

Información para embarazadas

Tipos de parto



Existen dos tipos de parto, el parto vaginal o eutócico y el parto por cesárea. A continuación te detallamos en qué consiste cada tipo de parto y ante qué situaciones es más adecuado un tipo de parto u otro.

Parto vaginal

Nos referimos a parto vaginal o eutócico al que se produce a través del canal vaginal. Dentro de esta categoría existen dos tipos de partos vaginales:

- 1. Parto vaginal natural o normal:** es aquel que se inicia de forma espontánea y que se desarrolla y finaliza sin complicaciones y culmina con el nacimiento del bebé. No implica más intervención que la ayuda integral y respetuosa en el nacimiento.

A veces, a pesar del inicio espontáneo del trabajo de parto, se necesitan fármacos que garanticen la seguridad de la madre y el bebé, facilitando la progresión del parto. En casos seleccionados se recomendará la inducción del parto o provocación del trabajo de parto.

Cuando a pesar de haber aplicado todas las medidas disponibles para favorecer el parto vaginal espontáneo, éste no es posible (como por ejemplo, debido al acompañamiento durante el parto, a la administración de oxitocina cuando la progresión de parto no es adecuada, al posponer los pujos si se ha administrado anestesia peridural o o bien se ha intentado la rotación manual), se puede optar por el uso de un instrumento obstétrico para facilitar el parto vaginal, por lo que hablamos de parto vaginal instrumental.

- 2. Parto vaginal instrumental:** se basa en la aplicación de un instrumento (fórceps, espátulas o ventosa) sobre la cabeza fetal para su extracción para ayudar a la rotación de la cabeza como para abreviar el parto, ya sea por indicación materna, riesgo fetal o por una progresión inadecuada del parto.

La ventosa es un instrumento que permite la flexión de la cabeza y la tracción. No se puede aplicar en partos prematuros de menos de 34-36 semanas. En estos casos se prefiere el uso de fórceps. Los fórceps permiten la rotación o giro de la cabeza del feto además de parte de la tracción y de la flexión. Es mejor usar fórceps cuando se ha realizado previamente un test de pH de calota fetal para comprobar el bienestar fetal.

Para poder aplicar un instrumento es imprescindible que la anestesia funcione correctamente, que la madre esté en dilatación completa con la bolsa amniótica rota y que la cabeza del feto haya descendido por el canal del parto vaginal hasta pasadas las espaldas ciáticas (III plan de Hodge). No se puede aplicar un instrumento si la presentación del feto es de frente o de cara o si hay evidencia de desproporción pelvi-fetal. En estos casos, o en los casos en que no se produce el parto a pesar de la aplicación correcta del instrumento, se indicará una cesárea.

Cesárea

Nos referimos a parto por cesárea cuando se practica una incisión en la pared abdominal y el útero para facilitar la salida del feto.

La cesárea puede ser programada para una fecha concreta (electiva) antes del inicio del trabajo de parto, por motivos de salud de la madre o del feto. También puede indicarse en el trabajo de parto (en curso de parte o de recurso) por causa fetal, materna o mixta (desproporción pelvi-fetal, estacionamiento del parto, alteración en la dilatación cervical, etc.). En el caso de que se sospeche un riesgo materno o fetal que requiera la finalización rápida de la gestación, ya sea anteparto o intraparto, se habla de cesárea urgente. La cesárea emergente es la que se indica por riesgo vital de la madre y/o del feto.

Se puede hacer la incisión abdominal transversa (la más habitual es Pfannenstiel) o bien longitudinal (laparotomía media infraumbilical, en algunos casos concretos). Durante la cirugía se da una dosis única de antibiótico profiláctico y se administran medicamentos que favorecen la contractibilidad uterina una vez que sale el bebé, ya que el riesgo de sangrado es superior al del parto vaginal. La sutura de la piel es intradérmica reabsorbible, por lo que no requiere ser retirada después.

Una vez finalizada la cirugía, pasarás al box de recuperación anestésica durante 1 o 2 horas hasta que revierta el bloqueo motor. Tu bebé podrá estar contigo para realizar el método piel con piel e iniciar la lactancia materna.

El contacto piel con piel favorece la transición del bebé a la vida extrauterina, favorece el éxito de la lactancia materna, incrementa los niveles de oxitocina mejorando la contracción del útero y mejora el vínculo afectivo con el bebé. Es por esta razón que se quiere facilitar el contacto piel con piel en las cesáreas, idealmente sin ninguna interrupción. La cesárea provínculo será de elección si la cesárea es de bajo riesgo o en las de curso a término y con peso estimado fetal de más de 2.500g.

En la sala de hospitalización se retirará la sonda vesical de forma precoz para favorecer la movilización. La pauta de medicación analgésica se adaptará al dolor que sientas y se te animará a que empieces a beber a las 2-4 horas de la intervención, progresando en la ingesta de alimentos según tu tolerancia. La herida quedará tapada durante 24 horas, si todo evoluciona según lo esperado. A partir del segundo día se puede valorar el alta hospitalaria.

La información recogida en este documento se ha elaborado con el objetivo de informar y capacitar a familias y pacientes. En ningún caso sustituye la consulta con el equipo asistencial. Ante cualquier duda, consulta con el/la especialista.

SJD Sant Joan de Déu
Barcelona · Hospital



Silvia Ferrero Martínez. Obstetra

Área de la Mujer

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Passeig Sant Joan de Déu, 2 - 08950 Esplugues de Llobregat - Barcelona | (+34) 93 253 21 00
info@sjdhospitalbarcelona.org | www.sjdhospitalbarcelona.org

Documento elaborado con la colaboración del Equipo de Educación para la Salud.

© Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Septiembre 2020.



**Ayúdanos
a crecer**



**Hazte donante de
Sant Joan de Déu**

www.sjdhospitalbarcelona.org/colabora