

ATENCIÓN AL PARTO EN CASA

1. PRESENTACIÓN

Me llamo Valle Pérez Rodríguez, soy Comadrona formada en Inglaterra y atiendo partos en casa.

Hoy voy a hablaros de la atención al parto en casa, y para introducir la parte práctica voy a empezar por hablaros:

- de la importancia de las creencias de la matrona en la atención al parto
- y de los dos pilares base que dan cimiento a mi práctica

2. ES LA MATRONA, NO EL ESCENARIO

Lo primero que quería deciros es que los profesionales que acompañamos en el parto influimos con nuestras ideas y miedos en el desarrollo del mismo. Todos tenemos un margen de seguridad e intervenimos cuando nos salimos de él. Hay personas que se sienten incómodas e inseguras al atender un parto sin una vía endovenosa in situ, cosa que yo hago regularmente, y sin embargo yo me siento incómoda al atender un parto de una mujer con epidural y Oxitocina porque sé que eso supone un riesgo importante adicional. Un parto en casa y un parto hospitalario con una comadrona intervencionista se diferencian en poco más que el escenario.

Mi atención al parto como matrona del sistema nacional de salud inglés era muy parecida a la que ahora aplico en casa. Yo actúo de éste modo, y os animo a que vosotros también testéis vuestros márgenes de seguridad, porque trabajar así es muy satisfactorio y mucho menos peligroso que desviar los ríos de su cauce.

3. LOS DOS PILARES

Éstos son simplemente dos ideas base sobre las que se apoya mi práctica clínica.

- Promover y respetar la toma de decisiones informadas
- Cuestionar ¿Por qué hago/no hago cada práctica?

Decisiones Informadas

Ni el manjar mas exquisito le gusta a todo el mundo, el paternalismo en el parto está fuera de lugar, no podemos decidir por ellos. Las mujeres no deberían de hacer un máster para parir, como muchas hacen hoy en día. Debemos dar información que transmita, con confianza y humildad, la realidad de que la población mundial ha seguido aumentando durante miles de años sin nuestras manos salvadoras.

Los profesionales debemos ser su enciclopedia en el tema, dándoles con generosidad información extensa y no sesgada.

Cuestionar ¿Por qué?

Tenemos que ser conscientes de que cada intervención usada sin una justificación basada en la evidencia crea un riesgo innecesario. Huelga decir que la explicación de que se hace así porque así se hizo siempre, refiriéndose como mucho a los últimos 100 años es incongruente.

La evidencia tiene sus limitaciones, pero es una buena base de datos de la que extraer información sobre qué es más seguro para la madre y el bebé, que es el objetivo común que todos perseguimos.

Os animo a cuestionar absolutamente todo y a plantearos que ante la duda, mejor no intervenir. Uno de los temas que yo más me he cuestionado forma precisamente parte intrínseca del marco conceptual de la obstetricia. Antes de deciros a que me refiero, me gustaría que me contestarais esto: ¿Cual creéis que es el mayor enemigo del parto fisiológico? El tiempo.

A mi me enseñaron que una mujer en fase activa (> 4cm) se le hacen tactos cada 4 horas y ella debe progresar a al menos 2 cm. en ese margen de tiempo. Me entristece saber que muchos hospitales españoles son aún más optimistas y por ello las mujeres deben ser el doble de eficientes para poder parir por sus propios medios.

¿Hay realmente evidencia que demuestre que un parto largo es más peligroso? No, no la hay. Os hablaría un día entero de este tema pero prefiero concentrarme en la parte práctica.

Mientras que la vida de la madre o el bebé no esté en peligro, una episiotomía, un fórceps, una ventosa y una cesárea son innecesarias y peligrosas para ambos.

Si un profesional va a estar con esa mujer cuando el bebé nazca, ¿Para qué hacer tactos, romper bolsas, poner Oxitocina? Como véis, sólo estas dos ideas cambian muchas cosas.

4. LA PRÁCTICA

Voy a intentar contaros, por orden más o menos cronológico, las cosas que hago y las que no en la mayoría de los partos que atiendo.

- Materiales
- Control de constantes vitales
- Tactos
- Luz tenue, ambiente tranquilo
- Movimiento
- Comer y beber
- Sentir la intensidad del parto
- Vía endovenosa
- Amniorrexis
- Pujos espontáneos
- Proteger el periné y coger al bebé
- Tiene vueltas de cordón!
- Contacto piel con piel y lactancia en la 1ª hora
- Alumbramiento fisiológico
- Pesar y medir

Materiales

Esta bolsa y esta botella de oxígeno es lo que llevo por si acaso, y este bolso es lo que realmente uso. En la primera bolsa increíblemente cabe todo esto (poner la foto con todo el material), incluyendo material para coser desgarros de 1º y 2º grado, una sonda Foley para llenar la vejiga de suero en un prolapso de cordón, un Ambú para resucitar a bebé, y medicación (oxitocina, ergometrina y misoprostol) y sueros para parar y estabilizar una hemorragia postparto.

