

La dilatación Prácticas habituales

- El partograma es una herramienta de trabajo que permite realizar una adecuada evolución del trabajo de parto y reducir el número de intervenciones.
- Es importante evaluar de forma periódica las constantes vitales de la mujer (frecuencia cardiaca, tensión arterial y temperatura) para efectuar una adecuada evaluación del riesgo y detectar posibles problemas.
- No hay evidencia que justifique el uso de enema y el rasurado del vello púbico de forma rutinaria en el parto.
- El tacto vaginal es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios. Éstos suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad. Siempre que sea posible deben ser realizados por la misma matrona, ya que se trata de una medida con un componente de subjetividad. →

- Para valorar la evolución del parto, en partos de bajo riesgo, debería fomentarse el uso de otras técnicas menos invasivas como la palpación abdominal e interpretación del comportamiento de la mujer.
- Los cambios de posición durante la dilatación ayudan a la mujer a afrontar la sensación dolorosa. Si la mujer está en posición vertical padece menos dolor, tiene menos necesidad de analgesia epidural y menos alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, y se acorta el tiempo de la primera fase del parto.
- Cuando un parto tiene una evolución lenta, en primer lugar, deben fomentarse medidas como los cambios de postura o la deambulación; y si éstas no son efectivas, se puede recurrir a la amniotomía, previa información y consentimiento de la gestante, valorando los riesgos y beneficios.

LA DILATACIÓN. PRÁCTICAS HABITUALES

Utilización adecuada del partograma

La utilización del partograma como herramienta de trabajo permite realizar una adecuada evaluación del proceso de parto, teniendo en cuenta los

distintos factores que pudieran afectarlo, como son las constantes vitales maternas, el estado fetal y de la bolsa amniótica, el color de las aguas, así como la evolución de la dilatación y la dinámica uterina. En la figura 1 se presenta el partograma de la OMS modificado¹.

