

Atención al Parto Normal

Guía dirigida a mujeres embarazadas,
a futuros padres, así como a sus
acompañantes y familiares



Autoría

Grupo de Trabajo

Charo Quintana Pantaleón. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Itziar Etxeandía Ikobaltzeta. Farmacéutica. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba, Vitoria-Gasteiz

Rosa Rico Iturrioz. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba, Vitoria-Gasteiz

Idoia Armendariz Mántaras. Técnico en electrónica. Miembro de la asociación «El parto es nuestro». Bizkaia

Isabel Fernández del Castillo Sainz. Periodista. Miembro de de la asociación «El Parto es Nuestro». Madrid

Ilustraciones

Eider Eibar Zugazabeitia

Agradecimientos

A las cinco mujeres embarazadas y madres recientes que han realizado una revisión informal del documento, por sus aportaciones.

Declaración de intereses

La entidad financiadora no ha influido en el contenido y dirección de las recomendaciones de este documento.

A todas las autoras y miembros del Grupo de Trabajo de la GPC sobre la atención al parto normal se les ha solicitado una declaración de intereses.

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:
<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Esta guía está dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares.

Edición: 1.ª, noviembre 2010

Reimpresión: 2.ª, febrero 2011

Edita: Eusko Jauriaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

© Ministerio de Sanidad y Consumo

© Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; Osteba

Diseño gráfico: DIRUDI · Cortes 10, 48003 Bilbao · www.dirudi.com

Impresión: RGM, S.A. · Polígono Igeltzera, Pab. A1 bis - 48610 Urduliz_bizkaia

NIPO: 477-10-011-5

Depósito Legal: VI 570-2010

Esta guía ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Esta guía debe citarse de la forma siguiente:

Charo Quintana Pantaleón, Itziar Etxeandia Ikobaltzeta; Rosa Rico Iturrioz; Idoia Armendáriz Mántaras e Isabel Fernández del Castillo Sainz, del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTEBA N° 2009/01.

Esta guía forma parte del documento:

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.

Esta información está también disponible en formato electrónico en la página Web de GuíaSalud (www.guia-salud.es). En estas páginas puede consultarse, además, la versión completa y versión resumida de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. La actualización de todos los documentos está prevista cada cinco años sin que se descarte, en caso de ser necesario, una actualización de su versión electrónica más frecuente.



Índice

● Presentación	7
● ¿Qué es el parto normal?	9
Dilatación: Primera etapa del parto	10
Segunda etapa del parto	12
Nacimiento	14
Alumbramiento: tercera etapa del parto	15
● ¿Qué cuidados se recomiendan durante el parto normal?	16
● ¿Qué cuidados necesita mi bebé?	24
● ¿Qué hacer frente al dolor?	27
● Para tener en cuenta sus preferencias	32
● ¿Donde encontrar más información?	34
● Glosario	35





Presentación

Este documento está dirigido a las mujeres embarazadas, los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares.

Pretende informar sobre los cuidados que van a recibir las mujeres sanas y sus bebés durante el parto y el nacimiento normales en las maternidades hospitalarias.

Este documento **no está específicamente dirigido** a mujeres que:

- esperan gemelos
- inician el parto antes de la semana 37
- tienen un bebé que no ha crecido adecuadamente
- padecen algún problema, como por ejemplo tensión arterial alta o diabetes
- necesitan una cesárea o la inducción del parto

Sin embargo, como muchas gestantes con problemas de salud o complicaciones durante su embarazo tienen un parto normal, algunas de las recomendaciones que van a exponerse pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres.

La información que se facilita en este documento se basa en la “Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la atención al parto normal” del Sistema Nacional de Salud y las recomendaciones que en ella se encuentran se han elaborado basándose en la literatura científica existente. Se ha elaborado con la participación de un amplio grupo de profesionales (matronas, obstetras, pediatras y anestesiistas) y de mujeres pertenecientes a asociaciones que abogan por una atención respetuosa y de calidad durante el parto.



Infórmate y comparte tus preferencias

Los cuidados que usted reciba deben de tener en cuenta sus necesidades y preferencias personales. Como cada parto y nacimiento es diferente y la experiencia de cada mujer es única, es conveniente que conozca las distintas opciones disponibles para que pueda tomar decisiones conjuntamente con el equipo de profesionales encargado de su cuidado. Es recomendable que realice todas las preguntas que necesite para decidir qué tipo de atención es la que mejor se ajusta a sus circunstancias y deseos. En cualquier momento y según cómo su parto progrese y usted se sienta, puede ir tomando decisiones más pertinentes, que serán respetadas siempre que sea posible.

Todos los y las profesionales deben ser conscientes de la importancia de este momento tan especial, extremar la amabilidad y el respeto y atender cualquier necesidad particular que usted pueda tener por razones culturales, así como las originadas por dificultades en la comprensión del idioma, o por alguna discapacidad.



¿Qué es el parto normal?

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones.

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

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



Dilatación: primera etapa del parto

La aparición de contracciones progresivamente más frecuentes e intensas suele ser la primera señal de que el parto comienza. Gracias a ellas, usted prestará atención a lo que le está ocurriendo y podrá observarse para tomar las decisiones más oportunas.

Las contracciones se irán convirtiendo en rítmicas y dolorosas consiguiendo que el cuello del útero se adelgace de forma gradual, adquiera una consistencia blanda y vaya dilatándose. En un determinado momento será conveniente que acuda al hospital. El momento adecuado dependerá de los partos previos y de la distancia a la que se encuentre la Maternidad.

