

PARTO AUTOGESTIONADO

Intuición, confianza, información y reapropiación del poder

Este taller tiene como objetivo por un lado visibilizar el creciente número de partos que ocurre sin unx profesional de la salud (o la enfermedad) presente, y por otro, dismantlar parte de ese miedo al parto que, como brújula mal orientada, guía nuestras decisiones desde la paranoia en vez de la confianza o las certezas propias.

El parto autogestionado, libre, *freebirth* o sin asistencia es una realidad creciente e incómoda para muchxs profesionales de la salud, porque es a lxs que más se nos ha educado en la cultura del miedo al parto, y por otro porque que estos partos existan es la prueba de que hay algo que no estamos haciendo bien.

Los motivos por los que las parejas escogen esta opción son múltiples, entre las que se encuentran:

No permitir sus propios tiempos de parto

www.daraluzencasa.com/permitiendo-que-el-parto-se-alargue

Intervenciones no justificadas aunque comúnmente aceptadas, por ejemplo tactos vaginales

www.daraluzencasa.com/violencia-obstetrica

No dar espacio a la intimidad

www.daraluzencasa.com/como-influye-quien-esta-presente

Falta de apoyo emocional, cariño y atención a las palabras durante el acompañamiento

Óptica desde de la patología

No permitir que sea la pareja quien tome sus propias decisiones

www.daraluzencasa.com/responsabilidad-quien-la-asume

Falta de apoyo cuando aparecen etiquetas de alto riesgo

www.daraluzencasa.com/etiquetas-de-alto-riesgo

Cada vez, más gente sentimos que el/la profesional no hace falta

MIEDO

Nunca en la historia de la humanidad el parto hay sido tan seguro, cada vez hay más herramientas para controlar situaciones graves, y sin embargo, el miedo al parto sigue creciendo en vez de disminuir. La muerte es cada vez menos aceptada, aunque su aparición sea mucho menos frecuente.

El miedo es cultural, como al lobo o a los fantasmas, es algo irracional que nos habla de dónde ha hecho énfasis nuestra cultura, pero que no significa que eso sea la situación más temible, ni siquiera la más probable, sino una de las más habladas y para la que hemos sido más fuertemente condicionados.

El miedo es también una forma de control, una herramienta para guiar a todos por el mismo sendero. A través del miedo y de dificultar el acceso a la información, a muchas personas les resulta imposible creer que es algo que serán capaces de hacer solas. El/la profesional gana poder, y garantiza su empleo, haciendo de guía en un mar de patología, ciencia y pseudocientismo intraducible, con énfasis en todo lo que puede ir mal.

Es humano tener miedo, es humano y hermoso buscar apoyo en otros que puedan tener más experiencia. Pero es macabro usar el miedo para hacernos dependientes de un sistema que no quiere explorar qué pasa cuando realmente dejamos al parto fluir sin interrupciones.

USURPANDO “PROTAGONISMO” y PODER en la TOMA de DECISIONES

Cuando una mujer pare sin ningún representante de la institución médica, no hacen falta palabras para describir dónde reside el poder, la responsabilidad, la toma de decisiones...

Cada vez más profesionales de la “salud” nos damos cuenta de nuestro papel real como acompañantes en el proceso. Nos damos cuenta de que nadie mejor que la pareja sabe lo que es mejor para ellos, nos bajamos del paternalismo y del guiar sus decisiones, para darles espacio a su propia forma de vivir el proceso, dejando por fin de usurpar el trono que les pertenece. Pero como en cualquier transición, en cualquier cambio de paradigma, a muchas parejas nos resulta difícil asumir la responsabilidad, y a muchos profesionales soltarla.

Vamos allanando el camino, para que el poder encuentre su lugar en el seno de la familia que gesta, pare y cría... como iniciación a la avalancha de decisiones que tendrán que tomar en años venideros, con la mejor información que tengan al alcance de la mano, con la mejor voluntad, y desde su propia creatividad, para obtener el mejor resultado para este instante y la vida entera.

INTERVENCIONISMO INNECESARIO

El uso y abuso de intervenciones ha sido la gota que colma el vaso. Las mujeres que confiaron en quienes abanderaban el parto hospitalario y las múltiples intervenciones como los grandes avances de la ciencia, salieron de sus manos rajadas, infantilizadas y maltratadas... y tras verle las orejas al lobo y experimentar en sus propias carnes la poderosísima transmutación que genera en nosotras la maternidad, ya no les venden gato por liebre.

A los hospitales siguen acudiendo mujeres porque antes de haberlo vivido una no se imagina que se puedan vulnerar de una manera tan sistemática los derechos fundamentales de una persona. Puede haber buenas experiencias en el ámbito alienado del hospital, pero es una ruleta rusa. Sólo dentro de esta sociedad patriarcal hay cabida para semejante maltrato en el momento sagrado del nacimiento.

Es genial tener recursos, pero no podemos olvidar que sólo cuando su uso es pertinente, hace la intervención más bien que mal. Nuestra presencia sólo tiene sentido si ayudamos más de lo que interferimos. A todxs lxs profesionales que han levantado bisturí, tijera, cánula y gotero... debemos la explosión de esta revolución, que empieza diciendo alto y claro —Ya basta, en mi cuerpo no—.

