

## TRILOGÍA: CONOCIMIENTOS, CULTURA Y CONVICCIÓN

### NUESTRO PRÓXIMO ENCUENTRO

El próximo mes de junio las matronas de España y Portugal tienen una cita en Granada. La Asociación Andaluza de Matronas ha querido celebrar su VI Encuentro y II Congreso Internacional en la bella ciudad de Granada.

Cuando pensamos en acudir a un evento científico cada quien prioriza sus motivaciones para ir, pero lo cierto es que suele surgir de un compendio de ganas de conocer las novedades del mundo científico en que nos movemos, pasar un buen rato y ver a compañeros/as que hace tiempo que no vemos y obtener algún mérito para nuestro currículum o de cara a la bolsa de contratación. Sea por lo que fuere, debemos acudir a estas nuevas jornadas en la que podamos comprobar que las Matronas investigan, que las Matronas buscan nuevas salidas laborales, que las Matronas intervienen en proyectos de cooperación al desarrollo, en definitiva... que las Matronas se mueven.

El lema, que resumen el recorrido por el que nos quiere llevar dicho Encuentro a través de su programa, es **Trilogía: Conocimientos, Cultura y Convicción**. Dentro de los conocimientos se abarcarán las nuevas tecnologías que facilitan y se han hecho imprescindibles en el acceso y el manejo de los mismos. Cuando pensamos en cultura, la primera imagen que acuda a nuestra mente pueden ser los diferentes países de procedencia de las mujeres con las que entramos en contacto gracias a nuestro ejercicio profesional, pero en esta ocasión, aunque también se trate esta dimensión, en el encuentro se quiere traer a debate circunstancias que se dan en "nuestra" cultura y que influyen inequívocamente en la salud de la mujeres como son las desigualdades socioeconómicas (que debido a la crisis económica actual se están acrecentando) y la violencia de género. Por último, la Convicción nos acerca a nuestras competencias, pero desde la oportunidad de desarrollarlas plenamente abarcando proyectos que permiten tomar otras sendas ante la importante tasa de desempleo que sufre actualmente nuestra profesión. Así, el abordaje de las disfunciones de suelo pélvico de forma especializada, la creación de una empresa para la atención del puerperio en el domicilio, entre otras, son iniciativas que abren nuestras mentes para encontrar otras salidas laborales.

Todo este contenido está acotado entre una conferencia inaugural a manos Lina Gálvez, Catedrática de Historia y Economía de la Universidad de Sevilla y la conferencia de clausura que será realizada



por José Luis Bimbela, psicólogo y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, especializado en la formación sobre habilidades de comunicación (Counselling).

Otro atractivo adicional para acudir es la acreditación como Internacional, debido a ponencias y la recepción de comunicaciones de nuestro país vecino: Portugal.

Os esperamos en Granada, una ciudad mágica, a la que siempre es un placer volver y qué mejor motivo para hacerlo que nuestro Encuentro entre Matronas.

# EL SIGNIFICADO DEL DOLOR DEL PARTO

## RESUMEN

El dolor del parto sigue siendo una de las grandes preocupaciones de las mujeres que están a punto de parir en el siglo XXI. La analgesia epidural constituye la técnica analgésica de elección para aliviar el dolor, pero el debate va mucho más allá pues la preocupación de la mujer se centra en tener un parto respetado y satisfactorio donde pueda ocupar un papel activo. Muchas mujeres se sienten culpables si tenían pensando parir sin epidural y al final acaban optando por esta técnica.

Tras el mecanismo fisiológico del dolor y sus efectos en el cuerpo se esconde el significado cultural y emocional que le conferimos al mismo. El dolor también es cultural, desde pequeños le hemos conferido un significado que hará que nuestro organismo libere neuromediadores que influyan en el manejo del dolor del parto.

Con este artículo se pretende hacer una reflexión sobre el significado actual del dolor del parto analizando tanto el mecanismo de producción del dolor del parto como los mediadores que se liberan por el significado cultural del dolor finalizando con una reflexión sobre la utilidad del "parir con dolor".

**Palabras claves:** Dolor de parto; epidural; fisiología del parto; neuromediadores

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el dolor del parto continúa siendo uno de los grandes miedos de la mujer embarazada pues se trata de un dolor de características e intensidad variable. Según la S.E.G.O. en su protocolo de Analgesia del parto en Octubre del 2010 <sup>(1)</sup>: el 20% de las parturientas lo describen como insostenible, el 30% como intenso, el 35% como moderado y tan solo el 15% señalan la intensidad como mínima.

El alivio del dolor del parto ha centrado el interés médico de los últimos años, constituyendo un gran hito el desarrollo e implementación de la anestesia epidural como "el método para parir sin dolor" llegando a ser un criterio de calidad de parto en los hospitales españoles el porcentaje de mujeres que parían con analgesia epidural.

Sin embargo, la generalización de la anestesia epidural en los partos no se acompañaba de una mayor satisfacción de las parturientas <sup>(2) (3)</sup>: Muchas se sintieron traumatizadas en su parto a pesar de haber recibido analgesia epidural, la mayoría sintió que les habían robado el parto.