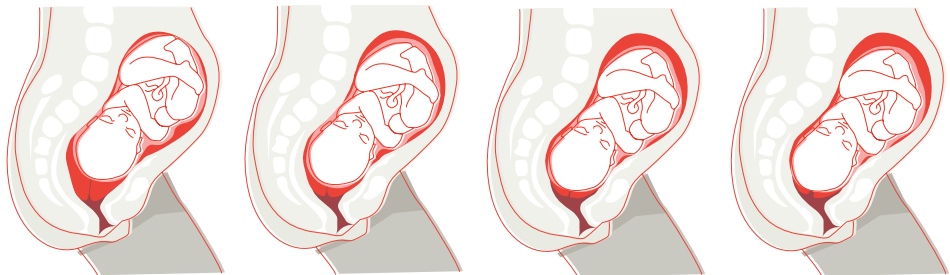
Conviene que en las últimas semanas del embarazo hable con su matrona sobre cómo identificar el momento más adecuado en su caso. Cuando acuda a la maternidad, la matrona realizará una exploración vaginal para determinar los cambios que el cuello ha experimentado y así conocer si el parto se ha iniciado y en qué fase se encuentra.

Se considera que el parto está claramente establecido cuando el cuello tiene una dilatación de alrededor de 4 centímetros. El tiempo y las contracciones necesarias para alcanzar esta dilatación son muy variables y en ocasiones este periodo denominado **fase latente o pasiva de la primera etapa del parto** es largo y durante él pueden surgir dudas sobre si el parto se ha iniciado ya o no.

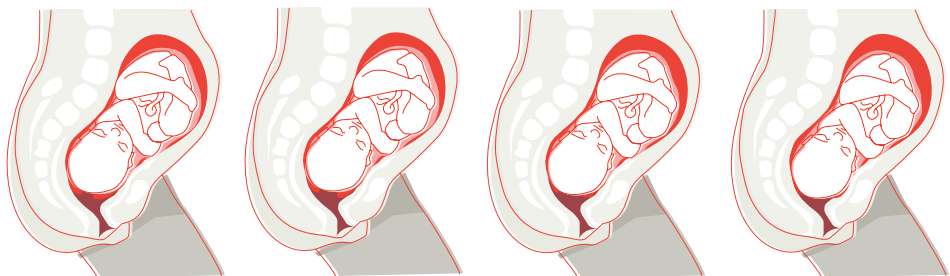
La GPC ha identificado que ingresar en la Maternidad Hospitalaria en esta fase latente puede ser perjudicial y que además está asociado a mayor intervencionismo, por lo que aconseja regresar al domicilio hasta que el parto esté claramente instaurado y seguir las recomendaciones para mejorar el confort acordadas con la matrona.

La **fase activa de la primera etapa del parto** comienza al alcanzar los 4 centímetros de dilatación y culmina al alcanzar los 10 cm. Su duración es variable, depende sobre todo del número de partos que ha tenido cada mujer y su progreso no es necesariamente lineal: La fase activa de la primera etapa del parto de las mujeres que van a tener su primer bebé (nulíparas) suelen ser de alrededor de 8 horas, siendo infrecuente que se alargue más de 18 horas. En las mujeres que ya han tenido

algún parto (múltiparas), la duración esperada es de aproximadamente 5 horas, aunque en algunas ocasiones puede prolongarse más de 12 horas.



Fase latente o pasiva de la primera etapa del parto



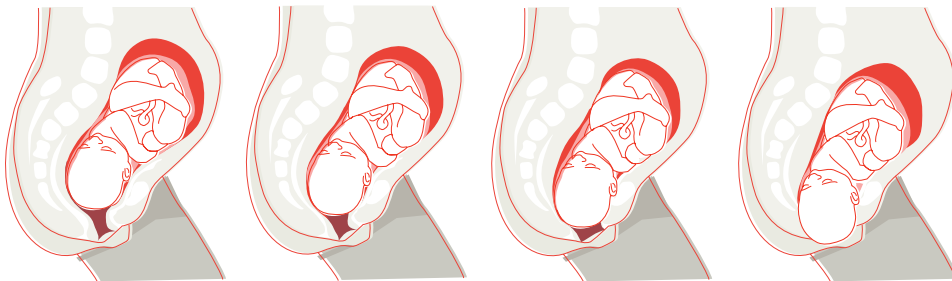
Fase activa de la primera etapa del parto

Segunda etapa del parto

Es la que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa (10 centímetros de dilatación) y el nacimiento del bebé. También se subdivide en dos fases: pasiva y activa.

Durante la **fase pasiva de la segunda etapa del parto** no se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen descender la cabeza del bebé a lo largo de la vagina. Su duración en las nulíparas puede alcanzar hasta dos horas y en las mujeres que ya han tenido hijos, hasta una hora si no han recibido analgesia epidural y hasta dos horas si la reciben.

La **fase activa de la segunda etapa** comienza cuando el bebé es visible, se producen contracciones de expulsivo o se percibe el deseo de pujo. A partir de este momento el pujo materno ayuda al descenso y permite el nacimiento del bebé. La duración normal en nulíparas sin epidural es de hasta una hora y de hasta dos horas con epidural. En multíparas la duración normal es de hasta una hora independientemente de que tengan o no analgesia epidural.