MUCHA CIENCIA y POCO TACTO

Hoy en día se nos llena la boca hablando de lo que dice la ciencia, y aunque los estudios “bien hechos” existen, son una minoría, ya que demasiado a menudo se ven limitados por el número de personas incluidas en el estudio, factores condicionantes que no se han tenido en cuenta o que no son encasillables dentro de dos o varias categorías, por ejemplo, la alimentación. Podemos llegar a algunas certezas en temas ampliamente estudiados, pero quedan abiertas numerosas incógnitas y son demasiadas las cosas que no interesa estudiar.

Es humilde y sincero reconocer lo que unx sabe y lo que no, es prepotente hablar desde el nosotros (nota el masculino) como “comunidad científica” y máxima autoridad del saber sin recalcar las limitaciones de lo estudiado.

La profesionalidad engloba tanto el conocimiento teórico y práctico como la capacidad de empatizar con el otro, de tratarle con respeto, de ser consciente de que esa familia está en un momento muy importante de su vida y las palabras y la actitud con la que nos dirigimos a ellxs, importa. Lo académico no es más importante que lo humano, lo uno no es completo sin lo otro.

FALTA de APOYO

El énfasis en el parto en casa sólo para mujeres de bajo riesgo o a una distancia “x” del hospital a veces genera que mujeres con algún factor de riesgo sean rechazadas por las matronas que acompañan partos en casa sin dar cabida a la pareja a valorar por si mismxs el riesgo y decidir cuál es para ellxs la mejor opción. El riesgo cero no existe, sólo podemos escoger qué riesgos preferimos asumir.

Es correcto que las matronas rechacemos acompañar partos con los que no nos sentimos seguras, pero nuestros horizontes deberían ir ampliándose como parte de nuestro crecimiento profesional, en vez de adherirse cada vez con más rigidez a guías clínicas que nunca pueden sustituir a la valoración individual.

Riesgo es sólo riesgo, posibilidades, estadística... números que nos hablan de la incidencia de algo que ocurrió en otro lugar, tiempo, protocolos, circunstancias... y que puede repetirse, multiplicarse o no existir en el aquí y ahora.

¿HACEMOS falta lxs PROFESIONALES?

Mucha de la información que aportamos está cada vez más accesible en la web, algo que desde mi punto de vista nos beneficia a todxs, y ésta nos permite la autogestión en muchos ámbitos, incluida la salud.

Cuando no interrumpimos el curso natural, nuestro cuerpo de mujeres coge las riendas y guía la vida de la forma más segura posible. Estamos hechas para esto, forma parte de nuestra naturaleza instintiva del mismo modo que estornudar, hacer pis, llegar al orgasmo... no hay nada que tengamos que saber, nada que tengamos que hacer más que dejarnos llevar por esa guía que ya llevamos dentro y a la que hemos perdido el hábito de escuchar. El parto es un acto de rendición. Nos abrimos para que la vida nos atraviese, es una iniciación a la maternidad, un renacimiento, de nosotras mismas.

¿A quién necesitamos a nuestro lado? A alguien que crea fielmente en nuestra capacidad de parir, alguien que nos abrace en el momento indicado, que nos susurre palabras de apoyo incondicional, que sepa dejar al río llegar al mar.

Todo lo que sabemos las matronas para gestionar las emergencias puede ser enseñado a las parejas para que tengan recursos extra, no hace falta tener un título, sino el conocimiento, o saber a quién llamar cuando sentimos que algo no fluye.

Cuanto más se parezca nuestro trabajo al de una máquina, más fácilmente seremos suplantados por una. Nuestro verdadero trabajo es dar apoyo a las familias independientemente de la opción que escojan para el nacimiento de sus hijos.

ESTUDIO SOBRE EL PARTO AUTOGESTIONADO

Este estudio científico <https://sacredtransitions.jimdo.com/stmi-research> para mí supuso un antes y un después en mi entendimiento del parto como algo peligroso, y me hizo darme cuenta de que mi mera presencia, por muy respetuosa que yo pretenda que sea, influye en la dinámica del parto que pudiera ser incluso más sencillo, más hermoso, más seguro... si yo no estuviera.

¿Es seguro parir sin asistencia? (freebirth)

Outside the System™: Motivations and Outcomes of Unassisted Childbirth
November 19, 2016. Katharine L. O'Day, of Sacred Transitions Midwifery Institute.
<http://sacredtransitions.jimdo.com/stmi-research/>

PARTICIPANTES	1444 embarazos (USA, 2014-2015)	5 gemelares 26 nalgas 96 PVDC 34 PVD>1C	Casi 1/3 no tuvieron cuidados prenatales formales 71% no tuvieron ningún tipo de monitorización en el parto
	Resultados	Cesáreas 1.24% 100% éxito PVDC 92% parieron sin asistencia	Tasa de traslado prenatal 2% antes del inicio del parto 5.6% durante el parto Tasa de traslado posparto 2% por razones neonatales 3,5% por razones maternas
Resultados USA		Cesáreas 32% 60-80% éxito PVDC	Mortalidad perinatal = 2,2/mil Mortalidad materna = 14/100 mil

¿Y nos sorprende que cada día más mujeres escojan parir así?

OTRA FORMA de VIVIR el PARTO

Para mi parir sin una matrona titulada significaba dejar fuera de mi casa todo el miedo obstétrico que no estaba dentro de mi, todas las frases hechas que dichas con la mejor intención repetían paternalismo y poca conciencia de lo maravilloso y empoderante que era para mi vivir esta experiencia. Fuera lo intenso que fuera, era algo que quería vivir plenamente. Para mi significaba dejar fuera a la persona que llevaba el reloj, y que allí donde el tiempo no existía dejaran de existir las normas.

