

PROTOCOLO:

ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

Servei de Medicina Maternofetal i Servei de Neonatologia. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia
Servei d' Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del dolor.

1. INTRODUCCIÓN

Este protocolo explica y desarrolla conceptualmente la manera de asistir a los partos en nuestro centro. Incluye desde la asistencia al parto mínimamente medicalizado (asistencia de forma natural al parto de bajo riesgo), hasta la vigilancia intensiva en el manejo de un parto de alto riesgo.

El principio básico es que la gestante pasa a ser el centro de la asistencia. Eso implica que la gestante participa activamente en el control del parto y tiene la posibilidad de decidir sobre algunos aspectos, basándose en sus propias necesidades, derivadas de sus concepciones éticas, culturales, sociales y familiares.

Para optimizar el cuidado de la gestante, es fundamental la evaluación individual del riesgo del embarazo y del parto ya que nos permitirá adecuar la vigilancia intraparto de acuerdo con el riesgo. Para la valoración del riesgo durante el embarazo y el parto se utilizará una clasificación que surge de la fusión (para facilitar su aplicación práctica) de la propuesta por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2ª edición). En nuestro centro, se considerarán de bajo riesgo aquellas gestantes incluidas en los grupos de riesgo bajo y medio de la mencionada clasificación, y de alto riesgo, las incluidas en los grupos de riesgo alto y muy alto.

2. VALORACIÓN INICIAL EN URGENCIAS

La valoración inicial de las gestantes que acudan refiriendo dinámica uterina o sensación de hidrorrea, se realizará en el área de urgencias. Se realizarán en todos los casos las siguientes exploraciones:

1. TA, Pulso, Temperatura materna.
2. Exploración de las condiciones cervicales.
3. Auscultación de la FCF en gestantes de bajo riesgo y registro cardiotocográfico (RCTG) en gestantes de alto riesgo.

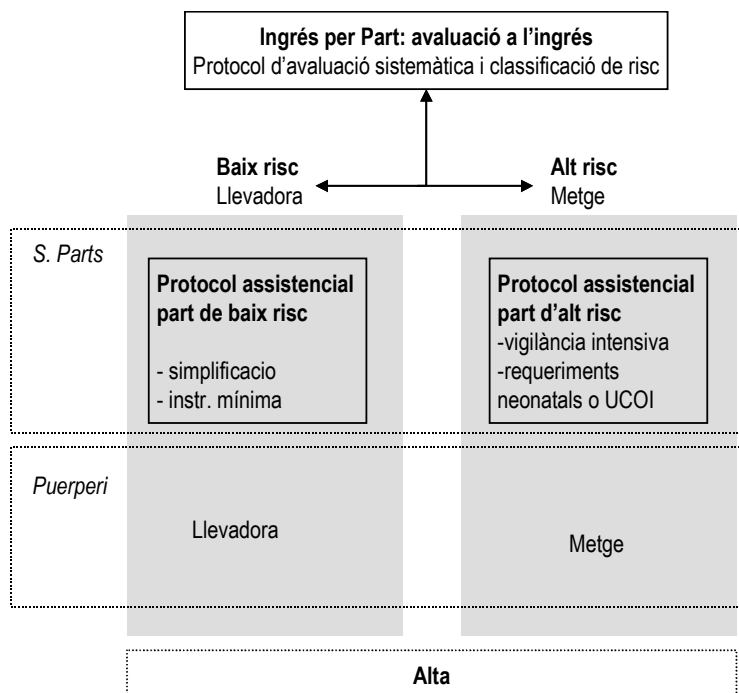
En general, estará indicado sólo el ingreso de aquellas gestantes que cumplan criterios de parto (dinámica uterina regular, acortamiento cervical superior al 50% y dilatación igual o superior a 3 cm.) siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas nacionales e internacionales o amniorrexis confirmada. Si no se cumplen estas condiciones, pueden prescribirse fármacos (vía oral o im) para aliviar el dolor de los pródromos de parto (buscapina, paracetamol...).

Las gestantes que acudan presentando otros síntomas (ruptura de membranas, sangrado vagina...) requieren una evaluación específica.

3. INGRESO

Si la gestante ingresa, se procederá desde urgencias a:

1. Revisión de la Historia Clínica / HCI / carnet de embarazo.
2. Evaluación del grado de riesgo (*Anexo 1*):
3. Se ingresará preferentemente en la Sala de Hospitalización de alto o bajo riesgo de acuerdo con los criterios establecidos en el *Anexo 2*. Debe tenerse en cuenta que los criterios de hospitalización NO son exactamente coincidentes con la ubicación en sala de partos (puesto que una gestante con cesárea anterior debe ser monitorizada en la sala de partos de alto riesgo pero puede ser ubicada en la sala de hospitalización de bajo riesgo).
- Preguntar siempre si desea una habitación individual.
4. Evaluación del plan de parto / nacimiento (*Anexo3*)
5. Cumplimentar el partograma en soporte de papel (médico o comadrona, de acuerdo con el grado de riesgo).
6. Se facilitará a la mujer el tríptico informativo sobre el dolor del parto y los tipos de analgesia farmacológica.
7. Comunicación a Anestesiología sobre el ingreso de una paciente de alto riesgo anésteico (*Anexo 4*).



4. UBICACIÓN DE LAS GESTANTES EN LA SALA DE PARTOS

- Se ubicarán preferentemente en la **Sala de Partos de bajo riesgo** (SP-1):
 - Gestantes de bajo riesgo: ya sea en trabajo de parto o para inducción médica del parto.

- Se ubicarán preferentemente en la **Sala de Partos de alto riesgo** (SP-2):
 - Gestantes de alto riesgo
 - Gestantes con altas probabilidades de finalizar en cesárea (gemelares, alteraciones RCTG etc): considerar ubicar este grupo reducido de gestantes directamente en el quirófano polivalente.
 - Gestantes con altas probabilidades de requerir cuidados neonatales inmediatos (sospecha macrosomas >4000g, aguas meconiales): considerar ubicar este grupo de gestantes en SP-2.

Se ubicarán preferentemente en la **Sala de Partos de bajo riesgo 4A/4B**:

- Gestantes que precisen de maduración cervical con prostaglandinas: permanecerán aquí durante las 2 primeras horas después de la administración de prostaglandinas. Se trasladarán posteriormente a la sala de hospitalización hasta que se inicie el parto o se decida la estimulación con oxitocina, momento en el que pasarán a la Sala de partos de alto o bajo riesgo dependiendo de su grado de riesgo.