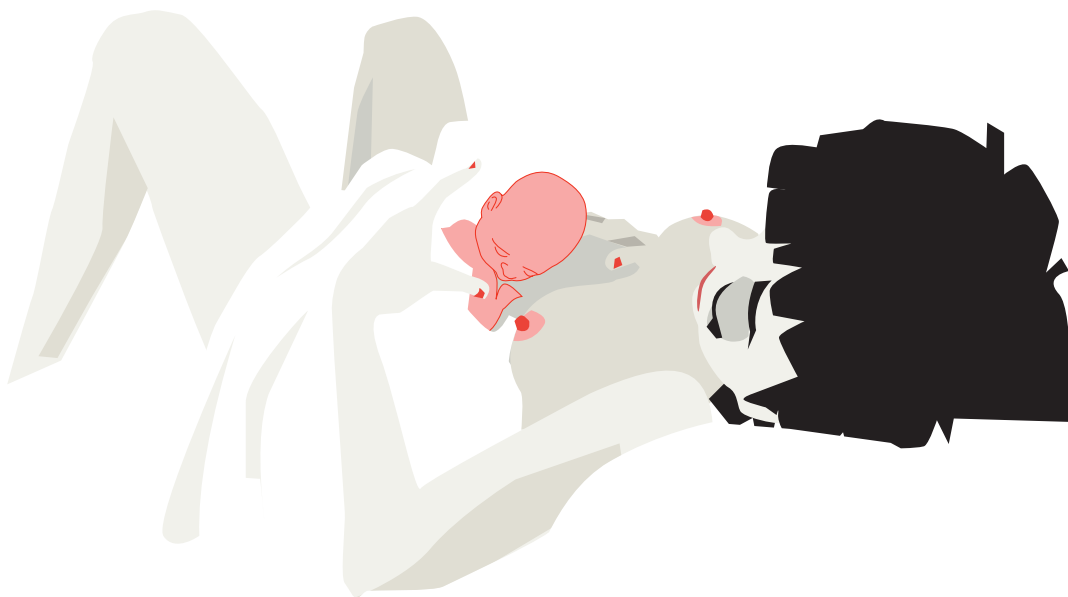




Nacimiento

En cuanto el bebé nazca será colocado en sus brazos para que lo mantenga en contacto piel con piel sobre su pecho desnudo. Hoy conocemos la importancia de que los bebés sanos mantengan este contacto piel con su madre de forma inmediata e ininterrumpida desde el momento del nacimiento y durante una a dos horas.

Tras el nacimiento del bebé el cordón umbilical se ligará, preferiblemente pasados dos minutos o cuando cesa el latido.

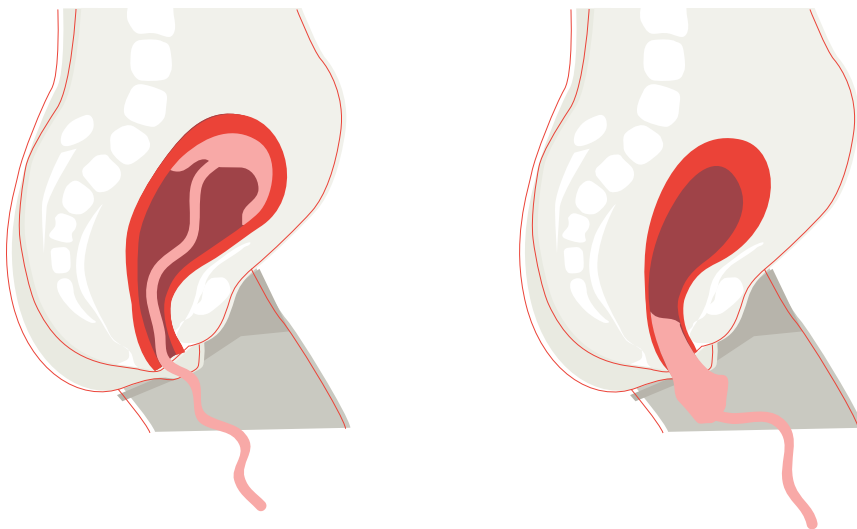


Alumbramiento: tercera etapa del parto

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

En la guía sobre la atención al parto normal se recomienda el manejo activo o dirigido de la tercera etapa del parto, es decir, la administración de oxitocina intravenosa para disminuir el riesgo de hemorragia postparto y acortar la duración de este periodo. Sin embargo, el alumbramiento espontáneo, sin utilización de fármacos, es una opción aceptable para aquellas mujeres que, teniendo un riesgo bajo de hemorragia, lo prefieran.

Si el alumbramiento es dirigido, es decir con administración de oxitocina, la expulsión de la placenta se produce normalmente en el transcurso de 30 minutos tras el nacimiento, mientras que en el caso de alumbramiento espontáneo se puede demorar hasta 60 minutos.





¿Qué cuidados se recomiendan durante el parto normal?

Acompañamiento familiar

El acompañamiento durante el parto proporciona seguridad, hace más tolerable el dolor de las contracciones y facilita el progreso del parto. La persona que le acompañe durante el parto debe ser cuidadosamente elegida por usted. Tendrá que saber cómo desea vivir su parto y ser capaz de cuidarle, apoyarle y animarle en todo momento, sin dejarse llevar por los nervios o la implicación emocional.