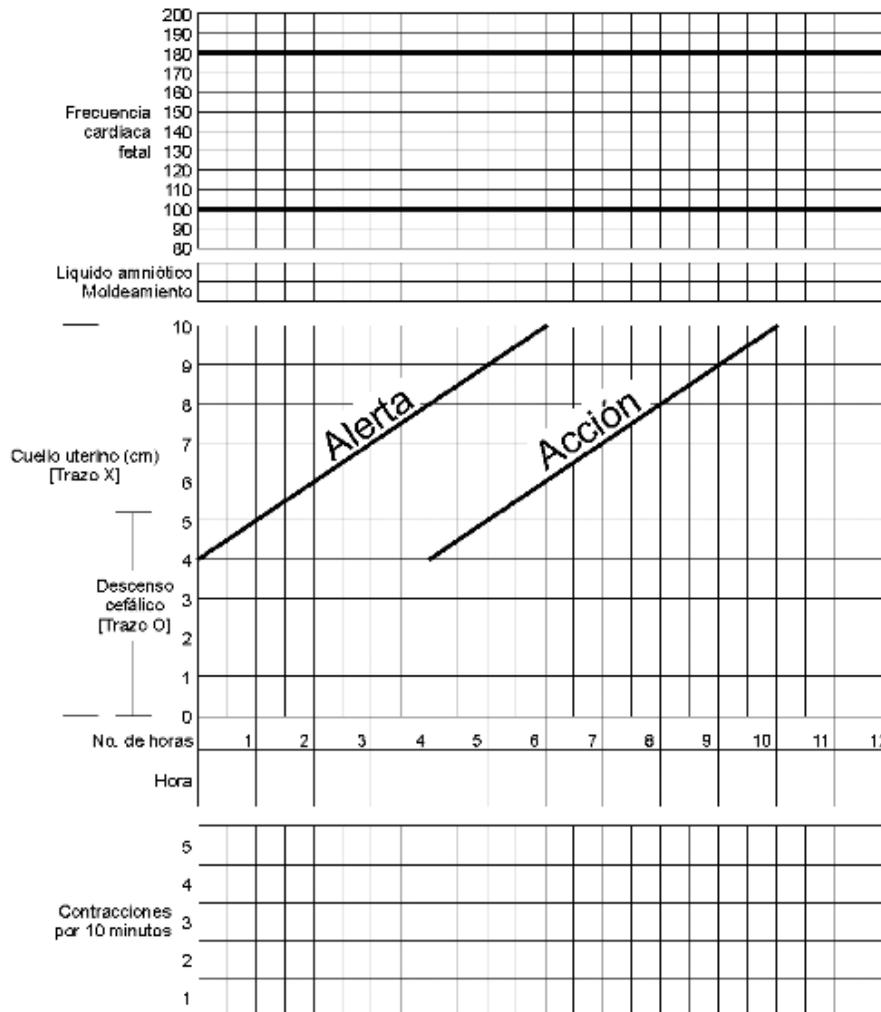


Figura 1. Partograma modificado según la OMS. Fuente: OMS¹

El partograma de la OMS, en el que aparece una línea de alerta y una de acción, nos permite evaluar de forma adecuada la progresión del parto. En un estudio elaborado por esta organización se evaluó la efectividad de la implantación del uso del partograma. Los resultados pusieron de manifiesto un número considerablemente menor de mujeres cuyos partos duraron más de 18 horas (6,4% antes y 3,2% después), requirieron el manejo activo del trabajo de parto (20,7% antes y 9,1% después) o presentaron infecciones en el posparto (0,70 y 0,21%); y las cesáreas disminuyeron del 6,2 al 4,5%².

Es importante registrar las actividades asistenciales, educativas y de información que se realizan a la mujer en el partograma y en los registros clínicos del centro.

Control de la temperatura, el pulso y la presión arterial

Es importante efectuar una evaluación periódica de las constantes vitales de la mujer -que se recomienda con una periodicidad de cuatro horas- ya que la alteración de cualquiera de ellas podría indicar una alteración en el proceso del parto¹.

Un aumento de la temperatura podría implicar un cuadro febril por infección o un signo de deshidratación. Una variación de la presión arterial es un signo importante del estado materno, dado que puede predecir un estado de preeclampsia o una hipotensión. La frecuencia cardíaca materna nos informa sobre su estado físico y emocional. También es importante evaluar el estado de hidratación de la mujer.

Rasurado púbico y aplicación de enemas

El fundamento de la utilización del rasurado perineal en el momento previo al parto se ha basado en que esta práctica disminuye el riesgo de infección

perineal, haciendo que la sutura de la episiotomía resulte más fácil y segura. No hay evidencia de los beneficios de esta práctica en cuanto a la morbilidad materna. Además, la mujer tiene molestias cuando el vello vuelve a crecer. Constituye, por tanto, una práctica innecesaria, utilizada a veces de modo rutinario³.

El uso del enema está cuestionado desde hace varios años porque, además de causar molestias a las mujeres, las heces líquidas pueden contaminar las heridas. Algunos estudios han mostrado que sin la aplicación del enema la emisión de heces es más fácil de limpiar que las inducidas por éste y que, si no se aplica, no se modifica la duración del parto ni el índice de infecciones neonatales o del periné⁴⁻⁶.

Valoración del progreso del parto

Tradicionalmente, y aún en nuestros días, el tacto vaginal ha sido el método más aceptado para valorar la progresión del trabajo de parto, desplazando así a otros métodos menos invasivos y válidos con los que obtener esta información. A su vez, el número de tactos vaginales a efectuar durante la dilatación, así como el intervalo recomendable entre ellos, sigue siendo tema de controversia.

Según la OMS¹, «el número de tactos vaginales debe limitarse a lo estrictamente necesario durante el primer estadio del parto, generalmente uno cada cuatro horas suele ser suficiente (...)». Esta recomendación de un intervalo de cuatro horas viene dada por las líneas de alerta y acción que la propia OMS definió para el uso del partograma. Así pues, la línea de alerta se sobrepasaría si la dilatación en cuatro horas fuese inferior a 1 cm por hora, y la de acción si esto siguiera ocurriendo después de otras cuatro horas, aunque la OMS también incide en que «una progresión lenta tiene que ser un motivo de valoración, NO de intervención».

Mediante un tacto vaginal se obtienen seis fuentes de información con las que valorar el progreso: posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino, y descenso y rotación de la cabeza fetal⁷, aunque la exactitud de esta técnica queda limitada si no es llevada a cabo siempre por el mismo profesional⁸.

Por otro lado, los tactos vaginales suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad, resultando incómodos e incluso dolorosos^{9, 10}. Además, las exploraciones vaginales siempre conllevan un cierto riesgo de infección, pues introducen microorganismos de la vagina en el canal cervical¹¹.

Antes de realizar cualquier maniobra o técnica se tiene que informar a la gestante, de forma correcta y cerca, solicitando su permiso y colaboración. Se

le explicará lo que se va a hacer y el motivo. En el caso de las exploraciones vaginales se le enseñará a relajarse, ya que el tacto vaginal puede resultar muy desagradable en una gestante asustada o nerviosa¹². Las exploraciones vaginales sólo deben efectuarse cuando haya un motivo que las justifique.