Como veis, soy una comadrona, precavida como todos de vosotros, formada en ambiente hospitalario, ofreciendo a las parejas la posibilidad de llevarse los conocimientos de la medicina actual al lugar que ellos han escogido para dar a luz.

Control de constantes vitales

En esta bolsa pequeña llevo lo que uso en mis visitas antenatales y lo que me sirve para saber que tanto la madre como el bebé están bien.

- Con un doopler fetal escucho el latido del bebé cada 15 min. durante un minuto y después de la contracción cuando la madre está en fase activa de parto (> o igual a 4cm) y cada 5 min. cuando está en expulsivo. Con esto detecto si hay deceleraciones tardías (Dip II) ya que las tempranas (Dip I) son normales e indicadoras dilatación completa. Me parece importante mencionar que la monitorización intermitente es más segura que la continua que desemboca a menudo en intervenciones innecesarias, pero personalmente me parece peligroso como ofrecen la monitorización intermitente algunos hospitales españoles (escuchar el latido del bebé durante 20 min. seguidos para luego no escucharlo mas en los restantes 40 min. de esa hora.)
- Reloj de pulsera para tomar el pulso materno cada hora y hacer una documentación precisa.
- Termómetro para tomar la temperatura materna cada 4 horas (cada media hora a ella y el agua si está en la piscina)
- Esfingomanómetro y fonendo para tomar la tensión cada 4 horas.

Estos son los tiempos que he aprendido en Inglaterra, y los que aparecen en buen numero de guías clínicas internacionales.

Tactos Vaginales

Es importante que reflexionemos sobre las limitaciones de los tactos, sobre el riesgo de infección que suponen y sobre como influye ese veredicto en la sensación que tienen las mujeres de ser capaces o no de parir.

Los tactos son una manera muy poco útil de estimar el progreso en el parto. Todo puede haber cambiado en 5 min. o no haber variación en varias horas, dos personas obtienen resultados ligeramente diferentes y además una mujer puede des-dilatar! Si, ocurre a menudo, pero siempre asumimos que se equivocó el anterior, especialmente si estaba más abajo en la pirámide de poder obstétrica.

Yo sólo utilizo los tactos para la toma de decisiones, es decir, cuando aparece una desviación de la normalidad y quiero decidir si nos vamos al hospital o aceleramos las cosas en casa cuando el parto es inminente. Si me voy a quedar en casa de la mujer hasta que nazca el bebé, saber de cuantos cm. está es irrelevante.

Yo utilizo otros métodos para saber en que fase está la mujer de parto, como la línea púrpura, los cambios en la pelvis o la vagina, el enfriamiento de las partes distales del cuerpo... pero el que considero más fácil de usar y tan fiable, en la mujer no medicada, como los tactos es observar la actitud de la mujer. De forma muy resumida:

- < 4 cm: La embarazada habla con normalidad, incluso durante las contracciones.
- 4-5 cm: Empieza a resultarle difícil contestar a preguntas sencillas durante contracciones.
- 6-7 cm: Cierra los ojos, se sumerge en su mundo, entra en una especie de trance ó entre contracciones sólo habla de lo intensas que son éstas.
- 8-9 cm: Dice que no puede hacerlo o que se va a morir.
- Transición: La situación ha cambiado radicalmente, está relajada, las contracciones se espacian y se hacen más suaves, la mujer está en un trance profundo y tranquilo: 10 cm con la cabeza del bebé aún alta. Empujar en esta fase supone un enorme desgaste innecesario!
- Expulsivo: Empiezan las ganas de empujar, leves al principio, irrefrenables 15-30 min. más tarde.

Cada vez que tengáis ante vosotros una mujer sin epidural, aprovechad! Observad como reacciona!

Luz tenue, ambiente tranquilo e intimidad

El ambiente tranquilo y la intimidad son importantísimos, condicionan enormemente el progreso en el parto.

Todos los partos que atiendo son casi en oscuridad completa. Llevo esta luz frontal para iluminar con manos libres o dejarla en algún lugar específico que necesite más luz. No es cuestión de instalar luces regulables en cada habitación del hospital, si no de apagar las que hay, encender un flexo en una esquina y acompañar el parto con profesionalidad y calidez.

Nuestra actitud ayudará a que la mujer se abra a la experiencia del parto.

Movimiento

La mujer de parto adopta posturas instintivamente que le alivian el dolor y que facilitan que el bebé se encaje. Nunca le digo a una mujer como tiene que ponerse. Yo la animo a estar vertical para que la gravedad ayude en la dilatación a borrar el cérvix y en el expulsivo al nacimiento del bebé con menos desgarros.