La persona acompañante debe transmitir a la mujer tranquilidad y seguridad e infundirle confianza en sí misma.

Acompañamiento profesional

La matrona también debe conocer los deseos y expectativas de cada mujer para poder ofrecer la ayuda y apoyo necesarios. Permanecerá con la mujer sin dejarla sola salvo periodos cortos de tiempo. Cuidará de su bienestar, animándola en todo momento para que pueda vivir su parto según sus deseos. Vigilará la situación de la madre (estado de ánimo, frecuencia de las contracciones, sensación de sed, tensión arterial, pulso, temperatura, etc.) y del feto (auscultación del latido cardíaco) y vigilará la progresión del parto. Sus sugerencias sobre cambios posturales, movilización, ingesta de líquidos, cómo afrontar las contracciones y uso de métodos de alivio del dolor no farmacológicos serán muy valiosas.

Se ha demostrado que la relación entre la mujer y la persona que le atiende influye en gran medida en la experiencia del parto. Los estudios científicos realizados encuentran que las mujeres que reciben un apoyo continuo profesional tienen mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de necesitar analgesia epidural, tener un parto instrumental (fórceps, ventosa...) o una cesárea. Además, están más satisfechas con la experiencia del parto.

También se ha demostrado que la atención al parto normal por matronas presenta ventajas: menor necesidad de analgesia epidural, realización de menos episiotomías, aumento de la tasa de parto vaginal espontáneo y de inicio de lactancia materna y una mayor sensación de control por parte de las mujeres.

La matrona es la profesional más adecuada para acompañar a la mujer en un parto normal.



Prácticas efectivas

La guía sobre la atención al parto normal **recomienda:**

Cuidados generales

- Ambiente de intimidad (puertas cerradas, sólo el personal necesario, silencio, tranquilidad, considerar la habitación como un espacio personal y privado) y espacios acogedores (habitación cálida, sin instrumental sanitario a la vista, con luz regulable).
- Ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones.
- Acompañamiento por la persona de confianza elegida.
- Atención continua por parte de una matrona, no dejando a la mujer sin atención excepto por cortos periodos de tiempo o cuando ella lo solicite.



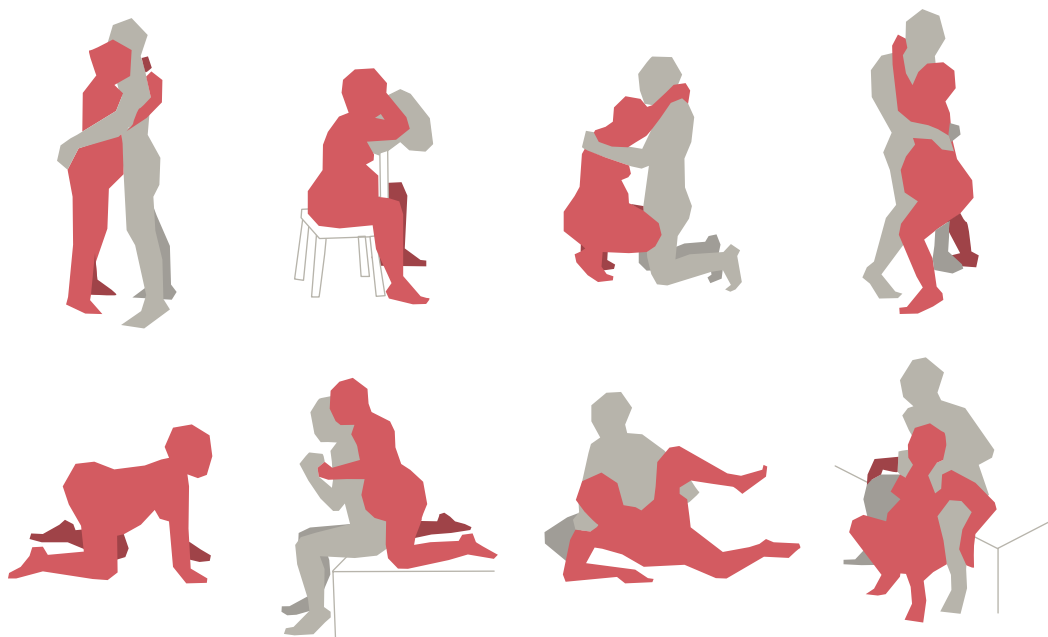
Dilatación

- No permanecer necesariamente acostada, sino moverse y adoptar cualquier posición en la que se encuentre cómoda a lo largo del periodo de dilatación.
- Beber líquidos claros (agua, zumos sin pulpa, té o café, bebidas isotónicas). Las bebidas isotónicas son las más recomendables porque además de hidratar, proporcionan pequeñas cantidades de glucosa y previenen la cetosis.
- Satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto.
- Control del latido cardíaco fetal de forma intermitente (bien con auscultación con trompeta o doppler o con periodos de monitorización continua).
- Realizar tactos vaginales a intervalos de 4 horas, a menos que exista alguna razón para realizar esta exploración a intervalos más cortos.



Segunda etapa

- Adoptar la posición que cada mujer encuentre más cómoda, evitando permanecer tumbada sobre la espalda. Las posiciones verticales (sentada, de pie, acucillada) o laterales (tumbada de lado) se asocian a expulsivos de menor duración. Las mujeres que adoptan la posición de apoyo manos y rodillas encuentran que es la más cómoda para dar a luz, y han reportado menor dolor lumbar y menor dolor perineal postparto.
- Aplicar compresas calientes en el periné durante el expulsivo y evitar el masaje perineal.
- Realizar el pujo de forma espontánea. Las mujeres con epidural que no perciben la sensación de pujo ni las contracciones, necesitan que se les indique cuándo deben empujar.



