

ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. ASPECTOS GENERALES:

Este protocolo explica y desarrolla conceptualmente la manera de asistir a los partos en nuestro centro. Incluye desde la asistencia al parto de forma natural, 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**. Las mujeres durante el trabajo de parto han de ser tratadas con el máximo respeto, en un ambiente psicoafectivo óptimo y contando con toda la información. 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 y expectativas, 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 se utilizará una clasificación (*Anexo 2*) que surge de la propuesta por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (3ª 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.

Para la valoración del riesgo durante el parto, se ha diseñado una clasificación basada en factores que atribuyen un mayor riesgo de complicaciones en el momento del parto y postparto inmediato (*Anexo 4*). Debe tenerse en cuenta que los criterios de riesgo obstétrico no son siempre coincidentes con los factores de riesgo del momento del parto, como es el ejemplo de una gestante con cesárea anterior.

2. VALORACIÓN INICIAL EN URGENCIAS

La valoración inicial de las gestantes a partir de las 35 semanas de gestación que acudan refiriendo dinámica uterina o sensación de hidrorrea, se realizará en el área de urgencias. En el momento del triaje se tomarán constantes vitales y se indagará sobre posibles factores de riesgo durante la gestación para así informar al profesional responsable y continuar con la valoración.

Acto seguido, se realizarán las siguientes exploraciones:

1. TA, frecuencia cardiaca y temperatura materna.
2. Exploración general (incluyendo piel y mucosas).
3. Maniobras de Leopold para establecer estática y situación fetal.

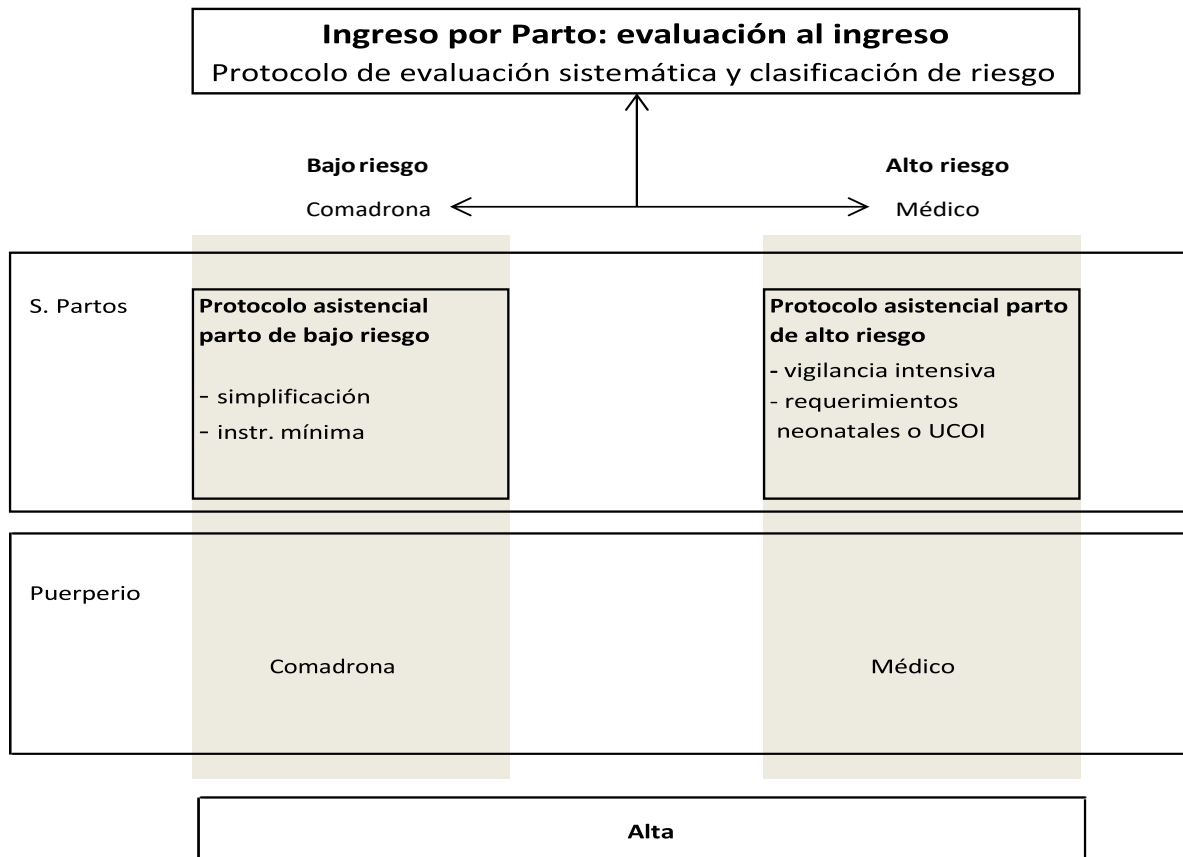
PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

4. Genitales externos.
5. Realización de tacto vaginal (una vez excluida la placenta previa) informando del Bishop, tipo de presentación, variedad y altura de la presentación, y estado de la bolsa amniótica.
6. Valoración de la frecuencia intensidad y duración de las contracciones uterinas
7. Auscultación o registro cardiotocográfico (RCTG) para valorar bienestar fetal. En gestaciones de bajo riesgo, es posible valorar el bienestar fetal con la auscultación del latido fetal durante un minuto después de la contracción.