Un parto es el resultado de todas las emociones, miedos, intuiciones, tranquilidad, confianza... de todxs lxs presentes. Escoge a tu lado a quienes sabes que van a saber estar sin robar tu espacio, sin pretender controlar algo que fluye mejor cuando se sueltan las riendas. Escoge a quien sabe escoger las palabras adecuadas en los momentos intensos, a quien sabe como te gusta ser acariciada, besada, acompañada... alguien con quien sientes que hagas lo que hagas, está bien, con quien no te avergüenzen en absoluto de descubrir un aspecto nuevo de ti misma, sexual, intuitivo, fuerte, salvaje.

Cuando ponemos toda la atención hacia afuera, en que nos digan cómo está nuestro bebé y nosotras mismas, en que nos confirmen que el parto avanza, nos guíen o nos animen a confiar y a aceptar lo que está ocurriendo... nos perdemos la posibilidad de poner esa atención hacia adentro.

Cuando la figura de referencia somos nosotras mismas la mirada cambia de ángulo, la intuición y la confianza en la vida se vuelven nuestras herramientas clave. Buscamos seguridad dentro, observando los movimientos de nuestrx bebé que nos recuerda que este viaje lo estamos haciendo juntxs. Nos recordamos a nosotras mismas que podemos parir, que todas las mujeres de la humanidad están acompañándonos en este viaje, pariendo juntas a través de nuestro cuerpo.

Luchamos y nos rendimos sin víctimas ni salvadores, encontrando palabras de aliento dentro de nosotras que nos recordarán por siempre nuestra fuerza y nuestra valentía, que nos recordarán que cuando la vida nos arrastra es mejor dejar de luchar, rendirse, dejarse atravesar, abrirse, partirse... para que el fruto de nuestras entrañas salga a la luz, y empiece una nueva vida.

Valle, Mayo 2018

MATERIAL y RECURSOS

Para la autogestión del parto

Es importante que la persona a nuestro lado sepa tanto como nosotras del parto y su fisiología y además sepa cómo actuar en caso de emergencia, al final de este documento puedes encontrar unas guías de como actuar en de: hemorragia postparto, reanimación del bebé y distocia de hombros. Tan importante es conocer lo que puede pasar para saber cómo actuar, como todo lo que puede ir bien, la naturaleza sabia de lxs cuerpxs, para poder confiar profundamente en el proceso y no dejarse invadir por los miedos a lo desconocido.

En el caso de pedir consejo a una persona con experiencia en el parto en casa hay que tener en cuenta que cuando no se está presente no se puede valorar la situación con la misma profundidad. Aportarle a esa persona toda la información relevante para que pueda ayudaros. Hoy en día es fácil enviar una foto, un audio o un vídeo, usar esta posibilidad para enviar información más objetiva, por ejemplo, grabar el latido del bebé para valorar deceleraciones. Tener en cuenta que su consejero siempre será un poco más “intervencionista” que si estuviera presente y valorara la situación con todos los sentidos.

MATERIALES

Doppler: se puede usar *pinnard* o no usar nada, pero saber que el latido del bebé está bien es el signo más tranquilizador para seguir adelante tanto tiempo como se quiera, así que se decida o no usarlo, creo que está bien tener uno a mano. Si se tiene un *doppler* en los que indica el número de latidos por minuto, fiarse más del sonido que del número. El latido del bebé suena como un caballo al galope, el de la mamá como un segundero de un reloj, el de la placenta como un soplido que coincide con el ritmo del latido de la madre.

El latido normal de un bebé intraútero es **110/160 latidos por minuto**

Si el latido sube puntualmente por encima de 160 se considera una aceleración, a veces coinciden con movimientos del bebé y es un signo positivo de que el bebé está bien

Es bueno que el ritmo esté constantemente cambiando, eso se considera una buena variabilidad, cuando el ritmo es absolutamente regular es un mal signo, cuando suena como un metrónomo. Si éste es el caso posiblemente también haya taquicardia y no haya aceleraciones

Si se mantiene todo el rato por encima de 160 puede indicar que el bebé no está bien (taquicardia) así que observar durante un rato para confirmar si es o no una aceleración

Si el latido baja puntualmente por debajo de 110 se considera una deceleración. Es importante escuchar el latido justo cuando acaba la contracción, porque es en ese momento cuando hay más posibilidades de que la detectemos

La gravedad de **una deceleración se valora teniendo en cuenta:**

Cuánto ha bajado el latido: más preocupante por debajo de 80

Cuánto tarda en recuperarse: mejor si tarda sólo unos 5 segundos, muy preocupante si tarda muchos segundos o minutos

Con cuánta frecuencia se repite: es importante escuchar después de cada contracción durante la próxima media hora al menos para saber si la deceleración se repite. Si se repite, seguir escuchando después de cada contracción hasta que haya pasado al menos media hora sin ninguna bajada o hasta la llegada al hospital

Si es muy profunda, o muy larga o se repiten múltiples veces posiblemente es buena idea ir al hospital si el parto no es inminente, y si lo es, prepararse por si hay que hacerle boca a boca al bebé

