

# Vía clínica de atención al parto normal

2

2013

# Vía clínica de atención al parto normal

2

2013



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación  
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación



**Edita:** Consejería de Sanidad y Política Social.  
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y  
Farmacéutica e Investigación. Subdirección General de Calidad Asistencial.  
C/ Pinares, 6 - 30001 Murcia.  
Telf. 968 226500 - Fax 968 226474

**Imprime:** Organismo Autónomo Boletín Oficial de la Región de Murcia  
**ISBN:** 978-84-96994-93-5  
Primera edición  
Julio 2013  
Fecha de revisión: 2016

**DL:** MU 946-2013

### **Publicación electrónica**

#### **DERECHOS DE COPIA Y REPRODUCCIÓN**

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Cómo citar este documento: *Grupo Proceso de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia. Vía Clínica de Atención al Parto Normal. Subdirección General de Calidad Asistencial-Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social, 2013.*

## AUTORES

### Coordinadores:

---

#### **Pedro Parra Hidalgo**

Médico. Subdirector General de Calidad Asistencial.  
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.  
Consejería de Sanidad y Política Social.

#### **Carmen Arellano Morata**

Enfermera. Técnico Gestión de Calidad Asistencial.  
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.  
Consejería de Sanidad y Política Social.

#### **María Nieves Muñoz Rodríguez**

Matrona. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Consejería de Sanidad y Política Social.

### Autores (por orden alfabético):

---

#### **José Luis Albarracín Navarro**

Médico. Subdirector General. Dirección General de Asistencia Sanitaria.  
Servicio Murciano de Salud.

#### **Francisco José Acosta Villegas**

Anestesiista. Jefe Servicio de Anestesia-Reanimación.  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I-Murcia Oeste.

#### **Carmen Arellano Morata**

Enfermera. Técnico Gestión de Calidad Asistencial.  
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.

#### **Josefa Bañón Pastor**

Matrona. Supervisora de Parto.  
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Área VIII-Mar Menor.

#### **José Eduardo Calle Urra**

Médico. Técnico Responsable de Calidad Asistencial.  
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.

#### **Lourdes Collado Carcelén**

Matrona. Hospital Virgen del Castillo.  
Área V-Altiplano.

#### **Miguel Costa Andreo**

Ginecólogo. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rafael Méndez.  
Área III-Lorca.

**Juan Luis Delgado Marín**

Ginecólogo. Jefe de Sección de Obstetricia.  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I-Murcia Oeste.

**Ricardo García de León González**

Pediatra. Jefe de Servicio de Pediatría.  
Hospital Virgen del Castillo. Área V-Altiplano.

**Ascensión Gómez López**

Matrona. Hospital General Universitario Santa Lucía. Área II-Cartagena.

**Mónica Hernández Martínez**

FEA. Especialista en Pediatría.  
Hospital Virgen del Castillo. Área V-Altiplano.

**Rocío López Pérez**

FEA. Especialista en Ginecología.  
Hospital General Universitario Santa Lucía. Área II-Cartagena.

**Rosario López-Sánchez Sánchez**

Matrona. Supervisora de Paritorio.  
Hospital Comarcal del Noroeste. Área IV-Noroeste.

**Francisco López Soriano**

Anestesiista. Jefe Sección de Anestesia-Reanimación.  
Hospital Comarcal del Noroeste. Área IV-Noroeste.

**Josefina Marín López**

Médica de familia. Jefa de Servicio.  
Coordinación de Programas Asistenciales. Servicio Murciano de Salud.

**Juana María Martínez Abellán**

Matrona. Supervisora Área obstétrico- pediátrica.  
Hospital Rafael Méndez. Área III-Lorca.

**Concepción Martínez Román**

Matrona. Supervisora de Paritorio.  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I-Murcia Oeste.

**Concepción Martínez Romero**

Matrona. Subdirectora de Enfermería del Materno-Infantil.  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I-Murcia Oeste.

**María Nieves Muñoz Rodríguez**

Matrona. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.

**María Guadalupe Sevilla Hernández**

Matrona. Supervisora de Paritorio.  
Hospital General Universitario Santa Lucía. Área II-Cartagena.

## ÍNDICE

---

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. OBJETIVOS.....	9
3. ALCANCE.....	9
4. POBLACIÓN DIANA .....	9
5. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	10
6. RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL (SNS 2010), INCLUIDAS EN ESTA VÍA .....	11
7. MATRIZ DE VÍA CLÍNICA .....	21
8. ACTIVIDADES DE LA VÍA CLÍNICA.....	26
Valoración del estado de la gestante. Admisión urgencias y área de paritorio .....	26
Primera etapa del parto. Dilatación .....	31
Segunda etapa del parto. Expulsivo .....	39
Tercera etapa del parto. Alumbramiento.....	46
Posparto inmediato .....	50
9. INDICADORES DE CALIDAD .....	55
10. BIBLIOGRAFÍA.....	56
11. SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	60
ANEXOS.....	61
ANEXO 1: Motivo de consulta de la gestante a urgencias.....	63
ANEXO 2: Inmigración y parto. Atención al parto a mujeres con discapacidad.....	65
ANEXO 3: Circunstancias asociadas a riesgo durante el parto.....	71
ANEXO 4: Registros cardiotocográficos.....	73

ANEXO 5: Medidas de soporte físico-emocional de la gestante durante el parto y puerperio .....	77
ANEXO 6: Profilaxis antibiótica de la infección perinatal por estreptococo del grupo B.....	84
ANEXO 7: Métodos no farmacológicos de alivio del dolor.....	86
ANEXO 8: Algoritmo de diagnóstico de prolongación de la primera etapa del parto .....	90
ANEXO 9: Posiciones en el expulsivo.....	91
ANEXO 10: Identificación inequívoca de recién nacidos mediante gota de sangre del cordón umbilical.....	94
ANEXO 11: Situaciones de riesgo para el recién nacido.....	97

# VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

## 1- INTRODUCCIÓN

---

Según la Organización Mundial de la Salud, el Parto Normal se define como aquel que comienza de forma espontánea, que tiene bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. La criatura nace espontáneamente en posición cefálica, entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el recién nacido se encuentran en buenas condiciones.

El parto es a priori un proceso fisiológico pero no es una situación rígida y constante sino que está en continua evolución, de forma que en cualquiera de sus fases puede experimentar cambios que hagan variar la situación inicial. Por lo tanto, es fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal por parte del personal asistencial y la intervención de éstos en caso de requerirlo, sin descuidar en ningún momento la atención psicológica a la parturienta y a la pareja.

Vamos a encontrar diferentes situaciones que nos darán lugar a distintos tipos de partos, debemos tener en cuenta que la forma del inicio de parto, al igual que el tipo de gestante de bajo o alto riesgo, no asegura el tipo de parto. Así pues, podemos encontrarnos que un parto que se inicia de forma inducida puede ser un parto vaginal sin complicaciones y un parto que se inicia espontáneamente puede finalizar siendo un parto instrumental o incluso un parto por cesárea. Por lo tanto cualquier parto es susceptible de tener una evolución normal y recibir los cuidados acordes con dicha evolución.

Dadas las características anteriormente mencionadas, la atención al parto requiere un modelo de atención compartido entre matronas y obstetras que desarrollen un trabajo en equipo y de colaboración. Con carácter general, la matrona atenderá al parto que se mantenga dentro de los límites de la normalidad y requerirá la atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones.

Esta vía clínica es la herramienta de acompañamiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Ministerio de Sanidad y Política Social y el medio para facilitar la implantación de buenas prácticas a matrones y matronas, obstetras, pediatras, enfermeros y enfermeras y demás profesionales implicados en la atención de la mujer



en el parto. Es el resultado del trabajo de un grupo regional multidisciplinar que en base a la evidencia científica y al consenso, ha identificado las actividades asistenciales mínimas y las actuaciones específicas de cada profesional que interviene en la atención al parto normal en todas las maternidades del Servicio Murciano de Salud.

Con ello la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud pretende mejorar la calidad asistencial en torno a la maternidad y al nacimiento para favorecer una atención con aspectos de calidez, calidad, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto y mantener los niveles de seguridad actuales.

## 2- OBJETIVOS

---

### 2.1. OBJETIVOS GENERALES:

- Reconocer el parto como un acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres, familias y en las relaciones de pareja.
- Protocolizar las actuaciones a seguir ante el proceso de un parto normal, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en la Estrategia de Atención al Parto Normal del 2007, garantizando un entorno adecuado y cálido para así poder ofrecer cuidados individualizados y adecuados a cada mujer, respetando al máximo sus expectativas e intimidad.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Minimizar la variabilidad en la práctica clínica en la atención al parto normal entre las maternidades del Servicio Murciano de Salud.
- Identificar las actividades de los y las profesionales sanitarios y no sanitarios que atienden a las mujeres gestantes en su parto.
- Describir en un diagrama temporal cada una de esas acciones.

## 3- ALCANCE

---

Todos los centros hospitalarios con maternidad del Servicio Murciano de Salud.  
Los y las profesionales del área de urgencias y paritorio: obstetra, matróon o matrona, auxiliar de Enfermería, pediatra, anestesista y enfermero o enfermera.

## 4- POBLACIÓN DIANA

---

Mujeres gestantes sanas de 37 a 42 semanas en trabajo de parto normal.  
Se entiende por mujer sana aquella que no padece una enfermedad o no presenta una complicación del embarazo que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas.  
Se define parto normal como el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones y culmina con el nacimiento.

## **5- ÁMBITO DE APLICACIÓN**

---

Esta vía clínica aplica desde que la mujer gestante en fase activa de parto acude al servicio de urgencias hasta la finalización del posparto inmediato en paritorio y traslado de la madre-recién nacido a la unidad de hospitalización.

## 6- RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL (SNS 2010), INCLUIDAS EN ESTA VÍA.

### Cuidados durante el parto

<b>4.1. CUIDADOS DE PROFESIONALES Y ACOMPAÑANTES</b>	
4.1.1. Mujer y profesionales	
D	Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que le atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados.
4.1.2. Perfil de profesionales	
A	Se recomienda que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad.
4.1.3. Acompañamiento	
A	Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.
<b>4.2. RESTRICCIÓN DE LÍQUIDOS Y SÓLIDOS</b>	
4.2.1. Restricción de alimentos	
A	Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto.
4.2.2. Prevención de la Cetosis	
A	Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

## Dilatación: Primera etapa del parto

<b>5.1. DEFINICIÓN</b>	
√	Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm de dilatación. Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre entre los 4 y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular.
<b>5.2. DURACIÓN Y PROGRESO</b>	
C	La duración de la fase activa del parto es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. <ul style="list-style-type: none"> <li>En las primíparas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El promedio de duración es de 8 horas.</li> <li>- Es improbable que dure más de 18 horas.</li> </ul> </li> <li>En las multíparas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El promedio de duración es de 5 horas.</li> <li>- Es improbable que dure más de 12 horas.</li> </ul> </li> </ul>
<b>5.3. ADMISIÓN EN MATERNIDAD</b>	
√	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.
<b>5.4. CUIDADOS EN ADMISIÓN: AMNIOSCOPIA Y CTG</b>	
C	No se recomienda la amnioscopia en la valoración inicial de la mujer de bajo riesgo en trabajo de parto.
A	No se aconseja el uso de la cardiotocografía en admisión en embarazos de bajo riesgo.
<b>5.5. INTERVENCIONES RUTINARIAS POSIBLES DURANTE LA DILATACIÓN</b>	
<b>5.5.1 Enema</b>	
A	Se recomienda no utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.
<b>5.5.2 Rasurado perineal</b>	
√	No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.
<b>5.5.4. Movilización y adopción de diferentes posiciones</b>	
A	Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.
<b>5.5.5. Amniorrexis y utilización de oxitocina</b>	
A	Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.
<b>5.5.6. Lavado perineal</b>	
A	Se recomienda utilizar agua corriente si se necesita un lavado antes de un examen vaginal, no siendo necesario el uso de antisépticos.

5.5.8. Frecuencia de tactos vaginales	
√	Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas.
√	Las exploraciones vaginales antes de 4 horas se realizarán en las mujeres con un progreso lento del parto, ante la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos.
√	<p>Antes de practicar un tacto vaginal, se debería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar que realmente es necesario y que la información que proporciona será relevante en la toma de decisiones.</li> <li>• Ser conscientes de que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección.</li> <li>• Garantizar la privacidad, la dignidad y comodidad de la mujer.</li> <li>• Explicar la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados, con sensibilidad, sobre todo si no son esperados por la mujer.</li> </ul>
5.5.9. Tratamiento de retardo de la dilatación	
√	<p>Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor.</li> <li>• Si las membranas están intactas se procederá a la amniorrexis.</li> <li>• Exploración vaginal 2 horas después y si el progreso de la dilatación es menor de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.</li> <li>• Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina.</li> <li>• Se practicará monitorización continua y se ofrecerá anestesia epidural antes del uso de oxitocina.</li> <li>• Se procederá a un nuevo tacto vaginal 4 horas después de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.</li> </ul>

## Segunda etapa del parto

<b>6.1. DEFINICIÓN</b>	
√	<p>La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, ante o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.</li> <li>• Periodo expulsivo activo cuando:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• El feto es visible</li> <li>• Existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa</li> <li>• Pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo.</li> </ul> </li> </ul>
<b>6.2. DURACIÓN</b>	
√	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 2 horas tanto si tienen como no anestesia epidural.
√	La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en múltiparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de 2 horas si la tienen.
√	La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen.
√	La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en múltiparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no anestesia epidural.
<b>6.3. MEDIDAS DE ASEPSIA</b>	
Higiene de manos	
B	Las manos deben lavarse inmediatamente antes de cada episodio de contacto directo con la mujer y después de cualquier actividad o contacto que pudiera resultar en una potencial contaminación de las manos.
A	Las manos visiblemente sucias o potencialmente muy contaminadas con suciedad o materia orgánica, deberán ser lavadas con jabón líquido y agua.
A	A menos que estén visiblemente sucias, las manos podrán ser lavadas preferiblemente mediante fricción con una solución alcohólica, entre la atención a mujeres diferentes o entre diferentes actividades de cuidado a una misma persona.
Vestimenta	
D	La selección del equipo de protección deberá basarse en la evaluación del riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer y del riesgo de contaminación de la vestimenta de los profesionales sanitarios y de la piel por la sangre, fluidos corporales y excreciones o secreciones.
√	Se recomienda la utilización de trajes impermeables de cuerpo entero cuando exista riesgo de salpicaduras frecuentes de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, excepto sudor, a la piel o a la vestimenta de los profesionales sanitarios, como es el caso de la asistencia al parto.

Uso de Guantes	
D	Los guantes deberán utilizarse para los procedimientos invasivos, contacto con lugares estériles, membranas mucosas y piel no intacta, y para todas aquellas actividades con riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, o instrumentos cortantes o contaminados.
D	Los guantes serán siempre de un solo uso y deberán colocarse inmediatamente antes de un episodio en el que haya contacto con un paciente y retirarse tan pronto la actividad haya finalizado. Los guantes deberán ser cambiados cada vez que se atienda a mujeres diferentes y entre actividades diferentes en un mismo paciente.
Uso de mascarillas	
D	Las mascarillas faciales y las protecciones oculares deberán ponerse cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre y fluidos corporales en la cara o en los ojos.
6.4. POSICIÓN	
A	Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.
6.5. PUJOS MATERNOS Y PUJOS DIRIGIDOS	
A	Se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto.
A	En mujeres con analgesia neuroaxial se recomienda dirigir los pujos una vez completada la fase pasiva de la segunda etapa del parto.
6.6. PREVENCIÓN DEL TRAUMA GENITAL	
A	No se recomienda la realización del masaje perineal durante la 2.ª etapa del parto.
A	Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante la 2.ª etapa del parto.
B	Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no empuje.
A	Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la 2.ª etapa del parto.
6.7. EPISIOTOMÍA	
A	No debe practicarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo.
√	La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o sospecha de compromiso fetal.
√	Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.
D	Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho. El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados de realizar la episiotomía.



<b>6.8. MÉTODO Y MATERIAL DE SUTURA EN LA REPARACIÓN PERINEAL</b>	
<b>6.8.1. Método y material de sutura en la reparación perineal</b>	
A	Se recomienda realizar la sutura de los desgarros de primer grado con el fin de mejorar la curación, a menos que los bordes de la piel se encuentren bien aproximados.
A	Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua.
A	Si después de la sutura muscular de un desgarro de segundo grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación se recomienda realizarla con una técnica intradérmica continua.
<b>6.8.2. Material de sutura en la reparación perineal</b>	
A	Se recomienda la utilización de material sintético de absorción normal para la sutura de la herida perineal.
√	Debe llevarse a cabo un examen rectal después de completar la reparación para garantizar que el material de sutura no se ha insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.
<b>6.9. MANIOBRA DE KRISTELLER</b>	
A	Se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller.

## Alumbramiento: Tercera etapa del parto

<b>7.1. DURACIÓN DEL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO</b>	
D	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.
<b>7.2. MANEJO DEL ALUMBRAMIENTO</b>	
A	Se recomienda el manejo activo del alumbramiento.
√	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.
<b>7.3. UTILIZACIÓN DE UTEROTÓNICOS</b>	
A	Se recomienda la utilización rutinaria de oxitocina en el manejo de la tercera fase del parto.
<b>7.4. DOSIS DE OXITOCINA PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO</b>	
A	Se recomienda la administración de 10 UI IV lenta para la profilaxis de la hemorragia posparto.

## Cuidados del recién nacido

<b>8.1. PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL</b>	
A	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
B	Se sugiere como conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.
<b>8.2. CONTACTO PIEL CON PIEL</b>	
A	Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.
√	Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre.
√	Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera toma. Durante este periodo se recomienda que la matrona mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre la madre y el RN con registro de signos vitales de los RN (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso la frecuencia cardiaca) alertando al especialista de cualquier cambio cardiorrespiratorio.
<b>8.3. LACTANCIA MATERNA</b>	
A	La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.
√	Debe indicarse a las mujeres que si el RN no está intentando mamar, se le puede colocar enfrente del pecho para facilitar la puesta en marcha de los reflejos necesarios para conseguir un agarre adecuado, pero que no es recomendable forzar esta primera toma.
<b>8.5. ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA Y SONDAJE GÁSTRICO-RECTAL EN EL PERÍODO NEONATAL</b>	
A	No se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea del RN.
√	No se recomienda realizar el paso sistemático de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el RN sano.
<b>8.6. PROFILAXIS OFTÁLMICA</b>	
<b>8.6.1. Profilaxis oftálmica sistemática en el RN</b>	
B	Se recomienda la realización de la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria al RN.
<b>8.6.2. Momento idóneo para la profilaxis oftálmica</b>	
√	El tiempo de administración de profilaxis oftálmica puede ampliarse hasta las 4 horas tras el nacimiento.

<b>8.6.3. Producto más eficaz para la profilaxis oftálmica del RN</b>	
√	Se recomienda la utilización de pomada de eritromicina al 0.5%, y como alternativa tetraciclina al 1%, para la realización de profilaxis oftálmica. Solamente en caso de no disponer de eritromicina o tetraciclina se recomendaría la utilización de nitrato de plata al 1%.
<b>8.7. PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA CON VITAMINA K</b>	
<b>8.7.1. Profilaxis neonatal con vitamina K</b>	
A	La profilaxis con vitamina K de los RN debería ser ofrecida para prevenir el raro, aunque grave y a veces fatal síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K.
<b>8.7.2. Modo de administración de la profilaxis con vitamina K</b>	
A	Se recomienda administrar la vitamina K en dosis única por vía IM (1 mg) ya que este es el método de administración que presenta mejores resultados clínicos.
√	Si los padres rechazan la vía IM de la vitamina K, puede ofertarse la vía oral como segunda opción terapéutica, informándoles que requerirá dosis de 1 mg al nacer, a la semana y al mes. En caso de lactancia materna exclusiva, se administrarán dosis adicionales.