Entre 2003 y 2007 la atención al parto pasó a ser un tema de actualidad en los medios de comunicación: se reclamaban medidas alternativas de alivio del dolor con un parto respetado gracias a un papel más activo de la mujer, verdadera protagonista del parto.

Hoy día nos encontramos con dos corrientes claramente diferenciadas <sup>(2)</sup>: Aquellos que abogan por eliminar el dolor del parto por completo tachándolo de "sufrimiento inútil" y aquellos que defienden soportar el dolor del parto como manera natural de parir. Esto

## ABSTRACT

Labor pain remains a major concern for women who are about to give birth in the XXI century. Epidural analgesia is the technique of choice analgesic for pain relief, but the debate goes beyond the concern for women focuses on having a respected and successful delivery where I can take an active role. Many women feel guilty if they were thinking of giving birth without an epidural and ultimately end up choosing this technique.

After the physiological mechanism of pain and its effects on the body hides the cultural and emotional significance we confer to it.

Pain is also cultural, since we have given little significance that will cause our body to release neurotransmitters that influence the management of labor pain.

This article aims to reflect on the current meaning of labor pain by analyzing both the production mechanism of labor pain as mediators that are released by the cultural significance of pain ending with a reflection on the usefulness of the "birth with pain".

**Keywords:** Pain in labor; epidural; physiology of pregnancy; neuromediators

supone que las mujeres se encuentran en una doble encrucijada: Soportar el dolor del parto o no, ambas opciones son iguales de culpabilizadoras para la madre pues algunas mujeres se sienten más débiles o menos valientes por pedir la epidural cuando en un principio tenían pensado parir sin ella.

Llegados a este punto se nos plantea una pregunta clave: ¿es útil soportar el dolor del parto? ¿Tiene alguna función el dolor en la fisiología del parto? Con este artículo pretendemos reflexionar sobre estos aspectos para entender qué significa el dolor del parto en cada mujer y lograr satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de alivio del dolor del parto de la gestante.

## MATERIAL Y MÉTODO

A través de una Búsqueda bibliográfica exhaustiva (pubmed, uptodate, cochrane, medline, asociación española de fisioterapeutas, sociedad española de fisioterapia en pelviperineología)

### Criterios de inclusión:

La búsqueda se ha realizado entre los años 1990 al 2012 seleccionando todos los estudios hallados sobre el tema, publicaciones en revistas científicas, trabajos de investigación realizados, monografías, exposiciones en congresos nacionales e internacionales. En el idioma español e inglés

## MECANISMO FISIOLÓGICO DEL DOLOR DEL PARTO

El dolor presenta dos orígenes: el primero nace de la zona física, es decir la zona periférica del cuerpo; el segundo reside en el cerebro. Los estímulos periféricos activan los estímulos centrales, el conjunto da vida a la experiencia individual del dolor. <sup>(2)</sup>

En el parto se suceden tres etapas con diferente génesis del dolor y cuyo conocimiento es de relevancia para su tratamiento. <sup>(1) (4)</sup>

- **Periodo de dilatación:** dolor de tipo visceral, transmitido por las raíces T10-L1, que tiene como origen la dilatación del cérvix, la distensión del segmento uterino inferior y la contracción del cuerpo uterino. Su intensidad se relaciona directamente con la presión ejercida por las contracciones. Este dolor se alivia con técnicas de bloqueo

locorreional de dichas raíces.

- **Periodo de expulsivo:** se añade un dolor somático intenso y mejor localizado, que se debe al efecto compresivo de la cabeza fetal sobre las estructuras pélvicas y a la distensión de las porciones bajas del canal del parto: vagina, vulva y periné. Estos estímulos se transmiten por los nervios pudendos hasta las raíces S2-S4, con lo que un bloqueo de dichos nervios puede aliviarlo.

- **Periodo de alumbramiento:** los estímulos dolorosos se producen por dilatación y contracción del cuerpo uterino. La sensibilidad generada se transmite a través de los nervios raquídeos torácicos (DXI, DXII).

## EL DOLOR DEL PARTO ES MUCHO MÁS QUE FISIOLOGÍA

La sensación de dolor no es simplemente un estímulo periférico que, una vez transmitido por la "vía del dolor" a un "centro encefálico del dolor", provoca una respuesta proporcional a la intensidad del estímulo, sino que los mecanismos del dolor son mucho más complejos: La sensación de dolor es el efecto del conjunto de factores fisiológicos (edad, paridad, fatiga, insomnio, etc.) y psicológicos (miedo, ansiedad, ignorancia, falta de información, embarazo no deseado, etc...). Estos factores constituyen los factores centrales del dolor que pueden reducir o ampliar la percepción de los estímulos periféricos. <sup>(2) (4)</sup>. Taylor apuntaba que el sufrimiento del dolor hace que se suplan otras necesidades como el comer o dormir, hace que la persona busque alivio o tratamiento e interfiere en la comunicación con los profesionales.

Factores psíquicos del dolor en el parto.



## Factores psíquicos del dolor del parto <sup>(2)</sup>

**Condicionamiento negativo:** factores culturales desfavorables, desvalorización del proceso creativo del nacimiento, escasa autoestima, experiencias traumáticas de sucesos anteriores o relatos de partos complicados, una relación difícil con el dolor, el propio nacimiento doloroso de la mujer, el rol social de la propia mujer, etc.