5. ASPECTOS GENERALES DE LA ASISTENCIA EN 1^{ER}, 2^O Y 3^{ER} PERÍODO DEL PARTO

1er periodo del parto:DILATACIÓN:

1. Conducta general:

- Puesto que el nacimiento de un hijo es un hecho único en la vida de una pareja, se hará el máximo esfuerzo para procurar un ambiente íntimo y agradable.
- Plan de parto/nacimiento: considerar dentro de lo posible, las peticiones expresadas en el plan de nacimiento.
- Acompañantes: la gestante podrá estar acompañada por una persona que ella designe.
- Canalización vía venosa: es necesaria para tener un acceso rápido para la administración de fármacos en caso de complicación que ponga en peligro la salud de la madre o del feto.
- Cuando se haya detectado Estreptococo B en los cultivos vagino-rectales/urinocultivo (o si el resultado es desconocido) es necesario administrar antibiótico, por el potencial riesgo de infección neonatal por estreptococo (consultar protocolo específico).
- Maduración cervical con prostaglandinas: se utilizará preferiblemente la vía vaginal a la intracervical ya que la primera es igual de efectiva y menos invasiva.
- Se evitará el rasurado y enema excepto si la mujer lo solicita.
- La oxigenoterapia prolongada está contraindicada, ya que puede ser perjudicial para el feto.

- Exploraciones vaginales: se realizarán, por término general, cada 2 horas, a pesar de que se pueden realizar más frecuentemente si el equipo obstétrico lo cree conveniente. Se evitarán en la medida del posible las exploraciones repetidas por varios miembros del equipo obstétrico y se limitará la entrada del personal sanitario a la SP durante la exploración.
- Monitorización fetal: se puede realizar de forma intermitente en todas aquellas gestantes en las que no haya una indicación de monitorización continua. Sin embargo, se realizará monitorización continua sistemáticamente en:
 - a) Gestantes de alto riesgo.
 - b) Gestantes de bajo riesgo en caso de administración de oxitocina o después de la analgesia epidural.
 - c) Maduración cervical con prostaglandinas: durante un período de 2 horas posteriores a su administración. Posteriormente puede realizarse monitorización intermitente si la gestante es de bajo riesgo y el RCTG normal.
- En el partograma la comadrona deberá hacer constar cada hora: la FC, TA, temperatura y el EVA. Cada hora se evaluará el RCTG y la comadrona u obstetra de referencia deberá anotar su interpretación en la historia clínica según los criterios vigentes (*Anexo 5*).
- La administración de oxitocina (*Anexo 6*), antibióticos y otras maniobras invasivas como la amniorrhexis artificial y monitorización interna de la dinámica uterina no se realizarán sistemáticamente, pero pueden estar indicadas en casos de inducción del parto o cuando exista evidencia de distocia dinámica o no progresión del parto. La administración de oxitocina requiere de monitorización continua. La indicación de tales intervenciones deben constar claramente en la historia clínica.
- Se dará soporte emocional y información detallada sobre la evolución del parto y los pasos que se van a seguir. Se informará a la gestante utilizando un lenguaje comprensible y haciéndola participe de las decisiones.
- Se ofrecerá tratamiento del dolor cuando la gestante lo solicite con: analgesia inhalatoria (óxido nítrico) o neuroaxial con analgesia epidural (*Anexo 7*) También se ofrecerán otros métodos alternativos para alivio de dolor (técnicas de relajación, respiración, masajes, ducha de agua caliente, visualización de imágenes...).
- Si se ha realizado una analgesia epidural, la comadrona, siguiendo las directrices del equipo de anestesiología, realizará el mantenimiento de la analgesia peridural (refuerzo, retirada del catéter...).

2. Gestantes de bajo riesgo:

El manejo y la dirección del parto de estas gestantes dependerá principalmente del equipo de comadronas. Aunque otros profesionales (médico especialista, anesthesiólogo, neonatólogo) puedan intervenir también en el proceso, la gestante mantendrá preferentemente el contacto con una comadrona de referencia que será la responsable de su parto, junto con el personal en formación designado (MIR 1er/2on- LLIR).

- El parto transcurrirá, siempre que sea posible por disponibilidad, en una sala de partos de bajo riesgo, habilitada para acoger de manera integral todo el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato.
- Si no hay complicaciones y la gestante lo desea, durante la fase de dilatación puede realizar ingesta oral de líquidos claros (agua, té, café, infusiones, bebidas isotónicas..) pero no de lácticos, jugos con pulpa o ácidos o bebidas carbónicas. La vía puede mantenerse sin ser conectada a una perfusión, y heparinizada.
- Control fetal: en este grupo de gestantes se puede realizar auscultación o monitorización intermitente de la FCF. Si se opta por la auscultación intermitente, se hará cada 15 minutos durante 60 segundos en el período postcontracción inmediato. Si se opta por la monitorización intermitente se harán ventanas de 20 minutos cada hora. Aproximadamente cada hora, la comadrona responsable del parto.
- La paciente tendrá libertad de movimientos y posiciones, y se realizarán las intervenciones médicas mínimas para garantizar el control del bienestar fetal.

3. Gestantes de alto riesgo:

- Si el parto es de alto riesgo, la necesidad de más controles materno-fetales requieren un ambiente más medicalizado. El proceso de dilatación y el parto pueden tener lugar en una misma sala de partos, pero la monitorización fetal y materna es más estrecha.
- Alimentación: dado el riesgo más elevado de que estas gestaciones finalicen en cesárea, es recomendable que no ingieran alimentos líquidos por vía oral, excepto pequeños sorbos de agua para mejorar el confort.
- Monitorización fetal: debe ser continua.