Nacimiento

- Contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido.
- Evitar la separación de la madre y el bebé, al menos durante la primera hora, hasta que haya finalizado la primera toma. Si es posible, hay que mantener el contacto piel con piel tanto tiempo como la madre y el bebé necesiten. Los procedimientos de cuidados rutinarios postnatales del bebé (pesar, administrar pomada oftálmica, vitamina K, vacuna antihepatitis, etc.) deben de realizarse a continuación. Evitar también la separación de la madre y el bebé mientras dure la estancia en el hospital.
- Iniciar la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora de vida.



Alumbramiento

- Manejo activo del alumbramiento.
- Pinzamiento del cordón umbilical transcurridos al menos dos minutos tras el nacimiento o cuando deje de latir ya que de esta manera mejoran los depósitos de hierro del bebé y se previenen anemias, además de permitir una transición al medio aéreo más suave. Este pinzamiento tardío puede dificultar la recogida del volumen de sangre necesario para la donación de sangre de cordón.



Prácticas innecesarias

En un parto fisiológico sin riesgos deben evitarse intervenciones médicas innecesarias que, si bien se han utilizado ampliamente en el pasado, hoy se sabe que deben reservarse para los casos en que existe una indicación concreta.

La guía sobre la atención al parto normal recomienda **no realizar rutinariamente**:

- La amnioscopia y la cardiotocografía en la valoración inicial. (Ver glosario)
- El rasurado del periné
- El enema
- La rotura artificial de la bolsa de aguas
- La utilización de oxitocina durante la dilatación (fármaco que se administra por vía intravenosa a través de un sistema de goteo para incrementar la frecuencia, el ritmo y la intensidad de las contracciones).
- Evitar el masaje perineal durante el expulsivo.
- La episiotomía (corte quirúrgico que permite ampliar la entrada de la vagina) rutinaria. Sólo debe practicarse si se necesita que el bebé nazca rápidamente o se va a realizar un parto instrumental. Los estudios han demostrado que es mejor evitarla ya que no previene la incontinencia de orina ni protege el periné, favorece la aparición de desgarros severos, conlleva sangrado, requiere sutura, produce dolor postparto y puede tener secuelas a largo plazo.





¿Qué cuidados necesita mi bebé?

Tras el nacimiento, los bebés se encuentran en un estado muy especial en el que están despiertos, atentos a lo que sucede alrededor, con los ojos abiertos, el sentido del olfato muy agudizado y los reflejos activos. Es conveniente conocer la importancia de este momento, que apenas dura dos horas, para vivirlo plenamente. Ese primer contacto en el que el bebé y su madre se miran, tocan y huelen es una experiencia inolvidable.

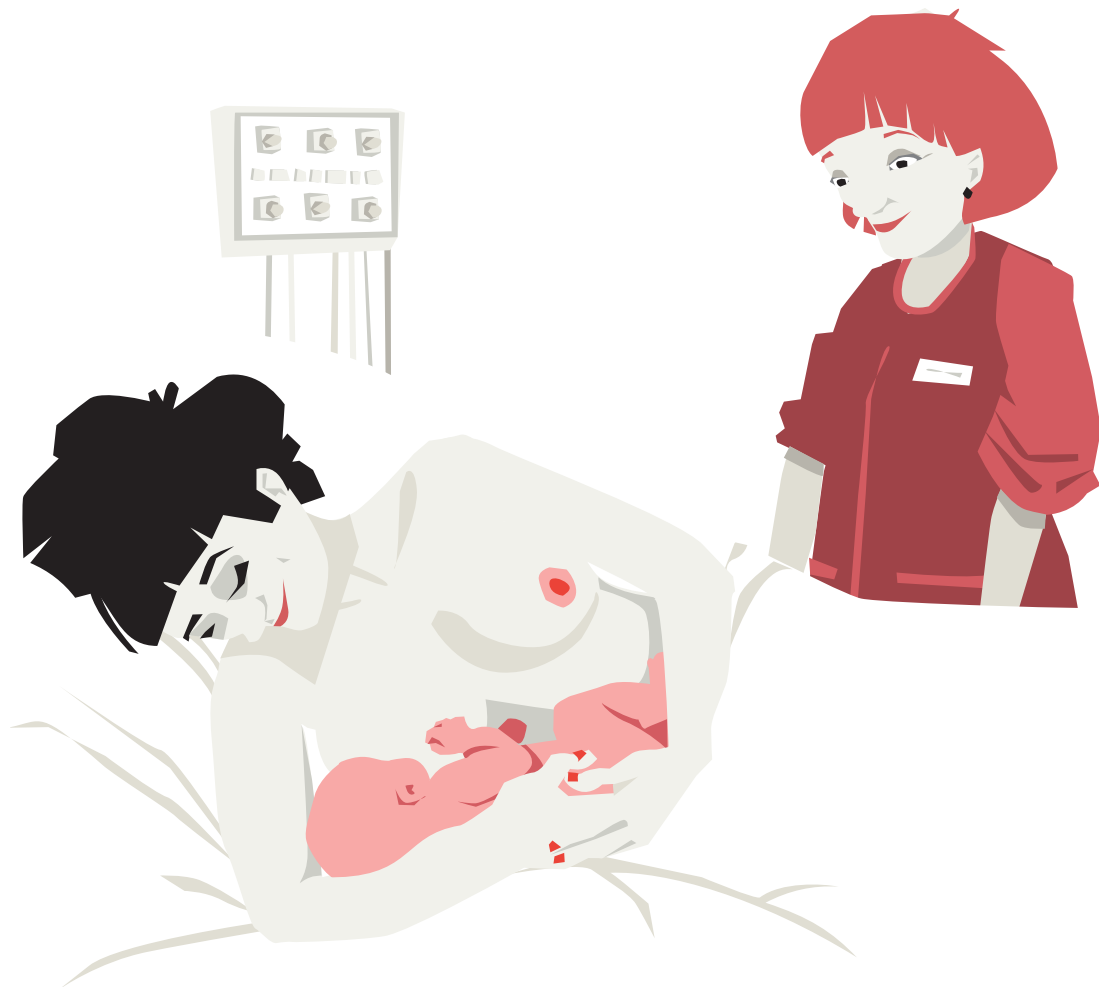
Usted y su bebé permanecerán en contacto piel con piel atendidos por la matrona, quién se interesará por su estado general, sus constantes (tensión, pulso y temperatura) y el mantenimiento de una adecuada contracción uterina, vigilando el proceso de adaptación del recién nacido.