Las gestantes consideradas de bajo riesgo y que no tengan criterios de ingreso pueden ser dadas de alta directamente por la comadrona explicando claramente recomendaciones y signos de alarma.

Las gestantes que sean consideradas de alto riesgo (incluidas las mujeres con cesárea previa) deben ser comentadas con el ginecólogo de guardia antes de ser dadas de alta.

Se considera que una gestante está de parto cuando presenta contracciones uterinas regulares, se constata acortamiento cervical y se ha iniciado la dilatación cervical, aunque se recomienda el ingreso de aquellas mujeres con una dilatación de 4-5 cm o amniorraxis confirmada (ver protocolo RPM). Aquellas gestantes que no cumplan criterios de ingreso y no toleren el dolor, podrán ser asesoradas en el uso de medidas no farmacológicas como calor local, masajes, etc.



3. INGRESO

Si la gestante ingresa, se procederá desde urgencias a:

1. Revisión de la historia clínica informatizada / Carnet de embarazo / Historia clínica compartida.
2. Reevaluación del riesgo del embarazo y al parto (*Anexos 2 y 4*).

Se ingresará preferentemente en la Sala de Hospitalización de alto o bajo riesgo de acuerdo con los criterios establecidos en el *Anexo 3*. 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. Sin embargo, el control prenatal y post natal podrá ser llevado a cabo en consulta o sala de hospitalización de bajo riesgo, ya que en la cesárea anterior el riesgo reside en el momento del parto).

3. Evaluación del plan de parto / nacimiento (*Anexo 4-Diferente en cada sede*). El documento de plan de parto debe ser entregado a la gestante por la comadrona/ginecólogo encargado de los controles prenatales y consensuado junto con ella en una siguiente visita para aclarar las dudas que pudiera tener. Existe un documento válido para gestaciones de bajo y alto riesgo.
4. La comadrona o ginecólogo que ingresa a la gestante debe hacer constar en la historia clínica la inclusión de estas embarazadas en algún estudio del centro y hacer llegar esta información a auxiliares, comadronas y ginecólogos presentes durante el trabajo de parto para recoger de forma efectiva las muestras correspondientes a cada caso.
5. Cumplimentar el partograma y la Historia Clínica: Datos Inicio de Parto.
6. Si se considera preciso, se recomienda la realización de una ecografía (confirmación de estática fetal, sospechas de anomalías de la placenta o del crecimiento fetal, etc.):
7. Revisar pruebas analíticas de hemograma y coagulación de los últimos tres meses, así como factores de riesgo de hemorragia postparto y solicitar si es necesario la reserva de sangre. (*Anexo 8*).
8. Confirmar con la gestante si desea la donación de sangre de cordón. Habrá sido informada en Consultas Externas donde firmará el consentimiento informado. (Ver Protocolo Recogida de Sangre de Cordón).
9. Canalización de vía periférica. Se informará a la gestante de la conveniencia de la colocación de una vía endovenosa ya que permitiría agilizar las acciones en caso de complicaciones que pusiesen en peligro la salud de la madre o del feto. Si la gestante, habiendo comprendido la información, no desea la colocación de la vía, se especificará en la historia clínica.

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

10. Se ofrecerá a las mujeres que lo soliciten un tríptico informativo sobre el dolor del parto y los tipos de analgesia farmacológica y no farmacológica (*Anexos 9 y 10*). También puede consultarse la página web: <https://www.hospitalclinic.org/ca/assistencia/atencio-hospitalaria/anestesia-i-reanimacio/informacio-pacients>; con información sobre analgesia y anestesia en el parto y cesárea
11. También en este momento se indagará si existe visita de anestesia por patología previa (haciéndose constar en la HCO, en el apartado de mensajes interdisciplinarios) y comunicar de manera precoz al servicio de anestesiología en caso de ingreso de una embarazada con alto riesgo anestésico (*Anexo 6*). De esta manera se podrá decidir, de forma consensuada entre la gestante y el equipo anestésico obstétrico, el tipo de analgesia/anestesia, el momento idóneo para su realización, y la monitorización y cuidados peri operatorios necesarios.

4. UBICACIÓN DE LAS GESTANTES EN LA SALA DE PARTOS

- Se ubicarán preferentemente en la **Sala de Partos de bajo riesgo**:

- Gestantes de bajo riesgo en el parto (*Anexo 4*)

- Se ubicarán preferentemente en la **Sala de Partos de alto riesgo**:

- Gestantes de alto riesgo en el parto (*Anexo 4*)
- Gestantes con altas probabilidades de finalizar en cesárea (gemelares, alteraciones RCTG...).
- Gestantes con altas probabilidades de requerir cuidados neonatales inmediatos: (sospecha de macrosomía, aguas meconiales).