2º periodo del parto: EXPULSIVO:

- Las exploraciones vaginales son habitualmente más frecuentes a medida que se acerca la fase de expulsivo.
- El equipo obstétrico mantendrá una conducta expectante (es decir, no se procederá a la realización de ninguna maniobra ni a la administración de medicación) excepto si las condiciones maternas o fetales aconsejan una conducta más activa. En mujeres con analgesia peridural, no se considerará un expulsivo prolongado hasta que no se cumplan 3 horas en dilatación completa en pacientes primíparas y 2 horas en multíparas. La indicación para realizar una instrumentación deberán quedar claramente anotadas en la historia clínica.
- Monitorización fetal: en este período el riesgo de acidosis fetal es más elevada, por lo que es recomendable realizar una monitorización continua de la FCF. No obstante, si se decide hacer una auscultación intermitente, ésta se hará cada 5 minutos durante 60 segundos después de una contracción.
- La gestante podrá, si lo desea, realizar pujos.
- En mujeres sin analgesia peridural se permitirá libertad de posiciones durante el expulsivo, siempre asegurando el bienestar fetal y realizando una protección activa del periné para evitar en lo posible daños perineales.
- Las maniobras de presión sobre el fundus uterino sólo, se pueden realizar cuando el feto esté coronando.
- La episiotomía no se realizará de manera sistemática sino de manera selectiva, únicamente cuando sea necesario. Para facilitar la distensión perineal y el deslizamiento de la cabeza del feto se pueden utilizar compresas calientes o sustancias lubricantes. Existe la posibilidad de utilizar espejos para ver el descenso de la cabeza fetal si la paciente lo solicita.
- En caso de necesidad de instrumentación o indicación de finalización del parto mediante cesárea se ofrecerá siempre al acompañante la entrada a quirófano si la gestante lo desea y no exista una situación urgente o emergente que lo contraindique.
- Si el estado del recién nacido es bueno, no existe urgencia para el pinzamiento del cordón. Si la madre lo desea y el estado del recién nacido lo permite, se puede esperar a que éste deje de latir, y de la misma manera, ella o su acompañante podrán cortar el cordón.
- Se realizará la recogida sistemática de sangre de cordón umbilical (SCU) para donación altruista al Banc de Sang i Teixits, de forma universal en todas las gestantes, independientemente del tipo de parto.

No es necesario que previamente se haya firmado el Consentimiento Informado, la gestante lo puede firmar inmediatamente después del parto y hasta los 7 días posteriores al mismo.

- Criterios de exclusión para la recogida de SCU:

- Evidencia de infección activa: fiebre materna $>38^{\circ}\text{C}$ con sospecha de infección, enfermedades víricas (HbsAg positivo, VIH, VHC), fúngicas, tuberculosis.
- Gestación < 37 semanas
- Enfermedad hemolítica por isoimmunización
- Complicaciones obstétricas
- Gestaciones múltiples (excepto si donaciones dirigidas).
- Si la gestante no desea realizar la donación después de ser debidamente informada (en estos casos se desechará el equipo de recogida si es que se ha utilizado).

- Técnica de recogida de SCU: (Ver Anexo 7)

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) recomienda que su extracción se realice después del nacimiento y antes del alumbramiento de la placenta ya que el contenido cualitativo y cuantitativo de la fracción celular es mejor. Lo más recomendable es pinzar y cortar rápidamente el cordón (aproximadamente 30 segundos), ya que de otra manera las probabilidades de que se obtenga el volumen necesario de sangre son muy bajas.

- Se promoverá siempre que sea posible el contacto “piel con piel” entre madre y recién nacido y el inicio de la lactancia precoz ya en sala de partos. Ello es extensivo en el caso de cesáreas. Si la mujer no puede realizar el “piel con piel” por algún motivo y así lo desea, será el acompañante quién mantendrá contacto con el recién nacido.
- La reanimación del recién nacido se hará siempre que se pueda en la misma sala de partos, en presencia de los padres.
- Se permitirá la realización de fotos de la madre y su hijo dentro de la Sala de Partos previo consentimiento verbal. No estará permitida la filmación del parto, a no ser que la pareja presente solicitud de Audiovisuales cumplimentada.

3r periodo del parto: ALUMBRAMIENTO:

Conducta general:

- Se realizará un alumbramiento dirigido (con oxitocina: administrar lentamente 2-5 UI ev / 10 UI im) puesto que esta medida disminuye la incidencia de hemorragia postparto. Posteriormente al alumbramiento, se mantendrá la administración de oxitocina (10 UI en 500cc en 6-8h). Si la gestante lo desea, puede NO realizarse este procedimiento. La donación de SCU no contraindica un alumbramiento dirigido.
- El tiempo de espera antes de que se produzca el alumbramiento no debe ser superior a los 30 minutos.
- Si la mujer solicita llevarse la placenta consigo, se dejará constancia por escrito en la Historia Clínica de la paciente.

6. ANALGESIA

La tolerancia al dolor es muy variable entre unas gestantes y otras. Por eso no puede generalizarse el tipo y el tiempo de analgesia a utilizar durante el trabajo de parto. Se promoverá que todas las gestantes y especialmente aquellas que no deseen *a priori* ningún tipo de analgesia durante el parto, utilicen métodos no farmacológicos para aliviar el dolor (Anexo 8). El anestesiólogo, junto con el responsable del control de la gestante, y la propia gestante, decidirán cuál es la mejor opción en cada caso.

La técnica analgésica más segura para la madre y para el feto es la analgesia epidural y, por lo tanto, será la de elección durante la fase activa del parto si la paciente lo solicita y está indicada. En cualquiera de las modalidades analgésicas, pero especialmente para el procedimiento específico de bloqueo neuroaxial para analgesia epidural es necesario obtener el consentimiento analgesia epidural es necesario obtener el consentimiento informado de la gestante (que podrá obtenerse al inicio del parto o tras la asistencia a sesiones de información prenatal sobre analgesia y anestesia en el parto). Previamente a la realización de una epidural deberá realizarse una perfusión de 500 cc de Ringer.

7. PUERPERIO INMEDIATO Y HOSPITALIZACIÓN

Las gestantes, después del parto, permanecerán aproximadamente una hora en la sala de partos. Durante este período se realizará el siguiente control:

1. Control de constantes cada 15-30 minutos (TA, FC). Control temperatura.
2. Control del tono uterino cada 15 minutos.
3. Valoración de la pérdida hemática.
4. En caso de anestesia epidural, valoración de la recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores, además de estabilidad hemodinámica.
5. En los casos de cesárea el control se prolongará durante 2 horas y se realizará en el box de reanimación postoperatoria (UCOI 3 puerta). Se controlará: nivel de consciencia, constantes hemodinámicas, ventilatorias, oxigenación (monitorización continua de saturación O₂), temperatura y dolor postoperatorio
6. Siempre que sea posible, el recién nacido permanecerá con la madre, promoviendo el método "piel con piel" y la lactancia precoz, antes de que la madre abandone la sala de partos.
7. Se procederá a retirar el catéter peridural antes de abandonar Sala de partos (partos vaginales y cesáreas), si la evolución es satisfactoria.
8. La madre recibirá por parte del personal de hospitalización soporte para conseguir una lactancia efectiva (posturas, frecuencia) e información y asesoramiento ante los problemas más frecuentes del puerperio y los motivos de alarma (fiebre, dolor, sangrado, loquios malolientes, tristeza profunda, dolor en extremidades...).
9. La duración de la estancia en el hospital dependerá de las necesidades individuales de la madre y de su bebé, pero generalmente es de 48 horas si el parto es vaginal, y 3-4 días si el parto es mediante cesárea. Existe también la posibilidad de acogida al Programa de Alta Precoz a las 24 horas en caso de parto vaginal y de acuerdo con el Servicio de Neonatología.