Raramente el latido está todo el rato por debajo de 110. Aunque en raras ocasiones es lo normal para ese bebé, es más probable que esté así porque no hayamos escuchado avisos

Si el latido está perfecto es tranquilizador. Por el contrario cuando algo no va bien a menudo es difícil saber si la situación es poco o muy grave. Para tomar la decisión de que hacer, pedir consejo a alguien con experiencia, seguir vuestra intuición, o trasladar

Tensiómetro: tenerlo si se quiere tomar la tensión. A veces sube la tensión durante el parto aunque no haya habido ninguna tensión alta con anterioridad. No tomarla durante la contracción, porque saldrá falsamente alta. Las matronas a menudo la toman cada 4 horas, podéis usar esa referencia como guía o hacerlo a vuestro modo. Si la tensión sale algo alta (>140/90) repetirla cada 30min durante 1h y media, hablar con alguien con experiencia y considerar traslado. Si tenéis tiras para testar la orina hacerlo y observar si hay proteína en orina en buena cantidad, si fuera el caso estaríamos posiblemente ante una pre-eclampsia, así que trasladar.

Termómetro: tenerlo si se quiere tomar la temperatura. Si quien acompaña sabe reconocer bien cuando hay fiebre al tacto puede no usar el termómetro. Son raras las ocasiones en las que la madre tiene fiebre intraparto. Asegurarse primero de que la temperatura ambiente no sea demasiado alta, y si no es el caso y $T^a > 37,5^{\circ}\text{C}$ dos veces separadas por media/una hora o $T^a > 38^{\circ}\text{C}$ una vez, considerar que hay fiebre y por lo tanto una infección. Considerar traslado para poner antibióticos intravenosos o si se conocen y lo prefieren, valorar otras formas de tratamiento alternativo, yo no las aconsejo ni desaconsejo por no haberlas probado en mi experiencia.

Sonda urinaria, guantes y lubricante: cuanto más desciende la cabeza del bebé menos sensación de vejiga llena tenemos, por lo que es importante que quien acompañe en el parto le recuerde a la mujer que da a luz que haga pis al menos cada 2 horas, que observe cuantos líquidos está bebiendo y que si bebe mucho y hace poco o nada de pis en muchas (tal vez 4/6 horas máximo), heche aceite esencial de menta piperita en el W.C. (no a la mujer), abra un grifo o le vacíe la vejiga con una sonda para asegurarse de que la vejiga llena no impide el descenso del bebé y así también evitar que ésta resulte dañada. Estas dos últimas cosas sólo ocurren en casos muy raros, normalmente porque nadie de los presentes sabe que tiene que tener cuidado con esto.

Oxitocina (syntocinon), ergometrina (metergin) y misoprostol (cytotec): medicaciones para parar el sangrado en caso de hemorragia. Hace falta un par de agujas y jeringillas, suficiente con que sean de 2,5 ml, para su administración. La oxitocina, una ampolla intramuscular (IM) es la primera opción. La ergometrina, una ampolla (IM) sólo debe darse si ya ha salido la placenta y la mujer no tiene la tensión alta. Y el misoprostol se debe dar anal introduciendo 4 pastillas (800 mcg). Hay otras formas no medicamentosas de frenar la hemorragia y en la mayoría de los casos cuando ésta es bien manejada se resuelve con una o varias de las siguientes intervenciones: elevar piernas, masajear el útero si éste está blando, poner oxitocina, sacar la placenta y beber abundantes líquidos para reponer.

Bisturí o tijeras para cortar el cordón: si no se va a hacer nacimiento lotus. Lo más estériles posibles para reducir la posibilidad de transmitirle infección. El cordón se puede atar con una lana de algodón haciendo varios nudos fuertes y varias vueltas para evitar que sangre si queda flojo.

INFORMACIÓN y DECISIONES

Si se rompe la bolsa, leer este enlace, www.daraluzencasa.com/se-ha-roto-la-bolsa, y estar algo más pendientes de la temperatura, el pulso de mamá y bebé, no introducir nada en vagina y observar el color y olor del líquido amniótico.

Prolapso de cordón: cuando se rompe la bolsa, si existe una sensación de algo raro dentro de la vagina puede ser porque el cordón se ha escurrido por delante de la cabeza del bebé. Si hay dudas tocar dentro de la vagina para confirmar, pero si la sensación es clara mejor no tocar para no estimular cambios en el cordón al contacto con el aire. Escuchar el latido del bebé e ir lo más rápido posible al hospital con la madre el máximo tiempo posible en una posición donde el culo esté más alto de la cabeza (postura del Mahometano). Si el latido del bebé está bien se puede mantener la calma, aún así trasladar para cesárea, si el latido no está bien cambiar de postura para encontrar una en la que lo esté y/o meter los dedos en vagina para empujar la cabeza y alejarla del cordón para reducir la presión que ejerce sobre éste (por este mismo motivo se hace la posición del Mahometano).

Si hay meconio, valorar la tonalidad: verde claro o amarillo claro (meconio ligero), verde intenso, oscuro, marrón o negro (meconio denso). Si hay duda consultar a alguien con experiencia, describírselo o mejor enviar una foto. Leer este enlace, matronataurt.blogspot.com.es/2014/11/la-maldicion-del-liquido-tenido-de.html?m=1, para decidir con qué situaciones os sentís cómodxs para seguir en casa y en que casos preferís ir al hospital. Nosotras cuando el meconio es ligero escuchamos el latido durante 30min de forma continua y si el latido está siempre bien, seguimos en casa con un poco más de atención al latido. Si es denso solemos trasladar al hospital. A veces uno duda si el meconio es denso o ligero, para esas situaciones consultar con alguien con experiencia, guiarse por la intuición y/o trasladar.