**Orientación cultural:** importancia o nimiedad asignados al sufrimiento dentro de su entorno cultural, experiencia social del parto...

**Experiencias personales:** miedos, madurez emocional, etc.

Todos estos factores harán que el dolor pueda ser percibido aún antes del estímulo periférico o en ausencia de éste debido simplemente al miedo o a la expectativa del dolor pues tal y como decía Taylor: la percepción del dolor se encuentra influenciada principalmente por el temor. También puede ocurrir lo contrario: que estos factores se conviertan en protectores con la adecuada educación y formación, logrando que el dolor no se perciba como tal incluso en presencia de un fuerte estímulo periférico pues lograremos influenciar en los neuromediadores del dolor del parto. <sup>(2)</sup>

## NEUROMEDIADORES DEL DOLOR DEL PARTO

Las endorfinas y las encefalinas son opioides endógenos que inhiben el dolor y crean sensación de bienestar, placer, expansión y deseo de repetir la experiencia <sup>(2)</sup>, mientras que la hormona ACTH, la oxitocina y las prostaglandinas actúan como estimuladores del dolor <sup>(2)</sup>: la particularidad del dolor del parto es el ritmo. Los picos de dolor (estrés agudo que estimula producción de adrenalina) alternados con pausas de ausencia total de dolor (ausencia de estímulos nocivos y de alerta) producen como efecto paradójico una fuerte estimulación de la producción de endorfinas. Esto explica la corriente filogenética de justificación de la reproducción <sup>(2)</sup>: la reproducción humana está fuertemente protegida y puede ser garantizada sólo si la mujer se ve gratificada en el parto y, por lo tanto, desea repetir la experiencia. Es por ello que un proceso tan doloroso como el parto tiene que ser fuertemente compensado por las endorfinas.

Si la mujer es capaz de relajarse física y emocionalmente en las pausas entre una contracción y otra, si mantiene una respiración con expiración larga durante las contracciones, si transforma la expresión verbal (el grito) en canto o vocalización con la garganta relajada, si recibe un masaje para relajar la tensión muscular, si puede moverse libremente durante las contracciones, si se siente lo suficientemente protegida como para enfrentarse al miedo o si simplemente es libre de seguir a su cuerpo sin inhibiciones (internas o externas) los mensajes que llegarán al sistema reticular no serán de alerta sino de calma y las reacciones fisiológicas se normalizarán o presentarán un ritmo alternado permitiendo la producción de endorfinas.

## ¿ES ÚTIL EL DOLOR DEL PARTO?

El dolor es necesario para estimular una producción suficiente de oxitocina para el

trabajo activo, y es por ello que no se pueden aplicar métodos de analgesia farmacológica desde el comienzo del proceso del parto, ya que este se pararía irremediablemente.

Al comienzo del parto, la oxitocina se produce en función de los cambios hormonales, de la placenta y de la madre y en función de la estimulación del cuello del útero provocada por los movimientos fetales activos <sup>(2)</sup>; la actividad de contracción de los pródromos aún irregular e inconstante es la respuesta a este primer nivel de oxitocina. Para pasar a la fase activa con sus contracciones regulares y efectivas es necesario otro estímulo adicional regular para una producción constante y creciente de oxitocina.

El dolor pone a la mujer en una situación de estrés agudo al que responde con un pico de producción de catecolaminas que, si se producen en elevadas cantidades, provocan una respuesta oxitócica paradójica y estimula simultáneamente la producción de endorfinas liberando energía de las células y los ácidos grasos generando un aumento gradual de la actividad de contracción acompañado por una creciente capacidad de tolerancia al dolor. Sin embargo, si la emisión de catecolaminas es continua se inhibe la producción de oxitocina: el parto se ralentizará o se prolongarán los pródromos sin llegar al trabajo activo de parto.

La intermitencia del dolor se hace fundamental: es necesario dar mucha importancia a la pausa entre las contracciones. La completa relajación entre una contracción y otra permite recuperar la calma profunda, libre de estrés, que activa el sistema nervioso parasimpático preparando el organismo de la mujer para la posibilidad de un nuevo pico de catecolaminas en la siguiente contracción, y así, a un nuevo estímulo para la producción de oxitocina. Es por ello que en presencia de estrés crónico es necesario antes ralentizar el parto y procurar una relajación profunda, y luego el trabajo se reanuda de forma espontánea con su ritmo fisiológico.

Es importante la colaboración armoniosa de los dos sistemas nerviosos neurovegetativos durante el parto, ya que el sistema simpático es responsable de la contracción del útero, y el parasimpático, de la distensión del segmento inferior y del cuello <sup>(2)</sup>. Si los dos sistemas no están sincronizados, podemos encontrarnos con contracciones espasmódicas sin dilatación, distocia entre cuerpo y cuello o hipotonía

uterina con dilatación pasiva que no conduce al nacimiento. Hay que guiar a la mujer a través de dolor explicándole su significado y utilidad.

