía, oxitócicos. La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 mili-unidades por minuto.

La oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 mili-unidades por 1 ml; se recomienda iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 mili-unidades). La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto.

La oxitocina (del griego ὄξύς oxys "rápido" y τόκος tokos "nacimiento") es una hormona producida por los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo desde donde es transportada a través de los axones neuronales hipotalámicos hasta la neurohipófisis o hipófisis posterior. Ahí se almacena y a través del torrente sanguíneo es transportada hacia diferentes partes del cuerpo para ejercer su función, actuando en cierta manera, como un neurotransmisor.

La oxitocina (OT) es un péptido de nueve aminoácidos (nonapéptido), tiene una masa molecular de 1007 Dalton y se mide en Unidades Internacionales (UI). Una unidad internacional de oxitocina equivale a unos 2 microgramos de péptido puro.

Es una hormona cuyas funciones principales radican en conducir el parto, producir la eyección láctea y establecer relaciones afectivas. Sus receptores se hallan principalmente en útero y glándula mamaria, pero también existen en el cerebro, lo cual la relaciona directamente con la conducta maternal.

El número de receptores aumenta progresivamente durante la gestación aumentando considerablemente la sensibilidad del miometrio a la oxitocina; además, también contribuye a elevar su número el aumento de estrógenos y la disminución de prolactina que se produce poco antes de iniciarse el parto.

Se libera mediante un flujo discontinuo, pulsátil y creciente durante el parto fisiológico, estableciendo un mecanismo de feedback entre útero e hipófisis y alcanza los valores máximos en el cerebro materno en la hora que sigue al parto. En las mujeres, la oxitocina es liberada en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto (conocido como Reflejo de Ferguson) y en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando el parto y la lactancia

ACCIONES PERIFÉRICAS (HORMONALES)

- Contracción uterina: como motor del parto la oxitocina provoca la liberación de calcio desde las reservas intracelulares del músculo liso, lo que conduce a la contracción del miometrio, imprescindible para la dilatación cervical previa al parto, expulsión fetal y control del sangrado tras el alumbramiento.
- Lactancia: la oxitocina en las glándulas mamarias actúa como lactopoyético. Produce la contracción de las células mioepiteliales mamarias, tanto de los alveolos como de los conductos galactóforos, promoviendo el vaciamiento alveolar y la eyección de leche.

La secreción de oxitocina a este nivel se regula mediante un arco reflejo con la estimulación táctil del pezón (por succión o manipulación) y la estimulación psicológica del neonato. La sensación de la succión del bebé en el pezón se transmite por nervios espinales al hipotálamo e induce a las neuronas productoras a fabricar oxitocina disparando los potenciales de acción en ráfagas intermitentes; estas ráfagas resultan en la secreción de pulsos de oxitocina desde las terminales nerviosas neurosecretoras de la hipófisis mediante un mecanismo local de retroalimentación positiva.

- Respuesta sexual: facilita conductas de vinculación entre sujetos. Los niveles de oxitocina aumentan durante la excitación y el orgasmo tanto en hombres como en mujeres. Su función está asociada con el contacto y el orgasmo. Actúa sobre el tejido eréctil del pene y se cree que puede estar relacionada con la eyaculación. De igual manera, media en el orgasmo femenino actuando en los cuerpos cavernosos del clítoris. La contracción muscular genital facilita el transporte del espermatozoides y el óvulo.
- Debido a su similitud con la vasopresina, también llamada hormona antidiurética (ADH), puede reducir ligeramente la excreción de orina. La oxitocina puede estimular la excreción de sodio (natriuresis) y a dosis altas pueden dar lugar a hiponatremia.
- Modulación de la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal. La oxitocina (debido a su similitud con la vasopresina) inhibe indirectamente la liberación de hormona adrenocorticotropa y de cortisol y, en estas situaciones, puede considerarse un antagonista de la vasopresina.

ACCIONES DE LA OXITOCINA EN CEREBRO

La oxitocina también ejerce funciones como neuromodulador en el sistema nervioso central interviniendo en comportamientos sociales, sentimentales, conducta sexual, conducta parental, apego materno infantil, memoria social y reconocimiento.

- Lazos maternos. La oxitocina tiene un papel fundamental en el establecimiento de la relación materno/paterno-filial y el apego. El aumento fisiológico de OT en el cerebro materno tras el parto, produce en la madre sensaciones de euforia, sueño más ligero y aumento del umbral del dolor, así como un incremento de la sensación de cariño hacia su hijo y disminución de la sensación de estrés mediante reducción, entre otros, de los valores de cortisol. Los niveles de esta hormona se encuentran más aumentados en las mujeres que mantienen a sus hijos en contacto piel con piel, y asimismo, se producen picos de concentración de oxitocina en relación a los períodos de amamantamiento.
- Aumento de confianza y reducción del miedo social.
- Acción sobre la generosidad y aumento de la empatía en las relaciones sociales.
- Preparación de las neuronas fetales para el parto. Cruzando la placenta, la oxitocina materna llega al cerebro fetal e induce un cambio en la acción del neurotransmisor GABA de excitador a inhibidor en las neuronas corticales fetales. Esto silencia al cerebro fetal durante el proceso del parto y reduce su vulnerabilidad a la hipoxia
- Algunas funciones de aprendizaje y memoria se ven disminuidas por la administración central de oxitocina.

Oxitocina exógena

En 1953 se descubrió que la oxitocina era un péptido corto que contenía 9 residuos de aminoácidos, con un puente disulfuro entre dos mitades de cisteína en posición 1 y 6. Por la síntesis de esta hormona Du Vigneaud recibió en 1955 el premio Nobel y desde entonces se cuenta en obstetricia con oxitocina sintética altamente purificada.

La oxitocina sintética usualmente comercializada en España bajo el nombre de syntocinon®, es el fármaco más comúnmente usado para inducir o aumentar las contracciones de parto y para prevenir la hemorragia posparto o incrementar el tono uterino en caso de que se produzca. Se comercializa como medicamento y se destruye en el tracto gastrointestinal, y por tanto debe administrarse en forma de inyección o como un spray nasal. En plasma tiene una vida media muy corta, entre 3 y 5 minutos, lo cual ha permitido regular la dosis que se administra y, en casos de hiperestimulación, hipertonía o bradicardia fetal, retirar rápidamente la perfusión. Se metaboliza y excreta en hígado y riñón principalmente (70%).

Reacciones Adversas potenciales.

La oxitocina está considerada como relativamente segura usada a las dosis recomendadas. Los posibles efectos secundarios más conocidos incluyen:

- Sistema Nervioso Central: hemorragia subaracnoidea, crisis epilépticas.
- Sistema cardiovascular: taquicardia, hipertensión arterial, aumento del retorno venoso sistémico, aumento de carga cardíaca y arritmias.
- Genitourinario: problemas de flujo sanguíneo uterino, hematoma pélvico, contracciones uterinas tetánicas, ruptura uterina, hemorragia posparto.
- La administración intravenosa directa sin supervisión profesional de la oxitocina está asociada a hipertonía uterina, rotura uterina, retención placentaria.

Si bien los efectos mecánicos de OT en el útero están bien estudiados, poco se sabe acerca de si afecta el desarrollo neurológico fetal. Estudios recientes dentro del campo de la neurociencia y neurobiología están sacando a la luz efectos de la oxitocina poco conocidos. Se ha descrito durante mucho tiempo que la oxitocina exógena administrada de forma intravenosa no puede entrar al cerebro en cantidades significativas debido a la imposibilidad de cruzar la barrera hematoencefálica, sin embargo, esta suposición ha pasado a ser cuestionada.

Estudios conductuales indican que la oxitocina circulante podría entrar directamente en el cerebro posterior o actuar sobre el nervio vago, y un estudio en primates no humanos indica que la oxitocina en concentraciones suprafisiológicas que se administra por vía intravenosa o intranasal ingresa al líquido cefalorraquídeo (LCR).

Diversas manipulaciones en el período perinatal pueden alterar el escenario neurohormonal fisiológico tanto de la madre como del bebé, sin que sean bien conocidas las implicaciones de estas manipulaciones. En la parte de los resultados de la presente revisión se amplía la información al respecto.

Modo de Administración

La oxitocina exógena se usa ampliamente en obstetricia durante todas las fases del parto, desde su inducción, fase prodrómica, período de dilatación y expulsivo así como en el alumbramiento y puerperio inmediato incrementando la actividad eléctrica y contráctil del miometrio. Las recomendaciones de infusión varían según los protocolos de cada Unidad Asistencial.

Se comienza preparando una dilución de 5U de oxitocina (Syntocinon®) en 500 ml o 10 UI en 1000 ml de solución salina o Ringer Lactato con el fin de conseguir una concentración final de 10 mUI/ml administrándose siempre con bomba de infusión para permitir una dosificación precisa y evitar la administración de bolus inadvertidos

La técnica Cardiff consiste en iniciar la perfusión con dosis mínimas que no superen los 1-2 mUI/min, para ir aumentando la dosis progresivamente cada 20 minutos hasta alcanzar la una dinámica de parto que el profesional considere adecuada (3-4 contracciones cada 10 min).

Se requieren 20-30 minutos para alcanzar una concentración plasmática estable, motivo por el cual la dosis se puede aumentar tras este intervalo. La respuesta depende mucho de la sensibilidad miometrial, por lo se empleará la dosis mínima eficaz con la que se consiga una correcta dinámica uterina y una progresión adecuada del parto, con un patrón de frecuencia cardiaca fetal tranquilizador.

La dosis eficaz puede conseguirse doblando la dosis o con aumentos de 1-2 mUI/min, dependiendo del protocolo establecido, hasta un máximo de 30 mUI/min (180 ml/h) y no superando las 40 mUI/min (240ml/h).