## Alivio del dolor durante el parto

<b>9.1. DOLOR, ANALGESIA Y SATISFACCIÓN MATERNA</b>	
B	Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto.
<b>9.2. MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR</b>	
<b>9.2.1. Inmersión en agua caliente</b>	
A	Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto.
<b>9.2.2. Masaje</b>	
B	Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto.
<b>9.2.3. Uso de pelotas</b>	
√	Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables.
<b>9.2.4. Técnicas de relajación</b>	
√	Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación debieran ser apoyadas en su elección.

9.2.5. Inyección de agua estéril	
B	Se recomienda la inyección de agua estéril durante el parto como un método eficaz de alivio del dolor lumbar, informando que la inyección intradérmica produce escozor y dolor intenso momentáneos.
9.2.6. TENS	
A	El método TENS no debiera ser ofrecida a las mujeres con parto establecido.
<b>9.3. MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR</b>	
9.3.1. Óxido Nitroso	
B	Se recomienda la inhalación de óxido nitroso durante el parto como un método de alivio del dolor, informando que su efecto analgésico es moderado y que puede provocar náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo.
9.3.2. Opioides: Petidina, Pentazocina y Remifentanilo	
A	Si se elije la administración de opioides parenterales como método analgésico, se recomienda informar que éstos tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos.
A	Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilizan opioides intravenosos o intramusculares.
A	Se recomienda monitorizar la SaO2 materna y administrar oxígeno suplementario a las mujeres que reciban remifentanilo.
<b>9.4. ANALGESIA NEUROAXIAL</b>	
9.4.1. Analgesia neuroaxial frente a no analgesia y frente a analgesia con opioides	
A	Se recomienda informar a las mujeres de que la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, retención urinaria, prurito, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental.
√	Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial.
9.4.2. Analgesia epidural tradicional vs epidural a bajas dosis vs combinada	
A	Se recomienda cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada.
A	Si se precisa un rápido establecimiento de la analgesia se recomienda la utilización de epidural combinada (epidural-intradural).
9.4.3. Estudio de coagulación	
B	No se recomienda realizar un estudio de coagulación rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto.
√	No se recomienda realizar un recuento intraparto de plaquetas rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto.
√	La decisión de realizar un recuento de plaquetas y un test de coagulación debe ser individualizada y basada en la historia de la mujer, el examen físico y los signos clínicos.

9.4.4. Precarga de soluciones intravenosas	
√	Se recomienda asegurar un acceso por vía intravenosa antes de comenzar la analgesia neuroaxial.
A	La precarga por vía intravenosa no necesita ser administrada rutinariamente antes de la anestesia epidural con dosis bajas o con anestesia intradural-epidural combinadas.
9.4.5. Instauración de la analgesia	
A	La analgesia regional puede proporcionarse cuando la mujer lo solicite, incluso en fases tempranas de la primera etapa del parto.
9.4.6. Vigilancia materna	
√	Se recomienda el control de la tensión arterial durante el establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada nueva dosis.
9.4.7. Modo de administración de analgesia epidural	
A	Se recomienda la administración de PCEA. La PC y los bolos administrados por personal hospitalario son alternativas válidas en función de los diferentes recursos.
9.4.8. Anestésico local en la analgesia epidural	
A	No hay diferencias importantes que permitan recomendar un anestésico local sobre otro.
9.4.9. Opioides en la analgesia epidural	
A	Se recomienda la utilización de bajas dosis de anestésico local junto con opioides para la analgesia epidural.
9.4.10. Mantenimiento de la analgesia epidural en el expulsivo	
A	Se recomienda mantener la analgesia epidural durante el periodo expulsivo, el alumbramiento y la reparación del periné si se precisa.

## Monitorización fetal

<b>10.1. MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL CONTINUA (MEFC) VS AUSCULTACIÓN FETAL INTERMITENTE (AI)</b>	
B	Tanto la MEFC como la AI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
<b>10.2. MEFC VS MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL INTERMITENTE (MEFI)</b>	
A	Tanto la MEFC como la MEFI acompañado de AI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
<b>10.3. MEFC CON PULSIOXIMETRÍA</b>	
A	No se recomienda el uso rutinario de la pulsioximetría fetal.
<b>10.4. APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA MEFC</b>	
√	Se recomienda la utilización de la clasificación de la CTG aportada en el Anexo 13

## 7- MATRIZ DE VÍA CLÍNICA

<b>SITUACIÓN CLÍNICA: VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA GESTANTE. ADMISIÓN PARTOS</b>	
<b>ÁREA / SERVICIO: ADMISIÓN URGENCIAS/ÁREA DE PARITORIO</b>	
<b>DÍA</b>	0
<b>ACTIVIDADES</b>	<p><b>ADMINISTRATIVO/A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de la gestante (DNI o pasaporte)</li> <li>• Recogida de datos demográficos actualizados</li> <li>• Comprobación de Tarjeta Sanitaria</li> <li>• Apertura de episodio de "Urgencias"</li> <li>• Impresión de registros, etiquetas y pulsera identificativa</li> <li>• Aportación de datos al personal sanitario</li> <li>• Aviso al celador/a para traslado</li> <li>• Actualización de la situación administrativa tras la valoración de la gestante: Ingreso o Alta</li> </ul> <p><b>MATRONA O MATRÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y acogida</li> <li>• Identificación de la gestante y comprobación de pulsera identificativa</li> <li>• Preguntar y valorar motivo de consulta Anexo 1</li> <li>• Revisar Cartilla de embarazo</li> <li>• Evaluación física, obstétrica y fetal</li> <li>• Si tiene contracciones realizar tacto vaginal y valorar dinámica uterina</li> <li>• Valorar estado emocional y apoyo familiar–social Anexo 2</li> <li>• Comunicar al obstetra llegada y situación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase activa de parto y continuidad por matrona</li> <li>- Situación con signos de alerta</li> </ul> </li> <li>• Registro de datos en historia clínica</li> <li>• Comunicación al Servicio de Admisión del destino de la gestante, tras valoración</li> <li>• Información gestante/acompañante</li> <li>• Aviso al celador/a para traslado de la gestante</li> </ul> <p><b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción y acogida</li> <li>• Atención al confort e intimidad de la mujer</li> <li>• Comprobación de pulsera identificativa de la gestante</li> <li>• Toma de temperatura</li> <li>• Ubicación de acompañantes en la sala de espera</li> <li>• Colaboración con matrona o matrón y obstetra</li> <li>• Preparación de material y monitores</li> <li>• Acompañamiento de la gestante</li> <li>• Si ingreso, recogida de efectos personales y entrega a acompañante</li> </ul> <p><b>ENFERMERO/A - MÉDICO/A (TRIAJE):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción y acogida</li> <li>• Identificación de la gestante y comprobación de pulsera identificativa</li> <li>• Preguntar motivo de consulta, SG y alergias</li> <li>• Toma de constantes vitales (TA, Fc, Tª)</li> <li>• Solicitar la cartilla de la embarazada</li> <li>• Derivación de la gestante para valoración por obstetra y matrona, según hospital y comunicarlo</li> <li>• Información gestante/acompañante</li> <li>• Aviso celador/a para traslado</li> <li>• Complimentar registro</li> </ul> <p><b>OBSTETRA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y acogida</li> <li>• Valoración situación clínica que motiva la consulta y realizar anamnesis, según hospital</li> <li>• Evaluación obstétrica: condiciones cervicales si es necesario tras valoración por matrona, dinámica uterina y diagnóstico de amniorraxis, según caso</li> <li>• Evaluación fetal: alteraciones de la FCF. Anexo 4</li> <li>• Realizar ingreso o alta según proceda</li> <li>• Información gestante/acompañante</li> <li>• Registro de datos en historia clínica</li> </ul> <p><b>CELADOR/A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslado de la gestante</li> <li>• Atención al acompañante</li> <li>• Traslado y entrega de documentación</li> </ul>

<b>SITUACIÓN CLÍNICA. PRIMERA ETAPA DEL PARTO/ DILATACIÓN</b>	
<b>ÁREA / SERVICIO: PARITORIO</b>	
<b>DÍA</b>	0
<b>ACTIVIDADES</b>	<p><b>MATRONA O MATRÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar acogida</li> <li>• Promover el bienestar físico y emocional de la mujer/acompañamiento. Anexo 5</li> <li>• Si hay, revisar plan de parto</li> <li>• Controlar la evolución y progreso del parto: MEFC y actitud expectante (2 cm cada 4 horas)</li> <li>• Realizar venoclisis y actualizar analítica si es necesario</li> <li>• Administración profilaxis antibiótica, si precisa. Anexo 6</li> <li>• Apertura de registros y formularios en historia clínica</li> <li>• Control de constantes cada 4 h</li> <li>• Exploración obstétrica cada 2-4 h</li> <li>• Favorecer la micción espontánea</li> <li>• Facilitar la posición que más cómoda le resulte y la movilidad si lo desea</li> <li>• Permitir ingesta de líquidos si desea</li> <li>• Informar sobre el uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor y facilitarlos</li> <li>• Si solicita anestesia epidural, avisar a anestesista y realizar los cuidados adecuados</li> <li>• Comunicar al obstetra la evolución, progreso del parto y signos de alarma</li> <li>• Actuar con el obstetra en el retardo de la dilatación</li> <li>• Si es necesario, indicar traslado a paritorio</li> <li>• Informar a la mujer y acompañante</li> <li>• Registro de los datos en el partograma</li> </ul> <p><b>ANESTESISTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y acogida</li> <li>• Informar disponibilidad y alternativas de analgesia farmacológica</li> <li>• Valoración, exploración y toma de decisiones tipo de analgesia</li> <li>• Solicitar consentimiento informado</li> <li>• Aplicación de técnica anestésica epidural</li> <li>• Pautas para control de analgesia epidural</li> <li>• Registro en historia clínica</li> </ul> <p><b>OBSTETRA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y acogida, si es primer contacto</li> <li>• Consultar historia clínica, partograma y exploración</li> <li>• Valoración obstétrica, estado fetal y seguimiento del parto según signos de alarma</li> <li>• Considerar profilaxis antibiótica, según situaciones (RPM, fiebre...)</li> <li>• Informar al anestesista si es necesario</li> <li>• Informar de la evolución del parto a la mujer y acompañante</li> <li>• Registro en historia clínica</li> </ul> <p><b>AUX. ENFERMERÍA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y acogida</li> <li>• Favorecer intimidad</li> <li>• Informar a la gestante /acompañante de las normas y funcionamiento de la unidad</li> <li>• Comprobar presencia de pulsera identificativa</li> <li>• Facilitar camisión y ayudar a la gestante</li> <li>• Colaboración con matrona/obstetra/anestesista</li> <li>• Toma de temperatura cada 4h</li> <li>• Mantener higiene de la mujer y la cama</li> <li>• Favorecer la micción espontánea de la gestante</li> <li>• Ayudar a la mujer/acompañante en los cambios de posición</li> <li>• Si es necesario cursar analíticas</li> <li>• Mantenimiento de aparatos y material necesario</li> <li>• Colaborar en la aplicación de la analgesia epidural</li> <li>• Colaborar en el traslado de la mujer a la sala de epidural y paritorio, según hospital</li> <li>• Apoyo a la persona acompañante y al bienestar de la gestante</li> </ul>

**SITUACIÓN CLÍNICA: SEGUNDA ETAPA DEL PARTO/EXPULSIVO****ÁREA / SERVICIO: PARITORIO****DÍA** 0**ACTIVIDADES****MATRONA O MATRÓN:**

- Promover el bienestar físico y emocional de la mujer. Anexo 5
- Aplicar las medidas asepsia
- Controlar la evolución y progreso del expulsivo
- Valorar la duración del expulsivo
- Comprobar la presencia de globo vesical
- Toma de constantes vitales cada hora
- Favorecer pujos espontáneos
- Valoración del estado fetal
- No realizar rasurado perineal sistemático
- Minimizar el trauma perineal
- Realizar episiotomía selectiva
- Atender a la salida del bebe
- Informar al obstetra de signos de alarma
- Cuidados inmediatos al recién nacido: contacto piel con piel, valoración de Apgar, pinzamiento del cordón, extracción sangre para grupo sanguíneo y gasometría, e identificación del recién nacido. Anexo 10
- Avisar al neonatólogo/pediatra si es necesario. Anexo 11
- Registro de los cuidados en partograma e historia clínica de la madre
- Registro de los cuidados en historia clínica del recién nacido. Hoja de registro civil del RN
- Informar del estado de salud del recién nacido a la madre y acompañante

**PEDIATRA/NEONATÓLOGO/A:**

- Presentación y acogida
- Valorar al recién nacido
- Informar a la madre y familiares

**OBSTETRA:**

- Consultar partograma y ver evolución
- Aplicar medidas de asepsia
- Actuación según signos de alarma: realizar valoración general y obstétrica, valoración estado fetal y seguimiento del expulsivo
- Informar al pediatra si es necesario
- Informar de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante
- Registro en historia clínica

**AUX. ENFERMERÍA:**

- Contribuir al bienestar y confort de la mujer
- Favorecer intimidad
- Aplicar medidas de asepsia
- Toma de temperatura
- Ayuda en la movilización de la gestante
- Alentar y alabar el esfuerzo de la mujer
- Realizar lavado perineal
- Preparar compresas calientes para protección del periné, si es necesario
- Promover el contacto piel con piel y evitar pérdidas de calor
- Preparación y recogida de mesa y material necesario
- Colaborar en los cuidados inmediatos al recién nacido
- Colaboración con matrona/obstetra/pediatra
- Tratamiento de muestras para laboratorio
- Registro de datos en historias (madre y RN)
- Avisar al celador para traslado
- Atención a la persona acompañante

**CELADOR/A:**

- Ayudar en la colocación de cama articulada, si es necesario



<b>SITUACIÓN CLÍNICA: TERCERA ETAPA DEL PARTO/ALUMBRAMIENTO</b>	
<b>ÁREA / SERVICIO: PARITORIO</b>	
<b>DÍA</b>	0
<b>ACTIVIDADES</b>	<p><b>MATRONA O MATRÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar y vigilar el estado general de la mujer</li> <li>• Mantener las medidas de asepsia</li> <li>• Toma de constantes vitales</li> <li>• Promover el bienestar físico y emocional de la mujer. Anexo 5</li> <li>• Controlar la duración del alumbramiento</li> <li>• Atención en el alumbramiento. Manejo activo</li> <li>• Comprobar la integridad de placenta, cordón y membranas</li> <li>• Cuidados del periné, suturar/reparar, si precisa</li> <li>• Valorar sangrado y contracciones uterinas</li> <li>• Administrar profilaxis de hemorragia posparto</li> <li>• Informar al obstetra del progreso del alumbramiento y signos de alarma</li> <li>• Registro de los cuidados en partograma y historia clínica de la madre</li> <li>• Informar de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante</li> <li>• Indicar traslado de la mujer a cama de recuperación</li> </ul> <p><b>OBSTETRA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar partograma y ver evolución</li> <li>• Mantener las medidas de asepsia</li> <li>• Actuación según signos de alarma. Si es necesario, valoración obstétrica</li> <li>• Valorar e indicar actuación en prolongación de la duración del alumbramiento</li> <li>• Informar de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante</li> <li>• Registro en historia clínica</li> </ul> <p><b>AUX. ENFERMERÍA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir al bienestar y confort de la mujer</li> <li>• Favorecer intimidad</li> <li>• Mantener las medidas de asepsia</li> <li>• Toma de temperatura</li> <li>• Ayuda en la movilización de la gestante</li> <li>• Alentar y alabar el esfuerzo de la mujer</li> <li>• Realizar lavado perineal</li> <li>• Promover el contacto piel con piel y evitar pérdidas de calor</li> <li>• Preparación y recogida de mesa y material de parto</li> <li>• Colaboración con matrona/obstetra/pediatra</li> <li>• Tratamiento de muestras para laboratorio</li> <li>• Tratar la placenta como residuo biológico, según protocolo del hospital</li> <li>• Atención a la persona acompañante</li> <li>• Mantener y reponer el material requerido en el alumbramiento</li> <li>• Avisar al celador para traslado</li> <li>• Registro de actividades</li> </ul> <p><b>CELADOR/A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslado a sala de recuperación de posparto, según hospital</li> </ul>

**SITUACIÓN CLÍNICA: POSTPARTO INMEDIATO****ÁREA / SERVICIO: PARITORIO-RECUPERACIÓN****DÍA**

0

**ACTIVIDADES****MATRONA O MATRÓN:**

- Promover el bienestar físico y emocional de la mujer. Anexo 5
- Permitir acompañamiento
- Valorar el estado general de la madre
- Control de constantes
- Valorar sangrado y estado uterino
- Observación del periné
- Valorar vaciado de vejiga
- Valorar sensibilidad y movilidad, si epidural
- Retirar catéter epidural (si procede)
- Mantener comunicación efectiva con obstetra e informa si signos de alarma
- Retirar vía venosa, según hospital
- Valorar el estado del recién nacido
- Observar primera toma lactancia materna
- Aplicar profilaxis oftálmica, según hospital
- Aplicar profilaxis neonatal con vitamina K, según hospital
- Avisar a pediatra si procede
- Registro de cuidados en historia clínica
- Informar de los cuidados realizados y del estado de salud de la madre-recién nacido a acompañante
- Solicitar cama para ingreso hospitalario
- Despedir a la mujer y al acompañante e indicar traslado a planta

**PEDIATRA-NEONATÓLOGO/A:**

- Valorar al recién nacido
- Informar a la madre y acompañante

**OBSTETRA:**

- Mantener comunicación efectiva con matrona
- Seguimiento del posparto con complicaciones
- Informar de los cuidados realizados y del estado de salud de la madre-recién nacido a acompañante
- Registro en historia clínica

**AUX ENFERMERÍA:**

- Contribuir al bienestar y confort de la mujer
- Favorecer la intimidad
- Ayudar en la movilización y cambio de posiciones
- Toma de temperatura
- Aseo de la mujer y cuidado de la higiene de ropa y cama
- Favorecer la micción espontánea
- Favorecer inicio precoz de la lactancia materna
- Colaborar en la administración de lactancia no materna, si la decisión de la madre es no lactar
- Colaboración con matrona/obstetra
- Comprobación de la correcta identificación materno-filial, correlación entre pulsera-pinza de cordón-historia clínica
- Peso del recién nacido
- Atención a la persona acompañante
- Limpieza y reposición del material utilizado
- Avisar y colaborar con el celador/a en traslado de la madre-recién nacido
- Registro de actividades

**CELADOR/A:**

- Traslado de la puerpera y acompañante a planta, preservando la intimidad

## 8- ACTIVIDADES DE LA VÍA CLÍNICA

---

### **DÍA 0 VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA GESTANTE. ADMISIÓN URGENCIAS / ÁREA DE PARITORIO**

Nota: En las áreas de urgencias de los hospitales del SMS hay diferentes modelos organizativos para la atención obstétrica. Por ejemplo, en el hospital Rafael Méndez la gestante a término que consulta en urgencias por sospecha de parto, es acogida y valorada por la matrona que informa al ginecólogo de la valoración realizada y le avisa ante la presencia de signos de alarma. En los casos en que la gestante se encuentra en fase prodrómica o latente el alta es indicada por el ginecólogo.

Cuando la gestante es de bajo riesgo y está en fase activa de parto, la matrona sigue el progreso del parto en coordinación con el ginecólogo que es avisado ante cualquier signo de alarma.