El contacto piel con piel les ayuda a los bebés a adaptarse a la vida extrauterina, a mantener la temperatura. Además disminuye el tiempo de llanto, potencia el vínculo entre la madre y el bebé, resulta muy grato para ambos y facilita el establecimiento de la lactancia, ya que el bebé instintivamente, busca y encuentra el pezón, se agarra espontáneamente e inicia la primera toma. Este afianzamiento espontáneo tras el nacimiento se relaciona con lactancias más fáciles y de mayor duración.

La matrona les ayudará en la primera toma si su deseo es amamantar.

Las mujeres que no desean amamantar a sus bebés, no deben privarse de los otros beneficios del contacto piel con piel, que se realizará de igual manera. Puede evitarse, si se prefiere, que el bebé alcance el pezón y succione o permitirle esta primera succión sin continuar posteriormente con otras tomas.

La guía sobre la atención al parto normal recomienda el contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento y evitar cualquier separación entre la madre y el bebé, ya que facilita el establecimiento de la lactancia.



Pesar al bebé y el resto de cuidados rutinarios del recién nacido deben esperar a que la madre y el bebé estén tanto tiempo en contacto piel con piel como necesiten.

Además del contacto piel con piel y del inicio de la lactancia materna lo antes posible, la guía sobre la atención al parto normal **recomienda** para el recién nacido los siguientes cuidados:

- Cubrir y secar al recién nacido con una manta o toalla, previamente calentada, durante el contacto piel con piel para mantenerlo caliente.
- El pinzamiento tardío del cordón umbilical, preferiblemente pasados dos minutos o cuando cesa el latido, ya que mejoran los niveles de hierro en neonatos.
- La administración de pomada oftálmica para prevenir infecciones oculares.
- La administración de vitamina K mediante inyección intramuscular única para prevenir la hemorragia por déficit de vitamina K. La alternativa de la administración oral requiere sucesivas dosis lo que dificulta que el tratamiento se complete, comprometiendo su eficacia.

Por otra parte, se **desaconseja**:

- La aspiración orofaríngea o naso-faríngea del recién nacido.
- El baño del recién nacido en las primeras horas de vida.
- El paso sistemático de sonda naso-gástrica o rectal.





¿Qué hacer frente al dolor?

En un parto normal no inducido con oxitocina, sin restricción de movilidad, en un ambiente favorecedor en el que la madre se siente segura y cómoda, muchas mujeres pueden soportar el dolor, gracias a los intervalos entre contracciones que permiten descansar y a analgésicos liberados por el organismo.

Actualmente, usted puede recurrir a los diferentes métodos no farmacológicos y farmacológicos disponibles de alivio del dolor. Puede elegir un método o varios y cambiar de unos a otros según la evolución del parto y de la intensidad del alivio que desee obtener en cada momento. La matrona le informará sobre las diferentes posibilidades.

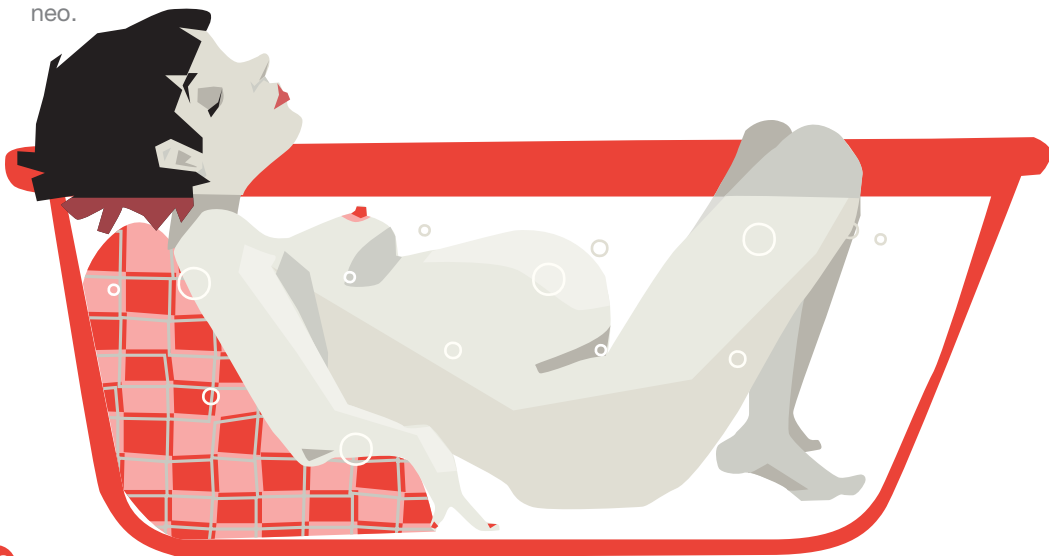
La guía sobre la atención al parto normal recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto.