La utilización de la OT sintética intraparto, junto con el uso de la anestesia epidural, se generalizó en la mayoría de los países en la década de 1990 con el objetivo de

provocar y/o aumentar del trabajo de parto y prevenir la hemorragia posparto.

Según la evidencia actual, el manejo activo del alumbramiento puede prevenir hasta un 60% las hemorragias postparto, especialmente mediante la administración de oxitocina en el momento del desprendimiento del hombro anterior. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) siguiendo estas directrices recomienda el uso de uterotónicos u oxitocina, para favorecer el desprendimiento de la placenta, el control de la hemorragia postparto y de la atonía uterina.

La administración continua de dosis suprafisiológicas de OT para cualquier inducción

o aumento de trabajo de parto es sorprendentemente diferente del patrón pulsátil liberación de oxitocina endógena que se produce durante el parto no medicado. La administración de oxitocina exógena intraparto implica la infusión endovenosa continua de la misma que resulta en la inhibición de pulsatilidad fisiológica.

La OT sintética se utiliza en un elevado porcentaje de partos, especialmente en nulíparas. El uso de la OT sintética está tan extendido y generalizado que hay una tendencia a asumir que sus efectos son bien conocidos y benignos, e incluso se ha recomendado el uso en dosis mayores para evitar las cesáreas. Sin embargo, es la droga que con más frecuencia se asocia con efectos adversos prevenibles o evitables en el parto. Los estudios en otros mamíferos han demostrado que la manipulación de péptidos en el período perinatal ha ocasionado efectos a largo plazo en el comportamiento social y sexual de la descendencia.

El uso de oxitocina sintética durante la dilatación, no debería superar el 5-10% según recomendaciones de la OMS, ya que existe creciente evidencia científica sobre los efectos adversos que produce la estimulación de la dinámica uterina de modo artificial, sin embargo, en España según los últimos datos publicados (año 2010) está presente en el 53,3% de los partos.

En el García Orcoyen, un pequeño hospital comarcal situado en Navarra, las tasas de inducciones y de uso de oxitocina en un periodo comprendido entre el 02/07/2018 y 05/03/2019 en un total de 264 partos, fueron del 26.2 Y 68.9% respectivamente.

Los números constatan que, con respecto a sus vecinos europeos, España es un país especialmente intervencionista pues, aunque no sobresale especialmente en tasas de cesáreas, sí lo hace en partos instrumentales, episiotomías e inducciones, sin por ello tener unos resultados especialmente mejores en cuanto a mortalidad perinatal.

Según las últimas recomendaciones de la OMS del 2018 para los cuidados durante el parto y para una experiencia de parto positiva se destacan:

- “No se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes”.
- “Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica”.
- **“No se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento** (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes del umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre”.
- “No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto”.
- “No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural”.

La administración de oxitocina a dosis excesivas puede ser peligrosa tanto para la madre como para el feto ya que puede dar lugar a una sobre estimulación uterina que puede causar sufrimiento fetal (bradicardia fetal, líquido amniótico teñido de meconio, asfixia fetal y muerte) y puede conducir a la hipertonicidad, contracciones tetánicas o ruptura del útero.

Es esencial la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (si es posible mediante cardiotocografía (CTG)) y de la motilidad uterina para poder ajustar la dosis según cada respuesta individual. En pacientes con enfermedad cardiovascular el volumen de líquido perfundido debe mantenerse bajo, mediante la perfusión de oxitocina a una concentración más alta.

Se debe tener especial precaución en presencia de desproporción cefalopélvica límite, inercia uterina secundaria, grados leves o moderados de hipertensión inducida por el embarazo o enfermedad cardíaca, y en pacientes mayores de 35 años o con antecedentes de cesárea del segmento uterino inferior. En raras ocasiones, la inducción farmacológica del parto mediante agentes uterotónicos, aumenta el riesgo de aparición de coagulación intravascular diseminada (CID) post-parto.

Dicho riesgo está relacionado con la propia inducción farmacológica y no con un agente en particular. Este riesgo se incrementa particularmente en mujeres que tienen factores de riesgo adicionales para la CID, como tener 35 años o más, complicaciones durante el embarazo (como diabetes gestacional, hipertensión, hipotiroidismo) y periodo gestacional de más de 40 semanas. En estas mujeres, se debe utilizar con precaución la oxitocina o cualquier otro medicamento alternativo, y el médico deberá estar alerta de cualquier síntoma de CID. Las mujeres con estos factores de riesgo deberán ser examinadas en lo que respecta a la fibrinólisis inmediatamente después del parto.

Intoxicación hídrica

Debido a que la oxitocina posee una ligera actividad antidiurética, su administración intravenosa prolongada a dosis elevadas junto con grandes volúmenes de líquido, como pueden ser en el caso de aborto inevitable o diferido, o en el tratamiento de la hemorragia postparto, puede causar intoxicación hídrica asociada a hiponatremia.

El efecto antidiurético de la oxitocina combinado con la administración intravenosa de líquidos, puede causar sobrecarga de líquidos dando lugar a una forma hemodinámica de edema pulmonar agudo sin hiponatremia. Para evitar estas complicaciones, deberán seguirse las siguientes precauciones siempre que se administren dosis elevadas de oxitocina durante un tiempo prolongado: debe utilizarse un diluyente que contenga electrolitos (no dextrosa); el volumen de infusión deberá ser bajo (efectuando la infusión de oxitocina a una concentración mayor a la recomendada para la inducción del parto o estimulación del parto a término); debe restringirse la ingesta

de líquidos por vía oral; debe mantenerse un balance equilibrado de líquidos, y cuando se sospeche un desequilibrio electrolítico deben medirse los electrolitos séricos.

Planteamiento del problema

Dentro de los problemas de inequidad en México, la mortalidad materna está marcada por diversas características entre ellas están por destacar los trastornos hipertensivos, y hemorragias obstétricas, estos a su vez se subdividen en varias fases o estadios pero la constante a estas complicaciones es el inicio del trabajo de parto donde se interviene la alimentación, ejercicio, reposo, técnicas de respiración, la valoración adecuada por el personal de salud, la decisión de ingreso a la sala de partos, y la forma fisiológica de la evolución de los estadios del trabajo de parto.

Una valoración individualizada, precisa y de elección mutua entre el profesional de salud y la paciente para no tener una hospitalización prematura, y que esto se refleje en la desesperación por parte de la paciente, lo que modificara la conducta fisiológica de la evolución del trabajo de parto, al sentirse sola en el proceso de transición de mujer a madre y la lucha contra la naturaleza conforme las contracciones se vuelven más efectivas en los casos de un embarazo normal.

Con el compromiso de ayudar a la población en minimizar los tiempos de trabajo de parto la oxitocina es uno de los medicamentos de más amplio uso en la obstetricia. Y por esto su manejo requiere un amplio conocimiento sobre su farmacodinamia y farmacocinética, ya que este fármaco es de suma utilidad, pero su uso indiscriminado puede llegar a dar complicaciones que pueden ir desde un evento adverso hasta un centinela, es por ello la importancia del manejo unificado de este medicamento ya que se tiene que conocer el proceso fisiológico del organismo para ayudar a producir de forma fisiológica esta sustancia.

El uso desproporcionado de este fármaco se presenta en casos aislados en problemas de salud pública donde el área más vulnerable se mantiene en riesgo a un que se le adjudica a los problemas socioculturales y económicos y falta de preparación psicoprofiláctica, el uso y empleo es propiamente médico, conociendo que su uso es considerado en algunas regiones como medicamento controlado por los riesgos latentes relacionados a su uso.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el manejo de la primera etapa del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo en países en la región de las Américas 2018?

JUSTIFICACIÓN

El estudio es realizado con la finalidad de mejorar las prácticas de los profesionales de la salud, mostrando los beneficios que se tienen realizando las recomendaciones por organismo internacionales para la atención de la mujer en trabajo de parto de bajo riesgo en unidades de salud con estandarizaciones en la toma de decisiones, para su atención con criterios objetivos y sistematizados.

La mortalidad materna es un indicador que refleja las inequidades sociales y económicas de la mujer en la sociedad. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Y cada una de estas complicaciones que terminan en el deceso de la madre dentro del tiempo de un proceso fisiológico del ser humano.

El poder elegir dos países donde la esquematización de la atención de primer nivel es completamente priorizado y en la implementación en México de reforzar este nivel de atención como parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y continuidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.

El enfoque seguro también incluye las competencias obstétricas que debe de tener el personal del primer nivel de atención, para la identificación de los riesgos obstétricos durante el embarazo, así como para la atención del parto de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y para el manejo y referencia de complicaciones del mismo.