#### **ADMINISTRATIVO/A**

- Identificación de la gestante (DNI o pasaporte).
- Recogida de datos demográficos actualizados.
- Comprobación de Tarjeta Sanitaria.
- Apertura de episodio de Urgencias en Selene.
- Impresión de registros de urgencias según hospital, etiquetas y pulsera de identificación de la gestante.
- Aportación de datos al personal sanitario de urgencias.
- Aviso al celador/a para traslado.
- Cierre del episodio de urgencias si se marcha a domicilio.
- Ingreso administrativo, si procede.

#### **ENFERMERO/A - MÉDICO/A. (TRIAJE)**

- Recepción y acogida.
- Identificación de la gestante y comprobación de pulsera identificativa.
- Independientemente del motivo de consulta, la valoración y evaluación inicial de las gestantes será común en todos los casos.

- Preguntar el motivo de la consulta, insistiendo en las características e inicio del cuadro clínico, las semanas de gestación y si hay alergias conocidas.
- Toma de constantes vitales (TA, Fc, Tª).
- Solicitar la cartilla de la embarazada.
- Si no presenta sintomatología o signos claros de parto, derivar al profesional que proceda según motivo de consulta de la gestante.
- Si la gestante tiene que ser valorada por el obstetra y/o la matrona, se traslada a reconocimiento de paritorio y se avisa de su llegada.
- Información gestante/acompañante.
- Cumplimentar formulario o registro en la historia clínica, según hospital.
- Aviso celador/a para traslado.

## **MATRONA O MATRÓN**

- Presentación y **acogida**.
- Identificación de la gestante y comprobación de pulsera identificativa.
- **Preguntar** sobre contracciones, pérdidas vaginales (sangre, líquido o tapón mucoso) y percepción de movimientos fetales con el máximo respeto.
- **Valorar motivo de consulta** y actuación según corresponda (Anexo 1)
- **Revisar la Cartilla de embarazo** para detectar posibles factores de riesgo:
  - Comprobar si hay patología médica o infecciosa previa o concurrente a la gestación.
  - Conocer el grupo sanguíneo materno.
  - Comprobar las ecografías realizadas, si existen correcciones ecográficas de la F.U.R. (fecha de la última regla).
  - Comprobar si ha tenido ingresos anteriores y/o consultas previas por urgencias en la gestación actual.
  - Comprobar las analíticas realizadas durante el seguimiento del embarazo.
  - Comprobar resultado del cultivo recto-vaginal realizado en el tercer trimestre.
- **Toma de constantes**, si no se han tomado en triaje de urgencias, o hace más de 4 horas desde la primera valoración.
- Valorar la **frecuencia cardiaca fetal (FCF) y dinámica uterina**. En embarazos de bajo riesgo la valoración de la FCF se puede realizar mediante auscultación intermitente y registro de los hallazgos. No se aconseja el uso de la cardiotocografía en admisión en embarazos de bajo riesgo (SNS-A), sin embargo a juicio del profesional que atienda a la gestante se procederá a la monitorización en urgencias.

Si la mujer refiere tener contracciones, se realiza **exploración obstétrica** para valorar dinámica uterina. Mediante un tacto vaginal se valora el cuello uterino y se determina la longitud o grado de borramiento, dilatación, dureza y posición (test de Bishop). No se recomienda la realización de la amnioscopia en el ingreso de la mujer de bajo riesgo en trabajo de parto (SNS-C).

- Valorar **estado emocional y apoyo familiar-social**.
- Atención a la **diversidad cultural y discapacidad** (Anexo 2).
- **Comunicar al obstetra** la llegada de la gestante e informar de la valoración previa realizada. Se debe tener en cuenta los siguientes signos de alarma:
  - Relacionados con su historia clínica:
    - Factores de riesgo perinatal (Anexo 3).
    - Patología obstétrica: prematuridad, ingresos hospitalarios, diabetes gestacional, preeclampsia, etc.
    - Patología fetal: feto pequeño para edad gestacional, malformación fetal, isoimmunización, etc.
  - Relacionados con la gestación actual:
    - Presentaciones anómalas.
    - Metrorragia.
    - Líquido amniótico meconial.
    - Tensión arterial sistólica  $\geq 140$ mm Hg y/o diastólica  $\geq 90$ mm Hg.
  - Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (Anexo 4).
    - Registros cardiotocográficos (RCTG) con patrón de FCF no tranquilizador o patológico.
    - Polisistolia.
- **Registrar** todos los datos en formulario o registros de urgencias, según hospital.
- **Comunicar** al Servicio de Admisión el **destino de la gestante**:
  - Si la mujer va a ingresar, se solicita una cama en hospitalización, según hospital, y se notifica a admisión de urgencias para que realice el ingreso administrativo en paritorio o en cama de hospitalización.
  - Si se marcha a su domicilio, comunicar para que se realice alta administrativa.
- **Información** gestante/acompañante.
- Aviso al celador/a para acompañamiento de la gestante a sala de familiares si se marcha de alta. Si la mujer ingresa en hospitalización, traslado a planta.
- Si la mujer está en periodo activo de parto o expulsivo, trasladar junto con la auxiliar de enfermería a sala de dilatación, paritorio o sala dilatación-paritorio, según hospital.

## OBSTETRA

- Presentación y **acogida**.
- Valoración de la **situación clínica y realizar anamnesis**.
  - Historia clínica:
    - Comprobar si ha sido normal el control de la gestación.
    - Evaluar la existencia de factores de riesgo en la gestación.
  - Situación actual de la paciente:
    - Estado general y constantes.
    - Metrorragia, sintomatología infecciosa o patología médica concomitante.
- Evaluación **estado obstétrico y fetal** ante los signos de alarma:
  - Estado obstétrico:
    - Valoración de condiciones cervicales. Si la paciente ya ha sido examinada por la matrona, reevaluar si se interpreta que ha habido progresión o la paciente lo desea.
    - Evaluación de la dinámica uterina (clínica o RCTG).
    - Diagnóstico de amniorrexis o valoración de color de líquido amniótico (en casos dudosos clínicamente).
  - Estado fetal:
    - Patrón de FCF en el RCTG. (20-30 min. de RCTG).
- **Realizar alta o ingreso**, según caso.
  - Ingreso:

Mujer gestante en periodo activo de parto, dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm (SNS-√).

Mujer gestante que presente patología o inestabilidad clínica.

Además se valorarán otros factores, tales como paridad, frecuentación, edad gestacional, distancia del domicilio, y otras circunstancias personales, ofreciendo apoyo individualizado a aquellas mujeres que acudan para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no están en fase activa de parto (SNS-√).
  - Alta:

Gestante en periodo no activo de parto sin factores de riesgo, sin patología obstétrica o fetal.
- **Información** gestante/acompañante.
- **Registro** de historia de urgencias, historia obstétrica, orden de ingreso o realización de alta, según caso.

## **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

- Presentación y acogida.
- Atención al confort e intimidad de la mujer.
- Comprobar pulsera identificativa de la gestante.
- Toma de temperatura.
- Ubicación de acompañantes en sala de espera.
- Colaboración con matrona o matró y obstetra.
- Preparación de material y monitores.
- Acompañamiento gestante.
- Si la gestante queda ingresada, recoger sus efectos personales y entregar al familiar o acompañante. Si en ese momento no hubiera acompañante se aplicará el procedimiento de custodia establecido en el hospital.

## **CELADOR/A**

- Traslado y entrega de documentación de la gestante a los profesionales que corresponda según el destino.
- Atención al acompañante.

## **DIA 0 PRIMERA ETAPA DEL PARTO. DILATACIÓN**

**La primera etapa** comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. Se denomina **Fase latente** al periodo del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm de dilatación.

Se denomina **Fase activa** al periodo del parto que transcurre entre los 3-4 cm y los 10 cm de dilatación, y se acompaña de dinámica regular (SNS-√).

### **MATRONA O MATRÓN**

- Realizar **acogida**.
- Promover el **bienestar físico y emocional** de la mujer (Anexo 5).
- **Permitir** acompañamiento siempre que las condiciones estructurales no interfieran en la intimidad de otra gestante.
- Revisar conjuntamente con la mujer el **plan de parto**, y si no tiene preguntar por expectativas sobre el parto e intención de lactar.
- **Controlar la evolución y progreso** del parto mediante la monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina materna con registro cardiotocográfico y si es posible, utilizar telemetría para facilitar la movilidad de la gestante, si lo desea. Es necesario comprobar y asegurar la sincronización del reloj del monitor y la hora real para mayor fiabilidad de la monitorización. Mantener una actitud de vigilancia, sin intervenir, si hay presencia de 3-5 contracciones uterinas cada 10 minutos (SEGO) y el progreso es de 2 cm de dilatación cada 4 horas. No se aconseja realizar amniorraxis artificial ni perfusión de oxitocina si la evolución del parto es normal (SNS-A).
- **Realizar venoclisis**. La prudencia aconseja mantener una vía venosa canalizada salinizada por si fuera preciso el tratamiento intravenoso. En las gestantes que solicitan y se les va a aplicar analgesia epidural se les instauro perfusión para hidratación previa a la analgesia según protocolo del hospital. La mujer debe ser informada que puede ser necesario en determinadas circunstancias y según los protocolos, administrar algunos medicamentos o realizar profilaxis antibiótica, de ahí la conveniencia de canalizar una vía venosa (SEGO).
- Si es necesario **actualizar la analítica** con respecto a las realizadas en el último trimestre de gestación por los antecedentes de la mujer, por el examen físico o signos clínicos, considerar la extracción de sangre al realizar la venoclisis. Igualmente aprovechar este momento para recoger la muestra de sangre de la madre para el registro de identificación del recién nacido.



- Administrar **profilaxis antibiótica** para la prevención de la infección por estreptococo del grupo B prescrita, si precisa. (Anexo 6).
- **Apertura de formularios** en Selene y/o **registros** en papel que dependerán de cada hospital. En general estos registros son: hoja de paritorio u hoja de parto y puerperio, partograma, el sobre para la identificación del recién nacido y el consentimiento informado para los padres, historia del recién nacido, certificado para el registro civil del recién nacido, preparación de peticiones de analítica, si es necesario para la madre y para grupo sanguíneo del recién nacido.
- **Exploraciones periódicas:**
  - **Control de constantes** (Tª, TA y FC) cada 4 horas o más frecuentemente si se considera necesario (FAME).
  - Realización de **tactos vaginales** cada 2-4 h en condiciones normales. Se realizarán antes en caso de progreso lento del parto, presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos (SNS-√). Si es necesario, lavar con agua corriente antes del examen vaginal, no es necesario el uso de antisépticos. (SNS-A).

Antes de practicar un tacto vaginal se debe:

- Confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones (SNS-√). En los hospitales con docencia es necesario un consenso entre las partes implicadas para permitir la participación de los residentes, sin alterar la intimidad de la mujer y acompañante, previo consentimiento de ésta.
  - Ser consciente de que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección (SNS-√).
  - Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer (SNS-√).
  - Explicar la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados, con sensibilidad, sobre todo si no son los esperados por la mujer (SNS-√).
- **Favorecer la micción espontánea.**

Durante el proceso de dilatación se debe preguntar a la mujer si desea miccionar y/o valorar la existencia de globo vesical. Siempre que sea posible se debe permitir a la mujer deambular libremente y utilizar el baño cuando lo precise. Hay que evitar la cateterización vesical puesto que esta práctica es molesta para la mujer y que no está exenta de riesgos, ya que puede lesionar la uretra y aumenta el riesgo de infección de orina (FAME). Pero se debe individualizar la necesidad de realizar un sondaje vesical en función de los líquidos administrados, tanto intravenosos como de forma oral, y si la mujer puede levantarse e ir al aseo, teniendo en cuenta si utiliza algún tipo de analgesia farmacológica que pueda dificultar su deambulación.

Si es necesario el vaciado vesical se realizará el sondaje intermitente y se limitará su uso.

- **No aplicar enema** de forma rutinaria (SNS-A).
- **Ayudar** a la mujer a **adoptar cualquier posición** que encuentre cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desea. La GPC del SNS hace esta recomendación incluso a las mujeres que utilizan analgesia epidural previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo (SNS-A). 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 (FAME).

Entre las posiciones verticales que se puede recomendar durante la dilatación están:

- Sentada, en una silla o en una pelota grande.
  - De pie. Apoyada con las manos en la pared o en su acompañante.
  - De rodillas. Sobre el suelo o sobre la cama, 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 apoyados.
  - 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 para que roten las presentaciones posteriores.
  - En cuclillas.
  - Posición en decúbito lateral si la mujer tiene contracciones fuertes y desea descansar.
- **Permitir la ingesta de líquidos** claros/bebidas isotónicas si lo desea (SNS-A). Es recomendable que a las mujeres se les informe, aunque el hospital no disponga para ofrecerlas, que las bebidas isotónicas son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua (SNS-A). La SEDAR concluye:
    - Entendemos por líquidos claros, líquidos sin partículas y sin grasa: agua, té o café negro, zumos sin pulpa y bebidas isotónicas.
    - Cantidades moderadas. Se recomiendan cantidades pequeñas a intervalos frecuentes, con un máximo de 150-200 ml a la hora. Será importante que exista un registro de los líquidos administrados.
    - No pueden tomarse sólidos, incluyendo: sopas, yogur, leche o bebidas que contienen leche. A medida que avanza el parto existe una tendencia natural hacia una disminución progresiva y espontánea de la ingesta por vía oral. Conforme aumenta el dolor disminuye la ingesta.



- Si se presenta alguna complicación o hay una progresión anormal del parto, se debe suspender la ingesta vía oral.
- **Informar** sobre el uso de **métodos no farmacológicos de alivio del dolor** y facilitar los que estén disponibles en el hospital. (Anexo 7).
- Si la mujer solicita anestesia epidural, **avisar al anestesista** cuando la parturienta esté al menos con 4 cm de dilatación y disponga de la canalización de una vía venosa, habiendo recibido sobrecarga de volumen de, al menos 500 cc de solución isotónica IV. Para la instauración de la analgesia, en algunos hospitales hay que trasladar a la gestante a la sala de epidural y se aconseja la realización de los siguientes cuidados:
  - Comprobar, según hospital, si la gestante ha acudido a la consulta de preanestesia para Analgesia Epidural Obstétrica (AEO) y recuperar los registros existentes y el Consentimiento informado firmado. Si la mujer no ha acudido a esta consulta, informar de que la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, retención urinaria, prurito, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental (SNS-A).
  - No realizar pruebas de coagulación sistemáticas (malos predictores de sangrado). Las guías y opiniones de expertos coinciden en que una analítica preoperatoria no está justificada en una embarazada con gestación normal, anamnesis y exploración física que descarten diátesis hemorrágica y con la analítica habitual del tercer trimestre sin alteraciones. La literatura sugiere que las pruebas de coagulación pueden ser útiles en caso de parturientas con alteraciones hipertensivas de la gestación como preeclampsia, síndrome HELLP y otros procesos relacionados con coagulopatías (SEDAR).
  - Indicar a la mujer que miccione antes de la epidural.
  - Comprobar funcionamiento del equipo de reanimación.
  - Apoyar al anestesista en la aplicación de la analgesia.
  - Vigilancia materna con control de la tensión arterial, FC, SpO2, temperatura durante el establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada nueva dosis (SNS-√).
  - Comprobación de la efectividad de la analgesia y grado de bloqueo motor y sus resultados inmediatos (30 minutos post AEO).
  - Control del ritmo de perfusión epidural.
  - Evitar la posición decúbito supino de la mujer para evitar la aparición de hipotensión provocada por compresión de la cava inferior, preferentemente se aconseja el decúbito lateral o semifowler.

- Mantener Monitorización electrónica fetal continua (MEFC).
- Estar alerta a la aparición de posibles complicaciones cómo: cefalea postpunción dural o aumento en más de 1° de temperatura y frente a cualquier duda avisar al anestesista.
- Mantener una **comunicación efectiva** con obstetra e **informar** de la evolución y progreso del parto y especialmente en presencia de los siguientes signos de alarma (SEGO):
  - Tinción meconial del líquido amniótico.
  - Fiebre materna.
  - Hemorragia actual.
  - Tensión arterial sistólica  $\geq 140$  mm Hg y/o diastólica  $\geq 90$  mm Hg.
  - Dudas sobre la existencia de latido cardíaco fetal.
  - Registro cardiotocográfico no tranquilizador.
  - Sospecha de progresión inadecuada del parto:
    - Retardo de la dilatación:  $< 2$  cm en 2-4 horas.
    - Detención de la dilatación: ausencia de progreso de la dilatación en 2 horas.
  - Presencia de otra patología materna y o fetal.
  - Siempre que lo crea necesario.
- Si hay diagnóstico de prolongación de la primera etapa del parto, colaborar con el obstetra en la **actuación en el Retardo de la dilatación** (Anexo 8).
- Si la mujer esta en fase de inicio de expulsivo acompañar a la gestante/acompañante en el **traslado a paritorio** y colaborar con la auxiliar de enfermería, en aquellos hospitales que la sala de dilatación no es también paritorio.
- **Informar** de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante.
- **Registro** en el **partograma** de los siguientes datos:  
 La hora de realización del tacto vaginal, los cm de dilatación, el descenso en la presentación, la posición fetal. La dinámica uterina (n.º de contracciones /minutos); la amniorrexis, si es espontánea o artificial y especificar hora y aspecto (color, cantidad y olor) del líquido amniótico. Las constantes vitales, hora de aplicación de la analgesia epidural; hora, dosis y vía de administración de toda la medicación que se le administre incluido la sueroterapia. Si es necesario el sondaje vesical, se anotará el número de veces realizado y el volumen de diuresis o cualquier otra observación necesaria.

## OBSTETRA

- Presentación y **acogida**, si por organización del servicio es otra persona.
- Consultar partograma y ver **progreso de la dilatación**.
- Mantener una **comunicación efectiva** con matrona, anestesista y auxiliar de enfermería.
- **Valoración estado fetal y obstétrico** ante los signos de alarma:
  - Tinción meconial del líquido amniótico.
  - Fiebre materna.
  - Hemorragia actual.
  - Tensión arterial sistólica  $\geq 140$  mm Hg y/o diastólica  $\geq 90$  mm Hg.
  - Dudas sobre la existencia de latido cardíaco fetal.
  - Registro cardiotocográfico no tranquilizador.
  - Sospecha de progresión inadecuada del parto:
    - Retardo de la dilatación:  $< 2$  cm en 2-4 horas.
    - Detención de la dilatación: ausencia de progreso de la dilatación en 2 horas.
  - Presencia de otra patología materna y o fetal.
  - Demanda de la mujer.
- Considerar **indicación profilaxis antibiótica**:
  - En casos de rotura prematura de membranas (RPM), evaluar el estado de portadora de EGB de la madre y las condiciones obstétricas para plantear la necesidad o no de antibióticos y planificar la finalización de la gestación. Se admite la profilaxis en caso de lapso prolongado entre RPM y parto (12-18 h).
  - Las pacientes con fiebre intraparto.
  - Informar al anestesista si es necesario.
- **Seguimiento del parto en**:
  - Retardo de la dilatación (Anexo 8):
    - Diagnóstico del cuadro clínico.
    - Indicación de las intervenciones oportunas.
    - Indicación de cesárea.
  - Registro Cardiotocográfico (RCTG) no tranquilizador.
    - Valoración de patrón de FCF, diagnóstico de RCTG no tranquilizador o patológico.
    - Indicación y realización de pH de calota fetal.
    - Indicación de conducta a seguir ante resultados de pH de calota.
    - Indicación de cesárea.
- **Informar** de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante.

- **Registro** de los hallazgos y actuaciones en historia clínica.