Sangrado antes del parto:

El tapón mucoso tiene a menudo un aspecto sanguinolento (rosa, rojo intenso o marrón) y se distingue porque tiene consistencia mucosa, no es líquido, sino elástico

Durante el parto, cuando el cérvix está casi o completamente dilatado y la cabeza empieza a descender suele salir algo de sangre que suele ser líquida, diluida y poca en cantidad. Si da la impresión de que estamos ya en esa fase del parto y el latido del bebé está bien, podemos tomarlo como un buen signo que nos dice que ya queda poco.

Si la cantidad es más abundante o no cumple estas características (es sangre densa o con coágulos), la madre no se encuentra bien, el latido bebé tampoco es normal o se tiene la intuición de que algo no va... pensar en que puede ser una hemorragia anteparto, en cuyo caso el traslado debe de ser lo más rápido posible

Si el latido del bebé está bien es siempre un signo tranquilizador al igual que si el pulso de la madre también lo es (<110 lpm) ya que un pulso alto nos podría indicar la pérdida de sangre y el esfuerzo del sistema circulatorio por compensar, también habría una tensión baja

Esta es la emergencia más urgente y para la que la única solución es sacar al bebé y controlar el sangrado. Es poco frecuente, y en la mayoría de los casos se irá al hospital por el sangrado sin ser realmente una hemorragia anteparto, pero en los pocos casos que lo sea merecerá mucho la pena haber ido rápido

Vueltas de cordón: el mito de que las vueltas de cordón son un riesgo está muy arraigado, pero en realidad no supone ningún problema. Quitar las vueltas tras el nacimiento y si el cordón es extra corto poner la cabeza del bebé sobre el pubis de la madre y dejar que nazca el cuerpo. Este enlace puede darte más información al respecto, www.crianzaanatural.com/art/art207.html

Desgarros: la mayoría de los desgarros curan bien solos, lo único que necesitan es mantenerlos lo más limpios y secos posible. Para ello limpiar a chorro con agua tibia o alguna infusión (de cola de caballo y/o tomillo), usando una botella con pitorro, dentro de la vagina también, no sólo la vulva.

Si el desgarro sangra activamente, presionar con una gasa del mismo modo que haríamos para que una herida deje de sangrar

Para asegurarse de que el desgarro no es demasiado profundo que la mujer meta uno de sus dedos en el ano y otro en vagina justo donde está el desgarro y confirme que no se toquen y la capa de músculo entre ellos sea gruesa. Si fuera fina o se tocaran podría haber un desgarro de 3º grado (anal) que si no cierra bien podría general incontinencia fecal, así es buena idea pedir a una matrona que lo valore o ir al hospital

En caso de tener que coser el desgarro debe hacerse en las primeras 2 horas postparto

Placenta: es normal que la placenta tarde en salir una hora, pero en muchos casos se tarda 2/5 horas, o más.

En los 5/10 primeros minutos tras el parto suele haber un sangrado pequeño que indica que la placenta se ha separado del útero

Algo más tarde vuelven las contracciones para que salga la placenta. Si la mujer se pone en cuclillas y empuja la ayudará a salir. Las ganas de empujar son mucho más suaves que las que se tienen cuando está naciendo el bebé, la placenta es más pequeña y pone menos presión

Se sabe que el útero está bien contraído cuando tras el nacimiento se toca el abdomen a la altura del ombligo y se toca una bola dura del tamaño de un puño. Cuando no se encuentra esa bola seguramente el útero no está bien contraído y posiblemente sangre más. Masajearlo con firmeza para atraer una contracción. Continuar hasta que se ponga duro.

Mejor no tirar de la placenta, o dejarlo como último recurso, porque si tiramos y una parte de la placenta aún está enganchada al útero la romperemos dejando un trozo dentro

Mientras la placenta está dentro el parto no ha terminado, observa de cerca el sangrado. Si la mamá está tumbada mucha de la sangre puede salir de la vagina y quedarse en el empapador bajo o tras su culo, y no ser vista. Revisa allí a menudo o pídele que esté en otra posición para valorar mejor

Si no hay sangrado y la mujer está bien se pueden esperar varias horas

Si sangra, mirar hemorragia postparto al final, tirar del cordón hacia afuera y hacia el ano de la mujer con cierta delicadeza. Si no sale fácil, poner oxitocina, esperar 10min y tirar con algo más de fuerza. Si aún así no sale, pedir consejo a alguien con experiencia en el parto en casa y/o considerar traslado

Este vídeo, www.youtube.com/watch?v=g3pi_8JhkaQ, DIY Placenta, de *Indie Birth*, muestra todas las partes de la placenta y como prepararla para consumir

Consumir la placenta: se puede tomar trozos del tamaño de una pelota de ping-pong en un batido de frutas. Mejor si tiene cítricos para mejorar la absorción del hierro contenido en la placenta, y frutos rojos para disimular el color y hacerlo más rico. Siendo poca cantidad no se nota el sabor. También se puede cortar toda la parte materna en trozos del tamaño de una pastilla y congelar para ir tomando.