La posición semi-tumbada o la de litotomía son más incómodas para la madre, resulta más difícil hacer pujos efectivos y está asociada con más desgarros perineales. No he visto ninguna mujer que adoptara por voluntad propia estas posiciones tan poco apropiadas.

Por si alguno se lo plantea, mi espalda está de maravilla, lo único que necesito es un espejo!

Comer y beber durante el parto

Animo a todas las mujeres al inicio del parto que se den un festín para acumular energías. Además les recuerdo frecuentemente que beban (agua, zumos, caldos) y coman (frutos secos u otras cosas que ellas prefieran) durante todas las fases del parto, ya que a menudo vemos mujeres en expulsivo agotadas, y es simplemente que no han reponido energías debidamente.

Sentir la intensidad del parto

Yo no llevo medidas farmacológicas para el alivio del dolor. Las mujeres que no quieren sentir las contracciones no suelen querer parir en casa. Vivir el parto y el nacimiento sin epidural es intenso. Acompañarlo supone ser una fuente de tranquilidad, supone estar ahí para ella sin pretender salvarla de su dolor, sin paternalismo, sin compadecerse de ella, porque está a punto de vivir una experiencia maravillosa, el chute de hormonas y felicidad que explotará al tener a su bebé en brazos.

En algunos hospitales españoles también se ofrecen inyecciones de agua estéril en la zona sacra y Entonox, medidas que no cruzan la barrera placentaria, y por tanto no suponen un riesgo adicional para el bebé. Es importante que nunca ofrecáis medidas farmacológicas para el alivio del dolor, si no lo ha pedido la mujer, es que no lo necesitan.

El masaje, el movimiento, las técnicas de relajación y expresarse libremente con la voz ayudan mucho más de lo que nuestro cerebro izquierdo cree, pero el método que a mí me ha resultado más útil es el agua, especialmente cuando las mujeres la reservan para cuando ya no pueden más.

Amniorrexis

Yo NUNCA rompo la bolsa y es que sólo le veo desventajas. Es romper innecesariamente la barrera de protección del bebé ¿Para qué? Muchas mujeres dicen que les duele más desde que se rompió la bolsa, hay más riesgo de prolapso de cordón, más posibilidades de infección y además no acelera significativamente el parto, más o menos media hora más cortos ¿de verdad tenemos tanta prisa?

He tenido la suerte de ver varios niños nacer con la bolsa intacta sobre su cabeza, bebés protegidos hasta el último instante, un lujo excepcional que me habría perdido si rompiera bolsas.

Pujos espontáneos VS pujos dirigidos

Los pujos dirigidos, casi siempre forzados y acompañados de largas apneas, están asociados con más daños en los tejidos vaginales y perineales de la madre, con más sufrimiento fetal por falta de oxígeno durante los largos pujos.

Yo no enseño a las mujeres que atiendo ni a respirar, ni a empujar, son dos cosas que todos sabemos hacer desde la más tierna infancia. No les digo cuando tienen que empezar a empujar ni como hacerlo porque sé, que 10 cm no es lo mismo que expulsivo. Sólo cuando la cabeza esté bien baja, presionando el periné desde dentro, será el momento correcto y el pujo eficiente y es que en ese momento lo difícil es conseguir que no empujen bien.

Proteger el periné

En la mayoría de los partos que atiendo, y en varios que atendí en el hospital en Devon, son la mujer o su pareja quienes cogen al bebé al nacer. Durante el expulsivo yo no toco ni la vagina, ni al bebé.

Muchas mujeres sienten que el periné les quema, el aro de fuego, al final del expulsivo. Éste es el aviso del tejido de que le dice, si me estiras más rompo! Cuando la mujer controla, va despacio, el periné usa ese tiempo para hacerse un poco más elástico. Y así, poco a poco, se estira todo lo que haga falta para dejar salir al bebé.

Por otro lado, el futuro padre o la mujer misma, junto con mi mirada atenta, ponen su mano sobre la cabeza del bebé y haciendo la presión que se necesite, hacen que el bebé nazca despacio. Les pido que lo hagan así porque los huesos de la cabeza del bebé son mucho más fuertes que el fino y frágil tejido perineal que a veces presionando fuerte se desgarra bajo nuestros dedos.

Tiene vueltas de cordón!

Como todos sabéis los bebés antes de nacer respiran por el cordón por lo que tener vueltas alrededor del cuello puede reducir el flujo del cordón, pero nunca asfixiarlos por apretarles el cuello.

Tocar el cordón puede generar vasoconstricción y con ello limitar o cortar el flujo sanguíneo que llega al bebé, por eso no hay que tocarlos en los prolapsos de cordón y por eso es mejor dejarlos tranquilos cuando rodean el cuello o cuerpo del bebé.