## ANESTESISTA

- **Presentación y acogida.**
- **Informar** a la gestante de la posibilidad y disponibilidad de alternativas de analgesia, indicaciones y contraindicaciones (toma de anticoagulantes, hipovolemia no corregida, infección local, elevación de la presión intracraneal, cirugía previa de la región lumbar, o malformaciones congénitas) y su efectividad a fin de permitirle la toma de decisiones.
- **Valoración preanalégsica**, en función de la historia clínica (historia familiar de sangrado y sangrado después de traumatismos (salvo parto) y la exploración, esto se realizará si la gestante no ha acudido a la consulta de preanestesia de AEO o el hospital no dispone de ella.
- Decisión compartida de **tipo de analgesia** que proceda.
- **Solicitar** a la mujer el **consentimiento informado** y entregarle una copia, si no lo trae de la consulta de preanestesia de AEO.

- Aplicación de **técnica anestésica epidural:**

Se debe disponer de un equipo completo de reanimación, que precisa de revisiones periódicas registradas que aseguren su buen funcionamiento.

La parturienta se colocará, ayudada por anestesiólogo y matrn/a, en la posición mas apropiada para la técnica epidural (sentada o en decúbito).

Monitorizar la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y SpO2.

Con técnica aséptica (gorro, mascarilla, bata y guantes), se desinfectará previamente la piel de la región lumbar con solución hidroalcohólica, se realizará la punción epidural, insertando el catéter y fijándolo a la espalda, se colocará filtro antibacteriano, se administrará dosis test que asegure la colocación correcta epidural, y bolo de carga analégsica, conectando el catéter a la perfusión continua mediante bomba, ajustando el ritmo. La forma de administración de la solución analégsica puede ser en bolos repetidos a demanda, perfusión continua, con bomba de PCA, o una combinación de varios de ellos. Todas las soluciones analégsicas se benefician de la adicción al anestésico local de fentanilo a dosis bajas.

Es recomendable identificar la vía epidural mediante algún distintivo que lo diferencie de la vía IV. Se desinfectará de nuevo el lugar de punción, cubriéndolo con apósitos asépticos.

Se dispondrá de jeringas precargadas de efedrina o fenilefrina para su pronta utilización en caso de hipotensión severa.

En los casos de parto inminente (probable nacimiento en menos de 2-3 h), y con consenso de las partes, puede realizarse una Silla de Montar en vez de una Epidural, siguiendo el mismo proceder relatado anteriormente. Otra opción es la analgesia epidural-espinal combinada que asocia la Silla de Montar con la Epidural Continua.

- Para el **control de analgesia epidural**, el anestesista debe proveer a la matrona/ matrn de las pautas precisa, así cómo la conveniencia y retirada del catéter epidural. Frente a cualquier duda, se avisará al anestesista.
- **Registro** de los hallazgos y actuaciones en la historia clínica.

## **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

- Realizar acogida.
- Favorecer la intimidad: puertas cerradas.
- Informar a la gestante y acompañante de las normas y funcionamiento de la unidad.
- Comprobar la presencia de la pulsera identificativa e informar que no debe retirarla durante su ingreso. Si es necesario gestionar en servicio de admisión una nueva pulsera.
- Facilitar camión y ayudar a la gestante.
- Colaboración con matrn/a y obstetra en la realización de tacto vaginal, monitorización fetal, sondaje vesical.
- Toma de temperatura cada 4 horas o cuando le indique la matrona o matrn.
- Mantener higiene de la mujer y la cama.
- Facilitar líquidos a la gestante si lo desea y no está contraindicado.
- Favorecer la micción espontánea de la gestante.
- Ayudar a la mujer y al acompañante en los cambios de posición.
- Cursar pruebas analíticas si es preciso.
- Mantenimiento de aparatos y material necesario.
- Colaborar durante la colocación del catéter epidural, recogida y limpieza del material utilizado.
- Colaborar en el traslado de la mujer a la sala de epidural y al paritorio según hospitales.
- Apoyo a la persona acompañante y al bienestar de la gestante.

## **CELADOR/A**

- Traslado de la gestante a paritorio, según hospital.

---

## DIA 0 SEGUNDA ETAPA DEL PARTO. EXPULSIVO

---

La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa (10 cm) y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:

- **Periodo expulsivo pasivo:** dilatación completa del cuello, ante o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- **Periodo expulsivo activo** cuando, el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo.

### MATRONA O MATRÓN

- Promover el **bienestar físico y emocional** de la mujer. (Anexo 5).
- Aplicar las **medidas** recomendadas de **asepsia**, preparación de campo para técnica estéril y uso de bata quirúrgica, calzas, gorro y mascarilla.
- **Control de la evolución y evaluar el progreso** del expulsivo, incluyendo la altura y posición de la presentación. Hay que mantener una conducta expectante siempre que las condiciones de bienestar materno-fetal así lo permitan.
  - Tacto vaginal al menos cada hora (SEGO).
  - Otras técnicas menos invasivas como (FAME):
  - Palpación abdominal, evaluando el descenso de la cabeza fetal en términos de quintos palpables por encima de la sínfisis púbica.
  - Observación del aspecto general, expresión facial y lenguaje corporal (respiraciones forzadas, sonidos potentes, necesidad de pujar, náuseas y vómitos...).
  - Características del flujo y secreciones vaginales.
- **Valoración de duración y progreso** del expulsivo. Los tiempos máximos de duración son los siguientes:
  - Fase pasiva: En nulípara es de hasta 2 horas tanto si tienen o no analgesia epidural (SNS-√). En múltiparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen (SNS-√).
  - Fase activa: En nulípara es de hasta 1 hora si no tienen analgesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen (SNS-√). En múltiparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no analgesia epidural (SNS-√).



- **Comprobar** la presencia de globo vesical y animar a la micción espontánea, si no fuera posible realizar sondaje para evacuación de vejiga.
- **Toma de constantes** (TA, Fc) cada hora (SEGO).
- **Facilitar** que durante el parto las mujeres adopten **la posición** que les sea más cómoda (SNS-A) (Anexo 9). Ofertar distintas alternativas sobre la postura que puede adoptar con el uso de las camas obstétricas articuladas automatizadas o sillas de parto en los hospitales que disponen de ellas.
- Se observará el **color, cantidad y olor del LA**. (SEGO).
  - Color del LA: claro o transparente, teñido (+ligero o leve, ++moderado, +++meconial, ++++ en "puré de guisantes") o sanguinolento.
  - Cantidad: escaso, normal, abundante.
  - Olor: fétido.
- **Favorecer pujos espontáneos**. Esperar a que la presentación fetal descienda pasivamente hasta que la mujer sienta el fuerte impulso de empujar y entonces se alentará a la mujer a seguir sus instintos. Pujar espontáneamente desencadena de 3 a 5 pujos espiratorios cortos (4 a 6 segundos) con cada contracción y con la glotis abierta (FAME).

En ausencia de sensación de pujo se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto (SNS-A). En mujeres con analgesia neuroaxial se recomienda dirigir los pujos una vez completada la fase pasiva de la segunda etapa del parto (SNS-A).

- **Valoración del estado fetal** mediante:
 

En los casos de gestantes de bajo riesgo, la auscultación intermitente durante y después de la contracción es igualmente segura para el feto que la monitorización continua. Auscultación cada 5 minutos o cada 2-3 contracciones, durante 60 segundos tras una contracción (FAME, SEGO).
- **No realizar rasurado perineal** sistemático (SNS-√).
- **Minimizar el trauma perineal**

No hay diferencias significativas, a excepción del incremento de episiotomías en la conducta activa, entre la conducta de protección activa del periné (una mano ejerce presión sobre el periné, mientras la otra sujeta la cabeza para que ésta salga suavemente. Manejo activo de la salida de los hombros) y la conducta expectante (manos preparadas pero sin tocar y esperar la salida espontánea de los hombros), por lo que ambas conductas se pueden practicar dependiendo de la habilidad de la matrona y la elección de la postura de la mujer (FAME).

  - No se recomienda la realización del masaje perineal durante la segunda etapa del parto (SNS-A).

- Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante la segunda etapa del parto (SNS-A).
- Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no empuje (SNS-B).
- Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto (SNS-A).
- Realizar **episiotomía selectiva**
  - No debe realizarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo (SNS-A).
  - La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica o sospecha de compromiso fetal (SNS-√).
- Atender a la **salida del bebé**
  - Se podrían aplicar gasas humedecidas en agua caliente para relajar el periné y favorecer el desprendimiento del polo cefálico. Podemos pedir a la mujer que jadee o que dé solo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza.
  - Limpiar la boca y la nariz del bebé y buscar circulares de cordón. Si son laxas, se deslizan por encima de la cabeza; si no son reducibles, se pinza y corta precozmente.
  - Permitir que la cabeza rote espontáneamente. Con la siguiente contracción ayudar o no a que salgan los hombros (actitud activa o expectante), pero haciendo que salga uno de cada vez se reduce la posibilidad de desgarros. El resto del cuerpo se desliza fácilmente hacia afuera.
  - Se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller (SNS-A).
- Mantener una **comunicación efectiva** con obstetra e **informar** de la evolución y progreso del parto y especialmente en presencia de los siguientes signos de alarma (SEGO):
  - Expulsivo prolongado. Tomando como referencia los tiempos máximos, se recomienda el aviso al obstetra antes de que se cumplan los máximos, para planificar actitud con la matrona responsable, y prever presencia de otros especialistas (Anestesia, Pediatría).
  - Estado fetal no tranquilizador.
  - Líquido meconial (independientemente del tiempo de evolución del periodo expulsivo).
  - Tensión arterial sistólica  $\geq 140$  mm Hg y/o diastólica  $\geq 90$  mm Hg.
  - Otros: fiebre, sospecha de presentación anómala, metrorragia, inestabilidad materna, etc.

- **Registro** en partograma o formulario de expulsivo, según hospital de los siguientes datos: terminación del parto, hora, tiempo de duración del expulsivo, realización de episiotomía, administración de medicación, sueroterapia o cualquier otra incidencia.

## ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

- **Fomentar contacto piel con piel** (SNS-A).

Colocar al recién nacido sobre el abdomen materno. Limpiando las secreciones de la cara y evitando la pérdida de temperatura. Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre (SNS-√).

La IHAN especifica la duración de al menos una hora o incluso más, salvo que haya una indicación médica que justifique la separación, teniendo en cuenta que el RN puede tardar más de ese tiempo en engancharse de forma efectiva al pecho. Durante este periodo, mantener una vigilancia y observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre la madre y el recién nacido, alertando al especialista de cualquier cambio cardiorrespiratorio (SNS-√).

Todos los procedimientos no urgentes (administración de vitamina K, vacunas, profilaxis ocular) se pospondrán hasta que la primera toma se haya realizado e incluso algunos se pueden hacer mientras el bebé está en contacto con su madre y succionando el pecho, para aprovechar su efecto analgésico (IHAN-B).

Madre e hijo/a se trasladarán juntos en contacto piel con piel desde el paritorio hasta la sala de posparto y a la habitación.

- **Evaluar adaptación del Recién Nacido** (color, respiración, frecuencia cardíaca, tono, reflejos) mediante el test de Apgar al minuto de vida y a los cinco minutos. Si existe una buena adaptación y la madre lo desea, se dejará piel con piel (SEGO).
- **Pinzamiento tardío de cordón**, se mantendrá el tiempo máximo posible que permita el manejo activo del alumbramiento, si el estado materno-neonato lo permite (SNS-A). Se sugiere como conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido del cordón umbilical (SNS-B).
- **Extraer sangre de cordón** para grupo y Rh-coombs, pH arterial y venosa y gotas de sangre para la identificación del RN (en el pinzamiento tardío y extracción de pH una vez que el cordón ha dejado de latir se registrará tal circunstancia para posterior valoración del dato obtenido).

- **No** se recomienda la **aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea** del RN (SNS-A).
- **No** se recomienda realizar el paso **sistemático de sonda nasogástrica ni rectal** para descartar atresias en el RN sano (SNS-√).
- Realizar **identificación del recién nacido** (Anexo 10).
- Cumplimentar la **hoja de Registro Civil del RN**.
- **Avisar al neonatólogo/pediatra** en situación de riesgo (Anexo 11).
- **Registro de los cuidados** en historia clínica RN, entre otros datos anotar, resultado de Apgar.
- **Informar** de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante.

## OBSTETRA

- Consultar partograma y ver **evolución**.
- Mantener una **comunicación efectiva** con matrn/a, auxiliar de enfermería.
- Aplicar las **medidas** recomendadas de **asepsia**, preparación de campo para técnica estéril y uso de bata quirúrgica, calzas, gorro y mascarilla.
- Actuación según los signos de alarma:
  - Realizar **valoración general y obstétrica**, si es necesario.
  - Si hay **diagnóstico** de sospecha de **prolongación** del periodo expulsivo, revisión y evaluación cada 15-30 minutos (SEGO).
  - Seguimiento del **expulsivo**:
    - Indicación de instrumentación si existe preocupación sobre el estado fetal o por periodo expulsivo prolongado, o puede ser necesario realizar una cesárea si el parto vaginal no es posible.
    - Se recomienda información muy detallada y cercana a la paciente y acompañante.
    - Asegurar analgesia.
    - Valorar la necesidad de presencia de pediatra en la sala de parto.
- **Informar al pediatra** si es necesario.
- **Informar** de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante.
- **Registro** de los hallazgos y actuaciones en la historia clínica.

## PEDIATRA/NEONATÓLOGO

El pediatra es responsable de la atención al RN siempre que se le requiera para ello, tomando las decisiones más adecuadas siguiendo el principio de mínima manipulación. Aunque la mayoría de las gestaciones dan lugar a partos normales, de los que se obtienen recién nacidos sanos, es conveniente recordar que una serie de riesgos para el RN hacen obligatoria la presencia en la sala de partos del pediatra, en la reanimación neonatal. El conocimiento de antemano de estas situaciones permitirá identificar a todos los RN de riesgo y en base a ello se seguirán las actuaciones correspondientes.

- **Presentar** y explicar a los padres los motivos por los cuales ha sido requerido para atender al recién nacido.
- **Identificar y valorar** la historia prenatal. Valorar aspectos importantes de la historia clínica que permitan llevar a diagnósticos y actuaciones más certeras e intentando tranquilizar.
- **Valorar al Recién Nacido.** Se debe seguir una rutina sistemática ya que está demostrado que así se detectan más anomalías que cualquier otro examen habitual:
  - Si el RN presenta apnea, bradicardia, importante dificultad respiratoria, cianosis o depresión neurológica importante, realizar RCP neonatal en la cuna de reanimación adecuada para ello.
  - Si el RN no precisa RCP:
    - Datos de interés de la historia materna:
      - Conocer si presenta anomalías congénitas intraútero
      - Averiguar si existen datos en la historia obstétrica de la madre o medicaciones administradas que puedan afectar al RN
    - Inspección o examen físico orientado al motivo o patología de riesgo que ha requerido la presencia del pediatra, este examen se realizará respetando el contacto piel con piel con la madre y luego en planta se llevará a cabo una valoración más exhaustiva y sistemática.
    - Descartar signos de infección o trastornos metabólicos.
- **Informar** a la madre y familiares. La información debe hacerse con habilidad y tacto, comunicando el estado del RN y los riesgos que puede presentar, el tratamiento que precisa y el pronóstico de su patología, si es posible.

## **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

- Contribuir al bienestar y confort de la mujer.
- Favorecer la intimidad: puertas cerradas.
- Aplicar las medidas recomendadas de asepsia, preparación de campo para técnica estéril y uso de bata quirúrgica, calzas, gorro y mascarilla.
- Ayudar en las movilizaciones y cambios de posición.
- Toma de temperatura.
- Alentar y alabar el esfuerzo mujer y acompañante.
- Realizar lavado perineal con agua y jabón.
- Preparar compresas calientes a solicitud de la matrona para la protección del periné.
- Mantener la higiene de ropa y cama.
- Promover el contacto piel con piel y evitar la pérdida de calor.
- Preparación y recogida de mesa y material de parto.
- Colaborar en los cuidados inmediatos al recién nacido.
- Colaboración con matrn/a, obstetra y pediatra.
- Tratamiento de muestras para laboratorio.
- Atención a la persona acompañante.
- Mantener y reponer el material requerido en el expulsivo.
- Registro de actividades y datos en historia de la madre y recién nacido.
- Avisar al celador para traslado a sala de recuperación posparto, según hospital.

## **CELADOR/A**

- Ayudar en la colocación de cama articulada para expulsivo, especialmente en la colocación de perneras, si es necesario.



## **DÍA 0 TERCERA ETAPA DEL PARTO. ALUMBRAMIENTO**

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

### **MATRONA O MATRÓN**

#### ATENCIÓN A LA MADRE

- **Observar y vigilar** el estado general de la mujer (color, respiración...).
- Mantener las **medidas** recomendadas de **asepsia**, preparación de campo para técnica estéril y uso de bata quirúrgica, calzas, gorro y mascarilla.
- **Toma de constantes** (TA, Fc).
- Promover el **bienestar físico y emocional** de la mujer. (Anexo 5).
- **Controlar duración** del periodo de alumbramiento. 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 (SNS-D).
- **Tipo de alumbramiento:** Se recomienda el **manejo activo** de la tercera etapa del parto (SNS-A). 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 postparto y la necesidad de oxitocina terapéutica (SNS-√). El manejo activo del alumbramiento, incluye las siguientes acciones:
  - Administración de uterotónicos: la oxitocina es la recomendada (SNS-A) por la rapidez de acción, los poco efectos secundarios y se puede administrar a todas las mujeres. Se administrará 10 UI de oxitocina IM si no hay vía venosa o IV lenta en caso de que la haya (SNS-A). El momento más idóneo para la administración no es concluyente en la literatura actual, la SEGO recomienda que se administre la oxitocina cuando salga el hombro anterior del feto.
  - Tracción controlada de cordón (FAME):
    - Pinzar el cordón cerca del perineo y sostenerlo en una mano.
    - Colocar la otra mano justo encima del pubis de la mujer y estabilizar el útero aplicando presión en sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical. Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).

- Durante una contracción uterina fuerte, animar a la mujer a pujar y, con mucho cuidado, tirar del cordón hacia abajo para extraer la placenta. Continuar aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Repetir esta última operación hasta que la placenta descienda para ser evacuada. Si la placenta no desciende y es expulsada en los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical no hay que seguir traccionando. No se debe realizar una tracción del cordón sin efectuar una tracción opuesta arriba del pubis en un útero bien contraído.
- Sostener la placenta con ambas manos y extraer las membranas girándolas sobre sí mismas (maniobra de Dublín).
- Masaje uterino: masaje inmediatamente en el fondo uterino hasta contraerse. Comprobar y repetir cada 15 minutos que está contraído.
- **Comprobar integridad de placenta, cordón y membranas.** Revisar las caras materna y fetal, diámetro, morfología, integridad y posibles anomalías (infartos, calcificaciones, hematomas, cotiledones accesorios, inserciones anormales de cordón...). Revisar cordón umbilical: longitud, inserción, nudos falsos y verdaderos, grosor y vasos presentes, e integridad o desgarro de las membranas ovulares.
- **Revisar el perineo** y suturar y/o reparar, si es necesario:
  - Para proceder a la sutura de la episiotomía / desgarros, realizar infiltración con anestésico local si no hay analgesia epidural o ésta es insuficiente, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo (SNS-√).
  - La técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho y con las medidas de asepsia correspondientes. El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados al realizar la episiotomía (SNS-D).
  - Se recomienda la utilización de material sintético de absorción normal para la sutura de la herida perineal (SNS-A).
  - Se recomienda realizar la sutura de los desgarros de primer grado con el fin de mejorar la curación, a menos que los bordes de la piel se encuentren bien aproximados (SNS-A).
  - Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua (SNS-A).
  - Si después de la sutura muscular de un desgarro de segundo grado la piel está bien aproximada no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación se recomienda realizarla con una técnica intradérmica continua (SNS-A).
  - Debe llevarse a cabo un examen rectal después de completar la reparación para garantizar que el material de sutura no se ha insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal (SNS-√).



