

CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUIA PRACTICA*

Grupo de Trabajo Técnico, Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este es el título de un nuevo informe importante publicado en 1996, por la OMS, en Ginebra. Fue desarrollado por un grupo compuesto por expertos en Perinatología de cada una de las regiones de la OMS.

En su Introducción se plantea que "...este informe se dirige al cuidado del parto normal sin relación con el lugar o nivel en el que se efectúa. Las recomendaciones que se hacen de aquellas intervenciones que son o deberían ser utilizadas en los procesos del parto normal no son específicos para ninguna región y/o país". En el mismo, se examina la evidencia científica sobre muchas de las prácticas más comunes y se establecen recomendaciones sobre su lugar en el cuidado del parto normal.

La *definición de parto normal* para este grupo toma en consideración 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".

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".

La persona que brinda la atención durante el mismo puede ser un obstetra, un generalista, una partera o personal auxiliar, o, aun, legos especialmente entrenados.

Este informe afirma que la partera, tal como se

define por la OMS, la Confederación Internacional de Obstétricas y la Federacional Internacional de Ginecología y Obstetricia, "parece ser el miembro del equipo de salud más apropiado y costo-efectivo para tomar a su cargo el cuidado del embarazo y parto normales, incluyendo la evaluación del riesgo y el reconocimiento de complicaciones".

El Grupo de Trabajo Técnico, en relación al problema del lugar del parto, afirma que "una mujer debe tener su parto en un lugar que ella sienta seguro, y en el nivel más periférico en el que un cuidado adecuado es posible y seguro. Para una

embarazada de bajo riesgo, éste puede ser su hogar, una pequeña maternidad, un centro perinatal en la ciudad o, quizás, la maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un lugar donde toda la atención y el cuidado estén dirigidos a sus necesidades y seguridad y tan cercano a su hogar y a su propia cultura como sea posible".

La importancia del apoyo durante el trabajo de parto es reconocida, y el informe señala que "...una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta confortable y en la que confie: su pareja, su mejor amiga, una Doula o partera".

Y aun más: el parto normal, siempre que sea de bajo riesgo, "no necesita otra intervención que aliento, apoyo y un poco de cuidado cariñoso".

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".

Clasificación de las prácticas en el parto normal

El informe clasifica las prácticas de común realización durante el parto normal en 4 categorías, dependiendo de su utilidad, efectividad e inocuidad. Los fundamentos teóricos y la documentación sobre la que se basa esta clasificación se detallan en el informe.

* **Gentileza:** Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

Categoría A

Prácticas que se han demostrado útiles y que deben ser estimuladas:

- Un plan personal hecho con la mujer y su familia durante el embarazo en el que se determine quién efectuará el parto y dónde.
- Evaluación del riesgo durante el cuidado prenatal, reevaluándolo en cada control, en el momento de la primera atención durante el parto y a través del mismo.
- Controlar el bienestar, tanto físico como emocional, de la mujer durante el parto y al finalizar el proceso del nacimiento.
- Ofrecer líquidos orales durante el trabajo de parto.
- Respetar la elección informada de la mujer sobre el lugar del nacimiento.
- Proveer un cuidado durante el trabajo de parto en el nivel más periférico donde el parto sea posible y seguro y donde la mujer se sienta segura y confiada.
- Respetar el derecho de la mujer a la privacidad en el lugar del parto.
- Brindar apoyo empático durante el parto y nacimiento.
- Respetar la elección de la mujer sobre quién la acompañará en el parto.
- Dar a las mujeres tantas explicaciones e información como ellas deseen.
- Utilizar métodos de alivio del dolor durante el parto no invasivos y no farmacológicos, tales como masajes y técnicas de relajación.
- Monitoreo fetal por auscultación intermitente.
- Uso único de material desechable y esterilización apropiada de los materiales reutilizables durante el parto.
- Uso de guantes en el examen vaginal, en el manejo del recién nacido y en la manipulación de la placenta.
- Libertad para la mujer de movimiento y adopción de la postura que prefiera durante el parto.
- Alentar la posición no supina durante el parto.
- Evaluación cuidadosa del progreso del parto, por ejemplo, utilizando el *partograma de la OMS*.
- Administración de ocitocina profiláctica en el tercer período del parto en mujeres con riesgo de hemorragia post-parto o que hayan sufrido una pequeña pérdida.
- Esterilidad en el corte del cordón umbilical.
- Prevenir la hipotermia del recién nacido.
- Contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido. Apoyar la puesta al pecho durante la primera hora post-parto de acuerdo a las recomendaciones de la OMS para alimentación al pecho.
- Examen rutinario de la placenta y membranas.