Otro aspecto importante del dolor como estímulo endocrino atañe a la producción de endorfinas. La función de las endorfinas <sup>(2)</sup> es la de disminuir la percepción del dolor, pero también se encarga de producir, en la segunda fase de la dilatación, un estado alterado de conciencia o estado de hipnosis, necesario para la inhibición córtico-racional y para el dominio de las funciones neurovegetativas que dirigen el parto. Además, permiten a la mujer que se abandone totalmente, que se desprenda de sus límites para llegar a la dilatación completa. En el momento de la expulsión del feto, cuando cesa el estímulo del dolor, se encontrará con niveles tan altos de endorfinas que experimentará sensaciones de gratificación hacia sí misma, de éxtasis y de placer con los que acogerá a su bebé e iniciará su experiencia como madre.

## CONSIDERACIONES FINALES

Con este artículo llegamos a la conclusión de que el dolor del parto es fisiológico y que su función es contribuir al parto normal, es decir, se trata de un dolor que cumple una función clara en nuestro organismo: instaurar el trabajo de parto. Pero, como hemos comentado, el dolor es cultural pues asignamos una interpretación al mismo en función de lo que hemos aprendido desde pequeños o los mecanismos que hemos desarrollado para soportarlo, por tanto, debemos tener en cuenta la población que atendemos. Así como en Holanda el 90% de las mujeres opta por parir en casa sin analgesia epidural (opción que sólo consideran para los partos patológicos), en España el 98% de las mujeres opta por la analgesia epidural como mecanismo de elección para el alivio del dolor. El eslogan político "parir sin dolor" ha hecho que muchas mujeres piensen que para parir no hay que soportar ningún tipo de dolor, viviendo con este entorno no tienen una adecuada preparación psicológica previa al parto y esto hace que sean más demandantes de la analgesia epidural. Una adecuada preparación prenatal con información veraz sobre todo el proceso del parto va a influir favorablemente en el manejo del dolor.

**Carmen Mejías Paneque, Rocío Ferradás Janeiro.**  
Matrona Hospital de La Merced, Osuna (Sevilla),  
Matrona Hospital Universitario La Paz (Madrid)

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- *Analgesia del parto. Protocolos Asistenciales en Obstetricia* [S.E.G.O.] [monografía en formato electrónico] [serial online] Protocolo actualizado en Octubre; 2010. Disponible en: [www.prosego.com](http://www.prosego.com)
- 2- Schmid Verena. *El dolor del Parto*. 1º Edición. Editorial: *Obstare*; 2010.
- 3- Fernández-Llóbregas del Rey Luis, Quintana Pantaleón Charo, Etxeandía Ikbaltzeta Itziar, Rico Iturrioz Rosa, Maceira Rozas María del Carmen, Salgado Barreira Ángel, Atienza Merino Gerardo. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto*

*Normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 1º Edición. Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; Octubre 2010.*

4- González-Merlo J., Lailla Vicens J.M., Fabre González E., González Bosquet E. *Obstetricia*. 5º Edición. Editorial: Masson (Elsevier); 2006.

5- Ch. Taylor. *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós, 1996.

6- Ibarra. Md. *Una nueva definición del dolor. Un imperativo de nuestros días*. Rev. Soc. Esp. Dolor v. 13 n.2 Narón (La Coruña) mar. 2006



# INFORME DE REFLEXIÓN SOBRE EL ALUMBRAMIENTO NORMAL

## DEFINICIÓN

El alumbramiento o tercer período del parto se define como el tiempo transcurrido entre la salida del feto y la expulsión completa de la placenta con sus membranas. Entre los riesgos de esta etapa se encuentran la retención y las hemorragias posparto (HPP), siendo esta última la principal causa de muerte materna prevenible, mediante la adecuada asistencia del alumbramiento.<sup>1</sup>

## MECANISMO DEL ALUMBRAMIENTO

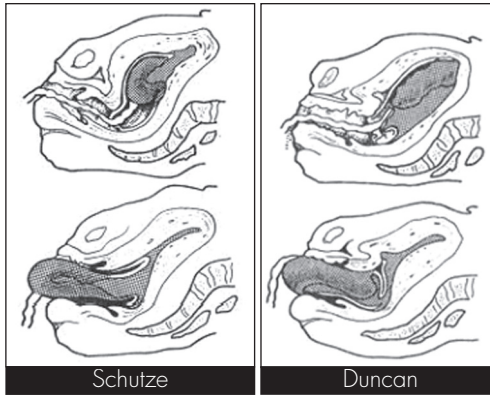
El alumbramiento consta de dos partes: en primer lugar sucede el desprendimiento de la placenta y a continuación, su expulsión al exterior.

Los fenómenos que determinan el desprendimiento placentario empiezan ya al final del embarazo y continúan durante el parto. La placenta experimenta un proceso de envejecimiento paulatino que va a afectar a las vellosidades de anclaje que son las que la fijan a la decidua. Debido a la degeneración hialina de los depósitos de fibrina, se debilitan de las conexiones que fijan la placenta.<sup>1</sup>

Después del parto, y por efecto de las contracciones, el útero experimenta un proceso de retracción y el área de superficie uterina donde está implantada la placenta. Para adaptarse, la placenta aumenta de espesor, pero por su elasticidad limitada tiene que plegarse, tensándose las conexiones con la decidua y los vasos útero-placentarios. La tensión llega a ser tan intensa que se rompe a nivel del área esponjosa de la decidua basal, derramándose sangre en distintos puntos y disecciona las estructuras placentario-deciduals en la zona profunda de la capa esponjosa, contribuyendo aún más al desprendimiento de la placenta. Así que la formación de hematoma retroplacentario es más bien el resultado que la causa de la separación, pero contribuye a la misma.<sup>1</sup>