- **Valorar sangrado, contracción uterina** y vaciamiento vesical.
- Mantener una **comunicación efectiva** con obstetra e **informar** del progreso del alumbramiento y especialmente en presencia de los siguientes signos de alarma (SEGO):
  - Hemorragia profusa o que impresiona de superior a la habitual.
  - Signos o síntomas de compromiso hemodinámico (hipotensión, palidez, taquicardia...) o inestabilidad de constantes maternas.
  - Se considera prolongación de este periodo:
    - Más de 30 minutos, con manejo activo.
    - Más de 60 minutos, con manejo expectante. Se recomienda poner en conocimiento del obstetra a los 30 minutos, aunque no se intervenga hasta que transcurran 60.
  - Si existen dudas sobre el tipo y extensión de la lesión perineal.
  - Si existe desgarro perineal de 3.º o 4.º grado.
- **Ofrecer líquidos** si la mujer lo desea y no están contraindicados.
- **Registro de los cuidados** en historia clínica, en formulario de expulsivo o hoja de paritorio, anotar tipo de alumbramiento y tiempo de duración; aspecto de placenta/membrabas y cordón; y administración de medicación.
- **Informar** de la evolución del proceso y del estado de salud del RN a la madre y acompañante.
- **Indicar** traslado de la mujer de la mesa de paritorio a la cama de recuperación, según hospital.

## OBSTETRA

- Consultar partograma y ver **evolución**.
- Mantener una **comunicación efectiva** con matrn/a y auxiliar de enfermería.
- Mantener las **medidas** recomendadas de **asepsia**, preparación de campo para técnica estéril (guantes, bata quirúrgica, calzas, gorro y mascarilla).
- Actuación según los signos de alarma y seguimiento de la evolución.
- Valorar la indicación de alumbramiento manual transcurridos los periodos de **prolongación** del alumbramiento.
- **Informar** de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante.
- **Registro** de los hallazgos y actuaciones en la historia clínica.

## **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

- Contribuir al bienestar y confort de la mujer.
- Favorecer la intimidad: puertas cerradas.
- Mantener las medidas recomendadas de asepsia, preparación de campo para técnica estéril (guantes, bata quirúrgica, calzas, gorro y mascarilla).
- Ayudar en las movilizaciones y cambios de posición.
- Toma de temperatura.
- Alentar y alabar el esfuerzo de la mujer y acompañante.
- Realizar lavado perineal con agua y jabón.
- Mantener la higiene de ropa y cama.
- Promover el contacto piel con piel y evitar la pérdida de calor.
- Recogida de mesa y material de parto.
- Colaboración con matró/a en el manejo activo del alumbramiento, con obstetra y pediatra, si es necesario.
- Tratamiento de muestras para laboratorio.
- Tratar la placenta como residuo biológico, según protocolo del hospital.
- Atención a la persona acompañante.
- Mantener y reponer el material requerido en el alumbramiento.
- Registro de actividades y datos en historia de la madre y recién nacido.
- Avisar al celador para traslado a sala de recuperación posparto en los hospitales que el paritorio sea independiente.

## **CELADOR/A**

- Traslado a sala de recuperación de posparto en los hospitales que el paritorio sea independiente.

## **DÍA 0    POSPARTO INMEDIATO**

Tras el parto la madre permanecerá en el área de paritorio durante las dos primeras horas del posparto inmediato.

### **MATRONA O MATRÓN**

#### ATENCIÓN A LA MADRE

- **Promover el bienestar físico y emocional** de la mujer (Anexo 5).
- **Permitir** acompañamiento siempre que las condiciones estructurales no interfieran la intimidad de otra puérpera.
- **Valorar el estado general** de la madre.
- **Control de constantes** (Fc, TA) y de la aparición de dolor.
- **Valorar sangrado y estado uterino** (altura y tono) periódicamente. Si el útero se contrae insuficientemente y/o la pérdida sanguínea es anormal (FAME):
  - Masajear el útero como primera medida, informando a la mujer.
  - Valorar posible presencia de globo vesical.
  - Si a pesar del masaje, el útero tiende a la atonía, informar al obstetra.
- **Observación de periné**, especial cuidado de aparición de edema o hematoma. Si hay episiotomía y/o desgarros, valorar la presencia de equimosis, edema, enrojecimiento y hematomas.
- **Favorecer micción espontánea** y valorar vaciado de vejiga, si es necesario.
- En caso de epidural, **valorar la recuperación de la sensibilidad y movilidad** de las extremidades inferiores.
- **Retirar catéter epidural**, si procede.
- **Administrar medicación** si es necesaria.
- Mantener una **comunicación efectiva** con obstetra e **informar** del estado de la puérpera y especialmente en presencia de los siguientes signos de alarma:
  - Inestabilidad materna.
  - Hemorragia profusa.
  - Dolor súbito, en especial en el periné.
  - Edema vulvar o hematoma vulvar.
- **Retirar vía venosa** antes de traslado a planta, según hospital.
- En los hospitales donde el ingreso se ha realizado en el servicio de paritorio, solicitar a admisión una cama de hospitalización y comunicar que se realice el ingreso hospitalario.

- **Trasladar a la planta** de hospitalización pasadas aproximadamente dos horas tras el parto si la situación de la madre y el recién nacido es estable, en condiciones normales, el traslado a planta se hará sin separar a la madre de su hijo/a.

## ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

- **Valorar estado general del RN:** vigilar coloración, tono y respiración.
- **Mantener isotérmico** al recién nacido:
  - Favoreciendo el contacto piel con piel y manteniendo la habitación a una temperatura agradable.
  - En caso de separación entre RN y madre, sugerir la posibilidad de que el acompañante realice el método canguro.
- **Observar la primera toma de lactancia materna.** La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora (SNS-A). La IHAN recomienda que el RN se mantenga en contacto piel con piel y bajo supervisión del personal sanitario (matrona o auxiliar) hasta que se realice la primera toma, idealmente al menos las 2 primeras horas de vida (IHAN-A). Se trata de iniciar la lactancia pero no se debe forzar a que el recién nacido coja el pecho, que suele explorarlo (lo toca y lo lame) antes de agarrarse y hacer la primera toma. Tampoco se debe influir en la decisión de la madre, a quien hay que informar y asesorar.  
Si en el plazo de los primeros 60-70 minutos de vida el bebé no ha conseguido agarrarse al pecho, el personal sanitario le ayudará para conseguirlo, inicialmente con la técnica «manos fuera» (sin intervenir, con sugerencias verbales) (IHAN-B). Debe indicarse a las mujeres que si el RN no está intentando mamar, se le puede colocar enfrente del pecho para facilitar la puesta en marcha de los reflejos necesarios para conseguir un agarre adecuado, pero que no es recomendable forzar esta primera toma. (SNS-√). Cuando el bebe abra la boca y empiece a buscar se le acercará al pecho introduciendo en la boca del RN la máxima cantidad de areola posible (observar si el labio inferior está evertido).
- En caso de que no realice una toma efectiva en este tiempo recomendado, la matrona comentará las dificultades encontradas con la enfermera de hospitalización.
- En caso de que la púérpera decida no lactar, interesarse por los motivos y si ha sido tomada firmemente, respetar la decisión. Si el recién nacido tiene hambre, ayudar a la mujer y/o acompañante a darle el biberón.

- La evidencia recomienda la **profilaxis oftálmica** sistemática en el recién nacido (SNS-B). El momento idóneo de administración de la profilaxis puede ampliarse hasta las 4 horas tras el nacimiento (SNS-√), por lo tanto esta práctica se realiza en el posparto inmediato o a la llegada a la planta de hospitalización, según el hospital.  
Se recomienda la utilización de pomada de eritromicina al 0.5% y como alternativa tetraciclina al 1%, para la realización de profilaxis oftálmica. Solamente en caso de no disponer de eritromicina o tetraciclina se recomendaría la utilización de nitrato de plata al 1% (SNS-√).
- **La profilaxis neonatal con vitamina K** debería ser ofrecida para prevenir el raro, aunque grave, y a veces fatal síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K (SNS-A). Esta práctica se realiza en el posparto inmediato o a la llegada a la planta de hospitalización, según el hospital. La dosis y modo de administración de vitamina K:
  - Se recomienda administrar la vitamina K en dosis única por vía IM (1mg), ya que este es el método de administración que presenta mejores resultados clínicos (SNS-A).
  - Si los padres no desean la pauta intramuscular, comunicarlo al pediatra y reforzar la información a los padres de la importancia en términos de seguridad para el recién nacido de esta profilaxis.
- **Avisar a pediatra** si procede.
- **Informar de los cuidados** realizados y del estado de salud de la madre-RN y al acompañante.
- **Registro de cuidados** en historia clínica: formulario de puerperio en Selene, en historia de recién nacido, formulario de lactancia materna neonatos, hoja de paritorio, certificado para registro civil, libro de partos, según hospital.
- **Despedir a la mujer** y al acompañante e indicar traslado a planta.

## OBSTETRA

- Mantener una **comunicación efectiva** con matrona y auxiliar de enfermería.
- **Seguimiento del posparto con complicaciones**, valoración a intervalos de 30 a 60 minutos de:
  - TA, Fc, Tª y la aparición de dolor.
  - Valoración de hemorragia.
  - Observación de periné, especial cuidado de aparición de edema o hematoma.
  - Prescripción de líquidos IV si es necesario (SEGO).

- **Informar de los cuidados** y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante.
- **Registro** de los hallazgos y actuaciones en la historia clínica.

## **PEDIATRA/NEONATÓLOGO**

- Valorar al RN.
- Si los padres no desean la vía intramuscular, se les recomendará la siguiente pauta oral que hasta ahora se ha demostrado como la más eficaz: 2 mg de vitamina K oral al nacimiento, seguido en los lactados a pecho total o parcial, de 1 mg oral semanalmente hasta la 12.<sup>a</sup> semana (SNS-B Cuidados desde el Nacimiento). Es necesario tener la máxima garantía del cumplimiento de la pauta completa por parte de los padres.
- Informar a la madre y acompañante.

## **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

- Contribuir al bienestar y confort de la mujer.
- Favorecer la intimidad: puertas cerradas.
- Ayudar en las movilizaciones y cambios de posición.
- Toma de temperatura.
- Aseo de la mujer y cuidado de la higiene de ropa y cama.
- Favorecer la micción espontánea. Si no pudiera levantarse (epidural, hipotensión, cansancio extremo o piel con piel), ofrecerle la cuña. Incidir en la importancia de orinar para disminuir el sangrado.
- Favorecer el inicio precoz de la lactancia materna.
- Colaborar en la administración de lactancia no materna, si la decisión de la madre es no lactar.
- Colaboración con matrn/a, obstetra y pediatra.
- Atención a la persona acompañante.
- Comprobación de la correcta identificación materno-filial, correlación entre pulsera-pinza de cordón-HC.
- Peso del RN, cura del cordón umbilical y colocación del pañal si lo desea la madre.
- Avisar al celador para traslado a la planta de hospitalización.
- Colaborar con el celador/a a trasladar a la mujer y el recién nacido a la cama de hospitalización.

- Limpieza y reposición del material utilizado.
- Registro de actividades y datos en historia de la madre y recién nacido.

### **CELADOR/A**

- Traslado de la puérpera y familiares a planta, cuando la matrona lo indique, preservando la intimidad.

## 9- INDICADORES DE CALIDAD

---

La implementación de la Vía Clínica debe evaluarse a través de un plan de monitorización a través del cual se haga el seguimiento de los aspectos más relevantes de la atención al parto normal. Los indicadores estarán basados en la evidencia científica y su definición permitirá una alta fiabilidad en el proceso de medición. La puesta en marcha del plan de monitorización se realizará teniendo en cuenta el grado de factibilidad de la medición a través de los sistemas de información sanitaria y el grado de desarrollo e implantación de la historia clínica electrónica en el Servicio Murciano de Salud. El plan de monitorización se elaborará para su puesta en marcha a partir de enero de 2014.





## 10- BIBLIOGRAFÍA

---

### **Bibliografía referenciada:**

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la 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.º 2009/01.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [monografía de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008;[acceso abril de 2008]. Disponible en: [www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf](http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf).
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid; 2008.
4. Federación de Asociaciones de Matronas de España FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Observatorio de Salud de la Mujer: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2007.
5. Grupo NIDCAP y PrevInfad/AEPap. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Guía práctica y signos de alarma en la asistencia al parto. Madrid; 2008.
7. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor SEDAR. Protocolos Asistenciales de la Sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR; 2013.

### **Bibliografía consultada:**

8. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Servicio de Anestesiología y Reanimación, Servicio de Pediatría. Vía Clínica de Atención al Parto con/sin anestesia locorregional [Monografía en Internet]. Cuenca: Hospital de La Luz Cuenca. Sescam; 2006. [acceso 19 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.hvluz.es/docs/via\\_clinica\\_parto.pdf](http://www.hvluz.es/docs/via_clinica_parto.pdf)

9. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Vía Clínica del Parto Eutócico. [Monografía en Internet]. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2005-2007. [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.humv.es/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=63](http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=63)
10. Mora JM, Higuero JC, Garrido B. Vía Clínica Parto/Cesárea. Empresa pública Hospital Costa del Sol. Junta de Andalucía; 2010.
11. Conselleria de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Guía Técnica de Proceso de Atención al Parto Normal y Puerperio. [Monografía en Internet]. Xunta de Galicia; 2008. [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Muller/docs/G4PartoNat.pdf>
12. Matronas del Hospital Comarcal del Noroeste. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Guía de Asistencia al Parto Normal de Baja Intervención. Caravaca de la Cruz: Servicio Murciano de Salud; 2011.
13. Domínguez R, Ferrer A, García C, Pomar A, Ripoll A, Nuño M<sup>a</sup> C. Protocolo de Atención al Parto Normal de Mínima Intervención. Hospital Son Llátzer. Mallorca; 2009.
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocolo de Asistencia al Parto y al Puerperio y de Atención al Recién Nacido. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2003.
15. Matronas, Servicio de Ginecología y Servicio de Pediatría. Vía Clínica de Atención al Parto. Hospital do Salnés. Xunta de Galicia; 2008-2011.
16. Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria. Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Servicio Madrileño de Salud: Madrid; 2011.
17. WHO. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. MEking Pregnancy Safer. Ginebra. WHO 2006. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_childadolescent/documents/postpartum\\_haemorrhage/en/](http://www.who.int/maternal_childadolescent/documents/postpartum_haemorrhage/en/)
18. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, Mc Donald S. Uso profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 2 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
19. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206337344&DocumentID=CD001808>

20. Soltani H, Hutchon D, Poulouse T. Momento de administración de uterotónicos profilácticos para la tercera etapa del trabajo de parto después del parto vaginal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 8. Art. No.: CD006173. DOI: 10.1002/14651858.CD006173. Disponible en:  
<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206337344&DocumentID=CD006173>
21. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Declaración conjunta. Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto: Nuevos avances para un entorno de bajos recursos. La Haya: ICM; Londres: FIGO. 2006 Disponible en:  
[http://www.pphprevention.org/files/FIGOMstatement\\_Spanish\\_November2006\\_Final\\_.pdf](http://www.pphprevention.org/files/FIGOMstatement_Spanish_November2006_Final_.pdf)
22. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE; 2007.
23. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.
24. Grupo de trabajo. Maternidades Hospitalarias. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social: Madrid; 2009.
25. Alfrevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
26. Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
27. Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.
28. Juanes de Toledo B. El momento de pinzar el cordón umbilical en los partos a término y pretérmino y sus consecuencias materno-infantiles: una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Evid. Pediatr. 2013; 9:36.
29. WHO Recommendation for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Publications of the World Health Organization; 2012. Disponible en: [www.who.int](http://www.who.int)

30. Begley C, Gyte G, Murphy D, Devane D, McDonald S, McGuire W. Tratamiento activo versus conducta expectante de la etapa expulsiva del trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 7. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.
31. Edward R Yeomans, Susan M Ramin. Umbilical cord blood acid-base analysis. This topic last updated: jul 20, 2012. In: UpToDate, Charles J Lockwood (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013. (Consultado en [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)).
32. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Resumen] [Texto Completo] [Consulta: 18/03/2013].
33. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art.No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub3. [Resumen] [Consulta: 20/03/2013].
34. proSEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Analgesia del parto; 2010
35. Gilbert J Grant, MD. Adverse effects of neuraxial analgesia and anesthesia for obstetrics 2013. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/adverse-effects-of-neuraxial-analgesia-and-anesthesia-for-obstetrics>.
36. Kemp E, Kingswood C, Kibuka M, Thornton J. Posición durante el período expulsivo para pacientes con anestesia epidural. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 1. Art. No.: CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.
37. Silverman F, Bornstein E. Uterotonic drugs for management of the third stage of labor. This topic last updated: may, 2013. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.
38. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad: Madrid; 2011.

## 11- SIGLAS Y ACRÓNIMOS

---

AEO:	Analgesia epidural obstétrica
AI:	Auscultación intermitente
CTG:	Carditocografía
EAPN:	Estrategia de atención al parto normal
EGB:	Streptococcus del grupo B
FAME:	Federación de Asociaciones de matronas de España
FC:	Frecuencia cardiaca
FCF:	Frecuencia cardiaca fetal
GPC:	Guía de práctica clínica
HC:	Historia clínica
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia
IM:	Intramuscular
IV:	Intravenoso
LA:	Líquido Amniótico
MEFC:	Monitorización electrónica fetal continua
MEFI:	Monitorización electrónica fetal intermitente
PCEA:	Analgesia epidural controlada por paciente
RCP:	Reanimación cardio-pulmonar
RCTG:	Registro cardiotocográfico
RN:	Recién nacido/a
RPM:	Rotura prematura de membranas
SEDAR:	Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
SEGO:	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SG:	Semanas de gestación
SMS:	Servicio Murciano de Salud
SNS:	Sistema Nacional de Salud
TA:	Presión arterial
Tº:	Temperatura corporal
TENS:	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

# **ANEXOS**



## ANEXO 1

### MOTIVO DE CONSULTA DE LA GESTANTE A URGENCIAS

Entre los síntomas o signos que motivan la consulta en urgencias de la gestante suelen aparecer:

1. **EXPULSIÓN DEL TAPÓN MUCOSO:** Se podrá apreciar la eliminación de la secreción mucosa endocervical mezclada con una pequeña cantidad de sangre procedente de erosiones cervicales. Una vez hecha la valoración global, se informará a la gestante que es un manchado anteparto sin importancia y que tras el tacto vaginal puede aparecer un manchado similar, limitado, escaso, muy inferior a regla y que podría ser consecuencia de la exploración.
2. **SANGRADO NO FLUIDO, ESCASO,** espeso de color rosado o trazas rojas mezclado con moco o tapón mucoso: Suele estar impregnando la compresa o ropa interior de la mujer; no empapa. Es un signo de pródromos o franco trabajo de parto o ligado a un comienzo inmediato de expulsivo, en la medida que vaya asociado a una evidente subjetivación de contracciones uterinas dolorosas.
3. **HEMORRAGIA ACTIVA GENITAL:** El papel de la matrona hospitalaria ante una hemorragia vaginal moderada/severa será:
  - Informar a obstetra.
  - No realizar tacto vaginal.
  - Auscultación FCF y si es normal RCTG hasta indicaciones del obstetra.
  - Canalizar vía periférica con catéter venoso de 18G. Reposición de líquidos con Ringer lactato.
  - Extraer sangre para hematimetría, coagulación y pruebas cruzadas. para cuando el obstetra o anestesista decidan autorizar la reserva de sangre total o concentrado de hematíes, si así lo estiman oportuno.
  - Valorar signos y síntomas de palidez, piel fría y húmeda, mareo, sed y disnea, agitación, ansiedad y confusión.
  - Objetivar si existe caída de tensión arterial, taquicardia, y pulso débil.
  - Posición en Trendelenburg, mascarilla de oxígeno, calor.
  - Seguir las indicaciones del obstetra.
4. **PÉRDIDA DE LÍQUIDO:** La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. Si sucede antes de la 37.<sup>a</sup> semana, se conoce como RPM pretérmino y en aquellos casos que ocurre antes de la 24.<sup>a</sup> semana de gestación,



hablamos de RPM antes de la viabilidad fetal. El diagnóstico se basa en la historia clínica sugestiva de RPM, junto con la visualización de la salida de líquido amniótico, que en el 80-90% de los casos se evidencia tras la colocación del espéculo.