“...una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta confortable y en la que confíe: su pareja, su mejor amiga, una Doula o partera”.

Categoría B

Prácticas que son claramente dañinas o inefectivas y que deben ser eliminadas:

- Uso rutinario de enemas.
- Uso rutinario del rasurado público.
- Uso rutinario de las infusiones endovenosas durante el parto.
- Uso rutinario de una cánula endovenosa profiláctica.
- Uso rutinario de la posición supina durante el trabajo de parto.
- Examen rectal.
- Uso de la pelvimetría radiológica.
- Administración de ocitócicos en cualquier momento antes del expulsivo, de modo tal que sus efectos no puedan ser controlados.
- Uso rutinario de la posición de litotomía con o sin “colgar” las piernas durante el parto.
 - Pujos prolongados (maniobra de Valsalva) durante el segundo período del parto.
 - Masajear y estirar el perineo durante el segundo período de parto.
 - Uso de pastillas de ergometrina en el tercer período del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
 - Uso rutinario de ergometrina parenteral en el tercer período del parto.
 - Lavado rutinario del útero después del expulsivo.
 - Revisión rutinaria (exploración manual) del útero después del expulsivo.

Categoría C

Prácticas para las que existe evidencias insuficientes como para emitir una recomendación definitiva y que deben ser utilizadas con precaución mientras investigaciones futuras clarifican su uso:

- Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, tales como hierbas, inmersión en agua y estimulación nerviosa.
- Amniotomía precoz rutinaria en el primer período del parto.
- Presión sobre el fondo del útero durante el parto.
- Maniobras relacionadas con la protección del perineo y el manejo de la cabeza fetal en el momento del parto.
- Manipulación activa del feto en el expulsivo.
- Ocitocina rutinaria, tracción controlada del cordón o una combinación de las mismas durante el tercer período del parto.
- Clampeo precoz del cordón umbilical.
- Estimulación del pezón para aumentar las contraccio-

nes uterinas durante el tercer período del parto.

Categoría D

Prácticas que se utilizan frecuentemente en forma inapropiada:

- Restricción de alimentos y líquidos durante el parto.
- Control del dolor por agentes sistemáticos.
- Control del dolor por analgesia peridural.
- Monitoreo fetal electrónico.
- Utilización de máscaras y camisolines estériles durante la atención del parto.
- Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente cuando son realizados por más de una persona.
- Utilización de ocitocina.
- Movilización rutinaria de la mujer en trabajo de parto a una habitación diferente en el comienzo del segundo período.
- Cauterización vesical.
- Alentar a la mujer a pujar cuando se ha diagnosticado una dilatación completa antes que la mujer sienta la necesidad de hacerlo ella misma.
- Mantenerse rígido en considerar normal una duración fija, tal como un hora, para el segundo período del parto, si las condiciones materno-fetales son buenas y el trabajo de parto progresa.
- Parto instrumental.
- Uso liberal o rutinario de la episiotomía.
- Exploración manual del útero después del parto.

I CURSO DE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

- Organiza:** ASAPER
- Directores:** *Dr. Carlos Grandi / Dr. Angel Siufi*
- Secretaria:** *Dra. María Luisa Celadilla*

- Temario preliminar:**

Problema científico-diseño de protocolos. Población y muestra. Muestreo y Tamaño Muestral. Diseño de una investigación. Variables: tipos y operacionalización. Escalas de Medición. Registro y almacenamiento de datos. Análisis estadístico. Lectura crítica de trabajos científicos.

- Duración:** 35 horas docentes.
- Modalidad:** teórico-práctica. Con evaluación opcional.
- Fecha:** todos los jueves de agosto y septiembre de 1999.
- Horario:** 19 a 21 horas.

Comienza el 19 de agosto

- Lugar:** ASAPER, Pueyrredón 1746, 2° A.
- Arancel:** Socios de ASAPER: 20 pesos por mes;
No socios: 40 pesos por mes.