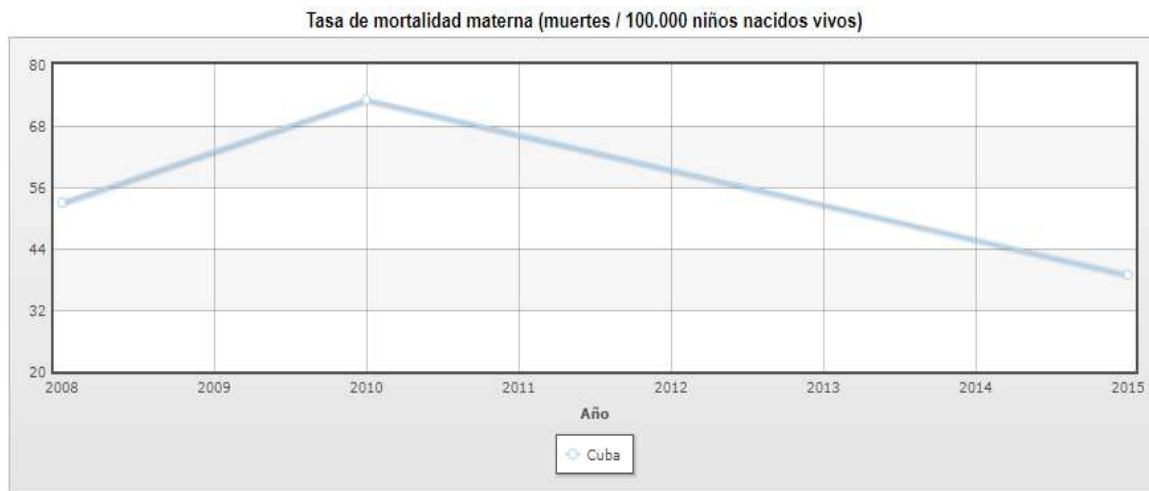
Con respecto al segundo nivel incluye todas las competencias, condiciones y acuerdos interinstitucionales, para poder identificar, atender y resolver de manera oportuna las complicaciones y emergencias obstétricas. Toma en cuenta además, el enfoque de redes funcionales de flujo real en los servicios de salud, para garantizar la atención oportuna de las mujeres en trabajo de parto, posean o no complicaciones, bajo el lema de “cero rechazo (salud, 2019)

Al realizar las acciones de prevención desde una buena atención prenatal hasta la culminación del parto y el seguimiento domiciliario por el primer nivel para evitar complicaciones, el modelo de atención primaria en salud de Cuba contempla estas acciones desde las políticas del cuidado de la mujer embarazada, el seguimiento en domicilio y ante el primer dato de alguna complicación la atención oportuna primero por las casas maternas donde estará vigilada las 24 horas del día sin el uso de tratamientos invasivos todo enfocado a las intervenciones interdisciplinarias para la prevención de complicaciones y valorada para su alta por dos medios uno de ellos es posterior a la decisión tomada por un grupo de profesionales de la salud.

Otra opción es realizar intervenciones de interdisciplinarias en una unidad médica, por medio de la creación de comités que valoraran y decidirán el manejo óptimo para la paciente y que bajo el estudio de caso y conceso de todos los profesionales determinen los cambios o seguimiento al caso para la mejor de las resoluciones.

El respeto a las decisiones no se cambian indicaciones de un médico a otro para realizar una indicación primero es basada en las recomendaciones mundiales y nacionales con apego estricto, y a pesar de que por el tipo de cultura se maneja que ellos no pueden implementar el parto humanizado con el apoyo de un familiar para estar presentes en la sala de partos, pero el importante destacar que el cuba los familiares pasan y están de forma permanente en la sala de labor acompañando a las pacientes y esto se refleja en una atención humanizada, cuando la paciente pasa al área de expulsión o de quirófano el familiar permanece en la sala de espera y al termino del procedimiento se integra de forma inmediata al área de recuperación esta visita continua ejerce una reacción química en la paciente lo que genera que exista una producción de oxitocina fisiológica y que mejore tanto trabajo de parto como la involución uterina.

Existen mecanismos de atención establecidos para el uso de uterotónicos, los cuales son estrictamente controlados por bombas de infusión para controlar el paso de la misma como lo marca las recomendaciones de la OMS/OPS.



Country	2008	2010	2015
Cuba	53	73	39

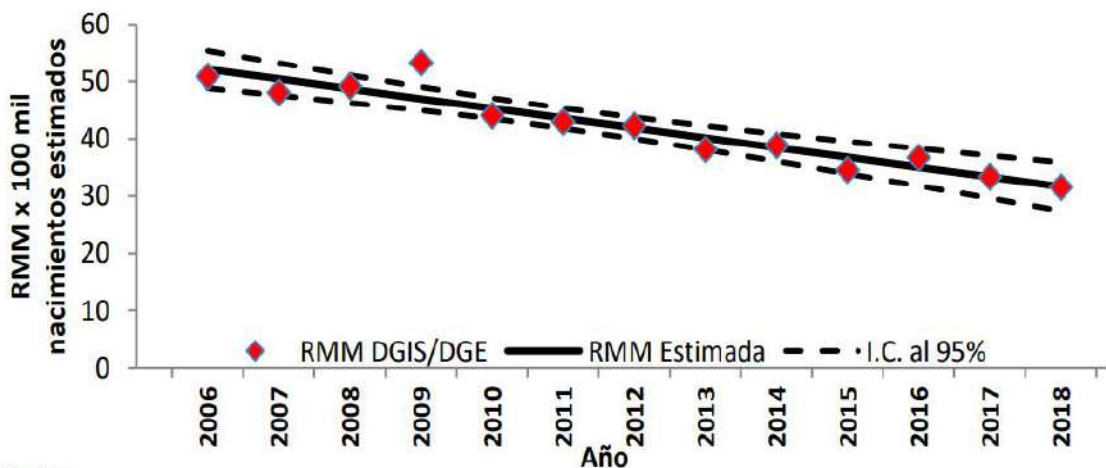
Fuente: [CIA World Factbook](#) 1 de Enero del 2018.

Es recomendable que las mujeres con embarazo normal, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (Cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento.

Cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuándo deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma obstétrica. Informar a las pacientes y a su familiar, las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como:

En esta grafica se da a conocer los datos que representan las mortalidades maternas en cuba del año 2008 al 2015 donde se denota un descenso considerable de casos, los cuales se asocian al reforzamiento del primer nivel de atención y a la unificación de criterios de manejo del primer periodo de trabajo de parto que establece la OMS/OPS. En México la razón de la mortalidad materna por cada 100 mil nados vivos también muestra descenso en los datos de las muertes reportados del 2006 al 2018, siendo que en ese periodo se implementó el modelo de atención del parto con visión a la interculturalidad.

Gráfica 4. Razón de mortalidad materna por 100 mil nacimientos estimados (media, IC95%). México 2006 - 2018



Fuentes:

- 1) DGIS/Salud/Bases de Mortalidad Materna 2006-2015
- 2) SINAVE/DGE/Salud/Sistema de Notificación Inmediata de MM 2017 y 2018

En los resultados al final de la investigación se dará a notar que es importante la unificación de criterios y la implementación de grupos profesionales que unifiquen el criterio de manejo de las pacientes en el primer periodo de trabajo de parto, brindando orientación a este acontecimiento desde la preparación psicoprofiláctica y el seguimiento en el puerperio.

La oxitocina es la medicación usada más frecuentemente para la estimulación del parto en obstetricia. Entre los beneficios conocidos de su empleo se encuentra la mejora de las contracciones. La oxitocina es usada comúnmente en la moderna práctica obstétrica para aumentar la actividad uterina cuando se produce un fracaso del trabajo de parto, con el objetivo de permitir que el proceso de parto progrese hacia un parto vaginal.

El uso de oxitocina ha sido propuesto para el tratamiento de la distocia del parto, porque podría reducir la tasa de cesáreas. El trabajo de parto prolongado o distocia ha sido descrito como una de las principales indicaciones de cesárea en situaciones donde se detiene el progreso que conduce hacia un parto normal y espontáneo.

El Instituto para la Seguridad de la Práctica Médica designó la oxitocina como una medicación de alta vigilancia en 2007. Este tipo de medicación se caracteriza por necesitar una especial consideración y precaución durante su administración, ya que presenta un alto riesgo de causar daño cuando se usa erróneamente. Los errores relacionados con el uso de oxitocina son actualmente los errores más comunes que se producen durante el parto.

Estos errores están relacionados con dosis elevadas en la mayoría de los casos, que pueden provocar una excesiva actividad uterina. La intervención con oxitocina, particularmente con dosis altas, puede tener potenciales efectos negativos en la madre y en el feto, tales como taquisistolia uterina y afectación de la frecuencia cardíaca fetal.

Esto ocurre debido a la disminución o interrupción del flujo sanguíneo hacia el espacio intervelloso durante las contracciones. Las contracciones en partos normales son bien toleradas por la mayoría de los fetos; sin embargo, existe riesgo de hipoxemia y acidemia fetal si las contracciones son muy frecuentes y/o prolongadas.

Romano y Lothian concluyeron en su estudio, que las intervenciones durante el proceso fisiológico del parto, en ausencia de complicaciones, aumenta el riesgo de alteraciones para la madre y el feto. Ellos propusieron el uso de cuidados basados en la evidencia de la práctica clínica para promover el parto fisiológico, evitando el uso innecesario de la inducción del parto, de intervenciones rutinarias y restricciones también innecesarias.

Sin embargo, un metanálisis con 10 ensayos aleatorios controlados, concluyó que altas dosis de oxitocina para la estimulación del parto, se asoció con una reducción de la tasa de cesáreas y con un menor tiempo de duración del parto, sin incremento de resultados maternos o perinatales adversos.

La Organización Mundial de la Salud resaltó la necesidad de revisar el modelo biomédico de cuidados durante el embarazo y parto, caracterizado por un elevado intervencionismo y excesiva medicalización en países desarrollados. En sus recomendaciones para la atención del parto normal, consideró lo inapropiado de ciertas prácticas e intervenciones tales como la amniotomía ó rotura artificial de bolsa amniótica de forma temprana, y el uso rutinario de oxitocina, entre otras.

En España, en la Estrategia de Atención al Parto Normal, el Ministerio de Sanidad recomendó un uso limitado de la oxitocina. En el hospital donde se ha llevado a cabo este estudio, un hospital de tercer nivel en el Sur de España, la estimulación con oxitocina y la amniotomía temprana se han venido realizando de forma rutinaria, aunque en la actualidad se está reduciendo su uso.