- Comprobar características de líquido amniótico.
  - Valorar si hay signos clínicos de parto.
5. SOSPECHA DE BOLSA ROTA: cuando la mujer refiere pérdida de líquido pero no lo vemos fluir. El diagnóstico clínico es fácil en aquellas pacientes que presentan una salida evidente de líquido amniótico. En caso de duda, para la confirmación diagnóstica de la RPM se puede optar por la realización de algunas pruebas diagnósticas, según disponibilidad del hospital.
  6. AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES: La matrona realizará la valoración y evaluación inicial, comprobando bienestar fetal realizando RCTG.
  7. DINÁMICA UTERINA, PRÓDROMOS DE PARTO:
    - Inicio del trabajo latente de parto. Gestante con contracciones frecuentes y regulares (2-3 como mínimo cada 10 min), modificación del cuello uterino (borramiento del 50% o más) y permeabilidad del mismo equivalente a 2 cm o más.

## ANEXO 2

### INMIGRACIÓN Y PARTO

Necesidades especiales por motivos de cultura o idioma.

Es necesario que los/las profesionales sanitarios/as que atienden a las mujeres inmigrantes embarazadas tengan en cuenta las diferencias culturales que pueden existir para favorecer su adaptación a la organización sanitaria, procurando un entendimiento adecuado para transmitir la información de forma correcta, que puede realizarse a través de familiares o acompañantes si éstos tienen conocimiento de los dos idiomas para evitar malentendidos.

En cuanto a clasificar la actitud de las mujeres con respecto al nacimiento de sus hijos/as en función de la etnia a la que pertenecen así como su país de origen, puede inducir a generalizaciones innecesarias, puesto que, dependiendo del tiempo que lleven viviendo en nuestro país y del grado de inmersión cultural que posean tendrán más arraigadas unas costumbres u otras. Por todo esto es importante tener en cuenta, en la medida de lo posible, la vulnerabilidad de las gestantes inmigrantes y las posibles dificultades de comunicación con los y las profesionales sanitarios/as debidas a barreras lingüísticas, culturales, sociales y de género que pueden afectar a su vivencia del parto e interacción con el recién nacido/a.

Es posible que algunas mujeres inmigrantes no hayan realizado todos los controles sanitarios durante el embarazo bien por desconocimiento del idioma o del sistema sanitario, por lo que se debe revisar el seguimiento y cuidados recibidos.

Durante todo el proceso perinatal cualquier mujer necesita acompañamiento, sobre todo en el parto y posparto, aunque en el caso de mujeres inmigrantes puede ser más importante, especialmente cuando hay soledad y desarraigo, desconocimiento del idioma y del ambiente hospitalario.

Uno de los aspectos a tener en cuenta: **Mutilación genital femenina**

Si se atiende a mujeres subsaharianas hay que verificar si presenta mutilación genital femenina, muy extendida en países subsaharianos (sobre todo en zonas rurales) puesto que es un delito y que existe el deber de informar si se descubre.

Las mujeres subsaharianas, pueden tener más dificultades en el parto dependiendo del nivel de mutilación, así como en las revisiones médicas en las que hay que acceder a la pelvis en general, tomar muestras, ecografías doppler, etc.

Clasificación de la mutilación genital femenina según la OMS:

1. Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes sólo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
2. Excisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores.
3. Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
4. Otros: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Las consecuencias a largo plazo pueden consistir en:

- Infecciones vesicales y urinarias recurrentes.
- Quistes.
- Esterilidad.
- Aumento del riesgo de complicaciones del parto y muerte del recién nacido.
- Necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, por ejemplo cuando el procedimiento de sellado o estrechamiento de la abertura vaginal (tipo 3), se debe corregir quirúrgicamente para permitir las relaciones sexuales y el parto. A veces se vuelve a cerrar nuevamente, incluso después de haber dado a luz, con lo que la mujer se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, aumentándose los riesgos inmediatos y a largo plazo.

### Referencias bibliográficas:

1. Tejero C. Documento de apoyo a la atención multicultural en el proceso de parto y nacimiento. [Monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AtencionMulticulturalidad.pdf>

2. Fabre E. MIAS Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. [Monografía en Internet]. Comité de Solidaridad de la SEGO; 2010 [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.programamias.com/images/stories/manual\\_mias.pdf](http://www.programamias.com/images/stories/manual_mias.pdf)
3. Kaplan A, Martínez C. Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales [Monografía en Internet]. Barcelona: Asociación Catalana de Llevadoras; 2004. [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.aen.es/docs/guias\\_vg/guia\\_mutilacion\\_genital.pdf](http://www.aen.es/docs/guias_vg/guia_mutilacion_genital.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. [sede Web] Ginebra; 2013. Mutilación genital femenina. [febrero 2012; acceso 20 de junio de 2013]. Centro de prensa [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>
5. Oliver MI, Baraza P, Martínez E. La salud y la mujer inmigrante. Manual de atención sanitaria a inmigrantes [monografía en Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007 [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_4\\_p\\_2\\_promocion\\_de\\_la\\_salud/materiales\\_publicados\\_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf)

## ATENCIÓN AL PARTO A MUJERES CON ALGUNA DISCAPACIDAD

Con respecto a los cuidados dirigidos al momento del parto, en general se indica la necesidad de evaluar previamente (durante el embarazo) las necesidades que van a tener durante el parto y planificar, junto con la paciente, y teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de ésta, el plan de atención individualizado que se va a desarrollar durante el parto, por ejemplo en cuanto a tipo de parto y de analgesia.

Para los cuidados a mujeres con algún tipo de discapacidad en las unidades maternas se recomienda<sup>1</sup>:

- Reconocer explícitamente las necesidades y cuidados especiales a las mujeres con discapacidad debe ser la filosofía y política de las unidades de maternidad.
- Incluir servicios individualizados y que el equipo cuente tanto con comadronas como con apoyo social en el período prenatal y postnatal.
- Poner a disposición de estas mujeres las mismas opciones de atención que al resto de mujeres, a menos que esté contraindicado por una condición médica existente, garantizando que la atención y los servicios sean equitativos.
- Tomar decisiones informadas: necesitan tanta o más información adecuada, accesible y precisa como las que no tienen ninguna discapacidad.

- Desarrollar los recursos en colaboración con expertos en discapacidad.
- Hacer una evaluación inicial de las necesidades de cada mujer y desarrollar planes de atención, en colaboración con ella, que reflejen tanto las mejores prácticas como sus deseos y aspiraciones.
- Ofrecer la opción de una habitación con mayor privacidad y flexibilidad en la visita de pareja y familiares.
- Buscar asesoramiento y orientación de organizaciones y de otras mujeres con discapacidad, cuando los conocimientos y experiencia en el cuidado de estas mujeres sean limitadas.
- Proporcionar a todo el personal, incluido el personal no médico, formación sobre igualdad en la discapacidad.
- Informarse de los recursos locales, redes y trabajo para mujeres con discapacidad.
- Evaluar regularmente la calidad de la atención a la maternidad que se ofrece a estas mujeres.
- Asegurar que la señalización, acceso a la unidad de maternidad, mobiliario, etc. son adecuados y se ajustan a las normas y directrices nacionales.

### **Recomendaciones sobre embarazo y discapacidad**<sup>2</sup>

En cuanto a la discapacidad física, se incluye a aquellas personas que tienen un deterioro que afecta a la movilidad (espina bífida, parálisis cerebral, lesión de la médula espinal, amputaciones y problemas ortopédicos, distrofia muscular) y una condición a largo plazo (esclerosis múltiple y la artritis reumatoide). Hace hincapié en la importancia de las barreras físicas y sociales: actitudes, comportamientos inadecuados y falta de conocimiento sobre la discapacidad, e incluye la demostrada por parte del personal sanitario. Señalan que éstos tienen la responsabilidad de la salud de todas las personas, independientemente de su capacidad, y están obligados a respetar a estas pacientes como miembros iguales de la sociedad. Las necesidades de estas personas en materia de acceso a la atención médica se deben cumplir, incluso si esto significa que su tratamiento es más favorable que para otros usuarios.

Se recomienda que enfermeras y matronas tienen que:

- Confrontar y cuestionar las opiniones y prejuicios personales
- Formarse en discapacidad para actualizar sus conocimientos
- Tener confianza y capacidad para realizar los ajustes razonables para brindar atención de manera más accesible
- Eliminar las barreras que causan discapacidad, teniendo en cuenta los problemas de salud y seguridad
- Usar eficazmente los recursos para satisfacer las necesidades mediante las redes creadas y la colaboración con la familia, organizaciones, individuos, grupos de apoyo, equipos multidisciplinarios y la propia mujer, que es la más experta en sus propias necesidades
- Proporcionar cuidados flexibles, creativos, innovadores y que satisfagan las necesidades individuales durante embarazo, parto y posparto. El miedo a lo desconocido es aún más probable y se sienten más vulnerables que otras madres
- Recordar que probablemente se requieran equipos específicos (cama apropiada, cuna, ayudas para la movilidad o silla de ruedas)
- Favorecer la libertad de elegir, tras ser consultadas e informadas de las decisiones que se deben tomar

Sobre todo las madres primerizas pueden tener inquietudes acerca del proceso real del parto en cuanto a elección de parto (vaginal o cesárea), alivio del dolor (incluyendo la disponibilidad de analgesia epidural si es necesario), y recuperación posparto. Es de gran importancia la identificación temprana de sus dudas, inquietudes y preferencias, para eliminar las barreras y apoyar la autonomía. Los comentarios negativos, paternalistas y discriminatorios, y mirar la discapacidad en lugar de identificar los puntos fuertes de la mujer no favorecen unos buenos cuidados.

En la GPC referenciada del Royal College of Nursing se detallan cuatro situaciones clínicas de otras tantas mujeres con un tipo de discapacidad diferente. Con respecto a la discapacidad física, describe los cuidados a una mujer con espina bífida que se desplaza en silla de ruedas. Se contactó con dicha paciente en el momento que ésta tomó la determinación de un futuro embarazo. Una vez embarazada se decidió, junto con el ginecólogo, el tipo de parto y con el anestesista el alivio del dolor, incluyendo el uso de la epidural, previa información de las opciones disponibles en caso de una cesárea. Incluso se programó una visita previa a la sala de partos y se contactó con una asociación de pacientes con espina bífida.

### **Referencias bibliográficas:**

1. Maternity Care for Disabled Women. Royal College of Midwives. 2008 [Texto completo](#)
2. Pregnancy and disability: RCN guidance for midwives and nurses. Royal College of Nursing. 2007. [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/78733/003113.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0010/78733/003113.pdf)

## ANEXO 3

### CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS A RIESGO DURANTE EL PARTO.

Las siguientes condiciones implican un aumento de riesgos, para la madre o para la criatura, durante el trabajo de parto. No todas conllevan la misma gravedad. Es competencia del equipo obstétrico planificar qué tipo de conducción necesita el parto, ajustándose a protocolos específicos de cada servicio, infraestructuras, y demás circunstancias concretas. Algunas de estas situaciones se beneficiarán de partos de alta intervención y vigilancia médica, mientras que otras podrán ser pacientes candidatas a partos de baja intervención. No se incluyen aquellas circunstancias que suelen estar contempladas como contraindicación para el parto vaginal.

Son las siguientes:

- Anemia materna.
- Anomalías pélvicas. Malformaciones uterinas. Tumoraciones pélvicas anexiales, o uterinas.
- Cesárea anterior.
- Cirugía genital previa; cirugía uterina sobre cuerpo uterino, sobre cérvix.
- Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- Control gestacional insuficiente.
- DIU y gestación.
- Edad gestacional incierta.
- Edad materna <16 años o >35 años.
- Embarazo no deseado.
- Diabetes (gestacional o pregestacional).
- Enfermedades médicas maternas, como endocrinopatías, cardiopatías, neuropatías, enfermedades autoinmunes, etc.
- Hipertensión arterial materna, o preeclampsia.
- Infecciones maternas diagnosticadas durante la gestación. Se incluye la Bacteriuria asintomática.
- Hábitos tóxicos: fumadora habitual, adicción a drogas, abuso de fármacos.
- Hemorragia durante la gestación. Diagnóstico de inserción placentaria anómala. Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta.



- Incompatibilidad Rh; con o sin isoimmunización.
- Incremento de peso >15 Kg o incremento de IMC del 20%.
- Incremento de peso <5%.
- Intervalo reproductor anómalo (intervalo intergenésico inferior a 12 meses).
- Esterilidad previa.
- Historia perinatal desfavorable: dos o más abortos, partos pretérmino, partos distócicos, RN con deficiencias mentales o sensoriales, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de malformación fetal, etc.
- Multiparidad: 4 o más partos de más de 28 semanas.
- Obesidad: IMC > 29 Kg/m<sup>2</sup>.
- Talla baja (estatura < 1,50 m).
- Diagnóstico previo al parto (en control gestacional) de CIR.
- Diagnóstico previo al parto (en control gestacional) de malformación fetal.
- Diagnóstico previo al parto (en control gestacional) de macrosomía fetal.
- Gestación gemelar; gestación múltiple (más de dos fetos).
- Presentación fetal no cefálica.
- Alteraciones de líquido amniótico: Oligoamnios, Polihidramnios.
- Prematuridad (en presentación cefálica).
- Embarazo prolongado.
- Muerte fetal anteparto.

### **Bibliografía consultada:**

1. Grupo de trabajo. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud. Programa Integral de Atención a la Mujer. Región de Murcia; 2013.

## ANEXO 4

### REGISTROS CARDIOTOCOGRÁFICOS

- El cardiotocógrafo debe tener correctamente establecida la fecha y la hora.
- El registro debe estar correctamente identificado con el nombre de la mujer y la fecha.
- Cualquier acontecimiento intraparto que pueda afectar a la FCF debe ser anotado, en ese momento, sobre el registro, debiéndose anotar la fecha y la hora en que sucede además de la firma (por ejemplo, tacto vaginal, microtoma o posición sentada para la epidural).
- Cualquier miembro del personal a quien se le pida que proporcione una opinión acerca de un registro, debe anotar sus conclusiones sobre el registro así como en la historia, junto con la fecha, hora y firma.
- Después del nacimiento se anotará en el registro la fecha, hora y tipo de parto.

## Clasificación de la CTG en función de la frecuencia cardiaca fetal

Clasificación	Frecuencia cardiaca (l/m)	Variabilidad (l/m)	Desaceleraciones	Aceleraciones
CTG tranquilizador	110-160 l/m	≥ 5	Ninguna	Presentes
CTG no tranquilizador	100-109 l/m 161-180 l/m	<5 durante 40-90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deceleraciones variables típicas con más del 50 % de contracciones (durante unos 90 minutos).</li> <li>• Deceleración prolongada única (de hasta 3 minutos).</li> </ul>	La ausencia de aceleraciones transitorias en un registro, por otra parte normal, tiene un significado incierto.
CTG anormal	<p>La combinación de varias observaciones no tranquilizadoras originan una CTG anormal</p> <p>&lt;100 l/m &gt;180 l/m</p> <p>Patrón sinusoidal ≥10 minutos</p>	<5 durante más de 90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deceleraciones variables atípicas con más del 50 % de las contracciones o desaceleraciones tardías (DIPII), ambas durante más de 30 minutos.</li> <li>• Deceleración prolongada única de &gt;3 minutos.</li> </ul>	
CTG preterminal	Ausencia total de variabilidad y reactividad con o sin desaceleraciones o bradicardia			

### Definición de las categorías del registro cardiotocográfico

- Registro Normal: Registro de la FCF con los 4 criterios de lectura clasificados como tranquilizadores.
- Registro Sospechoso: Registro de la FCF con 1 criterio clasificado como no tranquilizador y el resto tranquilizadores.

- Registro Patológico: Registro de la FCF con 2 o más criterios no tranquilizadores o 1 o más clasificado como anormal.

### **Información ampliada acerca de la clasificación de los registros de la FCF**

- Un trazado de FCF con variabilidad reducida y aceleraciones repetidas debe considerarse tranquilizador.
- Las deceleraciones precoces son raras y benignas y, por tanto, no son significativas.
- La mayoría de las deceleraciones que tienen lugar durante el parto son variables.
- Una bradicardia fetal de más de 3 minutos requiere medidas urgentes e iniciar los preparativos para la rápida extracción del feto, la cual debe llevarse a efecto si no se ha obtenido la recuperación fetal en 9 minutos. Si la FCF se recupera antes de los 9 minutos la decisión de extracción fetal debe ser reconsiderada.
- Una taquicardia fetal de 160-180 lpm, en donde están presentes aceleraciones y sin ningún otro parámetro adverso, no debe ser considerada como sospechosa. Sin embargo, un aumento de la frecuencia cardíaca basal, incluso dentro del rango normal, con otras características anormales o no tranquilizadoras debe aumentar la vigilancia.
- En mujeres con monitorización continua, cada hora debe realizarse una evaluación sistemática, documentada sobre la base de estas definiciones y clasificaciones.

En presencia de patrones anormales de la FCF se debe valorar:

1. Cambio de posición materna a decúbito lateral, preferiblemente sobre el izquierdo.
2. Examen vaginal para descartar prolapso de cordón o evolución rápida del parto. En este momento podría procederse a la estimulación de la calota fetal como método diagnóstico complementario.
3. En caso de mujeres en las que se esté administrando oxitocina: en presencia de un trazado sospechoso de la FCF se debe consultar con el obstetra. Si el trazado de la FCF se clasifica como patológico, se debe suspender la oxitocina y proceder a una evaluación completa de la condición del feto por un obstetra antes de reanudar la oxitocina.
4. Monitorización de la presión sanguínea materna para descartar hipotensión materna.
5. Si el patrón anormal está asociado a hiperdinamia no secundaria a oxitocina debe considerarse la utilización de tocolíticos.

6. El uso prolongado de la oxigenoterapia en la madre puede ser perjudicial para el feto y debe evitarse. No hay estudios que evalúen los beneficios o los riesgos asociados con el uso a corto plazo de la oxigenoterapia materna en los casos de presunto compromiso fetal.

### **Características de las deceleraciones variables atípicas**

Las deceleraciones variables atípicas se definen por presentar una o varias de las siguientes características:

- Pérdida del ascenso transitorio inicial (Primario).
- Retorno lento a la FCF de la línea de base.
- Pérdida del ascenso transitorio secundario.
- Ascenso transitorio secundario prolongado.
- Deceleración bifásica.
- Pérdida de la variabilidad durante la deceleración.
- Continuación posterior de la línea de base a un nivel más bajo.

## ANEXO 5

### MEDIDAS DE SOPORTE FÍSICO-EMOCIONAL DE LA GESTANTE DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO

#### **Promoción de medidas de confort y bienestar de la gestante**

El nacimiento es un acontecimiento clave en la vida de las personas, tanto para la mujer que se convierte en madre en ese momento, como para el nuevo padre y el niño o la niña que nace. En este proceso en el que intervienen diferentes profesionales ofreciendo una atención de calidad, es importante que se contemplen con especial cuidado las actividades que se realizan para aumentar el bienestar de la nueva familia. Para conseguir esto, es necesario que se potencie la atención al parto normal, mejorando la calidad y calidez asistencial, favoreciendo el clima de confianza, seguridad e intimidad de las mujeres y manteniendo los niveles de seguridad actuales, por lo que se recomienda que todas las mujeres en trabajo de parto sean tratadas con el máximo respeto, dispongan de toda la información disponible y estén implicadas en la toma de decisiones.