8. ASISTENCIA INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS

Los controles clínicos habituales al recién nacido se realizarán en presencia de los padres. En caso de que alguna complicación justificara que se hicieran sin su presencia, se les informará de ello.

Dado que la mayoría de los cuidados puede realizarse sin separar madre-hijo, si el recién nacido presenta un buen estado, se favorecerá al máximo el contacto materno-filial "piel con piel" durante todo el tiempo posible.

Se identificará al bebé y se le realizará:

- Cura del cordón umbilical
- Administración de vitamina K para reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas. La vía más eficaz de administración es la intramuscular. Si la madre no desea esta vía, se puede administrar oral (2 mg al nacimiento y repetir a la semana y a las 4 semanas).
- Administración de colirio o pomada oftálmica (aureomicina o eritromicina) como prevención de la oftalmía neonatal y la colonización por Chlamydia.

Debe contactarse al Neonatólogo de guardia (Busca 380040 o 12-06) en caso de que estén presentes cualquiera de los criterios establecidos por el Servicio de Neonatología y que están claramente expuestos en Sala de Partos.

10. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es muy importante que la gestante entienda y acepte todo aquello que se le está haciendo durante el proceso del parto. Por este motivo es esencial que el equipo obstétrico informe y explique, en un lenguaje comprensible, todos los procedimientos que se realicen durante la parto.

Para algunas intervenciones específicas, como la inducción médica del parto o la cesárea en curso de parto o programada, es necesario, además, obtener el consentimiento firmado de la gestante.

Así mismo, en los casos en que la gestante, después de ser debidamente informada, se niegue a que se le realice algún tipo de intervención que se considera necesaria, se reflejará en la historia clínica y se hará firmar por la gestante.

Responsables del protocolo:

A Arranz, Enfermera
O Coll, Obstetra Consultor
C Gotor, Llevadora
E Gratacós, Obstetra Consultor
S Hernández, Obstetra Especialista
J Bellart, Obstetra Especialista Sènior
F Botet, Neonatòleg Consultor
L Mallen, Llevadora
P Munuera, Llevadora
M Palacio, Obstetra Consultor
A Plaza, Anestesiòleg Especialista Sènior
I Salgado, Llevadora
I Teixidó, Obstetra Especialista Sènior

Fecha de realización del protocolo: 24/02/07

Actualizaciones: 12/02/08, 08/06/10, 6/4/11

Última actualización: 8/4/11

ANEXO 1: CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO⁽¹⁾

1. Riesgo bajo

En general se considera dentro de este grupo el embarazo en el cual no se puede demostrar ninguno de los factores de riesgo que se buscan sistemáticamente y que se listan a continuación.

2. Riesgo medio

- Anomalías pelvianas
- Estatura baja (<1,45m)
- Gestación en mujeres de menos de 17 años
- Gestación en mujeres de más de 38 años
- Obesidad
- Gestante Rh negativa
- Fumadora habitual
- Condiciones socioeconómicas desfavorables
- Esterilidad previa (>2 años)
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática
- Sospecha de macrosoma (4000-4500g)
- Periodo intergenésico inferior a 12 meses
- Riesgo laboral
- Riesgo de enfermedades transmisión sexual
- Control insuficiente de la gestación (< 5 visitas)
- Embarazo no deseado
- Metrorragias durante el primer trimestre
- Cardiopatías grado I NYHA
- Incrementos excesivos o insuficientes de peso
- Gran multiparidad (≥ 4 partos previos)
- Aguas meconiales
- Diabetes gestacional no insulinizada

3. Riesgo alto

- Anemia grave (Hb < 9 g/dl o hematocrito < 25%)
- Gemelos
- Sospecha de malformación fetal
- Obesidad mórbida (IMC Kg/m² > 40)
- Cardiopatía grado II NYHA
- Infección materna (incluye: toxoplasmosis, rubéola, sífilis y citomegalovirus cuando haya evidencia de infección fetal. Herpes simple genital activo, pielonefritis durante el parto y HIV, hepatitis B/C)
- Historia obstétrica desfavorable (\geq abortos, parto prematuro, recién nacido < 2500g, hemorragia postparto)
- Endocrinopatía (hipofisis, tiroides, suprarrenal)
- Diabetes gestacional insulinizada
- Cirugía uterina previa (incluye cesárea)
- Preclampsia leve / trastornos hipertensivos
- Embarazo prolongado (≥ 42 semanas)
- Sospecha macrosoma (>4500g)
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Oligoamnios / polihidramnios
- Rotura prematura de membranas de > 12 horas

4. Riesgo muy alto

- Gestación múltiple (≥ 3) o gemelos monoamnióticos
- Malformación uterina
- Muerte perinatal recurrente
- Patología asociada grave (sistémicas o mentales)
- Drogadicción/alcoholismo
- Isoinmunización (Coombs indirecto positivo)
- Cardiopatía III y IV NYHA
- Diabetes pregestacional (tipo 1 y 2)
- Enfermedad hereditaria con riesgo de afectación al recién nacido.
- Insuficiencia cervical uterina
- Malformación fetal confirmada
- Crecimiento intrauterino retardado/restringido
- Placenta previa
- Preclampsia grave
- Amenaza de parto prematuro (>32 semanas)
- Ruptura de membranas en el pretérmino (<32)
- Riesgo de tromboembolismo

(1) Protocolo de seguimiento del embarazo en Catalunya. 2ª edición revisada. Evaluación del riesgo durante el embarazo y el parto. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/protsequi2006.pdf>