Clásicamente se describen dos formas de desprendimiento: Si la placenta se encuentra inserta en el fondo, el hematoma retroplacentario será central (75% de los casos); pero si la placenta se inserta baja y sus membranas son cortas, se empezará a desprender por los lados y el mecanismo

de desprendimiento será lateral (25% de los casos). Actualmente el único interés entre ambas formas de desprendimiento central o lateral, es que en el primero, Schultze, no hay pérdida sanguínea hasta que la placenta aparece y sale por vulva, invertida, por su cara fetal, mientras que en el desprendimiento tipo Duncan, fluye sangre por los genitales ya



desde el comienzo del desprendimiento.

La gran disminución del área de superficie de la cavidad uterina determina simultáneamente que las membranas fetales y la decidua se agrupen en incontables pliegues que aumentan el espesor de la capa. Gran parte de la decidua parietal está incluida entre los pliegues del amnios y corion leve. Pero las membranas, en general permanecen in situ hasta que el desprendimiento placentario se completa. En ese momento se desprenden de la pared uterina, en parte por las contracciones posteriores del miometrio, y en parte, por la tracción que ejerce la placenta separada.

Por la acción de nuevas contracciones uterinas, la placenta y membranas penetran sucesivamente en el segmento inferior y en el canal cérvico-vaginal hasta que aparecen en la vulva, si bien algunas veces por el estado de decúbito supino en que está la parturienta no son suficientes las contracciones para su expulsión total, necesiéndose de una ligera expresión uterina para completarla.<sup>1</sup>

Hoy sabemos que el desprendimiento de la placenta en el parto natural o no intervenido es simultáneo a la expulsión del feto. Con las últimas contracciones uterinas se consigue que a la vez que sale el feto se exprima el útero detrás de las nalgas y desprenda la placenta. Tan solo si el feto es extraído muy rápidamente, entonces es posible que el útero quede vacío y entre en fase de reposo de 5 a 10 minutos, empezando posteriormente las contracciones de alumbramiento, coincidiendo con la versión clásica.<sup>1</sup>

## DIAGNÓSTICO DEL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

El útero, inmediatamente después de la salida del feto, se encuentra colocado en la línea media con el fondo cerca del ombligo. La paciente no sangra por sus genitales si no

ha habido desgarros traumáticos del canal blando del parto. Pero una vez terminada la pausa de reposo fisiológico del útero, que es mínima, la mujer experimenta de nuevo dolor cólico localizado en el hipogastrio y en la región lumbosacra, y si en este momento exploramos el estado del útero, veremos como se endurece por la contracción, al mismo tiempo que se afila y asciende.<sup>1</sup>

Al cabo de varias de estas contracciones, la mujer siente sensación de ocupación rectal al encontrarse la placenta en la vagina. Posteriormente la placenta aparecerá por la vulva, ayudada por un esfuerzo voluntario de la prensa abdominal, por una expresión uterina o ligera tracción del cordón, si lo primero no es suficiente. Esta arrastra tras de sí las membranas, desplegándolas de las débiles estructuras que las unen a la decidua.<sup>1</sup>

Inmediatamente después podemos tocar el útero contraído sobre la sínfisis púbica formando el globo de seguridad. Con esto ha terminado el alumbramiento y empieza el puerperio.<sup>1</sup>

Entre los más constantes signos de desprendimiento podemos citar los siguientes:

### Signos uterinos:

- *Triple signo de Schröder*: consiste en valorar el relieve del fondo uterino a través de la pared abdominal. Si la placenta no se ha desprendido el fondo llega hasta el ombligo; si ya lo está, se coloca 2-3 traveses por encima del mismo y generalmente a la derecha; una vez expulsada a 2-3 traveses por debajo del ombligo, duro y con una contracción tónica de la musculatura uterina (globo de seguridad).<sup>2</sup>

- *Pérdida hemática en el desprendimiento lateral*.

### Signos funiculares:

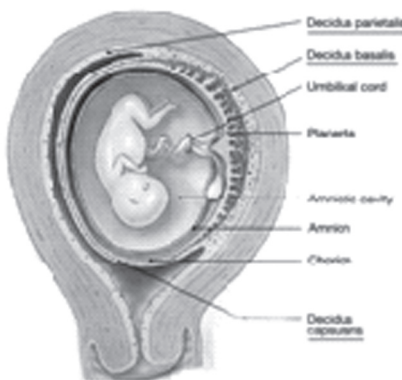
- *Signo de Ahlfeld*: Una vez cortado el cordón se pone en él una pinza a la altura de la vulva. Al desprenderse la placenta se observa como desciende unos 10cm a la vez que rota sobre sí mismo.<sup>2</sup>

- *Signo de Strassman*: Una de las manos mantiene el cordón umbilical, la otra determina movimientos en el fondo uterino. Puede ser negativo si la mano que mantiene el cordón recibe la propagación, o positivo si los movimientos del fondo uterino no se propagan al cordón, revelando descenso de la placenta.