Yo no compruebo si el bebé tiene vueltas de cordón, no lo paso sobre su cabeza si las tuviera, y por supuesto, nunca lo corto, porque entre que le llegue poca sangre y nada prefiero que sea poca. Es tan sencillo como cuando nace el cuerpo, quitarle las vueltas.

Tampoco nunca corto el cordón antes de que éste deje de latir, especialmente en los casos en los que el bebé nace con un APGAR bajo, ya que la placenta es un sistema perfecto de resucitación. Si necesita mi ayuda, le ayudo con el Ambú o con masaje cardiaco sobre el pecho o los muslos de su madre.

Contacto piel con piel y lactancia en la primer hora

El contacto piel con piel debe iniciarse en el primer minuto y ser ininterrumpido tanto como la madre quiera alargarlo. Este es el momento que todos estábamos esperando, el momento en que el bebé y los padres se conocen, se tocan, se miran, se huelen, se enamoran.

En un parto sin medicación, los primeros 10-20 min. después del parto se viven con extrema felicidad, la mujer se siente capaz de cualquier cosa, ella y su pareja rebosan orgullo por lo que han conseguido y todos nos embriagamos con la oxitocina y endorfinas que hay en el aire (la verdadera droga dura de las matronas, extremadamente adictiva!)

La mayoría de los bebés se enganchan espontáneamente en la primera hora de vida extrauterina y hay abundante evidencia que subraya el impacto positivo que éste tiene sobre la lactancia a largo plazo.

Alumbramiento fisiológico

Normalmente no uso ningún uterotónico en el alumbramiento, simplemente espero a que la mujer dé a luz a su placenta. En Inglaterra me enseñaron que si tras una hora no había salido, se pasaba a manejo activo, con oxitocina intramuscular y tracción controlada del cordón. A menudo doy algo más de margen si no hay signos de hemorragia evidente u oculta (pulso alto, tensión baja o un abdomen que se hincha) y la mujer así lo pide.

Pesar y medir

Ésta para mi es la última prioridad. El peso del bebé no cambiará mucho en las primeras horas de vida, tal vez pese un pis menos o algunas tomas de calostro más. Nunca he oído que haya bebés que crezcan a lo largo en unas pocas horas.

Apoyo a la lactancia

Es muy importante que en el postparto inmediato estemos presentes y disponibles para darles todo el apoyo que necesiten. También debemos recordarles que nos llamen con cualquier duda o molestia, antes de que tenga oportunidad de convertirse en un problema.

Tras el nacimiento, me quedo en casa de la pareja al menos las primeras 12 horas postparto. En ese tiempo observo varias tomas de lactancia, probamos diversas posiciones, les hablo de amamantar siempre que el bebé quiera, de que la leche materna se produce a demanda y de cómo solucionar las dificultades más comunes:

Grietas: animo a las madres a que utilicen el dolor como guía para encontrar ellas mismas la posición perfecta, y antes de que aparezcan promuevo que eviten el masoquismo de aguantarlo con tal de que el bebé mame. Siempre enfatizo la importancia de que el pezón entre profundo en la boca y comparo la posición del bebé al pecho con nuestra posición instintiva para beber.

Engurgitamiento: simplemente les explico que el pecho duele porque está llenísimo, y que vaciarlo, y poner hojas de repollo, aliviará el dolor.

Mastitis: hago énfasis en que detecten precozmente zonas endurecidas en el pecho y pongan a mamar al bebé con la barbilla sobre esa zona más dura para drenar la zona y evitar de otros síntomas. Las animo a que vacíen bien ese pecho y a que tomen antibiótico si es necesario. Por supuesto siempre las animo a seguir amamantando si tienen mastitis.

5. CONCLUSIÓN

¿Por qué os hablo de todo esto en una jornada de actualización en lactancia? Porque cada mísera intervención innecesaria en el parto lo desvía del camino natural que proseguía, afecta a la sensación de poder que la mujer siente de haber dado a luz por si misma, afecta la intensidad de su euforia al conocer a su bebé, afecta al vínculo fuerte e inquebrantable o débil y forzado mentalmente que creará con él, afectará a su percepción de ser capaz de amamantarlo y de criarlo, como ya fue capaz de gestarlo y parirlo, afectará al recuerdo que mantendrá toda su vida de lo que fue traer a su hijo al mundo, la experiencia más intensa y maravillosa o una de las más traumáticas de su vida...

Estamos aquí, como profesionales de la salud, para protegerlas de cualquier perturbación en el ambiente sagrado del parto, para trabajar con consciencia y conciencia, aprendiendo cada día un poco mejor lo imprescindible y prescindible de nuestra presencia junto a la mujer que da a luz vida.

Muchas gracias.