Para tomar una decisión informada acerca de estos métodos, es conveniente conocer las **ventajas y desventajas** de cada uno de ellos:

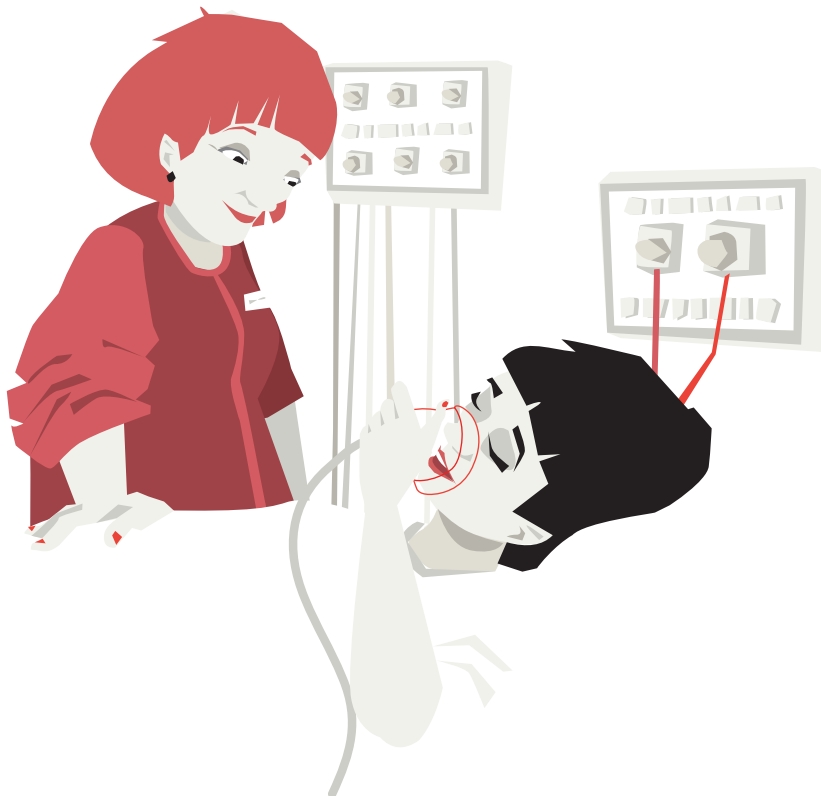
Métodos no farmacológicos

- La **inmersión en agua caliente** disminuye moderadamente el dolor, facilita la relajación y reduce el uso de analgesia epidural siempre que se realice **durante la fase activa de la primera etapa del parto** ($\geq 4\text{cm}$ de dilatación), sin que se produzcan efectos adversos en la duración del parto, en la tasa de cesáreas ni en el bienestar del bebé.
- El **masaje y el contacto físico tranquilizador** por la persona acompañante alivian el dolor y la ansiedad durante la dilatación y el expulsivo, sin efectos indeseables.
- El uso de **pelotas de goma** puede facilitar la adopción de posturas confortables.
- Las **técnicas de relajación y respiración** pueden resultar de ayuda y no producen efectos indeseables.
- La **inyecciones de agua estéril** son útiles para el alivio del dolor lumbar que algunas mujeres experimentan durante las contracciones, pero produce escozor y un dolor intenso momentáneo.



Métodos farmacológicos

- La **inhalaación de óxido nítrico** proporciona un moderado alivio del dolor que muchas mujeres consideran suficiente. Sin embargo, puede provocar náuseas, vómitos y ligero aturdimiento que desaparecen en cuanto se interrumpe la inhalaación.
- Los **opioides intravenosos e intramusculares** tienen un efecto analgésico limitado y pueden provocar náuseas y vómitos. Al adormecer al bebé podrían producir depresión respiratoria e interferir en la lactancia.



La analgesia epidural es una técnica invasiva, por eso la mujer debe ser informada sobre sus beneficios, riesgos e implicaciones sobre el parto:

Beneficios:

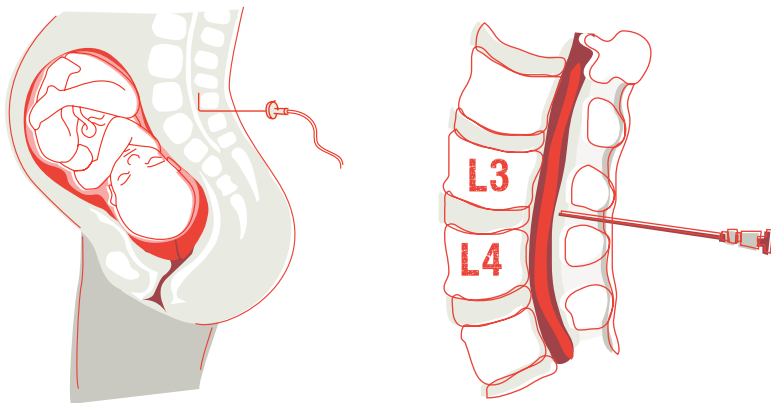
- Es el método que procura un **alivio más eficaz** del dolor.
- La analgesia epidural a **bajas dosis** permite la **deambulación**.