El objetivo de este estudio fue el de valorar los efectos de la estimulación del parto con oxitocina en los resultados maternos y neonatales. Los objetivos específicos fueron: comparar la tasa de cesáreas, los resultados en test de Apgar a los 5 minutos, los valores de pH de sangre arterial de cordón umbilical y el tipo de reanimación neonatal requerido, entre partos de mujeres sometidas y no sometidas a estimulación con oxitocina.

OBJETIVOS

General

- Evaluar el manejo de la primera etapa del trabajo de parto, en embarazos de bajo riesgo en la región de las américas 2018.

Específicos

- Realizar una revisión documental sobre el manejo del primer período del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo en la región de las américas 2018.
- Identificar los criterios de inducción sobre el manejo del primer periodo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo en la región de las américas 2018.
- Mencionar las acciones (posición de la paciente, deambulación, tactos) que se tienen en cuenta para el manejo del primer periodo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo en la región de las américas 2018.
- Describir protocolo de intervención para el uso de la oxitocina en el manejo del primer periodo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo en la región de las américas 2018.
- Determinar la conducta a seguir en el manejo del primer período del trabajo de parto retardado en embarazos de bajo riesgo en la región de las américas 2018.

METODOLOGÍA

El método comparativo (de la comparación o contrastación) consiste en poner dos fenómenos, uno al lado del otro, para establecer sus similitudes y diferencias para obtener conclusiones que delimiten un problema o que establezcan buenas prácticas para mejorar el conocimiento de algo.

La investigación comparativa es aquel proceso en donde se interesa por brindar una mejor descripción de la importancia de realizar una actividad con el mismo fin y brindando los mejores elementos para seguir haciendo bien los procesos. De esta manera se complementa con características **Descriptivas, Diseños no experimentales** enfocándose en el punto de **relaciones**.

Cuantitativo.

La investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo ya que está fundamentado en un esquema de revisión de artículos bajo un esquema deductivo, lógico que responden a los objetivos planteados con resultados comparados de las estadísticas de los dos países que se tomaron en cuenta para la revisión documental. (Ernesto de la Torre y Ramiro Navarro, Metodología de la Investigación, p.3.)

Descriptivo – Explicativo.

Sirven para analizar cómo es, cómo se manifiesta, razones y causas de un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno a más de sus atributos para explicar por qué ocurre y en qué condiciones se presenta.

Están orientados a la comprobación de hipótesis causales de tercer grado; esto es identificación y análisis de las causas (variables independientes) y sus resultados los que se representan en hechos verificables (variables dependientes).

De acuerdo con los objetivos planteados, el investigador señala el tipo de descripción que se propone realizar. Acude a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, entrevistas y los cuestionarios. La mayoría de las veces se utiliza el muestreo para la recolección de información, la cual es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico. (Ernesto de la Torre y Ramiro Navarro, Metodología de la Investigación, p.3.)

El universo de trabajo lo constituyeron personal de salud de dos hospitales de México y Cuba, de estos el personal de salud entrevistado en Cuba en un Hospital Materno Infantil fueron 4 Médicos y 16 Enfermeras, y del personal de un Hospital Materno Infantil del Estado de México fueron 32 Enfermeras, calculándose la muestra con el factor de corrección finito la cual se conoce como muestra corregida.

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta de la Organización Mundial de la Salud para evaluar el proceso de atención de una mujer embarazada desde el ingreso a la unidad hospitalaria, inmediatamente antes de la sala de expulsión, a la primera hora después del nacimiento del producto, antes del alta hospitalaria, haciendo énfasis solo en los dos primeros procesos.

Para sacar el valor de n con un nivel de confianza Z del 95%, que se refleja como el 1.96 en el área bajo la curva y el nivel de percepción E será de 5% (0.5), la variabilidad $p = .5$ y $q = .5$. (Rojas 1999, pp. 298-303)

La fórmula será:
$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Al sustituir los valores:
$$n = \frac{(1.96)^2 (.5) (.5)}{(.05)^2}$$

La muestra inicial será de: $n = 384,$

La fórmula para utilizar será:
$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

Al sustituir los valores para el hospital de Cuba:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384 - 1}{20}} \quad n = \frac{384}{1 + \frac{383}{20}} \quad n = \frac{384}{1 + 19.15} \quad n = \frac{384}{20.15} \quad n = 19$$

Al sustituir los valores para el Hospital del Estado de México:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384 - 1}{32}} \quad n = \frac{384}{1 + \frac{383}{32}} \quad n = \frac{384}{1 + 11.96875} \quad n = \frac{384}{12.96875} \quad n = 29$$

En este trabajo de investigación, se busca encontrar relación en las técnicas para dar seguimiento a un procedimiento de conducción del trabajo de parto, y donde también se considera la investigación no experimental, ya que no se manipularán de forma deliberada las variables encontradas por que se pretende hacer una revisión documental entre ambos países.

De acuerdo con Hernández (1991), lo que hace a una investigación no experimental es el poder observar a los fenómenos tal y como se dan en el contexto natural, para después realizar el análisis.

Es una muestra no probabilística por conveniencia para la muestra.

Criterios de selección

Inclusión: personal Médico y de Enfermería que labora directamente en los servicios de las Unidades Quirúrgicas o salas de parto (Labor) y parto (expulsión).

Los **criterios de exclusión:** personal Médico y de Enfermería que no se encuentren laborando al momento del estudio, así como el personal que no desee participar en el estudio.

Los **criterios de eliminación:** personal médico y de enfermería que desee abandonar el estudio.

El **procesamiento de los datos** será bajo el programa de Excel y explicados a través de estadística paramétrica y no paramétrica donde se desarrollará un análisis de los datos.

Recolección de datos.

Se realiza la recolección de datos en base a los criterios establecidos por la OMS, conforme a la lista de verificación de seguridad del parto. Y también se contemplarán las medidas específicas para cada unidad de trabajo que modifican por la cultura. (OMS, ISBN 978 92 4 354945 3, 2015).

Es un instrumento que cumple con las características esenciales para la vigilancia de la evolución de los mecanismos del trabajo de parto y la atención del parto, y así mismo hacen la recomendación de individualizar la atención de cada paciente conforme a las necesidades poblacionales. Las encuestas no proporcionan por sí solas la información suficiente para corroborar la unificación del manejo de la primera etapa del trabajo de parto, por lo cual se requirió utilizar los datos de la hoja del partograma, que consistió en dos etapas, primera verificar datos de correlación sobre el llenado de la hoja entre un país y otro, segunda enfatizar sobre los beneficios entre las diferencias encontradas.

Las encuestas se realizaron al personal de ambos países, que se encontraban laborando al momento del estudio, y que desearon participar en la investigación.

El listado presentado, se enriquece de información de otros documentos emitidos por la Organización Mundial de Salud (OMS), los cuales se denominan Para que cada bebe cuente: auditoria y examen de las muertes prenatales y neonatales (ISBN: 978 92 4 351122-1), Modulo 4 autoevaluación y monitoreo del hospital ("UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña, 2009" Washington, D.C. OPS © 2008).

1

Al ingreso

¿La madre necesita ser remitida?

- No
- Sí, ya organizado

Verifique los criterios de su institución

¿Se ha iniciado el partograma?

- No, se empezará a los ≥ 4 cm de dilatación
- Sí

Empiece a registrar cuando la dilatación sea ≥ 4 cm; a partir de ahí la dilatación debe ser ≥ 1 cm/hora

- Cada 30 minutos: anote la frecuencia cardiaca, las contracciones y la frecuencia cardiaca fetal
- Cada 2 horas: anote la temperatura
- Cada 4 horas: anote la presión arterial

La madre requiere:

¿Antibióticos?

- No
- Sí, ya administrado

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia
Administre antibióticos a la madre en caso de:

- Temperatura ≥ 38 °C
- Antecedente de exudado vaginal maloliente

¿Sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo?

- No
- Sí, ya administrado (sulfato de magnesio)
- Sí, ya administrado (un antihipertensivo)

- Rotura de membranas > 18 horas

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg y proteinuria 2+ y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es > 160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial $< 150/100$ mm de Hg

- Confirmar que haya suministros para lavarse las manos y utilizar guantes para cada examen vaginal.**

- Alentar a que durante el parto esté presente un acompañante.**

Esta lista de verificación no es exhaustiva ni debe sustituir las notas clínicas individuales ni el partograma. Se alientan las adiciones o modificaciones para adaptarla a las prácticas locales. Para obtener más información acerca del uso recomendado de la lista de verificación, consulte la Guía de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad del parto en www.who.int/patientsafety.

2

Inmediatamente antes del expulsivo (O antes de la cesárea)

La madre requiere:

¿Antibióticos?

- No
 Sí, ya administrado

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia

Administre antibióticos a la madre en caso de:

- Temperatura ≥ 38 °C
- Antecedente de exudado vaginal maloliente
- Rotura de membranas >18 horas
- Cesárea

¿Sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo?