Los y las profesionales sanitarios/as y el resto del personal que atiende a la mujer y a sus acompañantes, deben establecer una relación empática con la gestante, preguntarle por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarla y orientarla, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados. Es necesario reconocer las necesidades y cuidados especiales en aquellas mujeres que presenten algún tipo de discapacidad o dificultad, ya sea física, psíquica, sensorial, cultural o idiomática, procurando individualizar los cuidados a las características de cada mujer y utilizando los recursos disponibles, valorando la necesidad de utilizar equipos específicos tal y como puede venir reflejado en su plan de parto o al preguntarle acerca de sus necesidades y preferencias en el momento de su ingreso.

#### **Acogida de la gestante y acompañantes**

La recepción de la gestante en el hospital debe realizarse de forma amable, eficiente y oportuna, identificando a la mujer por su nombre y realizando la presentación

del/de la profesional que le atiende, facilitando su nombre y categoría profesional en cada procedimiento. Es necesario informar sobre los cuidados y procedimientos que se van a realizar e implicar a la mujer en la toma de decisiones con explicaciones claras y correctas, así como dar apoyo de forma verbal a través de una actitud positiva y realista sobre su situación, bienestar fetal y evolución del parto, evitando comentarios negativos que pueden permanecer en la memoria de la mujer posteriormente, y de forma no verbal. Esto les ayudará y aumentará su satisfacción durante todo el proceso incluso en los casos en los que sea precisa una intervención.

### **Acompañamiento**

El acompañamiento durante el parto forma parte integral de la estrategia de humanización de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, asociando el apoyo continuo con mayores beneficios si la persona acompañante no forma parte del personal del hospital y se inicia tempranamente, por lo que es importante facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección desde el inicio del proceso, indicándole las normas de la unidad y de forma general sobre el funcionamiento del centro, lo que contribuirá a aumentar su tranquilidad y a disminuir su posible ansiedad con lo que mejorará la evolución del parto. Se recomienda favorecer que la mujer en trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona y ofrecer apoyo permanente a la gestante y a la persona acompañante procurando disminuir su ansiedad. La continuidad en la atención mejora la comunicación y la calidad de la experiencia que supone el parto. Durante todo el proceso perinatal cualquier mujer necesita acompañamiento, sobre todo en el parto y posparto, aunque en el caso de mujeres inmigrantes puede ser aún más importante, especialmente cuando hay soledad y desarraigo, desconocimiento del idioma y del ambiente hospitalario. Además es importante implicar al padre en los cuidados a la mujer, a través del acompañamiento y el apoyo activo, masajes y aquellas acciones que solicite la mujer, en cuanto al alivio del dolor y la mejora de la vivencia de su propio proceso del parto, de forma individualizada y teniendo en cuenta las características personales de cada miembro de la pareja.

## **Intimidad, privacidad, calidez**

Para conseguir disminuir los niveles de estrés en las mujeres es necesario proteger su intimidad y proporcionarle un ambiente favorable (luz tenue, temperatura del ambiente cálida, silencio, comunicación con un lenguaje que asegure su privacidad) e interferir lo menos posible, asegurando la privacidad sobre todo en las exploraciones vaginales y limitando al mínimo el número de personas presentes durante todo el proceso del parto, minimizando los factores que inducen estrés en las mujeres durante las contracciones, para evitar la prolongación del parto por la posible disminución de la contractilidad uterina. También es necesario potenciar entornos amigables (naturales, arquitectónicos y psicosociales) que ayuden a una actitud y vivencia del nacimiento en las mejores condiciones, considerando a la mujer el centro de los cuidados y valorando el nivel de ansiedad que pueda presentar, favoreciendo técnicas y medidas de relajación adecuadas a cada mujer y en cada momento del proceso.

Es beneficioso permitir a la gestante el uso de la ropa personal que ella desee, solicitando la retirada de la ropa interior cuando se vaya a realizar una exploración vaginal, tras solicitar su consentimiento, y garantizando su privacidad, dignidad y comodidad, ya que es un procedimiento molesto e invasivo, asociado a un incremento del riesgo de infección, explicando las razones por las que se practica y detallando los hallazgos encontrados y se recomienda, asimismo, favorecer el mantenimiento de ropa de cama limpia e higiene personal cuando la mujer lo solicite o precise.

## **Favorecer movilidad y diferentes posiciones durante dilatación y expulsivo**

Para mejorar el manejo del dolor y la evolución del progreso del trabajo del parto, se debe alentar a las mujeres a adoptar la postura que prefieran, facilitando la movilidad y la deambulación para favorecer el descenso fetal, siempre que ésta no interfiera en el control del estado fetal y de la actividad uterina, ayudándolas a que encuentren la posición que les resulte más cómoda, durante el periodo de dilatación y en el expulsivo, incluso a las que utilizan analgesia epidural y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, utilizando monitorización adecuada, bien intermitente, si no hay signos de patología, o a distancia, según las características particulares de cada mujer.

Es importante evaluar la capacidad de respuesta a las medidas de bienestar y confort ofrecidas por los y las profesionales y la persona acompañante, valorando el nivel de ansiedad, dolor y/o temor, para poder ofrecer medidas de alivio del dolor cuando sea necesario.



Se recomienda permitir la ingesta de líquidos azucarados y alimentos livianos principalmente líquidos isotónicos, más eficaces para combatir la cetosis y preferibles a la ingesta de agua, según las necesidades de las gestantes, de forma moderada, excepto en los casos de mujeres con factores de riesgo adicionales de aspiración (obesidad mórbida, diabetes, vía aérea difícil) o con riesgo potencial de intervención quirúrgica. Se recomienda valorar el no realizar hidratación intravenosa de rutina para todas las mujeres en trabajo de parto normal, ya que puede limitar sus movimientos y comodidad, sino reservar la hidratación parenteral para las gestantes deshidratadas, con vómitos, con conducción anestésica u otras indicaciones precisas que requieran vía endovenosa.

### **Contacto piel con piel, vínculo afectivo con la madre y el padre. Lactancia materna**

Una vez que se produce el nacimiento, el recién nacido/a pierde el contacto íntimo que había mantenido con su madre durante la gestación, dejando de escuchar los latidos del corazón materno y el ambiente cálido en el que había estado hasta entonces. Para evitar que este paso sea demasiado brusco, es importante colocar al bebé desnudo sobre el abdomen de su madre, antes de cortar el cordón umbilical y siempre que no necesite reanimación, para poder realizar el contacto piel con piel de forma adecuada, procurándole medidas de mantenimiento de calor, convenientemente secado y con una manta o toalla sobre su cuerpo. En este momento se puede realizar el test de Apgar sin separar madre e hijo/a y facilitando el vínculo afectivo, el apego, la estabilidad cardiorrespiratoria y disminuyendo el tiempo de llanto, y también se puede proceder a la identificación del/la RN según se indica en el anexo adjunto. Desde esta posición, en decúbito prono, y durante el periodo de alerta tranquila, es muy probable que comience a desarrollar diversos reflejos de búsqueda, chupeteo de manos y salivación, e incluso, tras un tiempo que variará de unos recién nacidos a otros, reptará hasta llegar al pecho materno por sí solo/a.

El contacto piel con piel debería fomentarse en todos los nacimientos, evitando el comportamiento de protesta-desesperación que conlleva la separación de su madre. El tiempo ideal del contacto piel con piel debería ser de al menos las 2 primeras horas de vida, posponiendo las actividades como pesar y medir, así como un reconocimiento más exhaustivo, hasta comprobar la normal termorregulación y tranquilidad del bebé, así como la posibilidad de que el bebé realice la primera toma de lactancia materna si la madre así lo desea. Los beneficios de este contacto son numerosos, por lo que

se debería fomentar su realización incluso en aquellas mujeres que no desean dar lactancia materna a sus hijos/as, y solo en el caso de que el estado de la madre no permita el contacto piel con piel, se potenciará que dicho contacto piel con piel lo realice el padre u otra persona acompañante, pues disminuirá el llanto y favorecerá la lactancia materna posteriormente.

Se debe disponer de un protocolo por escrito y consensuado por todo el equipo de profesionales que participan en la atención a la mujer y al recién nacido/a durante el parto, estableciendo las responsabilidades y las acciones que dependen de cada profesional.

Se recomienda recibir al RN en un ambiente con temperatura agradable, para evitar el consumo energético, hipoglucemias y secreción de catecolaminas en respuesta al frío, evitando ruidos y conversaciones que interfieran con el primer contacto madre-RN y padre/pareja-RN, facilitando que el primer sonido que escuche el RN sea la voz materna, en parto vaginal o cesárea.

Es preciso utilizar materiales no irritantes y que no estén fríos si han de contactar con la piel del bebé. Se debe pinzar el cordón umbilical cuando deje de latir para permitir una adecuada transfusión placentaria. Si se elige la donación de cordón umbilical, determinar el momento adecuado de la punción del cordón y del pinzamiento según la mejor evidencia disponible, realizándolo tardíamente siempre que sea posible, en beneficio del bebé.

No se recomienda el baño inmediato ni la eliminación del vernix para evitar la pérdida de calor e interferencia con el contacto inmediato piel con piel, y con el reconocimiento olfativo y visual.

El procedimiento a seguir es colocando a los/las RN sobre el abdomen o pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento, secarlo, ponerle un gorro, dándole opción a poner el pañal según los deseos de la madre, y cubrir a ambos, sin interferencias ni manipulaciones innecesarias, si no precisa reanimación, pues la madre actúa como fuente de calor. Mantener el contacto piel con piel al menos durante 50 minutos sin ninguna interrupción si la madre está de acuerdo, procurando que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos o al menos hasta que se haya realizado la primera toma de lactancia materna.

Es aconsejable que el proceso sea supervisado por un/a profesional experto/a.



## **Favorecer la lactancia materna**

La lactancia materna constituye la forma natural y específica de alimentar a los y las recién nacidos/as y lactantes siendo un recurso al alcance de prácticamente todas las mujeres. Las diferentes Organizaciones sanitarias y Organismos oficiales recomiendan que la lactancia materna sea de forma exclusiva, sin ningún otro alimento, hasta los seis primeros meses de vida, y complementando la leche materna con otros alimentos hasta los dos años o más, o hasta que la madre y el/la hijo/a lo decidan.

Es necesario facilitar el acceso de todos los y las RN al amamantamiento, promoviendo la lactancia materna como la opción más saludable para su alimentación, teniendo en cuenta las circunstancias y deseos de cada madre.

Para esto se debe respetar el periodo de alerta inicial y el estado de máxima sensibilidad materna provocado por la liberación endógena de oxitocina, para favorecer el inicio de la Lactancia Materna durante la primera hora de vida.

El contacto piel con piel y el colecho es esencial para el apoyo emocional del bebé y para que la madre pueda responder precozmente a sus demandas. Con ello facilitamos la alimentación a demanda fundamental tanto para la madre como para el recién nacido/a, disminuyendo la incidencia de ictericia, mejorando el aumento de peso y se establecerá una lactancia satisfactoria a la vez que se previene la ingurgitación del pecho.

Se debe promover la lactancia materna a libre demanda para que los bebés tengan acceso al amamantamiento sin restricciones en la duración y en la frecuencia de las tomas.

Es recomendable que los y las profesionales estén capacitados/as y actualizados/as para ofrecer los consejos adecuados a las características y necesidades de cada madre y cada recién nacido/a, implicando a las mujeres y a sus parejas en los cuidados necesarios.

## **Bibliografía consultada**

1. Grupo NIDCAP y PrevInfad/AEPap. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. [Monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva. . [Monografía en Internet]. Madrid; 2011 Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/ENSSR.pdf>
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. [Monografía en Internet]. 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 Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
4. Maternity Care for Disabled Women. Royal College of Midwives. 2008.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [monografía de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: [www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf](http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf).
6. Consejería de Salud. Proceso asistencial integrado Embarazo Parto y Puerperio. [Monografía de Internet] 2.ª Edición. Sevilla; 2005 [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/embarazo\\_parto\\_puerperio/embarazo\\_parto\\_puerperio.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/embarazo_parto_puerperio/embarazo_parto_puerperio.pdf)
7. Maceira Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t N.º 2007/03.

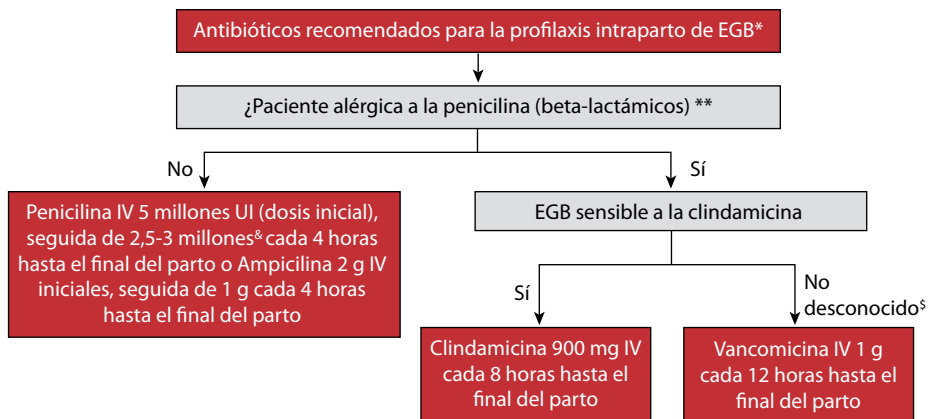
## ANEXO 6

### PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE LA INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B

Recomendaciones antibióticas para la profilaxis antibiótica intraparto de la infección neonatal precoz por EGB (figura 4)

- La PAI para EGB debe administrarse de acuerdo con la siguiente pauta:
  - Penicilina IV, 5 millones UI (dosis inicial), seguida de 2,5-3 millones UI IV cada 4 horas hasta el final del parto o
  - Ampicilina 2 g IV iniciales, seguida de 1 g cada 4 horas hasta el final del parto.

Figura 4. Antibióticos recomendados para la profilaxis intraparto del EGB



(\*) Otros antibióticos de amplio espectro que incluyan agentes activos frente al EGB y otros microorganismos distintos del EGB pueden ser añadidos para tratar una corioamnionitis.

(\*\*) En caso de pacientes con poco riesgo (que no han presentado en aplicaciones anteriores de penicilina o cefalosporinas historia de anafilaxia, angioedema, urticaria o dificultad respiratoria) podría usarse, a criterio del clínico, cefazolina IV 2 g iniciales seguida de 1 g cada 8 horas hasta el final del parto.

(§) La elección de la dosis de penicilina puede realizarse en función de las formulaciones disponibles en farmacia.

(§) Si los resultados de las pruebas de sensibilidad a la clindamicina no se conocen en el momento del parto, la vancomicina es el antibiótico preferido en pacientes alérgicas a los beta-lactámicos.

- La penicilina sigue siendo el agente de elección por su menor espectro antimicrobiano, aunque la ampicilina es aceptable **(AI)**.
- En la petición de cultivo para cribado del EGB se debe informar si hay sospecha de alergia a penicilina o cefalosporinas **(AIII)**.

- En pacientes alérgicas, si a juicio del clínico no hay riesgo de anafilaxis, la alternativa a penicilina o ampicilina puede ser cefazolina **(BII)**, 2 g IV como dosis inicial, seguido de 1 g IV cada 8 horas hasta el final del parto.

### Los puntos fundamentales son los siguientes:

- En pacientes alérgicas a penicilina debe realizarse el estudio de sensibilidad del EGB a eritromicina y clindamicina (incluyendo, si la cepa es resistente a eritromicina y sensible a clindamicina, una prueba de resistencia inducible) **(AII)**. Si esta prueba no se ha realizado o no se conoce el resultado, el EGB debe ser considerado resistente a clindamicina y el antibiótico a usar es vancomicina **(CIII)**.
- Si la paciente es alérgica a penicilina y el EGB es sensible a clindamicina, este es el antibiótico que debe usarse **(CIII)**.
- La eritromicina no es alternativa aceptable para la PAI de cara a la prevención de la infección neonatal precoz por EGB.
- Si existen signos clínicos y/o biológicos de posible infección materna y/o fetal, la administración de antibióticos adquiere carácter terapéutico y debe cubrir un espectro de etiologías más amplio (Ej. ampicilina-gentamicina u otros antibióticos de acuerdo con la política antibiótica del centro).
- Desde el punto de vista del manejo del recién nacido solo se considera profilaxis adecuada la realizada con penicilina, ampicilina o cefazolina con la pauta indicada.

### Otros puntos sobre el manejo obstétrico

- Los datos disponibles no son suficientes para sugerir que el estado de portadora de EGB deba influir sobre los procedimientos obstétricos de monitorización, maduración cervical o inducción del parto. Estos procedimientos mantendrán sus indicaciones y no se modificarán en las mujeres colonizadas por EGB **(CIII)**.
- Los datos disponibles en la actualidad no son suficientes para hacer recomendaciones respecto al momento de aplicación de los procedimientos destinados para facilitar la progresión del parto, tales como la amniotomía en las mujeres colonizadas por EGB.
- Dado que la PAI se considera óptima si comienza al menos 4 horas antes del final del parto, la aplicación del tratamiento debe adaptarse en lo posible a este tiempo **(CIII)**.

## ANEXO 7

### MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

El dolor en el parto supone una preocupación para la mayoría de mujeres embarazadas y un gran número de ellas solicitan algún tipo de método para aliviar su malestar o adaptación a las fases del proceso del parto, por lo que es importante que este tema sea abordado desde el embarazo como una cuestión fisiológica unida de alguna forma a la evolución del parto, ya que en la medida en que sean manejadas las posibles sensaciones, las mujeres podrán elaborar mecanismos de alivio del dolor desde diferentes perspectivas, con expectativas reales del proceso y fomentando el aprendizaje de técnicas de control personal.

La elección del método de analgesia se ve influenciada por muchos factores, entre ellos las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor. Las formas más eficaces de alivio del dolor no están necesariamente asociadas a una mayor satisfacción de la mujer puesto que se ha visto además que en la satisfacción materna durante el parto también influyen la información recibida, sus expectativas personales y la actitud y el comportamiento de los y las profesionales sanitarios/as.

La analgesia en el parto permite reducir o anular la sensación de dolor, por lo que se debe ofrecer métodos de alivio del dolor disponibles en el centro y acordes con las necesidades de la mujer, valorando el momento del proceso en el que se encuentre y las ventajas e inconvenientes de cada uno, así como las posibles contraindicaciones que puedan existir, para ayudar a la mujer en la elección del más adecuado y satisfacer, en la medida de lo posible, sus expectativas. La Estrategia de Atención al Parto Normal recomienda informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios, potenciales riesgos y sobre su capacidad cerebral para producir sustancias analgésicas (endorfinas) en un parto fisiológico en condiciones de intimidad. Es importante valorar las circunstancias de cada mujer para poder ofrecerles la posibilidad de elegir uno o varios métodos si lo desean, teniendo en cuenta a aquellas mujeres que no quieran o no puedan utilizar fármacos durante el parto para que puedan optar al mayor número de métodos alternativos disponibles.