Por todo lo mencionado, debería fomentarse la utilización de otras técnicas menos invasivas con las que valorar la evolución del parto, como son:

- La palpación abdominal. Se evalúa el descenso de la cabeza fetal en términos de quintos palpables por encima de la sínfisis del pubis. Una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable, mientras que una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero quintos (0/5) palpable (figura 2) ¹.

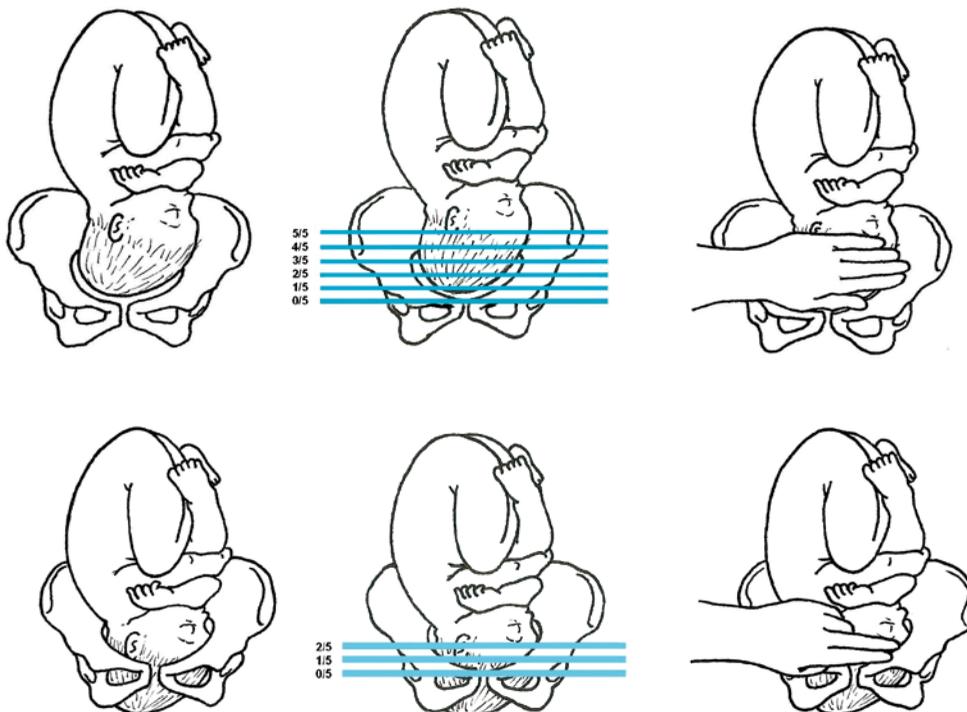


Figura 2. Evaluación del descenso de la cabeza fetal mediante palpación abdominal. Se evalúa en términos de quintos de cabeza fetal palpables por encima de la sínfisis del pubis. Una cabeza fetal que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es 5/5 palpable, mientras que una cabeza que está 2/5 por encima de la sínfisis del pubis es dos quintos palpable. Fuente: OMS¹

- La interpretación del comportamiento y los sonidos maternos (el comportamiento de la mujer, su apariencia y su conducta¹³, así como el flujo y las secreciones vaginales). En la fase latente del expulsivo se produce una disminución de las contracciones y/o del dolor lumbar y la mujer permanece quieta, comunicativa o produciendo diferentes sonidos¹⁴. Se consideran señales de que la mujer entra en la fase activa algunos cambios en la expresión de la cara, palabras y acciones¹⁵. Los signos claros de que ha entrado en la fase activa son respiraciones «forzadas», sonidos potentes y la necesidad de pujar. Sin embargo, si según la evolución del parto aparecen dudas sobre si la dilatación es completa se debe llevar a cabo una exploración vaginal¹⁶.

Existen otros métodos que, aunque carecen todavía de estudios que los avalen, parecen ser de utilidad:

- La valoración de la purple-line (línea rojo-violácea), que aparece en los márgenes del ano con el inicio de la fase activa del parto y va ascendiendo por entre las nalgas hasta llegar a su nacimiento coincidiendo con la dilatación cervical completa¹⁷.

- La aparición del «rombo de Michaelis» como indicativo de la dilatación completa en mujeres cuya

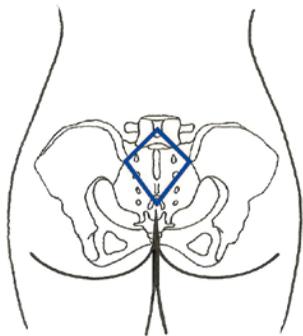


Figura 3. Rombo de Michaelis

posición permite un ligero desplazamiento del triángulo formado por el cóccix, el sacro y las últimas vértebras lumbares (figura 3)¹⁸.