- No
 Sí, ya administrado (sulfato de magnesio)
 Sí, ya administrado (un antihipertensivo)

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg y proteinuria 2+, y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es >160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial <150/100 mm de Hg

Confirmar que junto a la cama haya los suministros esenciales y prepárese para el parto:

Para la madre

- Guantes
 Preparación alcohólica o jabón y agua limpia para la higiene de las manos
 Oxitocina, 10 unidades en jeringa

Prepárese para atender a la madre inmediatamente después del nacimiento:

Confirme el nacimiento de un solo bebé (no es un parto múltiple)

1. Administre oxitocina 1 minuto después del nacimiento
2. Controle la expulsión de la placenta 1 a 3 minutos después del nacimiento
3. Masajee el fondo del útero después de la expulsión de la placenta
4. Confirme que el útero esté contraído

Para el bebé

- Toalla limpia
 Cordón o pinza umbilical
 Tijera estéril para cortar el cordón umbilical
 Dispositivo de aspiración
 Ambú

Prepárese para atender al bebé inmediatamente después del nacimiento:

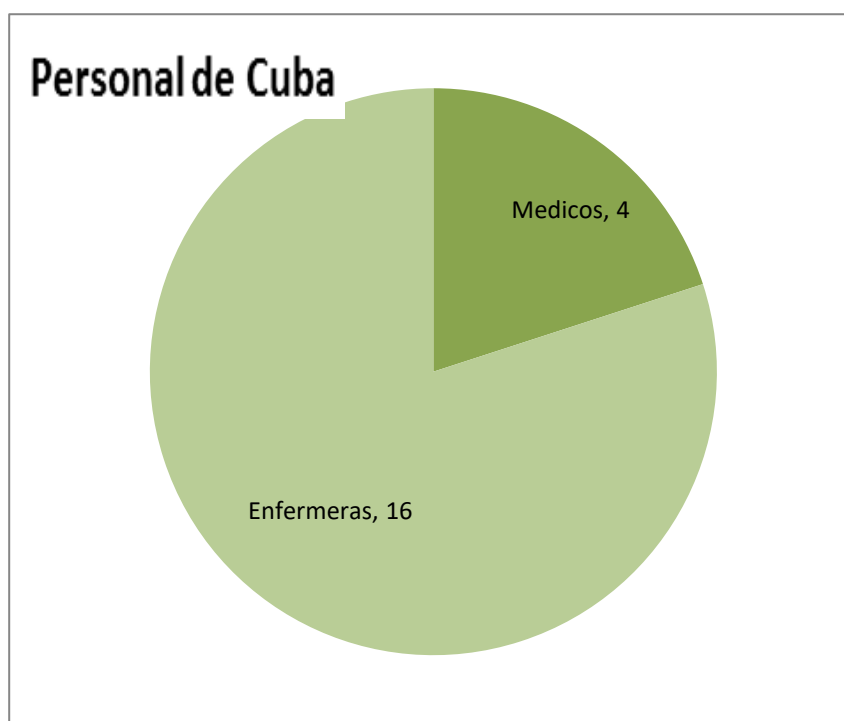
1. Seque al bebé y manténgalo caliente
2. Si no respira, estimule al bebé y despeje las vías respiratorias
3. Si continúa sin respirar:
 - pince y corte el cordón umbilical
 - limpie las vías respiratorias, si es necesario
 - ventile con el ambú
 - solicite ayuda inmediatamente

- Asistente designado y listo a ayudar en el parto si es necesario.**

Esta lista de verificación no es exhaustiva ni debe sustituir las notas clínicas individuales ni el partograma. Se alientan las adiciones o modificaciones para adaptarla a las prácticas locales. Para obtener más información acerca del uso recomendado de la lista de verificación, consulte la Guía de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad del parto en www.who.int/patientsafety.

Análisis y presentación de los resultados

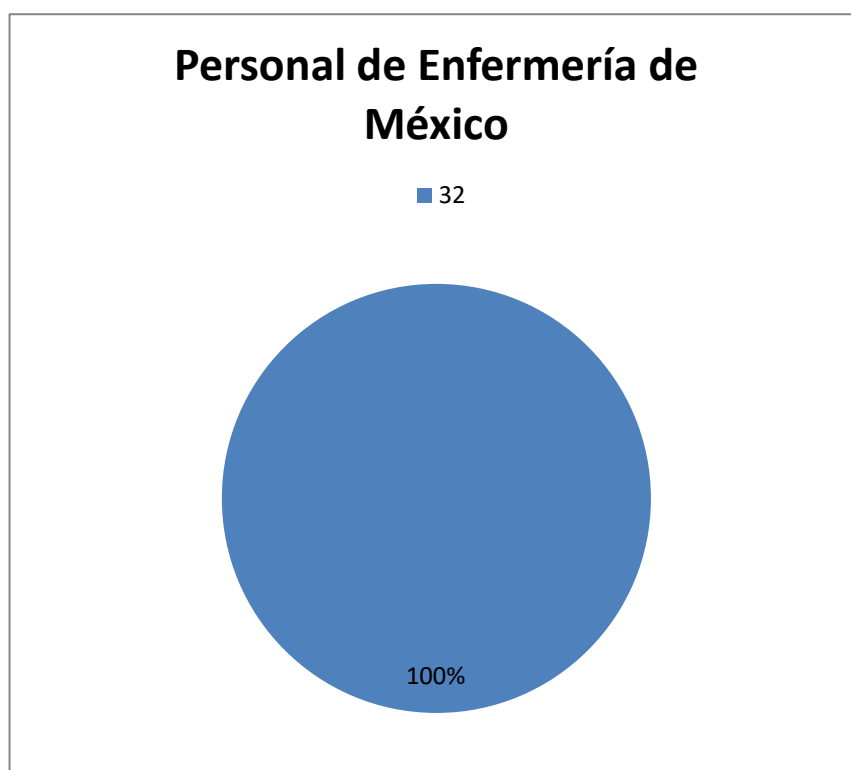
Los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de un hospital de Cuba se representan en la gráfica siguiente, los cuales participaron de forma voluntaria colaborar en la recolección de datos sobre el manejo del primer periodo de trabajo de parto, e intervenciones durante la evolución del proceso fisiológico del embarazo. De esta manera se logro conseguir información del manejo que brindan a las pacientes que inician el periodo de trabajo de parto y la colaboración multidisciplinaria que ellos realizan para la toma de decisiones en conjunto y beneficio de la paciente.



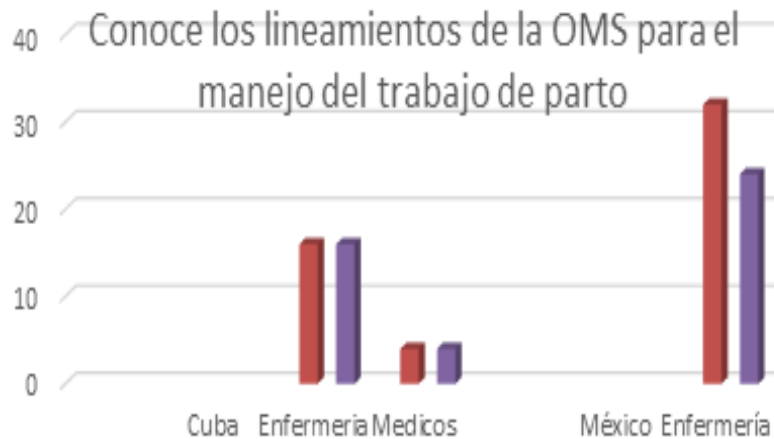
Fuente: OMS 2015, WHO/HIS/SDS/2015.26

En México se recolecto la misma información bajo los mismos contextos haciendo la invitación a los profesionales de la salud en este caso solo desearon participar personal de enfermería que está en las áreas de manejo de las pacientes de la unidad toco quirúrgica específicamente en el área de la labor, el resultado es que si conocen las intervenciones del primer periodo del trabajo de parto, pero que el área médica no consolida en el plan de manejo establecido y que este cambia de un turno a otro.

Se puede notar desde que se realizó la recolección de datos que hay una integración de las disciplinas para el tratamiento de las pacientes, ya que se toman decisiones de manera individualista por el área médica en beneficio de terminar o dejar menos pacientes para alcanzar estándares de productividad y no pensando en el beneficio de las pacientes que se encuentran atendiendo, esto deriva en distocias de los trabajos de parto motivo por el cual se tiene un alto número de procedimientos quirúrgicas.