ANEXO 2: CRITERIOS DE INGRESO EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN DE ALTO RIESGO

- Gestantes que ingresan por patología durante la gestación: APP/cirugía/RPM/HTA/CIR/fiebre...
- Patología ginecológica o de primer trimestre
- ILEs
- Diabetes pregestacional o gestacional insulinizada
- Trastornos hipertensivos (crónicos, preeclampsia leve/grave...)
- Gestación múltiple
- Parto prematuro < 34 semanas
- Incompetencia cervical uterina
- Malformación fetal confirmada (cardíaca, neurológica.....etc)
- CIR (crecimiento intrauterino restringido).
- Patología materna asociada grave: psiquiátrica, inmunitaria, LES, SAF, Crohn, hematológicas....
- Placenta previa o DPPNI
- Muerte fetal en gestación anterior o éxitus anteparto
- Anemia grave anteparto: Hb < 9 g/dl o Hto < 25%
- Obesidad mórbida: IMC (kg/m²) > 40
- Droga adicción/alcoholismo
- Endocrinopatía (hipófisis, tiroide, suprarrenal, etc.)
- Infección materna (pielonefritis, hepatitis B/C, toxo, rubéola, sífilis, CMV, herpes, HIV, Chagas)
- Isoimmunización
- Cardiopatía grado II-IV NYHA

ANEXO 3: PLAN DE NACIMIENTO

PART: Programa d' Atenció al Part de Baix Risc Hospitalari

Servei de Medicina Materno-fetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON).

Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) Esquerra. Institut Català de la Salut.

Pla de naixement de:

1. INTRODUCCIÓ

El principi bàsic del nostre centre és oferir una atenció al part centrada en les necessitats de les dones i de la seva parella/acompanyant amb la possibilitat de decidir el màxim nombre d'aspectes d'acord a les seves preferències, que vindran donades per les seves concepcions ètiques, culturals, socials i familiars.

El nostre servei pertany a un hospital universitari i a més dels professionals s'hi troben persones en període de formació. Tota persona que us atengui se us presentarà i s'identificarà com a professional i/o estudiant.

L'objectiu d'aquest document és que tingueu l'oportunitat d'expressar les vostres preferències i necessitats en l'atenció que rebreu quan existeixen alternatives igual d'eficaces i segures.

Per informar-vos a l'hora de fer aquest Pla de naixement, consulteu el **Full d'informació del PART** (Programa d' Atenció al part de baix Risc hospitalari). Durant l'embaràs els professionals que us atenen us donaran les informacions necessàries per tal que prengueu decisions informades.

La inclusió en el **PART** implica necessàriament que el part sigui considerat de risc baix o mitjà en tot moment. L'aparició d'algun factor que faci considerar el part d'alt risc pot implicar la necessitat d'allunyar-se d'aquest pla de naixement en algun aspecte, depenent de la situació.

2. ATENCIÓ GENERAL DURANT EL PART

Informació:

Es procurarà que l'assistència durant tot el procés de dilatació i part sigui a la mateixa sala, on es mantindrà un ambient íntim i acollidor.

Durant el procés de part vull estar acompanyada per (una sola persona):

- Acompanyant:.....*
- Sense acompanyant.*

En cas de necessitat de cesària o part instrumentat, sempre que sigui possible:

- Prefereixo estar amb un/a acompanyant*
- Sense acompanyant*

Preferències relacionades amb l'espai físic:

- Possibilitat d'escoltar música*
- Possibilitat de graduar la intensitat de la llum*
- Altres:.....*

Informació:

Se't posarà una via venosa, per tal de permetre administrar tractaments en cas necessari. Si el part es desenvolupa sense complicacions la via es mantindrà sense connectar cap sèrum. Quan s'ha detectat estreptococ en els cultius que es fan al final de la gestació (o si el resultat és desconegut) s'administrarà antibiòtic per prevenir una possible infecció del nadó.

- En cas que sigui necessari administrar-me un medicament, vull que se m'informi i se'm consulti l'opinió*

Informació:

Procurarem que disposeu de la màxima llibertat de moviments i la possibilitat d'adoptar varies posicions dintre de les possibilitats de l'espai, controlant el teu fill/a amb la mínima intervenció possible

He pensat en utilitzar el següent material de suport del que pugui disposar en el centre i/o que aportaré (si et vols assegurar l'ús d'algun d'aquests materials es aconsellable que el portis)

- Pilota
- Coixins (es aconsellable que els portis)
- Mirall
- Cadira de parts
- Música (personal)
- Altres.....

M'agradaria que el control del benestar del meu fill/a es faci amb:

- Monitoratge electrònic periòdic (intermitent)
- Monitoratge electrònic continuat
- No tinc preferències

Informació:

Exploracions vaginales: Es realitzaran, per terme general, cada 2 hores durant la dilatació i més sovint en la fase final del part (tot i que els intervals poden allargar-se o escurçar-se depenent de l'evolució del part) S'evitaran dins el possible les exploracions repetides i es procurarà preservar al màxim la teva intimitat.

M'agradaria que:

- Els tactes vaginales siguin els imprescindibles
- Els controls de constants (temperatura, tensió arterial...) siguin els imprescindibles

Informació:

- *Hidratació:* La hidratació durant el part és important i en general es poden beure líquids clars durant la dilatació (aigua, te, cafè, infusions, suc sense polpa, begudes isotòniques...)
 - Portaré begudes de la meva elecció per poder beure durant la dilatació
 - Prefereixo no beure durant la dilatació No tinc preferències
- *Ènemes.* S'utilitzen per a facilitar l'expulsió de les femtes. No son necessaris abans del part i s'evitaran (excepte si els demaneu):
 - Sí, desitjo que se m'administri un ènema
- *Rasurat.* El rasurat del pubis no és necessari. Es realitzarà només rasurat de la zona vulvar en cas de ser necessària una episiotomia.

Preferències sobre l'alleujament del dolor

- M'agradaria tenir/provar un part sense anestèsia
- M'agradaria que em possessin l'anestèsia el més aviat possible
- M'agradaria utilitzar mètodes farmacològics si ho necessito:
 - Oxid nítrós
 - Peridural a baixa dosis ("walking" peridural)
 - Peridural
 - Altres
- He pensat en provar els següents mètodes no farmacològics per reduir el dolor:
 - Estimulació cutània:: el massatge superficial, la pressió/massatge i l'aplicació superficial de calor o fred.
 - Dutxa d'aigua calenta
 - TENS (estimulació elèctrica transcutània dels nervis), que aportaré.
- Provaré l'ús de medicines complementàries i/o alternatives (que jo aportaré):
 - Homeopatia
 - Flors de Bach
 - Acupuntura
 - Naturopatia
 - Altres.....

3. ATENCIÓ DURANT EL MOMENT DEL NAIXEMENT

Informació:

Procurarem que disposeu de la màxima llibertat de moviments i d'escollir la posició, controlant el teu fill/a amb la mínima intervenció possible. Sempre procurarem realitzar una protecció activa del perinè, per evitar la realització de l'episiotomia. L'esponderament és la força que fa la dona per acompanyar la sortida del nadó. En un part normal només s'ha de fer si se sent la necessitat de fer-ho i amb dilatació completa.