En la actualidad existen algunos métodos no farmacológicos, como pelotas grandes, acompañamiento continuado por una persona elegida por la mujer, uso del agua caliente, inyecciones de agua estéril, TENS (Neuroestimulación Eléctrica Transcutánea), movilidad, relajación y, además, en condiciones de intimidad y tranquilidad, el cerebro de la mujer

es capaz de segregar unas sustancias analgésicas (endorfinas) que pueden ayudar a aliviar el dolor de forma natural. En una reciente revisión sistemática (Jones, 2012) los autores concluyen: la mayoría de las pruebas sobre las intervenciones no farmacológicas se basaron en sólo uno o dos estudios, por lo cual los hallazgos no son definitivos. Sin embargo, se encontró que la inmersión en agua, la relajación, la acupuntura y los masajes proporcionaron alivio del dolor y mayor satisfacción con el alivio del dolor. La inmersión y la relajación también proporcionaron mayor satisfacción con el parto. Tanto la relajación como la acupuntura redujeron el uso de fórceps y ventosas, y la acupuntura también disminuyó el número de cesáreas. No hubo pruebas suficientes para emitir un juicio sobre si la hipnosis, la biorretroalimentación, la inyección de agua estéril, la aromaterapia y la TENS son efectivas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

### **1. Inmersión en agua caliente**

La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina, y acorta el periodo de dilatación, aumentando la sensación de control y la satisfacción de la mujer. La temperatura del agua no debe superar los 37°C, y no se aconseja la inmersión durante más de dos horas. La inmersión debe producirse cuando la mujer se encuentre al menos con 5 cm de dilatación. La rotura de membranas no contraindica el uso del agua.

Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto.

### **2. Masaje**

Incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo y se utiliza para ayudar a relajar los músculos tensos y suavizar y calmar a la gestante.

Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto.

### **3. Inyección de agua estéril**

Consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intracutánea (0,1-0,5 ml) en ambos lados de la base de la columna vertebral, dentro del área comprendida por el rombo de Michaelis. La analgesia que produce es efectiva para el dolor lumbar principalmente.

Se recomienda la inyección de agua estéril durante el parto como un método eficaz de alivio del dolor lumbar, informando que la inyección intradérmica produce escozor y dolor intenso momentáneos.



#### **4. Uso de pelotas**

Ni en la GPC del SNS ni de la NICE encontraron evidencia que apoye una recomendación al uso de pelotas para el alivio del dolor durante el parto. De todos modos el grupo elaborador de la GPC del SNS considera que pueden ser útiles ayudando a encontrar posturas confortables.

Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables.

#### **5. Técnicas de relajación**

Permiten una disminución de la tensión muscular y proporcionan tranquilidad. No se ha encontrado una revisión sistemática de estudios que evalúen la eficacia de las técnicas de relajación en la reducción del dolor, aunque hay algunos artículos que concluyen que existe una percepción subjetiva de mayor control por parte de la mujer. Existe también una disminución de la ansiedad, una mayor distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción.

Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación deberían ser apoyadas en su elección.

#### **6. TENS**

Consiste en una estimulación nerviosa eléctrica transcutánea que aporta beneficio psicológico y autonomía.

Este método consiste en un generador de impulsos eléctricos conectado a uno o dos pares de electrodos que son adheridos a la piel en ambos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda. Es la propia mujer la que, mediante un pulsador, puede controlar el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica durante las contracciones.

El método TENS no debería ser ofrecido a las mujeres con parto establecido.

### **Referencias bibliográficas:**

1. Maceira Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias: avalia-t N.º 2007/03.

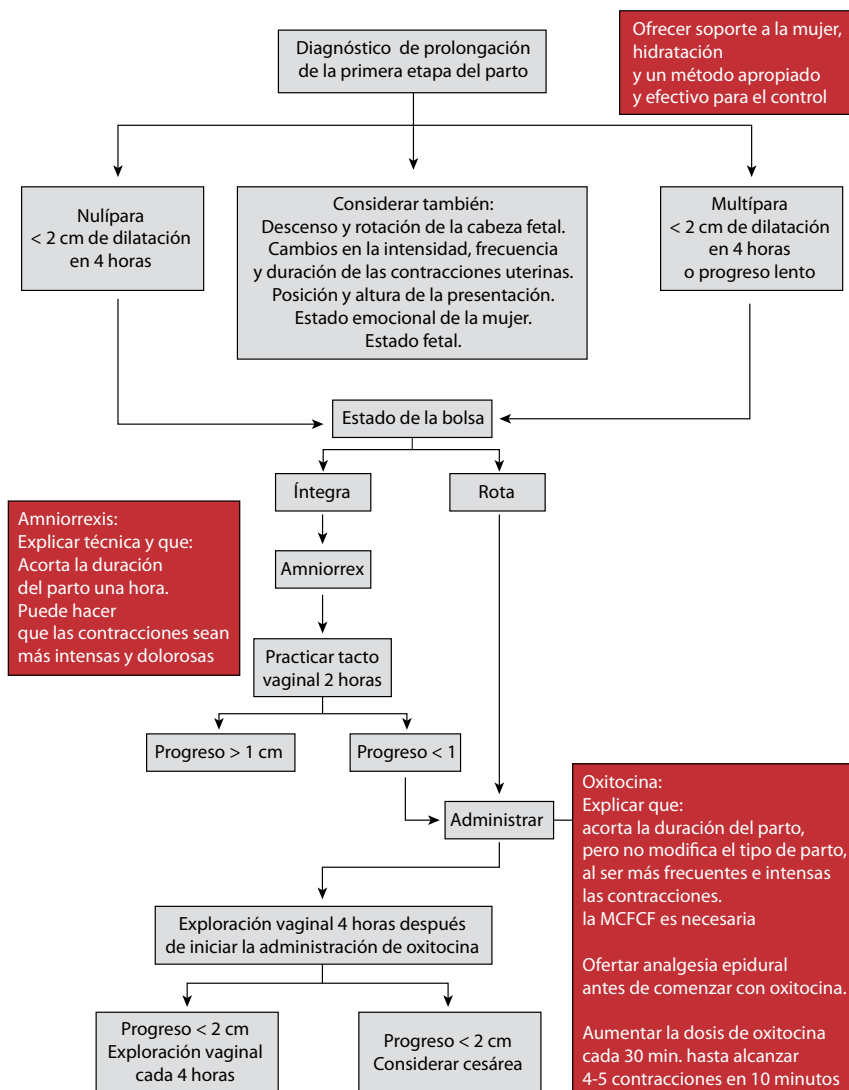
2. Maternity Care for Disabled Women. Royal College of Midwives; 2008.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política 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. Nº 2009/01.
4. Federación de Asociaciones de Matronas de España FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso; 2007.
5. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson J. Tratamiento del dolor para las mujeres en trabajo de parto: un resumen de revisiones sistemáticas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.
6. Smith C, Levett K, Collins C, Jones L. Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.
7. Smith C, Levett K, Collins C, Crowther C. Técnicas de relajación para el control del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.
8. Therese Dowswell, Carol Bedwell, Tina Lavender, James P Neilson. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD007214. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
9. Derry S, Straube S, Moore R, Hancock H, Collins S. Inyección de agua estéril intracutánea o subcutánea comparada con controles cegados para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD009107. DOI: 10.1002/14651858.CD009107.



## ANEXO 8

### ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE PROLONGACIÓN DE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO

Prolongación de la primera etapa del parto



MCFCF monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal

## ANEXO 9

### POSICIONES EN EL EXPULSIVO



Figura 1. Posición vertical de pie



Figura 2. Posición vertical de cuclillas



Figura 3. Posición vertical de rodillas



Figura 4. Posición semisentada en cama obstétrica

- Se debe dejar que las mujeres adopten la posición en el parto que sea más cómoda para ellas.
- Hay que favorecer la utilización de posiciones verticales.
- En caso de que la mujer desee parir en una cama, se emplearán las camas normales o la cama obstétrica automatizada evitando la posición de litotomía.
- Las matronas deben ser expertas en asistir partos en diferentes posiciones y deben asesorar a las mujeres sobre la posición que más les conviene.



*Figura 5. Posición lateral o Sims*

## Ventajas e inconvenientes de las diferentes posiciones para el expulsivo

Posiciones para el expulsivo		Ventajas	Inconvenientes
Vertical	De pie	Mayores diámetros pélvicos Menos partos instrumentales Menos número de episiotomías Menos dolor expulsivo Menos patrones anormales en el FCF Más libertad de movimientos Ayuda de la gravedad Contracciones de mayor intensidad	Más desgarros perineales Sobrestimación del sangrado
	Cuclillas	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie En nulíparas: más traumas y mayor incidencia desgarros grado III Resultados perineales más desfavorables para las nulíparas
	Silla de partos	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie
4 apoyos (cuadrupedia)	Manos-pies Manos-rodillas	Favorece la rotación fetal en presentaciones posteriores Favorece el descenso fetal Menores traumas perineales	Rechazo cultural de la mujer
Decúbito lateral (Sims)		Tasa más alta de periné intactos Mejores resultados perineales Previene el síndrome de compresión de la vena cava Más libertad de movimientos Mayor intensidad y menor frecuencia de las contracciones	
Semisentada		Abre el estrecho pélvico Mejor para el dolor lumbar que la posición de litotomía Adecuada para el uso de epidural	Uso parcial de la gravedad
Litotomía		Adecuado para partos instrumentales Comodidad del profesional Facilidad para la colocación del RCTG	Más episiotomías Menor libertad de movimientos Cierra el estrecho inferior

FCF: frecuencia cardiaca fetal; RCTG: registro cardiotográfico.

## ANEXO 10

### IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE RECIÉN NACIDOS MEDIANTE GOTA DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL

#### Introducción

En todos los centros sanitarios tras un nacimiento existe la remota posibilidad del intercambio de los recién nacidos, y aunque se estima que pueda suceder con una frecuencia de dos casos por cada 150.00 partos, hay que disponer de unos medios adecuados para solventar aquellas situaciones de dudas de identidad.

No existe un método de identificación del recién nacido universalmente admitido, pues cada uno de los que se emplean adolecen de algún inconveniente, así el uso de pulseras homologadas puede ser útil pero poco fiable por los posibles riesgos de error o fraude; igualmente la utilización de la huella plantar o dactilar tras el nacimiento, que es lo que se viene realizando hasta ahora, no recoge los elementos necesarios para poder ser empleado como método de identificación. La toma de la huella plantar y/o dactilar, tal como se viene realizando en la sala de partos con el empleo de un simple tampón comercial, conlleva la obtención de improntas plantares o dactilares, que si bien reproducen en tinta la forma del pie o del dedo (y no siempre de manera completa) son simples manchas, con defectos por mucha o poca tinta o por estar movida, de ahí que la mayoría de las veces no pueden ser empleados para la identificación postnatal. En diversos trabajos publicados sobre la huella plantar, solamente el 1% de las tomas presentan los puntos necesarios para ser admitido su uso para el estudio de identificación postnatal.

#### Identificación del recién nacido

Un sistema de identificación del recién nacido debe proveer:

1. Correlación positiva del vínculo madre-hijo en el momento del parto y en el alta.
2. Permanente identificación durante todo el tiempo que ambos estén en el hospital.
3. Documentar y acreditar que estos pasos se cumplen.

## Procedimiento para la identificación del recién nacido

En todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud se asegura la identificación de los recién nacidos mediante el siguiente procedimiento:

- Identificación en el paritorio:
  1. Se confeccionarán dos pulseras idénticas (madre e hijo) con cierre inviolable, que incluyen: nombre y apellidos de la madre y datos del recién nacido (sexo, fecha y hora del nacimiento).
  2. Matrona: colocará la pinza de cordón en el recién nacido, estando éste sobre el vientre de la madre y antes de cortar el cordón.
- Pinza de cordón: Imprescindible que lleve un código o número idéntico que el de las pulseras, que son colocadas en la muñeca de la madre y el tobillo del niño, en presencia de la madre y/o del padre.

## Registro de la identidad del recién nacido

- Tras pinzar el cordón, se recogerá sangre del extremo placentario cordón (extremo que tras el corte quede unido a la placenta), y se depositarán dos gotas en el papel de filtro absorbente dispuesto para tal efecto.
- Recoger dos gotas de sangre de la madre (vía venosa si está canalizada o por punción capilar) y depositarlas en el espacio correspondiente del papel secante.

## Documento de identificación del recién nacido

Una vez cumplimentados los espacios reservados (identidad de la madre, fecha, testigos...) se introducirá el papel de filtro absorbente en el sobre, se cerrará y se guardará en la historia clínica de la madre.

Esta muestra sólo se utilizará para identificar al recién nacido con su madre en caso de dudas de intercambio, **nunca para pruebas de paternidad.**

Documento de identificación del recién nacido





## Sistema de identificación por pulseras y sangre de cordón umbilical

Equipo compuesto por:

1. Pulsera identificativa numerada y decorada para la madre.
2. Pulsera identificativa numerada y decorada para el recién nacido.
3. Pinza umbilical numerada.
4. Tres pegatinas numeradas y decoradas para la hoja neonatal, partograma y para el documento de identificación del recién nacido.



## ANEXO 11

### SITUACIONES DE RIESGO PARA EL RECIÉN NACIDO

SITUACIONES DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	PEDIATRAS EN SALA DE PARTO
<b>Antecedentes obstétricos</b>		
Antecedentes Maternos		
Diabetes mellitus	Metabólico / Disfunción miocárdica / Malformaciones / Prematuridad / SDR / RCIU / Macrosoma	Malformaciones / Prematuridad
<b>Gestación</b>		
Oligohidramnios	RCIU / Insuficiencia placentaria / Muerte fetal / malformaciones renales y pulmonares / Sufrimiento fetal intraparto	Si hay malformaciones
Polihidramnios	Malformaciones del SNC, neuromusculares y digestivos / IC	Si hay malformaciones
Gestación Múltiple	Prematuridad / S. de transfusión feto-fetal / RCIU / Alteraciones del bienestar fetal / Traumatismos	Prematuridad / Alteraciones del bienestar fetal
Sospecha de malformaciones por ecografía	Dependiente del tipo de malformación / RCIU	Si hay malformaciones
Anomalías del tamaño y del ritmo del crecimiento fetales		
RCIU	Muerte fetal / Anomalías congénitas / Alteraciones del bienestar fetal / Metabólico	Malformaciones / Alteraciones del bienestar fetal
Macrosomía	Anomalías congénitas / Metabólico / Traumatismos	Malformaciones
Alteraciones del bienestar fetal anteparto		
Disminución de movimientos fetales	Feto nacido muerto / Alteraciones de bienestar fetal / Aspiración meconial	Líquido teñido / Alteraciones del bienestar fetal
Test no estresante patológico/ Test de tolerancia a las contracciones patológico	Feto nacido muerto / Alteraciones del bienestar fetal / Aspiración meconial	Líquido teñido / Alteraciones del bienestar fetal

SITUACIONES DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	PEDIATRAS EN SALA DE PARTO
Diabetes Gestacional	Metabólico / Alteraciones del bienestar fetal	Alteraciones del bienestar fetal
Preclampsia / Eclampsia	Muerte fetal / Desprendimiento de placenta / Alteraciones del bienestar fetal	Desprendimiento de placenta / Alteraciones del bienestar fetal
Madre mayor de 40 años	Prematuridad / Alteraciones del bienestar fetal / RCIU / Malformaciones	Prematuridad / Alteraciones del bienestar fetal / Malformaciones
Madre adolescente	Prematuridad / Alteraciones del bienestar fetal / RCIU / Malformaciones	Prematuridad / Alteraciones del bienestar fetal / Malformaciones
Drogodependencia / Alcoholismo	Síndrome de Abstinencia / Malformaciones / S. Alcohólico-fetal	Siempre
Isoinmunización (antígenos hematíes)	Anemia hemolítica	Alteraciones de bienestar fetal
Isoinmunización de plaquetas	Hemorragias	Alteraciones de bienestar fetal
Trombocitopenia	Hemorragias	Alteraciones de bienestar fetal
Embarazo no controlado	Infecciones / Malformaciones	Alteraciones de bienestar fetal / Malformaciones
<b>Parto</b>		
Hipotensión materna	Alteraciones del bienestar fetal / Hipotensión / Shock	Alteraciones del bienestar fetal
Fiebre materna con sospecha de corioamnionitis y otras infecciones maternas (Herpes, VIH)	Infecciones / Sepsis	Alteraciones del bienestar fetal
<b>Aclaraciones</b> El pediatra tiene que valorarlo para decidir ingreso por riesgo de infección neonatal		
RPM > 18 horas	Infecciones / Sepsis	Alteraciones del bienestar fetal
<b>Aclaraciones</b> El pediatra tiene que valorarlo para decidir ingreso por riesgo de infección neonatal		
Líquido teñido	RN nacido muerto / Alteraciones del bienestar fetal / Aspiración meconial	Líquido teñido / Alteraciones del bienestar fetal
Líquido o membranas amnióticas con olor fétido	Infecciones / Sepsis	Alteraciones del bienestar fetal
<b>Aclaraciones</b> El pediatra tiene que valorarlo para decidir ingreso por riesgo de infección neonatal		
Parto instrumentalizado	Traumatismo fetal / Sufrimiento fetal	Siempre
Parto prolongado		Alteraciones del bienestar fetal

Fuente: Elaboración propia del Servicio de Pediatría Hospital Virgen del Castillo. Área V Altiplano.

SITUACIONES DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	PEDIATRAS EN SALA DE PARTO
Expulsivo prolongado	Feto nacido muerto / Alteraciones del bienestar fetal / Traumatismo	Alteraciones del bienestar fetal
Parto por cesárea	Riesgo de Sufrimiento fetal / SDR / Pérdida hemática	Siempre
Rotura placentaria / Hemorragias	RN nacido muerto / Alteraciones del bienestar fetal / Anemia	Siempre
Presentación anómala	Riesgo de sufrimiento fetal / Traumatismo	Alteraciones del bienestar fetal
Tetania uterina	Alteraciones del bienestar fetal	Alteraciones del bienestar fetal
Prolapso de cordón	Riesgo de Sufrimiento fetal / Hemorragia intracraneal / Muerte fetal	Siempre
Monitoreo fetal patológico	Riesgo de Sufrimiento fetal / Muerte fetal	Siempre
Puntuación de APGAR baja a los 5 minutos	Transición prolongada / SDR	Siempre
Puntuación de APGAR baja a los 10 minutos	IC / Insuficiencia renal / Lesión neurológica	Siempre
Palidez o Shock	Pérdida hemática	Siempre
Distrés Respiratorio	Insuficiencia respiratoria	Siempre
Apneas	Insuficiencia respiratoria	Siempre
Prematuridad (< 36 semanas)	SDR / Sufrimiento fetal / Hemorragia intracraneana / metabólicos / Hipotermia	Siempre
Posmaduro (> o = de 42 semanas)	Feto nacido muerto / Alteraciones del bienestar fetal / Aspiración meconial	Alteraciones del bienestar fetal / Líquido teñido
Peso inferior a 2500 grs.	Metabólico / Anomalías cromosómicas / Hipotermia / Aspiración meconial / Depresión perinatal	Alteraciones del bienestar fetal
Peso mayor a 4000 grs.	Anomalías congénitas / Metabólico / Depresión perinatal / Aspiración meconial	Alteraciones del bienestar fetal / Líquido teñido / Malformaciones
Anomalías congénitas evidentes	Malformaciones	Malformaciones
Hipotermia (< 36 °C)	SDR / Sufrimiento fetal / metabólicos	SDR / Sufrimiento Fetal
Hipoglucemia (< 40 mgrs/dl)	Alteraciones del SNC / Convulsiones	Alteraciones del SNC / Convulsiones

### **Bibliografía consultada:**

1. Cloherty JP, Eichenwald E, Stark A. Manual de Cuidados neonatales. 4.<sup>a</sup> Edición española de la 5.<sup>a</sup> edición de la obra origina en habla inglesa. Barcelona 2005 (texto completo).
2. Vento M, Moro M. De guardia en Neonatología. 2.<sup>a</sup> Edición. 2008 (texto completo).
3. Brea AB, Quesada JJ. Manual de Cuidados Intensivos Neonatales. Sección de Neonatología y UCI Neonatal HUVA.

**EMCA**  
Gestión de la Calidad Asistencial

[www.programaemca.org](http://www.programaemca.org)



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación  
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