Riesgos

- **Hipotensión materna** y pérdida consiguiente del bienestar fetal, que se trata con reposición de líquidos intravenosos y fármacos vasoactivos.
- **Fiebre intraparto** que plantea problemas de diagnóstico con otras causas de fiebre y puede obligar a someter a estudios a la madre y al bebé.
- **Dificultad para la micción y retención urinaria** que debe tratarse con sondajes vesicales repetidos.
- **Restricción de la movilidad**, con dosis altas de epidural, incapacidad o dificultad para la deambulación, sentir las piernas dormidas o no sentirlas en absoluto.
- Se asocia con un **expulsivo más prolongado** y con un mayor riesgo de necesitar ayuda para el parto mediante fórceps, ventosa o espátulas.
- Por otro lado, la analgesia epidural **no está asociada a una dilatación más prolongada ni a mayores tasas de cesárea**. Tampoco se asocia a **dolor de espalda** a largo plazo.

Implicaciones

- La analgesia epidural obliga a una más intensa monitorización materna y fetal. Esto significa que se le controlará estrechamente la tensión arterial y se canalizará una vía venosa para poder pasarle suero si se produce hipotensión. Se realizará monitorización continua del latido cardiaco del bebé durante un periodo de aproximadamente 30 minutos tras la instauración de la analgesia epidural y tras cada dosis adicional.
- Como en todo procedimiento técnico pueden existir situaciones que dificulten su realización, o en las que la analgesia no sea completamente eficaz.



La GPC recomienda que en caso de solicitar la analgesia epidural se administren en dosis bajas que permitan cierta movilidad y la adopción de las posturas más confortables y convenientes durante la dilatación y expulsivo. Una vez instaurada la epidural conviene mantenerla hasta que finaliza el parto.





Para tener en cuenta sus preferencias

Estar bien informada, elaborar un plan de Parto y Nacimiento con la matrona que atiende el embarazo, ajustado a las posibilidades de la Maternidad Hospitalaria elegida, prepararse para el parto y mantener una buena comunicación con los profesionales de la Maternidad permitirán que usted sea la auténtica protagonista de una de las experiencias más íntimas e importantes de su vida.



Las mujeres en trabajo de parto necesitan ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Los y las profesionales necesitan conocer sus expectativas y preferencias para poder acompañarla en el proceso, atender sus necesidades y respetar la forma en la que prefiere vivir su parto y recibir a su bebé.



¿Donde encontrar más información?

Enlaces Web

- El parto es nuestro: www.elpartoesnuestro.es
blogelpartoesnuestro.com
- Campaña que no nos separen: www.quenooosseparen.info
- Haurdun. Asociación por un embarazo, parto, nacimiento y crianza conscientes: haurdun.wordpress.com
- Episiotomías: www.episiotomia.info
- Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía: www.perinatalandalucia.es
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia www.ihan.es
Directorio de grupos de apoyo a la lactancia materna y la crianza ihan.es/index32.asp
- Plataforma Pro Derechos del Nacimiento. España: pdn.pangea.org/plataforma.html
- Asociación mujeres para la salud: <http://www.mujeresparalasalud.org/index.php>
- OMS-Salud sexual y reproductiva: www.who.int/reproductivehealth/en
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Salud Sexual y Reproductiva: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

Sociedades científicas

- Federación de Asociaciones de Matronas de España: www.federacion-matronas.org
- SEGO - Sociedad Española Obstetricia y Ginecología: www.sego.es
- Asociación Española Pediatría: www.aeped.es
- Asociación Española Pediatría Atención Primaria: www.aepap.org
- EMA - European Midwives Association: www.europeanmidwives.eu/ema
- ICM - International Confederation of Midwives: www.internationalmidwives.org
- Royal College of Midwives: www.rcm.org.uk



Glosario

Amnioscopia: Observación directa del color y cantidad del líquido amniótico por medio del amnioscopio.

Cardiotocografía: La cardiotocografía es una forma de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas. El procedimiento se puede hacer a través de la piel (cardiotocografía externa) o mediante la colocación de un electrodo directamente sobre el cuero cabelludo del feto a través del cuello uterino (cardiotocografía interna).

Cetosis: Situación metabólica del organismo originada por un déficit en el aporte de carbohidratos, lo que induce el catabolismo de las grasas, a fin de obtener energía, generando unos compuestos denominados cuerpos cetónicos.

Contacto piel con piel: colocar al recién nacido desnudo en posición tumbado sobre el vientre sobre el torso desnudo de la madre

Oxido nitroso: El óxido nitroso (N₂O) en mezcla al 50% con oxígeno es una técnica de analgesia utilizada para aliviar el dolor durante el parto. El N₂O se inhala por la propia mujer a través de una mascarilla o boquilla.

Paridad: Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.