Es pot pinçar i tallar el cordó umbilical poc després de la sortida del nadó o es pot esperar a que deixi de bategar. Tant tu com l'acompanyant podeu, si ho voleu, tallar-lo.

Preferències durant el naixement

- M'agradaria que el meu acompanyant pugui estar al meu costat
- M'agradaria que el meu acompanyant pugui veure el naixement
- M'agradaria tenir un mirall per veure el naixement
- M'agradaria que es tallés el cordó quan deixi de bategar
- M'és indiferent el moment en que es talli el cordó
- Si és possible, m'agradaria que jo o el meu acompanyant puguem tallar el cordó

Si es vol fer donació de sang de cordó (cal signar el consentiment informat), cal pinçar i tallar-lo ràpidament, donat que d'altra manera les probabilitats de que s'obtingui la quantitat necessària de sang es redueixen molt.

- M'agradaria fer donació de sang de cordó al banc públic
- No desitjo fer donació de sang de cordó al banc públic
- Aportaré material per fer donació de sang de cordó privada
- M'agradaria rebre en braços el meu fill/a immediatament que neixi
- M'agradaria esperar a rebre en braços el meu fill/a a que se li realitzin els primers controls
- M'agradaria tenir-lo/a en contacte pell amb pell
- M'agradaria que pogués estar en contacte pell amb pell amb el meu/va acompanyant
- M'agradaria que es valorés al meu fill/a davant meu
- M'agradaria iniciar l'alletament a la sala de parts

Preferències durant el període d'enllunament (sortida de la placenta)

Informació:

El deslliurament dirigit amb oxitocina (facilitar i accelerar la sortida de la placenta amb l'administració de l'hormona oxitocina per via endovenosa) redueix el risc d'hemorràgia postpart. Si no voleu aquesta opció s'esperarà al deslliurament espontani (sortida de la placenta sense medicació)

- Prefereixo un deslliurament dirigit
 - M'agradaria un deslliurament espontani
 - M'és indiferent

Preferències sobre l'alletament

- Alletament matern
- Alletament artificial

Altres.....

- No vull que se li proporcionin cap tipus d'aliment al meu fill/a sense consultar-me
- No vull que se li proporcionin xumet al meu fill/a sense consultar-me
- Desitjaria donar alletament a demanda

4. PUERPERI IMMEDIAT

Informació:

Als pocs minuts del naixement està protocol·litzada l'administració de la vitamina K als nadons donat que és una mesura d'efectivitat demostrada per reduir el risc de complicacions hemorràgiques. La via recomanada és la intramuscular (injecció), però també es pot administrar per via oral (menys efectiva)

- Prefereixo que s'administri al meu fill/a la vitamina K intramuscular*
- Prefereixo que s'administri al meu fill/a la vitamina K oral*

Es recomana també la utilització de pomada/col·liri antibiòtic per a la profilaxi ocular (evitar infeccions als ulls)

- Entenc i accepto l'ús de la pomada/col·liri*
- Prefereiria l'ús de col·liri o retardar l'ús de la pomada (menys interferència visual mare-fill)*

Informació:

Després del part, estareu una hora a la mateixa sala, abans de passar a la planta de maternitat.

- Desitjaria que la meua estància en el hospital sigui el més breu possible*
- Desitjaria que no em separin del meu fill/a, si no és estrictament necessari*

5. ALTRES NECESSITATS

Les expectatives i les necessitats al voltant de l'atenció a rebre durant part i naixement depenen també de les característiques individuals de cada persona i de la seva cultura d'origen. Si teniu una necessitat o requeriment específic comenteu-lo amb els professionals de l'equip obstètric (obstetres i llevadores) i l'atendran en la mida del possible.

- Hi ha alguna necessitat que no quedi coberta i que voldries comentar amb l'equip obstètric?*

.....
.....
.....

- En cas de dificultat lingüística a l'hora de comunicar-vos a l'hospital, tenim la possibilitat de contactar amb mediadores d'origen xinès, magrebí i romanès, que es troben disponibles en horari de matí. Marqueu si voldríeu fer ús d'aquets recurs.(NO POSSIBILITAT DE Q ESTIGUIN TOTS ELS DIES)*
 - Mediadora xina*
 - Mediadora magrebí*
 - Mediadora romana*
- Existeix la possibilitat de romandre en habitació individual, essent aquesta de pagament. En cas de voler-ho, es recomana sol·licitar-ho en el moment de l'ingrés per tal de conèixer la disponibilitat.*
 - M'agradaria accedir a una habitació individual si és possible*
 - Prefereixo habitació doble durant l'estància*
- agradaria tenir la possibilitat de filmar/fer fotografies (cal autorització prèvia)*

Jo,[nom]..... amb DNI.....

Conec el contingut d'aquest document, he rebut informació sobre el PART, Programa d' Atenció al part de baix Risc hospiTalarí i he escollit les opcions que m'han sembla oportunes. Manifesto també conèixer i acceptar les condicions per rebre atenció segons aquest Protocol de baix risc i també el meu deure de mantenir el respecte degut a les normes establertes en el centre i al personal que hi presta serveis.

En tot cas, em reservo el dret de canviar total o parcialment les decisions que expesso en aquest document en qualsevol moment al llarg del procés.

Data i signatures elaboració pla de naixement

Data i signatures entrega pla de naixement

ANEXO 4: CRITERIOS DE RIESGO ANESTÉSICO EN LA GESTANTE

I. Riesgo para la Anestesia General:

- Problemas anestésicos previos
- Antecedentes de alergia: fármacos, látex o alimentos
- Dificultad para la ventilación
- Criterios de IOT difícil
- Déficit de anticolinesterasas.

II. Riesgo para la Anestesia Locoregional:

- Pacientes con hipovolemia no compensada.
- Sepsis no tratada ni controlada.
- Enfermedades Exantemáticas por virus: varicela
- Obesidad
- Morfología: escoliosis
- Antecedentes raquídeos o neurológicos
- Trombofilias, tratamientos con anticoagulantes y antiagregantes.