Amniotomía

Ante la sospecha de un parto de evolución lenta, antes de emplear intervenciones invasivas para favorecer el progreso del parto, deben utilizarse medidas no invasivas, como cambios de posición, movilización y deambulación. En el caso de que estas medidas no sean efectivas, puede recurrirse a la amniotomía. La decisión debe tomarse después de informar de los riesgos y beneficios de esta técnica a la mujer y su consentimiento informado. Esta intervención, que no forma parte del parto fisiológico,



Figura 4. Decúbito lateral

tiene que reservarse para las mujeres con un progreso anormal del parto.

Tras la amniotomía hay una tendencia al aumento del dolor de las contracciones, ya que éstas se vuelven más intensas y frecuentes, provocando en la mujer una mayor necesidad de analgesia. La amniotomía está asociada a una reducción de la duración del parto de entre 60 y 120 minutos, en especial en mujeres nulíparas¹⁹. Esta práctica está relacionada con un incremento de las cesáreas y de anomalidades en el registro cardiotocográfico²⁰.

Posiciones durante la dilatación

Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa^{21, 22}.

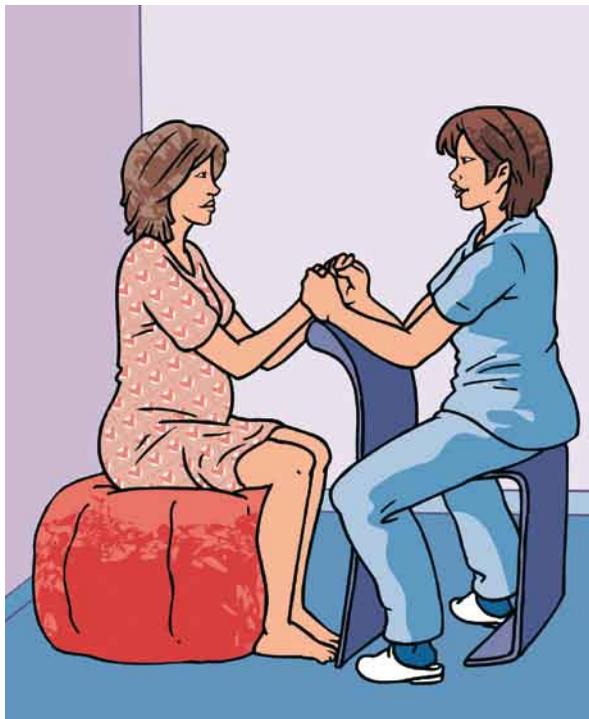


Figura 5. Sentada en la pelota de partos

La posición de decúbito supino está contraindicada en el trabajo de parto, dado que la compresión que se ejerce en la aorta-cava puede comprometer tanto a la madre como el bienestar fetal^{23, 24}.

La posición en decúbito lateral sería la posición óptima si la mujer tiene contracciones fuertes y desea descansar (figura 4).

La posición vertical en la primera fase del parto es definida en los estudios como cualquier posición que evite el estar tumbada (y que pueda incluir la deambulación).

- Sentada. Se pueden utilizar unas pelotas específicas para el parto (figura 5)
- De pie. Apoyada con las manos en la pared con las piernas bien separadas, oscilando y girando las



Figura 6. De pie

caderas cuando las contracciones no son tan eficaces, o inclinándose hacia delante con los antebrazos apoyados en la pared y los hombros bien relajados, o apoyada sobre su acompañante (figura 6).

- De rodillas. Sobre el suelo, con la espalda recta, las piernas separadas y los tobillos hacia fuera es una buena posición para abrir la pelvis y liberar las tensiones de la espalda; también se puede hacer con los antebrazos planos en el suelo.
- Cuadripedia o a cuatro patas. Esta posición es útil cuando el dolor es en la zona lumbar; el masaje, la contrapresión y el calor alivian mucho. Es muy útil