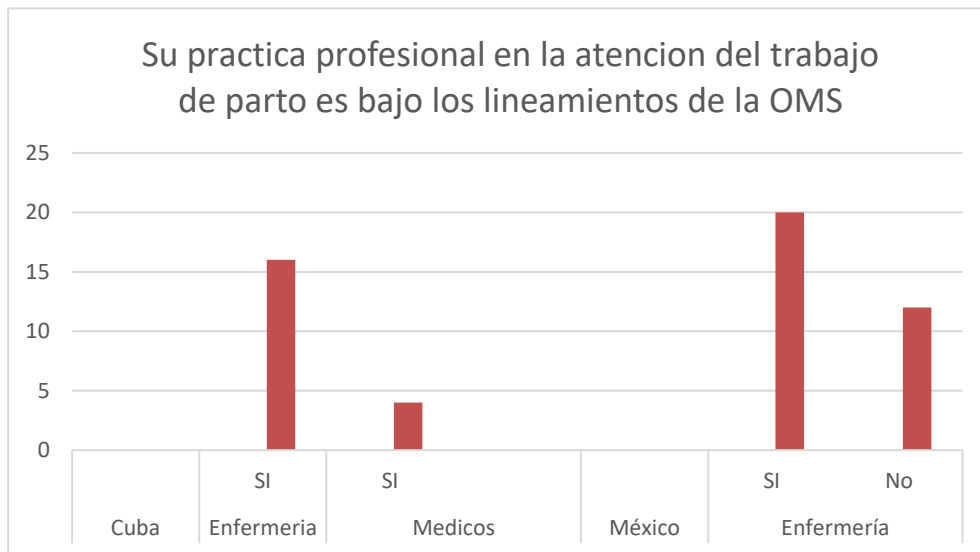


Fuente: OMS 2015, WHO/HIS/SDS/2015.26



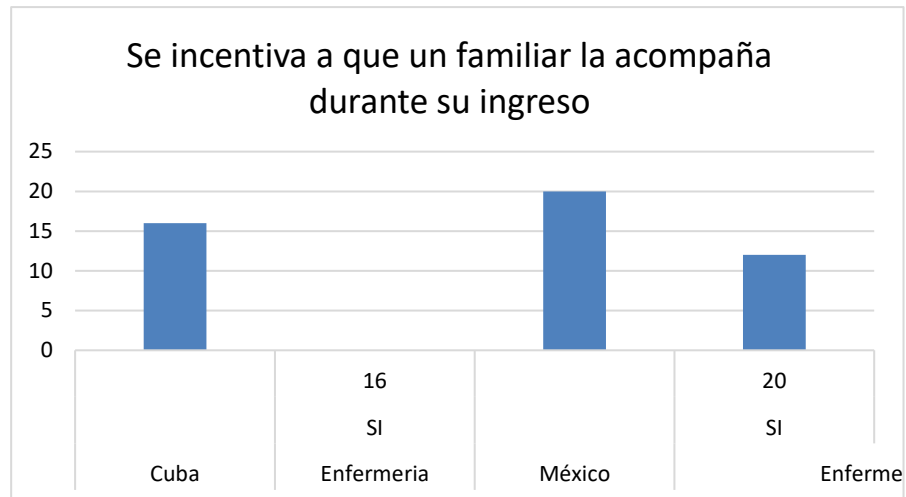
En ambos países se conocen los lineamientos de la OMS, en Cuba todos los entrevistados confirmaron su adherencia de su práctica profesional tanto el área médica como enfermería, pero en México donde solo participaron enfermeras no conocen todos los lineamientos de la OMS, esto es el reflejo de la falta de trabajo colaborativa con todas las disciplinas multidisciplinares que intervienen en los procesos de atención de la mujer gestante, para lograr una capacitación continua y unificar los criterios de trabajo y las decisiones que se tomen no solo sean para un turno o para beneficio propio, pero que esto genere un impacto benéfico a la sociedad ya que dará a conocer que en todas las áreas se trabaja bajo el mismo criterio de atención y elección de técnicas.

Fuente: OMS 2015, WHO/HIS/SDS/2015.26



El personal de Cuba no solo conoce si no su práctica es bajo los lineamientos de la OMS, y en México existe toda vía una débil línea de trabajo multidisciplinario para la toma de decisiones en conjunto entre médicos y enfermeras. Hace falta trabajar desde los niveles más altos de la organización en salud, para dejar en claro cuál debe ser el indicador a seguir y que nos e convierta en la búsqueda continua de alcanzar metas numéricas si no de permitir que el profesional de la salud pueda trabajar de manera colaborativa en un equipo de trabajo que ayude a la resolución de problemas de salud con mecanismos que ayuden a coadyuvar y disminuir las complicaciones en los procesos fisiológicos como lo es el caso específico del embarazo.

Fuente: OMS 2015, WHO/HIS/SDS/2015.26



En México se promueve con la participación de parto humanizado donde el acompañamiento es incluso hasta la sala de partos, pero posterior a esto se limita el acceso de un familiar, pero en Cuba es que a pesar de los factores culturales no entran a la sala de partos, pero tienen una activa participación en la sala de labor y en la recuperación es activa su estancia con su familiar.

Ambos países conocen y aplican las políticas internacionales para el manejo del periodo de trabajo de parto y poder llegar a la culminación de esta atención en las mejores condiciones no solo para la persona recién nacida, ni para la paciente, sino un contexto general donde inclusive la familia se ve involucrada en el nacimiento y cuidado del binomio.

Este impacta en el proceso de crianza no se tendrá un desapego a la lactancia materna, tendrá un núcleo familiar más consolidado para su cuidado, tendrá menores riesgos inminentes y su calidad de vida será mejorada.

Fuente: OMS 2015, WHO/HIS/SDS/2015.26

¿Por qué se eligió realizar el estudio entre México y Cuba?, por la forma de operar el sistema de salud entre un país y otro bajo sus propias políticas de aplicación pero ambos en la razón de disminuir la muerte materna, y el cumplimiento de los objetivos del milenio, en México existe el estigma muy arraigado de la visualización del médico ante la sociedad, y eso influye primero en la negación a la participación en este tipo de estudios por algunas cuestiones que se mencionan por ejemplo no hay desconocimiento de las recomendaciones internacionales para el manejo de las pacientes embarazadas, no hay desconocimiento de las complicaciones y beneficios del manejo estandarizado pero si existe comodidad y estrés ya que en su mayoría desempeñan su profesión en más de un establecimiento de salud lo que genera tener que terminar los procedimientos lo más pronto posible, y no hay un espacio para el establecimiento de criterios unificados, eso se nota en cada cambio de turno una toma decisión diferente a la inicial por el médico que decide el ingreso.

Cuba no tiene el mejor esquema de salud pero si tiene un control de la población con fines políticos y de prevención lo cual simplifica muchos de los aspectos crónicos o urgencias obstétricas en este caso específico, en este contexto de salud, es más perfectible tener centros de salud y casas maternas para la vigilancia y control estricto del proceso evolutivo del embarazo y la identificación precoz de los datos de alarma o de la identificación del trabajo de parto normal y la capacitación a la mujer para una mejor contribución a los profesionales de la salud en el periodo del trabajo de parto y culminar con la expulsión placentaria si complicaciones.

Al regresar y exponer los resultados preliminares de las datos obtenidos, se muestra menos resistencia por parte de los médicos y refieren no desconocer todo lo presentado pero que es mejor para ellos tener el control del desarrollo del trabajo de parto que esperar, a un que se les demostró que no hay evidencia de acortamiento de tiempos con el hecho de incrementar la producción de oxitocina por mecanismos exógenos (artificial), sin embargo se ha podido realizar una concientización de esto y se mejoró el proceso de atención y se comienza a establecer criterios de atención y seguimiento, se plantea que en la nueva creación de manuales de procedimientos ya se establezca estas mejoras en los procesos.

Discusión

Williams describe a la Obstetricia desde una perspectiva amplia, como la "disciplina que se relaciona con la reproducción de una nación, porque se ocupa de todos los factores fisiológicos, patológicos, psicológicos y sociales que influyen profundamente tanto en la cantidad como en la calidad de las nuevas generaciones de ciudadanos", la acepción más comúnmente utilizada es como la parte de la medicina que se ocupa de la mujer durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, tanto en circunstancias normales como anómalas

Los cuidados perinatales, que incluyen la vigilancia prenatal y la asistencia intraparto, tienen como objetivo conseguir que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sanos. La evaluación de la calidad y eficacia de los cuidados perinatales es una preocupación y un objetivo de cualquier institución, hospital, región o país. De esta evaluación se puede deducir la idoneidad de los cuidados sanitarios y de las estrategias diagnósticas y terapéuticas adoptadas, así como las posibles deficiencias y limitaciones.

Esta investigación tuvo como propósito principal, identificar y describir los puntos asertivos entre dos países de las Américas, guiados por instituciones mundiales para la atención de las mujeres embarazadas de bajo riesgo en la atención del primer periodo de trabajo de parto. Con dos esquemas políticos, sociales y culturales completamente distintos y donde su esquema de salud pública convierte en gran medida un pilar importante en la atención de este grupo vulnerable.

De los resultados obtenidos de esta investigación destacan los procesos de atención primaria a la salud como base principal para detectar y atender de manera precoz las posibles complicaciones durante el embarazo, el factor social y cultural entre ambas regiones modifica el proceso de atención pero vislumbra radicalmente en otros procesos fisiopatológicos y evolutivos del puerperio y la atención a la persona recién nacida, y con sus propias dinámicas de atención pero respetando en gran medida los lineamientos y estándares nacionales e internacionales siguiendo la misma línea que marca la OMS, y los Objetivos del Milenio la disminución de las muertes maternas.

Por lo anterior se determina que las intervenciones para la atención del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo, por mecanismo muy riguroso en una parte se lleva muy sistematizado respetando la libre evolución y en el momento que se requiere del uso o cambio de técnica preestablecida a su ingreso hospitalario se requiere de un riguroso protocolo donde bajo la participación de un grupo de expertos multidisciplinario se determina la aplicación o no del mismo. Contrastando que por otro lado no hay un seguimiento desde la base de salud pública y que cuando llega a una institución de salud el manejo es en base a cada experiencia, protocolo o habilidad de cada médico tratante y donde la decisión es cambiante sin evidencia científica de un grupo de expertos, la mayoría de las decisiones es bajo criterios aislados del profesional de salud responsable en el momento de la atención.

Los resultados de este estudio deben considerarse con cierta prudencia debido a las limitaciones que presenta. Entre ellas cabe mencionar, que el mismo ha sido llevado a cabo en un solo hospital, aunque éste da cobertura a una población importante. También se podría considerar que la muestra es limitada, ésta representa al 8% del total de mujeres atendidas de parto en este hospital en un año. Como ya se ha mencionado, el objetivo de la estimulación con oxitocina es el de mejorar la dinámica uterina para que el parto progrese hacia un parto vaginal.

Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio indican en general que el uso de oxitocina durante el parto puede estar relacionado con efectos adversos en la madre y el recién nacido. Así lo indican los resultados obtenidos en cuanto al ratio de cesáreas, analgesia epidural, fiebre materna intraparto, pH de cordón umbilical y reanimación neonatal avanzada, entre primíparas.