- *Signo de Fabrè ó del pescador*: al ejercer ligeras sacudidas sobre el cordón con una mano, éstas no se apreciarán en la otra mano, colocada sobre el fondo uterino.

- *Signo de Küstner*: al ejercer presión manual sobre el útero en sentido ascendente; si la placenta no está desprendida el cordón ascenderá; si la placenta se ha desprendido, no se moverá en el sentido del fondo uterino.

- *Signo de Klein*: al contraer enérgicamente la prensa abdominal, suele descender un poco el cordón, pero si está la placenta adherida, sube el cordón la cesar el empuje.



## ASISTENCIA EN EL ALUMBRAMIENTO

El desprendimiento y la expulsión de la placenta pueden producirse de diferentes formas:

- **Alumbramiento activo o dirigido:** administrando medicación desde la salida del hombro anterior hasta el primer minuto de nacimiento.
- **Alumbramiento espontáneo o fisiológico:** mediante pujos maternos y sin medicación.

## MANEJO ACTIVO O DIRIGIDO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

Al revisar toda la evidencia disponible, la FIGO y la ICM coinciden en que se ha comprobado que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce el índice de hemorragia posparto, la cantidad de sangre perdida y, por consiguiente, las transfusiones de sangre.<sup>3</sup> Por tanto, el manejo activo del alumbramiento se debe ofrecer a las mujeres ya que reduce el índice de hemorragia posparto debido a atonía uterina.

El manejo activo del alumbramiento consiste en intervenciones diseñadas para facilitar que la placenta descienda, al aumentar las contracciones uterinas y evitar una hemorragia posparto (HPP) al impedir una atonía uterina. Los componentes habituales incluyen:<sup>3</sup>

- Administrar agentes uterotónicos.
- Aplicar la tracción controlada del cordón umbilical.
- Aplicar masajes uterinos después de que la placenta descienda y sea evacuada.

### Utilización de agentes uterotónicos<sup>3</sup>

• Dentro del primer minuto después del nacimiento del recién nacido, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s), e inyecte 10 unidades de oxitocina vía intramuscular (IM) o intravenosa.<sup>6</sup> La oxitocina es preferida, por encima de otros uterotónicos, porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y se puede utilizar en todas las mujeres.

• Si la oxitocina no está disponible, se pueden usar otros fármacos uterotónicos, como: ergometrina 0,2 mg IM, sintometrina (1 ampolla) IM o misoprostol 400-600 µg vía oral. La administración de misoprostol debe reservarse para situaciones en donde no es posible la administración segura o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergot inyectables.

• Los uterotónicos requieren un almacenamiento adecuado:

- **Ergometrina:** 28° C, debe protegerse de la luz y evitar su congelación.
- **Misoprostol:** temperatura ambiente, en un recipiente cerrado.
- **Oxitocina:** 15-30° C, evitar su congelación.

• Debe proporcionarse consejo acerca de los efectos secundarios de estos fármacos.

No debe administrarse ergometrina o sintometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta.

### Tracción controlada del cordón umbilical<sup>3</sup>

- Pince el cordón umbilical cerca del periné (una vez que las pulsaciones cesen en un recién nacido saludable) y sosténgalo en una mano.
- Coloque la otra mano justo encima del pubis de la mujer y estabilice el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical (Maniobra de Brandt-Andrews)



• Mantenga una tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).

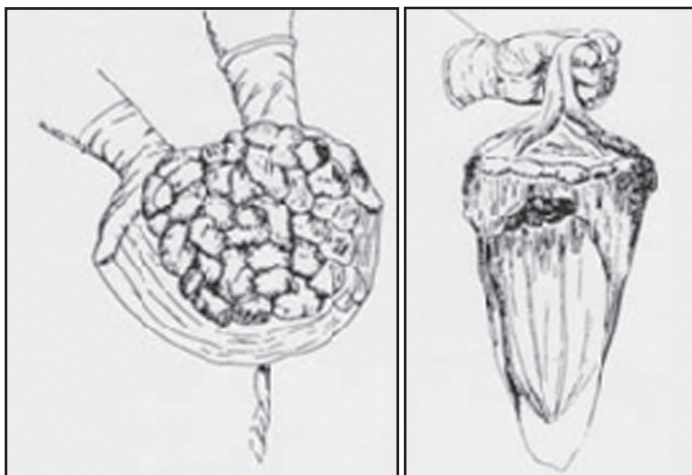
• Durante la contracción uterina fuerte, anime a la madre a empujar y, con mucho cuidado, traccione hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continúe aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.

• Si la placenta no desciende a los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no continúe traccionando:

- Sostenga el cordón cuidadosamente y espere a que el útero esté bien contraído de nuevo.
- Durante la siguiente contracción, repita la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario.

Nunca se debe realizar una tracción del cordón umbilical sin realizar una tracción opuesta hacia arriba del pubis en un útero bien contraído.

• A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sosténgala con las dos manos y volteea con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. (maniobra de Dublín) Tire lentamente para extraerla por completo.



• Si las membranas se rasgan, examine cuidadosamente la parte superior de la vagina y del cuello del útero utilizando guantes estériles o desinfectados, y emplee pinzas ovales o raquetas para extraer cualquier pedazo de membrana que esté presente.