Nacimiento lotus: es cuando el cordón no se corta y se espera a que el bebé y la placenta se separen por sí solos.

Normalmente se desprende en 3/5 días, pero también puede tardar más

La placenta se pone en una cesta envuelta en paños, como los de los pañales de tela, que se cambian 1/2 veces al día. Y se le añade sal y/o especias para neutralizar su olor con el paso de los días

La placenta y el bebé permanecerán unidos en todo momento, así que si la cesta tiene asas puede ayudar a transportarla con más facilidad

Toda mujer tiene la libertad de parir donde y con quien quiera. Con este documento no pretendo incitar a las parejas al parto autogestionado, pero dada la escasez de información quiero aportar mi grano de arena para que quien tome esta decisión, lo haga con más recursos.

Valle, Mayo 2018

PARTO AUTOGESTIONADO o qué hacer si no LLEGAMOS A TIEMPO

Este documento simplifica la actuación en caso de hemorragia postparto, reanimación neonatal y distocia de hombros con el fin de que sirva de guía rápida en los casos en que sea necesario. Para un entendimiento más profundo, y para más formas de actuación, más y menos invasivas, leer los documentos sobre el tema de ALPACC y Dar a Luz en Casa.

Si cuando la UVI móvil llega la situación está resuelta, es mejor no dejarles entrar en la casa, ya que si entran van a trasladar al hospital.

HEMORRAGIA POSTPARTO

Si la mujer está en la piscina es recomendable salir de ella para poder valorar mejor el sangrado.

Sangrado de más de dos vasos (500 ml) o síntomas de haber perdido bastante sangre, en la mayor parte de los casos el mareo empieza cuando ya se han perdido 750/1000 ml de sangre: **Mareo**, primer síntoma y más evidente

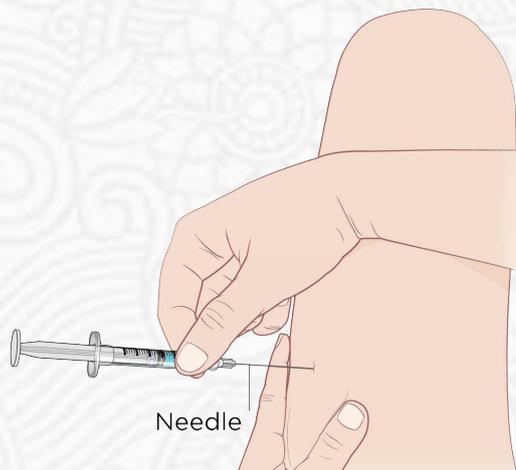
Latido cardíaco acelerado de la madre, taquicardia >110 latidos/min

Tensión arterial baja, menor de 90/60

Desmayo si no se corrige pronto

La hemorragia se da por controlada cuando el sangrado no es visible aunque continúe como una regla. Si hay chorro o un hilo o goteo, continuo o intermitente de sangre, aún no se ha conseguido controlarla.

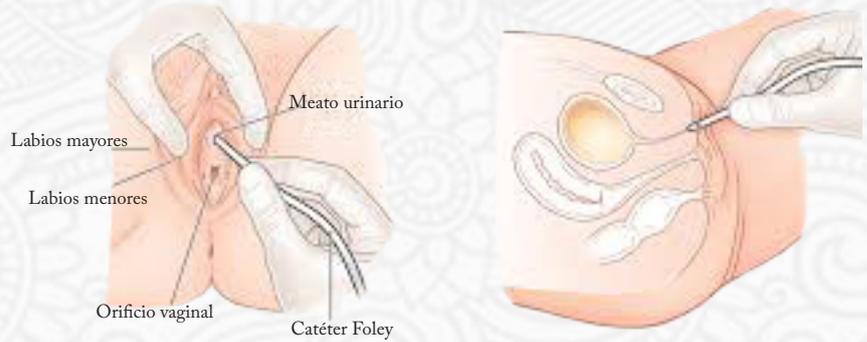
- 1. Llamar a la UVI móvil, tumbarla y levantarle las piernas** (poner un cojín o una silla para mantenerlas altas sin perder el uso de nuestras manos) esta medida por si sola ayudará a que no se sienta tan mareada, observar constantemente el sangrado
- 2. Poner oxitocina (Syntocinon) en la parte externa del muslo.** Cargarla en la jeringuilla, coger un buen pellizco de músculo (si la persona es delgada al pinchar puedes rascarle el hueso), pinchar a 90°, succionar (si sale sangre, sacarla y volver a pinchar porque sino la meteríamos intravenosa en vez de intramuscular), tarda 2/4 minutos en hacer efecto
- 3. Iniciar lactancia y/o estimular los pezones** (genera oxitocina) poner a mamar a un hermano mayor si lo hay. Cualquier cosa que ayude a la relajación y al placer produce oxitocina, el miedo genera adrenalina, que reduce la producción de oxitocina



4. Dar líquidos abundantes para beber y así reponer parte de lo que está perdiendo

5. Si no ha hecho pis en las últimas 2 horas, que la mujer se esfuerce lo máximo posible por hacer pis (si la vejiga esta llena impedirá que el útero se contraiga para dejar de sangrar), si no consigue hacer pis, poner una sonda vesical.