III. Patología médica con afectación del estado físico general o ASA III :

- Paciente cardíopata:** cardiopatía congénita, valvulopatía, cardiomiopatía del embarazo, HTP, MCP, DAI.
- Paciente con patología respiratoria crónica o intercurrente:** fibrosis quística, asma severo.
- Paciente con insuficiencia renal aguda o crónica.**
- Enfermedad endocrinológica:** Hipertiroidismo, hipotiroidismo, feocromocitoma, Insuficiencia suprarrenal, Sdme de Cushing, Hiperaldosteronismo primario. DMID.
- Enfermedad inmunológica crónica:** Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), anemia hemolítica, artritis reumatoide, lupus eritematoso diseminado, polimiositis, dermatomiositis, espondiloartritis anquilosante, edema angioneurótico hereditario.
- Enfermedad neuromuscular o del S.N.C.:** Miastenia gravis, distrofia miotónica, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica. Patología espinal: lesiones de la médula espinal, espina bífida. Neurofibromatosis. Epilepsia. Polineuritis aguda idiopática (Sde Guillain-Barré). Patología intracerebral vascular o expansiva. Neurocirugía previa.
- Enfermedad hematológica:** Coagulopatía congénita o adquirida. Plaquetopenia. Sdme. Antifosfolípido
- La paciente con trasplante de órganos**
- Obesidad (BMI > 30)**

IV. Riesgo Obstétrico alto o muy alto.

ANEXO 5: CRITERIOS CLASIFICACIÓN RCTG:

CRITERIS CLASSIFICACIÓ REGISTRE CARDIOTOCOGRÀFIC

	Normal	Atípic	Anormal
Línia basal	110-160 bpm	100-110 bpm 160-180 bpm durant >30' i menys de 90'	<100 bpm 160-180 bpm durant > 90' >180 bpm
Variabilitat	5-25 bpm	< 5 bpm durant >30' i menys de 90'	<5 bpm durant > 90'
Desacceleracions	No desacceleracions Variables típiques ocasionals Precoces < 30'' decalatge	Variables típiques en >50% contraccions >90' Tardanes ocasionals Perllongada única de < 3' Variables atípiques* ocasionals	Variables atípiques en >50% contraccions >30' Tardanes en >50% contraccions >30' Perllongada única durant > 3'

CRITERIS DESACCELERACIONS VARIABLES ATÍPIQUES *

< 70 bpm i > 60'' de durada	Ascens perllongat > 20''
Variabilitat <5 bpm després de la desacceleració	Desacceleracions bifàsiques
Pèrdua de l'ascens transitori inicial	Retorn lent a la línia de base
Taquicàrdia o bradicàrdia basal	Línia de base menor després de la desacceleració

ANEXO 6: ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA

Objetivo: Incrementar o modificar las características de la dinámica uterina.

Preparación: Disolver 10 unidades de Oxtocina en un suero fisiológico de 500 ml.

Dosificación: Iniciar la perfusión a razón de 1-2 mU/mi (5 ml/h). Dependiendo de que se trate de una inducción o una estimulación se doblarán dosis (inducción) o se incrementarán (estimulación) a razón de 1-2 mU/mi cada 20 - 30 minutos, hasta conseguir, en la fase activa del parto, un máximo de 4 contracciones cada 10 minutos. La dosis máxima no ha de sobrepasar en ningún caso las 32 miliunidades / minuto. En la siguiente tabla se correlaciona el ritmo de infusión con la dosis de oxitocina administrada.

ml/h	mU/mi
1 ml/h	0.33 mU/mi
5 ml/h	1.6 mU/mi
10 ml/h	3.3 mU/mi
15 ml/h	5 mU/mi
20 ml/h	6.6 mU/mi
25 ml/h	8.3 mU/mi
30 ml/h	10 mU/mi
35 ml/h	11.6 mU/mi
40 ml/h	13.3 mU/mi
45 ml/h	15 mU/mi
50 ml/h	16.6 mU/mi
55 ml/h	18.3 mU/mi
60 ml/h	20 mU/mi

ANEXO 7: TÉCNICA DE RECOGIDA DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL (SCU)

• **La extracción de la SCU se realizará siempre que:**

- Las condiciones son favorables
- No se detecte ningún criterio de exclusión:
 - Evidencia de infección activa: fiebre materna $>38^{\circ}\text{C}$ con sospecha de infección, enfermedades víricas (HbsAg positivo, VIH, VHC) o fúngicas, tuberculosis.
 - Gestación < 37 semanas
 - Enfermedad hemolítica por isoimmunización
 - Complicaciones obstétricas
 - Gestaciones múltiples (excepto si donaciones dirigidas).
 - Si la gestante no desea realizar la donación después de ser debidamente informada (en estos casos se desechará el equipo de recogida si es que se ha utilizado).

• **Técnica de recogida de sangre de cordón umbilical:** cuando se prepare la mesa con el material para la asistencia al parto, a la vez se incluirá el equipo de recogida de SCU.

- 1) Nada más nacer el niño, se clampa el cordón de forma precoz (aproximadamente 30 segundos) a 3-4 cm del ombligo.
- 2) Obtención de muestra de cordón umbilical para equilibrio ácido base y estudio grupo sanguíneo y Rh. Limpiar la zona de punción con povidona yodada.
- 3) Identificar la vena umbilical y hacer la punción lo más distalmente posible, justo por encima del clampaje, con la aguja incorporada a la bolsa de recolección. Se extrae la sangre puncionando en la vena umbilical (con el bisel de la aguja dirigido hacia abajo).
- 4) Para favorecer el drenaje a la bolsa, ésta se colocará en declive y se agitará suavemente para que se mezcle la sangre y el anticoagulante y así evitar la formación de coágulos.
- 5) Exprimir suavemente el cordón de forma centrífuga para ayudar a su vaciado.
- 6) Exprimir suavemente el cordón de forma centrípeta con posterior pinzamiento a la altura del periné, para practicar una segunda punción previa limpieza con povidona yodada.
- 7) Una vez recogido el máximo de volumen posible se retira la aguja. Siempre cerrar la pinza blanca anti-contaminación (la más próxima a la aguja) antes de sacar la cánula de la vena del CU para evitar la entrada de aire en el tubo (principal causa de contaminación)
- 8) Clampaje la bolsa.
- 9) Se sigue con el alumbramiento dirigido de la placenta.
- 10) Seccionar con tijeras un fragmento de cordón umbilical de a aproximadamente 0.5 cm de largo, que se guarda en el bote de orina del equipo de recogida.
- 11) Obtención sangre materna (20 ml) en 2 tubos de EDTA de 10 ml (para determinación de serologías).
- 12) Verificar la correcta identificación de cada una de las muestras.
- 13) Cumplimentar la hoja de recogida de datos del parto por el profesional que ha asistido el parto.