• Revise con cuidado la placenta para asegurarse de que no le falta ninguna parte. Si falta una porción de la superficie materna o se observan membranas rasgadas con vasos, sospeche que existen fragmentos de placenta retenidos tome las medidas adecuadas.

### Masaje uterino<sup>3</sup>

• Masaje inmediatamente el fondo del útero hasta que se contraiga.

• Palpe el útero y confirme que está contraído cada 15 minutos y repita el masaje uterino cuando sea preciso durante las dos primeras horas.

• Asegúrese de que el útero no se relaje después del masaje uterino.

## ALUMBRAMIENTO ESPONTÁNEO. CONDUCTA EXPECTANTE

El alumbramiento fisiológico, o espontáneo, puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos. La atención del parto vertical genera ventajas importantes; disminuyen significativamente la hemorragia y el tiempo de duración del alumbramiento, al contar con el factor de la fuerza de la gravedad<sup>14</sup>.

El alumbramiento espontáneo incluye las siguientes medidas:

• Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar el abdomen a nivel umbilical).

• Animar a la mujer a pujar con las contracciones o, incluso a adquirir una posición vertical.

• No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, o previa a las señales de separación de la placenta, ya que esto podría causar una separación parcial de la placenta, una rotura del cordón, un sangrado excesivo y una inversión uterina.

## INFORMACIÓN DE INTERÉS

- La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo (6).
- Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica (6).
- El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.
- Se recomienda la utilización rutinaria de oxitocina en el manejo de la tercera fase del parto (6).
- Se recomienda la administración de 10 UI IV lenta o IM3 para la profilaxis de la hemorragia posparto (6).
- Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (5,6).
- Se sugiere como conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical. Hay evidencia de buena calidad que indique que el pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y mejoran los niveles de hierro en neonatos. A pesar de que existe un aumento de niños con policitemia entre los de pinzamiento tardío, este hecho parece ser benigno. En el grupo con pinzamiento temprano se observó un menor número de neonatos con ictericia, medido por la necesidad de fototerapia (6).

La FAME (2007) recomienda incluso en el manejo activo del alumbramiento: «Pinzar el cordón cerca del periné una vez que cesen las pulsaciones en un recién nacido saludable».

- Una revisión de la Cochrane concluye que los estudios informados demostraron que no hubo riesgos estadísticamente significativos de hemorragia posparto al esperar hasta después de la expulsión de la placenta para administrar los fármacos oxitócicos. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela en el ámbito clínico, debido a los tamaños de muestra relativamente pequeños de los estudios incluidos.<sup>7</sup>
- No obstante, dado el beneficio de la oxitocina en cuanto a la reducción de la hemorragia postparto y de la necesidad de oxitócicos terapéuticos versus ningún uterotónico, parece haber una clara consecuencia para la práctica que favorece el uso de la oxitocina. Sin embargo, esta tendencia debe ser atenuada con el conocimiento de que no se cuenta con información suficiente acerca de la mayoría de los demás resultados y efectos secundarios y que todos los estudios clínicos se realizaron en hospitales o en lugares de países desarrollados.<sup>8</sup>
- Existe evidencia de que la inyección de oxitocina en la vena umbilical puede reducir la necesidad de efectuar un alumbramiento manual de la placenta retenida después del nacimiento del niño (4).
- El drenaje de la placenta, que no se contempla como parte de la conducta activa, no es una práctica muy extendida, excepto en algunos países, como Bélgica y Portugal (4).
- La estimulación de las mamas parece ser beneficiosa en la reducción de la HPP,

interesante especialmente en países en vías de desarrollo (9).

## CONCLUSIONES

Las recomendaciones de las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la FIGO, la ICM, la SEGO y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), coinciden en la recomendación del manejo activo del tercer periodo del parto. Pese a ello, en la práctica diaria nos encontramos con gran cantidad de profesionales que siguen llevando a cabo el alumbramiento fisiológico, probablemente, por la tendencia que tenemos en nuestra profesión hacia lo natural.

Sigue existiendo cierta controversia respecto al momento de administración de la oxitocina, interpretándose con cautela los resultados de las últimas revisiones que se inclinan por el uso de oxitócicos tras el alumbramiento, debido a los reducidos tamaños muestrales de los estudios incluidos.

El manejo de este periodo es muy importante, ya que ayudará a prevenir la HPP, una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo.

La actuación de la matrona, tanto en la detección como en el inicio de las medidas de soporte es imprescindible para que corregir esta situación de urgencia que pone en peligro la vida de la puerpera, por ello todos los profesionales del área de maternidad deben estar entrenados para actuar ante esta situación lo más rápidamente posible.

Rocío Elvira Aguilar Alinquer  
Residente H. Valme Sevilla

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ación Álvarez P. Documento de consenso SEGO asistencia al parto.
2. Saz Peiró P, Tejero Lainez MC, Ortiz Lucas M. Asistencia al parto en casa. *Med Natur.* 2008; 2 (1): 13-32
3. Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia posparto. Declaración conjunta de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO). *Matronas Prof.* 2007; 8 (2): 26-27.
4. Martínez-Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas Prof.* 2009; 10 (4): 20-26.
5. Ortega García EM, Ruiz Sacristán A, Garrido Rivas AE, Marchador Pinillos B. Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. *Matronas Prof.* 2009; 10(2): 25-28.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la 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.
7. Soltani H, Hutchon D, Poulouse T. Momento de administración de uterotónicos profilácticos para la tercera etapa del trabajo de parto después del parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 8. Art. No.: CD006173. DOI: 10.1002/14651858.CD006173.
8. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2.
9. Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Estimulación de las mamas para la maduración cervical e inducción del trabajo de parto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2.

## PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE LA AMM

- Si tenéis alguna noticia de vuestra zona o centro de trabajo, algún artículo o proyecto que quieras compartir con el resto de compañer@s no dudéis en enviarlo a la secretaria de la AAM.

- Igualmente seguimos esperando noticias o artículos de Unidades Docentes de Matronas





# Noticias y proyectos

## Ganadora del XXVIII Certamen Ciudad de Sevilla

Durante el mes de diciembre de 2012 recibimos una estupenda noticia: la ganadora del primer puesto del XXVIII Certamen Ciudad de Sevilla otorgado por el Colegio de Enfermería de Sevilla ha recaído en una matrona: Estefanía Jurado García. Su trabajo, titulado "Adaptación psicosocial al embarazo en gestantes de un centro de salud del ámbito rural", tiene como mayor aplicabilidad el constatar la necesidad de realizar una promoción de la salud de la embarazada desde Atención Primaria con intervenciones específicas al respecto. Entre los hallazgos más importantes del estudio destaca la influencia en dicha adaptación psicosocial al embarazo de las circunstancias laborales, hallándose con significación estadística el temor de las mujeres a perder el trabajo ante un embarazo.

Estefanía Jurado, realizó la Especialidad de Matrona en la Unidad Docente de Sevilla y además de ejercer asistencialmente la especialidad, también ha realizado actividad docente en la Escuela Universitaria Francisco Maldonado de Osuna. Podemos considerarla una mente inquieta, por y para su profesión,

involucrada en múltiples proyectos. Entre las últimas implicaciones a las que ha accedido ha sido la de constituirse como miembro, por la provincia de Sevilla, del Comité Científico de la Asociación Andaluza de Matronas.

¡Enhorabuena Estefanía!

### Formación

Durante los últimos meses han tenido lugar las actividades formativas ya anunciadas en el boletín anterior. Una nueva edición del taller de masaje infantil se realizó a finales de enero con igual buena acogida que la anterior. También se han llevado a cabo dos ediciones del taller de sutura en Málaga y Puerto Real.

En pocos días verá la luz una nueva Guía de Actuación de Urgencias Obstétricas elaboradas por matronas y editada por el SATSE. La Asociación Andaluza de Matronas ha sido la revisora externa de dicha guía y supondrá una nueva herramienta para que los profesionales puedan tener un rápido acceso a la actuación recomendada ante las principales urgencias.

También podremos contar un poco más adelante con una nueva Guía de

Investigación para Matronas realizada por la Asociación. Ésta ha sido la primera acción del ya consolidado Comité Científico. Dicha guía pasará un proceso de revisión externo y tras darle el formato definitivo se llevará a cabo su publicación, esperando que sea de gran utilidad para todos/as aquellos/as que desean introducirse en dicha parcela de nuestras competencias.

Igualmente dicho Comité evaluará las comunicaciones presentadas para nuestro próximo Encuentro y decidirá aquellas que serán premiadas.

Queremos seguir reiterando la necesidad de seguir llevando a iniciativas como estas y lo importante que es la implicación de las matronas asociadas para ello. Por eso volvemos a pedir que consideréis la posibilidad de formar parte de grupos específicos dentro de la Asociación (formación, investigación, legislación). Igualmente si estás interesado/a en publicar algún trabajo o proponer algún tema que consideres de interés general para publicar en el boletín, comunícalo a tu Asociación (a través de la web).

La Junta Directiva

## STAFF

**Diseño y Maquetación:**  
Carolina Sánchez

**Comité de Redacción:**  
Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas

**Dirección:**  
C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254  
secretaria@amatronas.org  
www.amatronas.org

**Edición, producción y suscripciones:**

**Serintusur**

C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254  
info@serintusur.com

**Depósito legal:** SE-748-2003  
**ISSN:** 1988-4133



## ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

www.amatronas.org - secretaria@amatronas.org

Recorta y envía este cupón debidamente cumplimentado a la dirección que se indica. Por favor, rellene el impreso a máquina o con mayúsculas.

Nombre y apellidos .....

Domicilio .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. .... Teléfono .....

D.N.I. .... Fecha nacimiento ..... Email .....

Centro de trabajo .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

OBSERVACIONES .....

ENVIAR CUMPLIMENTADO A:

C/ Martínez de León nº 2, 1º C - 41100 Coria del Río. Sevilla.

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254

CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2012: 60 EUROS

ORDEN DE DOMICIALIZACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos .....

Banco / Caja .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

Entidad Oficina DC Nº Cuenta

□□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□

Sr. Director: ruego atienda los recibos que enviarán para su cargo en mi cuenta la Asociación Andaluza de Matronas, en concepto de cuota de socia/o, a partir del día de la fecha.

Lugar y Fecha: .....

Firma.



DESDE SIEMPRE CON LAS MATRONAS

**NUK** Service **Pro**  
PROFESSIONAL SUPPORT