Necesitas un recipiente para recoger el pis, guantes estériles, sonda vesical y lubricante. Manteniendo tanto la sonda como nuestras manos estériles, sin tocar nada, introducir la sonda por meato urinario hasta que salga pis. Es molesto, pero no debería de ser doloroso. Si la metéis por vagina por equivocación, o tocáis alguna cosa, tenéis que coger otra sonda (riesgo de crear infección urinaria)



6. Si la placenta aún esta dentro, que la mujer en las próximas 2/3 contracciones y en cuclillas, empuje con todas sus fuerzas. La sangre uterina es oscura y espesa. Si no sale así, con la mano izquierda hacer presión fuerte entre el pubis y el ombligo, para mantener el útero en su sitio, con la derecha tirar del cordón firme pero no muy fuerte hacia afuera y abajo (en la dirección del ano de la madre)

7. Tocar el útero (entre el pubis y el ombligo), debe estar duro casi como una piedra, si no es así masajearlo fuertemente

8. Observar el desgarro en periné. Si esta sangrando activamente, típicamente sangre roja brillante y fluida, poner presión y frío allí donde sangra para ayudarle a dejar de sangrar

9. Si aún así no se mantiene firme y la placenta está fuera, poner ergometrina (Metergin) intramuscular del mismo modo que se puso la oxitocina. Inicia su efecto a los 5/8 minutos



10. Si ninguna de estas medidas es suficiente para que deje de sangrar, se hará compresión bimanual, prueba primero externamente, con las dos manos en abdomen, apretando el útero y observa si deja de sangrar. Si no lo hace hacerlo internamente. Con una mano cogiendo el útero desde fuera (a la altura o un poco por debajo del ombligo) y otra desde dentro, el puño dentro de la vagina. Se aprieta fuerte con ambas manos para que por presión, la zona que sangra deje de sangrar. Soltar pasados 10 minutos, pero si sigue sangrando seguir así hasta que llegue la UVI móvil

11. Mantener a la mujer consciente y presente, hablarle y preguntarle muy a menudo cómo está, que no se deje ir

12. No tirar los empapadores o toallas con sangre, para poder estimar a posteriori cuánto a sangrado (la forma más fiable es pesarlo y descontar el peso del empapador/toalla)

REANIMACIÓN NEONATAL

Ayudar al bebé a empezar a respirar. Sólo necesaria si el bebé no llora, no se mueve, tiene el cuerpo muy relajado y/o tiene la piel blanca o azulada. Un bebé que no necesita ayuda en los primeros 60/90 segundos de vida se mueve, respira claramente y su piel se vuelve rosada tras el primer llanto. Es normal que los pies y las manos sigan azuladas durante las primeras horas.

1. **Estimularlo, especialmente frotando su espalda, sobre el pecho de la madre.** Secarlo con una toalla, en especial la cabeza por donde pierden mucho calor, si la toalla queda bastante húmeda, cambiarla por una seca. Mantenerlo caliente, piel con piel y cerca de una fuente de calor
2. **Si tras un minuto no llora o respira claramente, llamar a la UVI móvil 112.** La prioridad es reanimar al bebé pero es buena idea que la ambulancia se ponga ya en camino por si acaso es necesaria
3. **Si el bebé tiene mucosidad en la boca, más aún si tiene meconio, succionarlo o quitarlo con la mano antes de dar aire**
4. **Poner al bebé boca arriba sobre el pecho de la madre, en posición neutral**



Posición correcta

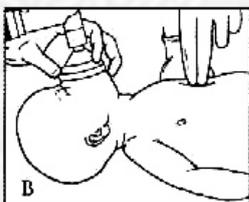
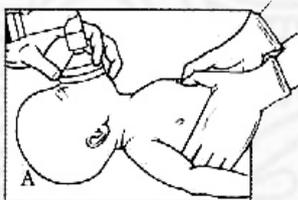


Posiciones incorrectas, hiperextensión y flexión



5. **Dar aire boca a boca** (cabeza y cuerpo rectos para que entre bien el aire por la garganta) 5 ventilaciones (contar hasta 3 metiendo el aire, y contar hasta 3 entre una y otra). Fijarse en si se hincha el pecho, si no se hincha repetir como si aún no hubiérais hecho nada, mejorar la posición y evitar escapes (el aire no ha llegado a los pulmones). Tenemos que empujar a circulación el líquido que llena los pulmones, así que podemos esperar que el pecho se hinche a partir de la tercera ventilación

6. **Si aún no respira bien o llora, revisar el latido cardiaco del bebé** (se nota con los dedos sobre el pezón izquierdo)



Si latido entre 60 y 100, seguir ventilaciones hasta que lllore o respire, observar al bebé cada 5 ventilaciones

Si latido <60 (menos de 1 latido por segundo) empezar masaje cardiaco. Presionar en el centro de la línea de los pezones a 3/4cm de profundidad; 10x (1 ventilación + 3 compresiones) y seguir hasta que el latido sea >60, si aún no respira bien seguir sólo con ventilaciones hasta que lo haga, o hasta la llegada de la UVI móvil. No dejar de reanimar, hacer por lo menos 30/60 minutos, porque a veces los bebés reenganchan aunque haya pasado mucho tiempo

DISTOCIA de HOMBROS

Se reconoce porque tras salir la cabeza, con la siguiente contracción (normalmente tarda 2/3 minutos), la mujer empuja con fuerza pero el cuerpo no sale. Cuando la cabeza está fuera el cuerpo empieza a hacer cambios de adaptación extrauterina, esta complicación tiene que resolverse pronto, máximo 8 minutos, así que es muy importante no perder tiempo.