La perfusión con oxitocina para estimulación del parto se asocia significativamente con un aumento de la tasa de cesáreas, con mayor porcentaje de fiebre materna intraparto, con valores más bajos de pH de cordón umbilical, y mayor necesidad de reanimación neonatal tipo avanzado. Sin embargo, no se asoció con variaciones de la tasa de partos instrumentados, desgarros de 3-4º grado ni Apgar a los 5 minutos. Parece lógico que las principales diferencias se hallen entre mujeres primíparas, ya que en ellas el parto suele ser más largo, con más dificultades y donde pueden presentarse más complicaciones.

Así, ciertos autores encontraron que la paridad era un factor que influía en el tipo de parto, concluyendo que el parto normal o espontáneo es más común en múltiparas que en primíparas. En consonancia con nuestros resultados obstétricos, otros autores también concluyeron con que el uso de oxitocina no reduce la tasa de cesáreas, e incluso otros concluyeron con que se incrementaba.

En otro estudio, sus autores llegaron a la conclusión de que con la estimulación con oxitocina se incrementaba la probabilidad de cesárea y de partos instrumentados con ventosa. Por el contrario, otros autores mostraron asociación entre la estimulación con oxitocina y una disminución de la tasa de cesáreas. En un metanálisis con nueve ensayos y 1983 mujeres, se llegó a la conclusión de que con la estimulación se consiguió un incremento de partos por vía vaginal.

En una revisión en 2011, los autores no hallaron diferencias significativas en la tasa de cesáreas ni de partos instrumentados por el uso o no de oxitocina. Tampoco hallaron diferencias otros autores en su revisión, Cochrane. Por su parte, en un reciente estudio, sus autores hallaron que, con protocolos más conservadores en el uso de oxitocina donde se utilizaban dosis menores, hubo una tendencia a un aumento de la tasa de cesáreas.

Los resultados neonatales de este estudio coinciden con los de previos estudios en cuanto que se han hallado diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los valores de pH de sangre arterial de cordón umbilical de recién nacidos de madres primíparas estimuladas con oxitocina con los de madres sin estimulación; el uso de oxitocina se relacionó con valores de pH más bajos.

En otro estudio de casos y controles en 2013, donde se compararon resultados en mujeres con y sin plan de parto, los recién nacidos de madres con plan de parto, caracterizadas por tener un proceso de parto más natural y un menor uso de oxitocina y otras intervenciones, obtuvieron mejores resultados en pH de sangre de cordón umbilical.

Otros estudios relacionan el uso de protocolos con altas dosis de oxitocina con una mayor tasa de ingresos en unidad neonatal, que se reduce cuando se utilizan protocolos con menor dosis de oxitocina. En relación a la variable test de Apgar, si bien en nuestro estudio no se hallaron diferencias significativas, otros autores si hallaron diferencias; concretamente un mayor porcentaje de recién nacidos por vía vaginal de madres estimuladas con oxitocina con puntuación de Apgar al minuto ≤ 7 , comparado con el de madres no estimuladas.

En el presente estudio se identificó además una asociación entre la estimulación con oxitocina y fiebre materna intraparto. Sin embargo, otros autores no hallaron suficientes evidencias para sostener que elevadas dosis de oxitocina estaban relacionadas con fiebre materna durante el parto. En otro estudio de 2012(25), se halló que la temperatura elevada se relacionaba con un alto índice de masa corporal y el tiempo transcurrido desde la rotura de bolsa amniótica hasta el parto; la analgesia epidural no tuvo efecto sobre la elevación de la temperatura.

En nuestro estudio tampoco se encontró relación significativa entre la temperatura materna elevada y la administración de epidural. La duración de la fase de dilatación ha resultado ser mayor en el grupo de no estimulación con oxitocina entre primíparas, por lo que este resultado está en consonancia con otros autores, quienes demostraron que la duración de esta primera fase del parto era significativamente menor cuando se aumentaba la dosis de oxitocina.

La bibliografía consultada define el concepto de atención humanizada al parto como aquella que se centra en ofrecer a la mujer la autonomía que le corresponde en referencia a la toma de decisiones acerca de la atención que desea recibir, colocándola en el centro de la asistencia de salud. Por este motivo, los profesionales que participan su cuidado durante la gestación y en la atención al proceso de parto deben desarrollar la capacidad de escuchar a la mujer y entender sus preocupaciones, ofreciendo un apoyo emocional durante todo el proceso de forma individualizada, sensibilizándose con esta forma de atención.

Otra de las acciones a promover con el objetivo de fomentar la autonomía de la mujer y evitar la insatisfacción, según revisiones sistemáticas como la de Lawrence A et al, Gupta JK et al y la de Gizzo S et al, entre otras, se centra en favorecer la movilidad materna, así como la libertad en la elección de la postura a adoptar durante el periodo de dilatación y expulsivo, siempre y cuando ésta permita el control del feto y las condiciones de salud lo permitan.

Existe evidencia científica de que evitar la posición tradicional de litotomía favorece el descenso de la cabeza fetal, lo cual acorta el proceso de parto y por tanto beneficia al feto, implicando una reducción de la tasa de cesáreas practicadas por sufrimiento fetal.

Es evidente pues, la necesidad de cambio que debe desarrollarse respecto a la asistencia sanitaria en las áreas de partos, puesto que hay bibliografía científica disponible que demuestra los beneficios de determinados tipos de asistencia sobre la satisfacción de las madres y la reducción de la instrumentalización de los partos. A pesar de ello, en el artículo publicado por Goberna J et al, encontramos en la carga asistencial el principal problema para la consecución de una atención personalizada y el trato individualizado que los establecimientos de estas prácticas requieren.

Es importante destacar que una de las limitaciones encontradas al llevar a cabo este proyecto ha sido la falta de documentos científicos que expongan la eficacia de realizar una intervención educativa hacia los profesionales de salud para realizar un trabajo en equipo y de esta manera obtener una mayor consecución y desarrollo de los nuevos métodos de asistencia que se implantarán posteriormente.

Conclusiones

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la creciente medicalización y deshumanización durante la atención del parto, ha postulado el concepto de cuidados durante el parto para una experiencia positiva durante nacimiento, donde incluye recomendaciones basadas en evidencia para la atención obstétrica amigable como una estrategia fundamental para disminuir la mortalidad materna, lo que coadyuva en la creación de un modelo de atención con trato respetuoso e igualitario, con bases científicas, que permite mejorar la calidad de la atención, la comunicación y la confianza entre el personal de salud y la mujer gestante. (WHO, 2018).

En el mundo cada año ocurren aproximadamente 140 millones de nacimientos, entre los cuales la mayoría son en mujeres sin factores de riesgo, que inician el trabajo de parto de modo espontáneo entre la semana 37 y 42 de gestación y que posterior a una evolución fisiológica terminan con el nacimiento por vía vaginal de un recién nacido sano que deberá adaptarse de forma adecuada a la vida extrauterina. Es durante la atención del parto no complicado que el profesional de la salud debe otorgar una atención integral, con énfasis en la vigilancia en el proceso del trabajo de parto, realizando el menor número posible de procedimientos activos, sin perder de vista el profundo significado emocional y cultural con respecto al nacimiento de un nuevo ser vivo. (WHO, 2018).

Las principales intervenciones que han probado mejorar la experiencia del nacimiento son: apoyo a la madre durante el nacimiento, empleo de técnicas de relajación y de alivio del dolor, mínima intervención durante la vigilancia del trabajo de parto y estar preparados para el manejo de complicaciones. (Taheri M, 2018)

Se recomienda que en la atención a todas las mujeres en trabajo de parto se procure mantener su dignidad, privacidad y confidencialidad, así como el asegurar la ausencia de daño y maltrato, permitiendo la posibilidad de una elección informada y continua durante el trabajo de parto y el nacimiento (WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018)

En un estudio controlado aleatorizado (COSMOS trial), en donde se evaluó la relación del momento de la admisión a sala de labor con el riesgo de cesárea en un total de 2,314 mujeres, se observó que el ingreso de las pacientes a sala de labor antes de los 5 centímetros de dilatación aumentó el riesgo de cesárea (OR 2.4 IC95% 1.4 a 4.0; p = 0.001) (Davey MA, 2013)

La atención prenatal cuenta mucho y es por ello la importancia de poder garantizar el accesos a los servicios de salud con una cobertura universal, que incluya la capacitación de las mujeres embarazadas y de los familiares primarios en contacto con ella, durante todo el proceso evolutivo del embarazo, los cuales conozcan y sepan activar los servicios de emergencia en cuanto haya un signo de alarma ya sea por proceso infeccioso, enfermedad crónica, riesgo genético o problemas relacionados

con el embarazo propio por enfermedades hipertensivas o accidentes, con la plena intención de poder llevar en las mejores condiciones y con la mejor preparación psicoprofiláctica al momento del inicio del trabajo de parto. Para de esta manera minimizar las malas prácticas por el vasto conocimiento y colaboración de la mujer embarazada y sus acompañantes no solo hasta el nacimiento si no en los cuidados post parto.

En base a la literatura revisada (nacional e internacional), para la atención del trabajo de parto en ambas regiones de las Américas Cuba y México se respetan, pero con el respeto y lineamiento socio-cultural de cada país.

Con las acciones que se realizan han alcanzado indicadores de salud materno-infantil favorables, a pesar de las limitaciones económicas y de recursos que se tienen en cada país. Se destaca la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de los menores de 5 años a 4,3 y 5,7 por 1 000 nacidos vivos, respectivamente, que ubican a Cuba, junto a Canadá, como los países con las cifras más bajas en la Región de las Américas.