- Informes e inscripción:**
Pueyrredón 1746, 2° A. Tel.: 4827-3866/4824-6549
Con tarjeta de crédito: Vía Fax: (01) 4822-9891

CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUIA PRACTICA*

Grupo de Trabajo Técnico, Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este es el título de un nuevo informe importante publicado en 1996, por la OMS, en Ginebra. Fue desarrollado por un grupo compuesto por expertos en Perinatología de cada una de las regiones de la OMS.

En su Introducción se plantea que "...este informe se dirige al cuidado del parto normal sin relación con el lugar o nivel en el que se efectúa. Las recomendaciones que se hacen de aquellas intervenciones que son o deberían ser utilizadas en los procesos del parto normal no son específicos para ninguna región y/o país". En el mismo, se examina la evidencia científica sobre muchas de las prácticas más comunes y se establecen recomendaciones sobre su lugar en el cuidado del parto normal.

La *definición de parto normal* para este grupo toma en consideración 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".

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".

La persona que brinda la atención durante el mismo puede ser un obstetra, un generalista, una partera o personal auxiliar, o, aun, legos especialmente entrenados.

Este informe afirma que la partera, tal como se

define por la OMS, la Confederación Internacional de Obstétricas y la Federacional Internacional de Ginecología y Obstetricia, "parece ser el miembro del equipo de salud más apropiado y costo-efectivo para tomar a su cargo el cuidado del embarazo y parto normales, incluyendo la evaluación del riesgo y el reconocimiento de complicaciones".

El Grupo de Trabajo Técnico, en relación al problema del lugar del parto, afirma que "una mujer debe tener su parto en un lugar que ella sienta seguro, y en el nivel más periférico en el que un cuidado adecuado es posible y seguro. Para una embarazada de bajo riesgo, éste puede ser su hogar, una pequeña maternidad, un centro perinatal en la ciudad o, quizás, la maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un lugar donde toda la atención y el cuidado estén dirigidos a sus necesidades y seguridad y tan cercano a su hogar y a su propia cultura como sea posible".

La importancia del apoyo durante el trabajo de parto es reconocida, y el informe señala que "...una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta confortable y en la que confíe: su pareja, su mejor amiga, una Doula o partera".

Y aun más: el parto normal, siempre que sea de bajo riesgo, "no necesita otra intervención que aliento, apoyo y un poco de cuidado cariñoso".

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".

Clasificación de las prácticas en el parto normal

El informe clasifica las prácticas de común realización durante el parto normal en 4 categorías, dependiendo de su utilidad, efectividad e inocuidad. Los fundamentos teóricos y la documentación sobre la que se basa esta clasificación se detallan en el informe.

* **Gentileza:** Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

Categoría A

Prácticas que se han demostrado útiles y que deben ser estimuladas:

- Un plan personal hecho con la mujer y su familia durante el embarazo en el que se determine quién efectuará el parto y dónde.
- Evaluación del riesgo durante el cuidado prenatal, reevaluándolo en cada control, en el momento de la primera atención durante el parto y a través del mismo.
- Controlar el bienestar, tanto físico como emocional, de la mujer durante el parto y al finalizar el proceso del nacimiento.
- Ofrecer líquidos orales durante el trabajo de parto.
- Respetar la elección informada de la mujer sobre el lugar del nacimiento.
- Proveer un cuidado durante el trabajo de parto en el nivel más periférico donde el parto sea posible y seguro y donde la mujer se sienta segura y confiada.
- Respetar el derecho de la mujer a la privacidad en el lugar del parto.
- Brindar apoyo empático durante el parto y nacimiento.
- Respetar la elección de la mujer sobre quién la acompañará en el parto.
- Dar a las mujeres tantas explicaciones e información como ellas deseen.
- Utilizar métodos de alivio del dolor durante el parto no invasivos y no farmacológicos, tales como masajes y técnicas de relajación.
- Monitoreo fetal por auscultación intermitente.
- Uso único de material desechable y esterilización apropiada de los materiales reutilizables durante el parto.
- Uso de guantes en el examen vaginal, en el manejo del recién nacido y en la manipulación de la placenta.
- Libertad para la mujer de movimiento y adopción de la postura que prefiera durante el parto.
- Alentar la posición no supina durante el parto.
- Evaluación cuidadosa del progreso del parto, por ejemplo, utilizando el *partograma de la OMS*.
- Administración de ocitocina profiláctica en el tercer período del parto en mujeres con riesgo de hemorragia post-parto o que hayan sufrido una pequeña pérdida.
- Esterilidad en el corte del cordón umbilical.
- Prevenir la hipotermia del recién nacido.
- Contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido. Apoyar la puesta al pecho durante la primera hora post-parto de acuerdo a las recomendaciones de la OMS para alimentación al pecho.
- Examen rutinario de la placenta y membranas.