A menudo la cabeza no rota (normalmente los bebés nacen mirando hacia las nalgas de la madre, y tras unos segundos giran la cabeza y miran hacia una de las piernas de la madre), y se queda muy pegada a la vagina, porque el cuello está muy estirado con los hombros aún en la entrada de la pelvis.

1. Si el nacimiento ha sido en el agua, salir de la piscina para poder maniobrar

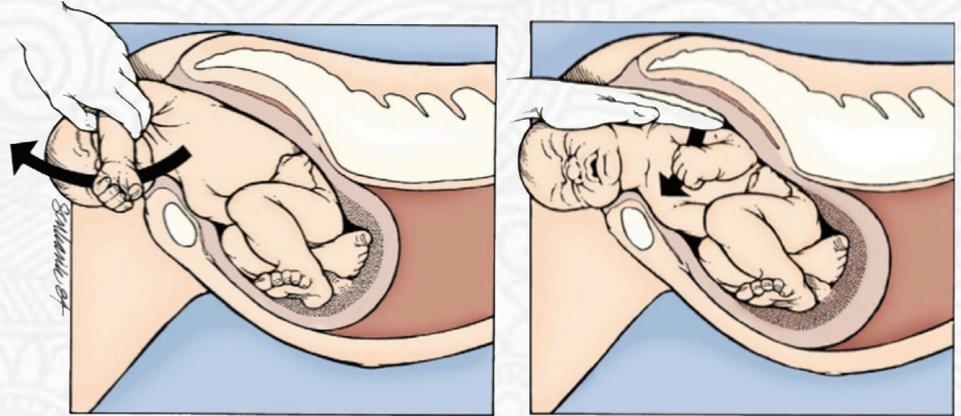
2. Si hay una persona más que llame a la UVI móvil, si sólo está la pareja priorizar el actuar

3. Que la mujer deje de empujar. Ésto sólo hará que los hombros se atasquen más

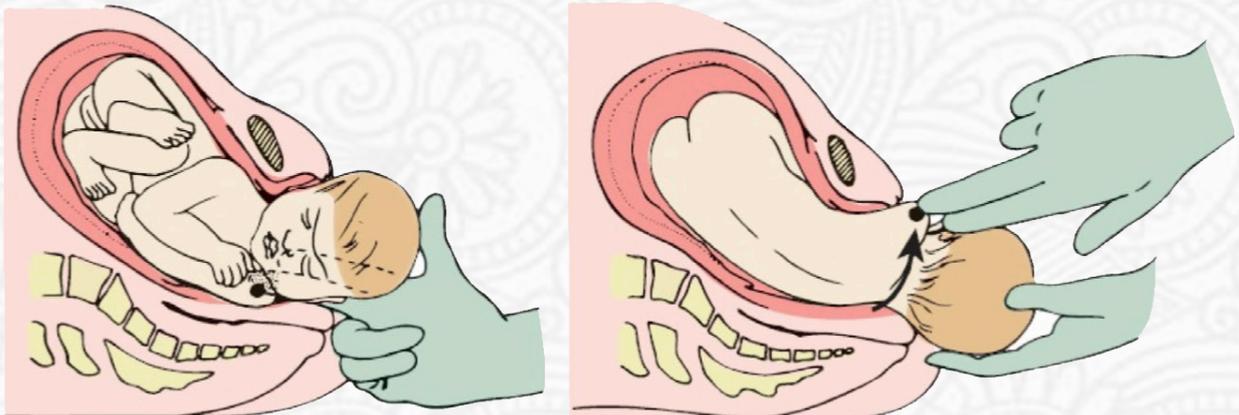
4. Que la mujer cambie de posición. Cualquier cambio ayudará ya que las rotaciones de las piernas harán que los diámetros dentro de la pelvis cambien y/o aumenten. De rodillas es la forma más fácil de hacer las maniobras. Si está en cualquier otra posición, ir a rodillas; si está de rodillas, cambiar de posición y volver

5. Si el movimiento no resuelve la distocia, sacar el brazo posterior. Al sacarlo deja mucho más espacio libre y el brazo anterior suele liberarse. Meter

la mano en la vagina por el espacio entre el bebé y el periné/ano, cogiendo la mano el el brazo sacarlo hacia afuera (cuidado no forzar el movimiento en una dirección que no se pueda). Puede ser difícil de encontrar, si no lo encuentras, pasa a la siguiente maniobra



6. Rotar los hombros (no tirar, la fuerza hacia afuera la tiene que hacer la madre empujando, decirle que lo haga cuando estés listx) meter dos dedos de cada mano sobre/bajo uno, o ambos, hombros del bebé o agarrarle de la axila (parece que esta es la maniobra más eficaz) para ayudarle en la rotación. Si no funciona en una dirección, ir en la otra, ayudarse empujando el pecho/espalda o cambiar de hombro (el anterior, cerca de la sínfisis de la madre, suele estar menos accesible)



7. Seguir probando movimientos internos hasta que se resuelva

8. Tras una distocia de hombros hay más posibilidades de encontrarse con una reanimación y/o una hemorragia, estar preparados y pendientes para actuar con rapidez