La atención humanizada reside en disminuir prácticas rutinarias durante el trabajo del parto, por lo tanto, el personal de enfermería debe fomentar actividades que generen confianza y disminuyan el estrés en la mujer; para ello es necesario elaborar y aplicar cuidados que contribuyan o mejoren la atención perinatal, trabajar de manera sumativa con el área médica y establecer líneas de trabajo que ayuden a mantenerse dentro de la práctica autorizada por las recomendaciones internacionales a beneficio de las pacientes y sus familias.

La atención humanizada al parto es la manera de cómo cada enfermera/o brinda los cuidados a través de la actitud, valores y principios. Es una interacción entre los conocimientos y sentimientos por cada mujer, que permite establecer una asistencia de calidad con expresión humana durante el cuidado ofrecido por enfermería partiendo de la influencia de su modo de actuación, de su hacer, en el logro de la humanización.

Según Barrio, Simón y Pascau es recomendable planificar los cuidados y, en el caso de la mujer embarazada, es prever la atención futura relacionada con su embarazo y parto. La planificación anticipada de la atención en el caso de la mujer embarazada se refiere a un proceso generador de vida. Esta planificación serviría para reforzar la relación clínica entre la mujer y los profesionales asistenciales, con el entorno familiar y personal, para que la mujer y su pareja conozcan las características, consecuencias del embarazo y del parto y la consideración de este proceso como un acontecimiento vital, normal, y no como una enfermedad.

La planificación anticipada en Cuba, se traduce en la atención prenatal cuestión que tienen muy bien definida y el resto de las atenciones que le brinda el sistema de salud a la embarazada, obteniendo un lugar cimero los programas de Maternidad y paternidad responsables y el de Psicoprofilaxis obstétrica, a través de los cuales se realiza la orientación y preparación de la pareja para asumir el embarazo y el parto como procesos naturales incluidos dentro del ciclo vital de la familia.

En el desarrollo de sus programas se encuentran las bases que incursionarán el progreso del parto humanizado en Cuba, a pesar de que resulta necesario realizar una revisión de ambos para la inclusión del abordaje integral del parto humanizado desde la esencia propia del nivel primario de salud. (medicas, 2018)

De este análisis teórico surgen presunciones con relación al proceso de parto en el contexto de las maternidades cubanas, donde existen profesionales de la salud con un nivel científico y un dominio tecnológico elevado para garantizar un resultado satisfactorio en el binomio madre-hijo pero se precisa la inclusión del componente humanizador e integral para la concepción del parto como un proceso natural y fisiológico, con la combinación científico-humanista en el logro de una atención con calidad y calidez, donde la mujer cubana protagonice su proceso de parto como un sujeto de cuidado y no como objeto del mismo. (medicas, 2018)

Reafirmamos la definición que da la OMS: “el parto normal se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional” y otra cita del mismo organismo en el año 1996: “En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”.

Entonces nos preguntamos ¿Cuántos partos de los aquí referidos como vaginales se podrían considerar realmente como partos normales según la OMS? ¿Cuántas de las cesáreas realizadas se podrían haber evitado? ¿Por qué resulta tan difícil llevar a la práctica la normativa vigente sobre los nacimientos?

No desconocemos las múltiples variables que atraviesan el accionar de los profesionales de la salud: los protocolos rutinarios de atención que se imponen en cada institución, el sistema de obras sociales que privilegia el aspecto mercantilista a la atención humanitaria, y las propias condiciones laborales en que los profesionales ejercen su quehacer cotidiano.

Es de destacar que este acotado estudio se basó en técnicas y recomendaciones que cada país genera sobre su experiencia en el manejo del parto y como lo respeta, lo que presenta un aspecto positivo en la medida que refieren a sus saberes e impresiones subjetivas. Son mujeres que poseen un relativo nivel de conocimientos en relación al parto, de clase media, con un grado alto de escolarización (estudios secundarios completos, universitarios incompletos, universitarios completos).

La limitación de este estudio está referida a que no se cuenta con información por parte de los profesionales que atendieron estos partos. Para finalizar, creemos que las leyes y resoluciones vigentes son necesarias, pero no son suficientes para lograr cambios culturales. Es importante que los profesionales de la salud podamos tener una actitud reflexiva y crítica sobre nuestras prácticas en el quehacer cotidiano; estar atentos para observar de qué manera se filtran los prejuicios y creencias, aún más

teniendo en cuenta nuestro lugar de poder frente a las personas que buscan nuestra ayuda.

Consideramos que hay mucho por hacer en la formación de los futuros profesionales de la salud. Como docentes de la universidad, nos comprometemos también a la revisión de los contenidos curriculares y la actualización de la bibliografía utilizada. Pero fundamentalmente propender al cambio de actitudes para que se respeten íntegramente los derechos de las mujeres y sus familias.

4.5 Bibliografía

- , L., Guarin, Luzmila, & Cañon Montañez, W. (2011). ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE LA TEORISTA RAMONA MERCER AL CUIDADO DE. *Cuidarte*, 2(1), 8. Retrieved 01 03, 2121, from <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178015.pdf>
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Sixto Pérez, A. (2018). Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 44(3). Retrieved 12 15, 2020, from <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/384/304>
- Carbajal C., J. A., & Ralph T., C. (2017). Manual Obstetricia Ginecología. Chile: Escuela de Medicina Facultad de Medicina. Retrieved 01 2021, 02, from <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
- Cunningham, F. G. (2015). *Williams Obstetricia* (24 ed.). México : McGraw-Hill. Retrieved Noviembre 30/11/2020, 2020
- Denman, T. (2010). *Introduccion a la practica de la parteria* (Vol. 1). Gale Ecco. Retrieved 12 16, 2020
- Enciso, M. G. (2015, Julio). 25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. *Observatorio de Mortalidad Materna*, 322. Retrieved Noviembre 30/11/2020, 2020, from <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/25-a%C3%B1os-de-buenas-pr%C3%A1cticas-para-reducir-la-mortalidad-materna-en-M%C3%A9xico.-Experiencias-de-organizaciones-de-la-sociedad-civil-y-la-academia.pdf>
- Gobernación, S. d. (2020, Agosto 17). *Diario Oficial de la Federación*. Retrieved Diciembre 01, 2020, from http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020
- Gómez Bravo , E., Briones Garduño, J. C., Morales Esquivel, J. G., & Rodríguez Roldán, M. (2006, Diciembre). Mortalidad materna en el Estado de México. *Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 6. Retrieved Noviembre 30, 2020, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2003/ti036b.pdf>
- Guerrero Ramírez, R., Meneses La Riva, M. E., & De La Cruz Ruiz, M. (2017, 02 20). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Revista Enfermería Herediana*, 10. doi:<https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
- Jordá, D. G. (2010). Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. *Repositorio de Tesis en Ciencias Biomédicas y de Salud*, 187. Retrieved Noviembre 30/11/2020, 2020, from <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=406>
- Luna, M., Muños, J. A., & Freyermuth, G. (2015). Indicadores Mortalidad Materna en México 2015. *Observatorio de Mortalidad Materna en México*, 125. Retrieved Diciembre 01, 2020, from <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/05/Indicadores-2015.pdf>
- Monje V. , P., Miranda C., P., Oyarzün G., J., Seguel P., F., & Flores G., E. (2018, 09 25). Percepcion de Cuidado Humanizado de Enfermeria desde la Perspectiva de Usuarios Hospitalizados. *SCIELO*, 24. Retrieved 12 16, 2020, from <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
- Odent, M. (2016). *El bebé es un mamífero* (Sexta ed., Vol. 1). (R. Roca Riera, Trans.) España: Ob Stare. Retrieved 01 03, 2121

- Organización Mundial de la Salud. (2008). Mortalidad materna en 2005 : estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco. *Organización Mundial de la Salud*, 54. Retrieved Diciembre 01, 2020, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43849/9789243596211_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. 1, 63. Retrieved Noviembre 30/11/2020, 2020, from https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes . *Organización Mundial de la Salud* , 92. Retrieved Noviembre 30/11/2020, 2020, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>
- Pérez Cabrera, I., & Castañeda Godínez, M. C. (2012, 07 03). *Enfermería Avanzada*. Retrieved 01 03, 2121, from <http://enfeps.blogspot.com/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>
- Programa Sectorial de Salud. (2013-2018). *Salud Materna y Perinatal*. Secretaria de Salud. México: Secretaria de Salud. Retrieved Noviembre 30, 2020, from http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías de Enfermería* (Septima ed.). Barcelona , España: ELSEVIER. Retrieved 01 03, 2121
- Salud, O. M. (2018). Recomendaciones de la OMS: atención intraparto para una experiencia de parto positiva. *Organización Mundial de la Salud.*, 210. Retrieved 12 15, 2020, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salud, S. d. (2014). *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018*. Programa Sectorial , Secretaría de Salud, Mexico. Retrieved Diciembre 02, 2020, from <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/10/PROGRAMA-DE-ACCI%C3%93N-ESPEC%C3%8DFICO-SALUD-MATERNA-Y-PERINATAL.pdf>
- salud, S. d. (2019, Febrero 05). *Secretaria de Salud*. Retrieved from <https://www.gob.mx/salud/articulos/convenio-general-de-colaboracion-para-la-atencion-de-emergencias-obstetricas?state=published>
- Santos Redondo P, A.-A. M. (2013, Septiembre). Estrategia de atención al parto normal. (E. d. Salud., Ed.) *Extremeno de Salud.*, 1, 186. Retrieved Noviembre 30/11/2020, 2020, from https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_servicio_extremeno_de_salud.pdf
- Sedano , M., Sedano, C., & Sedano, R. (2014, Noviembre). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Medica Clinica las Condes*, 25(6), 866-873. Retrieved 12 15, 2020
- Torre Villar, , E. (1990). *Metodología de la Investigación: Bibliografía archivística y documental*. Retrieved 01 03, 2121