“...una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta confortable y en la que confíe: su pareja, su mejor amiga, una Doula o partera”.

Categoría B

Prácticas que son claramente dañinas o inefectivas y que deben ser eliminadas:

- Uso rutinario de enemas.
- Uso rutinario del rasurado público.
- Uso rutinario de las infusiones endovenosas durante el parto.
- Uso rutinario de una cánula endovenosa profiláctica.
- Uso rutinario de la posición supina durante el trabajo de parto.
- Examen rectal.
- Uso de la pelvimetría radiológica.
- Administración de ocitócicos en cualquier momento antes del expulsivo, de modo tal que sus efectos no puedan ser controlados.
- Uso rutinario de la posición de litotomía con o sin “colgar” las piernas durante el parto.
 - Pujos prolongados (maniobra de Valsalva) durante el segundo período del parto.
 - Masajear y estirar el perineo durante el segundo período de parto.
 - Uso de pastillas de ergometrina en el tercer período del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
 - Uso rutinario de ergometrina parenteral en el tercer período del parto.
 - Lavado rutinario del útero después del expulsivo.
 - Revisión rutinaria (exploración manual) del útero después del expulsivo.

Categoría C

Prácticas para las que existe evidencias insuficientes como para emitir una recomendación definitiva y que deben ser utilizadas con precaución mientras investigaciones futuras clarifican su uso:

- Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, tales como hierbas, inmersión en agua y estimulación nerviosa.
- Amniotomía precoz rutinaria en el primer período del parto.
- Presión sobre el fondo del útero durante el parto.
- Maniobras relacionadas con la protección del perineo y el manejo de la cabeza fetal en el momento del parto.
- Manipulación activa del feto en el expulsivo.
- Ocitocina rutinaria, tracción controlada del cordón o una combinación de las mismas durante el tercer período del parto.
- Clampeo precoz del cordón umbilical.
- Estimulación del pezón para aumentar las contraccio-

nes uterinas durante el tercer período del parto.

Categoría D

Prácticas que se utilizan frecuentemente en forma inapropiada:

- Restricción de alimentos y líquidos durante el parto.
- Control del dolor por agentes sistemáticos.
- Control del dolor por analgesia peridural.
- Monitoreo fetal electrónico.
- Utilización de máscaras y camisolines estériles durante la atención del parto.
- Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente cuando son realizados por más de una persona.
- Utilización de ocitocina.
- Movilización rutinaria de la mujer en trabajo de parto a una habitación diferente en el comienzo del segundo período.
- Cauterización vesical.
- Alentar a la mujer a pujar cuando se ha diagnosticado una dilatación completa antes que la mujer sienta la necesidad de hacerlo ella misma.
- Mantenerse rígido en considerar normal una duración fija, tal como un hora, para el segundo período del parto, si las condiciones materno-fetales son buenas y el trabajo de parto progresa.
- Parto instrumental.
- Uso liberal o rutinario de la episiotomía.
- Exploración manual del útero después del parto.

I CURSO DE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

- Organiza:** ASAPER
- Directores:** *Dr. Carlos Grandi / Dr. Angel Siufi*
- Secretaria:** *Dra. María Luisa Celadilla*

- Temario preliminar:**

Problema científico-diseño de protocolos. Población y muestra. Muestreo y Tamaño Muestral. Diseño de una investigación. Variables: tipos y operacionalización. Escalas de Medición. Registro y almacenamiento de datos. Análisis estadístico. Lectura crítica de trabajos científicos.

- Duración:** 35 horas docentes.
- Modalidad:** teórico-práctica. Con evaluación opcional.
- Fecha:** todos los jueves de agosto y septiembre de 1999.
- Horario:** 19 a 21 horas.

Comienza el 19 de agosto

- Lugar:** ASAPER, Pueyrredón 1746, 2° A.
- Arancel:** Socios de ASAPER: 20 pesos por mes;
No socios: 40 pesos por mes.

- Informes e inscripción:**
Pueyrredón 1746, 2° A. Tel.: 4827-3866/4824-6549
Con tarjeta de crédito: Vía Fax: (01) 4822-9891