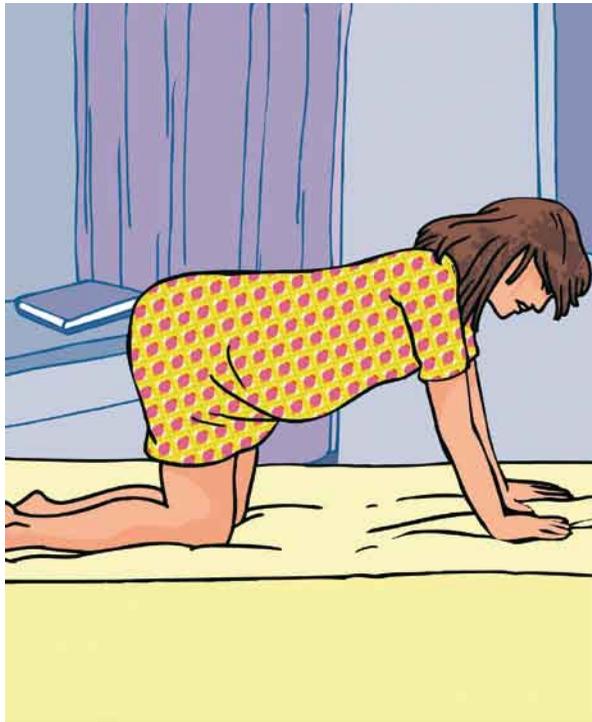


Figura 7. Cuadripedia

para intentar que roten las presentaciones posteriores (figura 7).

- En cuclillas. Sobre la banqueta de partos o en el retrete (figura 8).

La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto sufre menos dolor²⁵, presenta menos necesidad de analgesia epidural²⁶ y menos alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal²⁷, y se acorta el tiempo de la primera fase del parto²⁸. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis.



Figura 8. Cuclillas en la banqueta de partos

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. World Health Organization. Preventing prolonged labour: a practical guide. The partogram. Geneva: WHO/FHE/MSH/93.8; 1994. [consultado 07/04/07]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/partograph/index.htm>
3. Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso en sala de partos (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enema vs no enema during labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
5. Rommey ML, Gordon H. Is your enema really necessary? *BMJ*. 1981; 282: 1.269-71.
6. Hay-Smith J. Routine enema on admission in labor (revised 27 January 1994). En: Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther C, eds. Pregnancy and childbirth module. The Cochrane pregnancy and childbirth database. The Cochrane Collaboration, issue2, Oxford: Update Software, 1995.
7. Sweet B. *Mayer's Midwifery: a textbook for midwives*, 12.a ed. Londres: Bailliere Tindall, 1997.
8. Walsh D. Part three: Assessing women's progress in labour. *Br J Midwifery*. 2000; 8(7): 449-57.
9. Levy V, Chit Ying L. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2002; 18: 296-303.
10. Warren C. Why should I do vaginal examinations?. *Pract Midwife*. 1999; 2(6): 12-13.
11. Imseis H, Trout W, Gabbe S. The microbiologic effect of digital cervical examination. *Am J Obstet Gynaecol*. 1999; 180(3): 578-80.
12. Lewin D y cols. Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2005; 21:267-77.
13. Mc Kay S, Roberts J. Obstetrics by ear—maternal and caregivers' perceptions of the meaning of maternal sounds during second stage of labour. *J Nurse Midwifery*. 1990; 35(5): 266-73.
14. Kitzinger S, Simkin P. *Episiotomy and the second stage of labour*. Seattle: Pennypress, 1991.
15. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E y cols. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3.ª ed. Oxford University Press, 2000.
16. Munro J, Spiby H. *Evidence based midwifery. Guidelines for midwifery led care in labour*. Sheffield: The central Sheffield University Hospitals, 2000.
17. Hobbs L. Assessing cervical dilatation without VEs. Watching the purple line. *Pract Midwife*. 1998; 1(11): 34-5.
18. Sutton J. Birth without active pushing and physiological second stage of labour. *Pract Midwife*. 2000; 3(4): 32-4.
19. Johnson N, Lilford R, Guthrie K, Thorton J, Barker M, Kelly M. Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 340-6.
20. Goffnet F, Fraser W, Marcoux S, Breart G, Moutquin J, Daar M. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart anomalies. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 340-6.
21. Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. *Birth*. 2003; 30: 189-94.
22. Melzack R, Bélanger E, Lacrois R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage*. 1991 Nov; 6(8): 129-39.
23. MIDIRS and the NHS Center for Reviews and Dissemination. *Positions in labour and delivery. Informed choice for professionals leaflet*. MIDIRS, 2003.

24. Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. En: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Vol 2. Oxford: Oxford University Press, 1989; 883-92.
25. Melzack R, Bélanger E, Lacroix R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. *J Pain Syntom Manage*. 1991 Nov; 6(8):129-39.
26. William RM, Thom MH, Studd JVV. A study of three benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1980 Feb; 87: 122-6.
27. Flynt AM, Kelly J, Hollins G y cols. Ambulation in labour. *BMJ*. 1978 Aug; 26: 591-93.
28. Allahbadia GN, Vaidia PR. Why deliver in the supine position? *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 1992 May; 32(2): 104-6.