• **Situaciones especiales:**

- En caso de parto de gemelos se iniciará la recogida después del nacimiento del segundo gemelo.
- En caso de donaciones dirigidas de SCU el procedimiento y el equipo de recogida son los mismos.

ANEXO 8: METODOS PARA DISMINUIR / ALIVIAR EL DOLOR

La gestante en proceso de parto puede requerir o desear medidas farmacológicas o no farmacológicas para aligerar el dolor producido por las contracciones del parto. Es importante utilizar diferentes técnicas en función de sus características individuales. En todos los casos la colaboración activa de la mujer, de la pareja y/o de otras personas que participan en la parto, es fundamental para poder encontrar la manera de contribuir a la reducción de la sensación dolorosa.

El aligeramiento del dolor tiene efectos beneficiosos a nivel fisiológico y a nivel emocional, que contribuyen a hacer que la mujer pueda tener menos complicaciones durante el parto, además de ayudar a que la experiencia del parto sea vivida de una manera más participativa y positiva.

Existen diferentes técnicas que se pueden aplicar durante el parto para disminuir la percepción dolorosa:

A) METODOS FARMACOLÓGICOS:

1. BLOQUEO NEUROAXIAL:

El bloqueo neuroaxial es el método más eficaz para tratar el dolor, pero también el más complejo. Logra su efecto, porque anula o disminuye los estímulos dolorosos de una parte del cuerpo: zona abdominal, lumbar y canal del parto, tras la administración de anestésicos locales,

1.1 Analgesia epidural

La epidural, es la forma más efectiva de tratamiento del dolor del parto y la más utilizada en todo el mundo. Igualmente, es la técnica más inocua, tanto para la madre como para el bebé, ya que nace en perfecto estado y puede iniciar inmediatamente el contacto materno y el reflejo de succión para la lactancia.

No produce problemas serios o importantes, pero pueden aparecer efectos secundarios como: disminución de la presión arterial, pesadez de las piernas o temblores. De entre todos los efectos secundarios, el que más ha preocupado ha sido su efecto sobre el parto. Actualmente existe una pequeña evidencia científica de que puede prolongar la segunda fase del parto, en término medio unos 30 minutos. A consecuencia de ello puede ser necesario un fórceps o vacío para la extracción del bebé. Está completamente demostrado que no aumenta la proporción de cesáreas.

Es una técnica de realización más compleja que la intradural, con un inicio de acción más lento, no obstante su duración se adaptará a todo el tiempo que dure el parto.

1.2 Intradural

Es una técnica de bloqueo sencilla, fácil de realizar, de rápido inicio de acción aunque de duración limitada. Tiene un efecto corto en el tiempo, por lo que no está indicada para analgesia del trabajo del parto. Puede indicarse como técnica anestésica única en el momento del parto.

1.3 Combinada intradural-epidural (CIE) o "Walking epidural"

Es una técnica combinada de bloqueo, en la que se realiza una intradural y una epidural con un material especial que permite una sola punción. Suma las ventajas de las dos anteriores, pero requiere un control materno y fetal más individualizado. Es muy bien aceptada por las gestantes, ya que permite una mayor movilidad que las técnicas locoregionales tradicionales.

2. ANALGESIA INHALATORIA: con Oxido nitroso (Kalinox®)

Es una mezcla gaseosa de un gas anestésico, el óxido nitroso y oxígeno en una proporción prefijada, al 50%. La paciente solo tiene que respirar antes de cada contracción uterina, para que el gas entre en el organismo y tenga efecto. Se necesita una máscara o dispositivo bucal desechable para cada gestante, a través del cual es inhalado intermitentemente. Sirve para controlar el dolor de las contracciones, pero no lo elimina. Son raros la aparición de problemas serios. Produce somnolencia y sedación intermitente en la madre. Puede ser una alternativa útil a métodos de analgesia más extendidos en nuestro medio. Para ser efectivo requiere la colaboración de la gestante.

3. ANALGESIA PARENTERAL: con Opiáceos

3.1 Derivados opiáceos clásicos: Meperidina o Dolantina

Son medicamentos analgésicos derivados de los opiáceos. Los más clásicos producen sedación y poca analgesia en la madre, incluso sedación en el RN con enlentecimiento de la respiración en el niño. Administración por una inyección intramuscular por comadrona al inicio del parto, para que pueda ser eliminado del bebé antes de nacer.

3.2 Derivados opiáceos actuales: Remifentanilo.

Actualmente se disponen de otros derivados más rápidos y potentes como el remifentanilo. Produce una importante analgesia materna y sin sedación del RN. Necesita ser administrado por vía endovenosa en infusión continua con una bomba especial y precisa la valoración clínica por el anestesiólogo. Puede administrarse durante todo el parto. Se considera una buena alternativa a la analgesia epidural cuando ésta, está contraindicada.

B) METODOS NO FARMACOLOGICOS

Son técnicas no médicas: simples, seguras y sin medicación

1. Estimulación cutánea:

Suele disminuir la intensidad del dolor durante y/o después de la estimulación, y por lo tanto hace más aceptable la sensación dolorosa.

Forman parte de la estimulación cutánea: el masaje superficial, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío.

2. Distracción:

Se trata de una protección sensorial que permite a la gestante aumentar otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctil-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar, moverse).

3. Relajación:

Permite una disminución de la tensión muscular y mental.

4. Técnicas de respiración:

Bien utilizadas permiten, a parte de una mejor oxigenación de la madre y del feto, modificar la concentración sobre las contracciones, y por lo tanto sobre el dolor.

5. Visualización de imágenes mentales:

Permite controlar el dolor a través de su utilización.

6. Otras medidas:

Comodidad, creación de un entorno agradable, información y apoyo psicoemocional.

C) OTRAS DISCIPLINAS

Pueden ser utilizadas como terapias de ayuda, aunque no disponemos de estos medios.

1. Homeopatía
2. Yoga
3. Acupuntura
4. Hipnosis
5. TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*)

A través de cuatro adhesivos planos, situados en la espalda, se hace pasar una corriente eléctrica suave. A veces sirve de ayuda al comienzo del parto, sobre todo del dolor lumbar. Puede comenzarse a utilizar en el domicilio y si bien es posible que ayude en los momentos iniciales, es más probable que se necesite algún otro sistema de alivio del dolor cuando el parto esté más avanzado. El hospital no dispone de TENS, deberá aportarlo la paciente.