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



5.1 Primer periodo del parto: DILATACIÓN

En el primer periodo del parto se diferencian dos fases:

Fase latente: contracciones uterinas dolorosas y cambios cervicales hasta dilatación de 5 cm. Duración muy variable, usualmente no más de 12 horas en un primer parto, ni más de 10 horas en múltiparas.

En mujeres con trabajo de parto espontáneo, la dilatación de 1cm cada hora durante el periodo latente del

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

primer periodo del parto no detecta el riesgo de resultados adversos en el nacimiento por lo que no se recomienda el uso de este marcador para indicar una intervención obstétrica.

En función de las preferencias de la embarazada, se puede valorar no estimular antes de llegar a la fase activa del primer periodo. Incluso en gestantes a las que se les ha administrado analgesia epidural, pueden no ser necesarios métodos que aceleren esta fase, tales como la amniotomía o el uso de oxitocina. Tampoco se recomienda el uso de medicamentos antiespasmódicos o líquidos endovenosos con el mismo objetivo.

Fase activa: contracciones uterinas dolorosas regulares y dilatación cervical des de los 5cm hasta la dilatación completa. Su duración también es variable, y su progreso no es necesariamente lineal.

5.1.1 Consideraciones generales

- Se intentará procurar un ambiente íntimo y agradable.
- Plan de parto/nacimiento: seguir dentro de lo posible, las peticiones expresadas en el plan de nacimiento.
- La gestante podrá estar acompañada por una persona que ella elija. Si así lo desea, podrá estar acompañada de una segunda persona que le proporcione soporte durante el trabajo de parto (Ver Solicitud de Segundo acompañante). (*Anexo 14*)
- Se dará soporte emocional e información detallada sobre la evolución del parto y de los pasos que se van a seguir. Se informará a la mujer y su acompañante utilizando un lenguaje comprensible y se tomarán las decisiones de forma conjunta tras haber realizado una correcta información de las posibilidades existentes.
- Se favorecerá la movilización libre de la embarazada y la hidratación oral si no existen contraindicaciones. *No se facilitará la ingesta de sólidos una vez se haya iniciado algún tipo de analgesia farmacológica, tanto sistémica como neuroaxial.*
- Cuando se haya detectado Estreptococo B en los cultivos vagino-rectales/urinocultivo es necesario administrar antibiótico, por el potencial riesgo de infección neonatal por estreptococo (Ver Protocolo Prevención de la infección perinatal por Estreptococo del Grupo B). La mujer se puede negar a este procedimiento firmando el Documento de denegación de procedimientos. (*Anexo 11*).
- En casos de inducción del parto o cuando exista evidencia de distocia de dinámica o no progresión adecuada del parto, pueden estar indicadas la administración de oxitocina (*Anexo 1*) y otras maniobras invasivas como la amniorrexis artificial y monitorización interna de la dinámica uterina. Éstas no se realizan de manera sistemática, así pues, se informará a la gestante de tal indicación y teniendo su autorización verbal se hará constar en la historia clínica.

- 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 alivio del dolor como: masajes, diferentes técnicas de relajación y/o respiración, esferodinamia, uso termoterapia, uso de la bañera, terapias complementarias (aromaterapia, musicoterapia, homeopatía, flores de Bach). El responsable del control de la gestante, decidirá cuál es la mejor opción no farmacológica en cada caso (*Anexo 10*)
- El óxido nitroso es un gas anestésico y uno de los métodos de analgesia farmacológica más antiguos que se conocen. Es un gas que se inhala de forma intermitente y que permite aliviar el dolor de las contracciones, pero no lo elimina. Necesita la colaboración de la partera y la guía de las matronas (de momento sólo disponible en Sede Maternidad) (*Anexo 9*). El uso de la analgesia durante el parto es por lo general opcional, con algunas indicaciones médicas como por ejemplo analgesia epidural en gestantes con cardiopatía compensada, enfermedad respiratoria, enfermedad neuromuscular, embarazo gemelar u otras. Si la embarazada opta por algún tipo de analgesia, debe estar incluida en el plan de parto cuál es su preferencia. Si la mujer en el momento del parto expresa deseo del manejo del dolor con estrategias farmacológicas, el médico anestesiólogo informará a la gestante sobre la eficacia y efectos secundarios y se firmará conjuntamente el consentimiento informado. El anestesiólogo también planificará el control y seguimiento de la analgesia durante el parto. .
- 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. Será realizada por el especialista en anestesiología En cualquiera de las modalidades analgésicas, pero especialmente para el procedimiento específico de bloqueo neuroaxial para analgesia epidural, es necesario una analítica del tercer trimestre con pruebas de coagulación correctas. El consentimiento informado de la gestante podrá obtenerse durante el trabajo parto o tras la asistencia a sesiones de información prenatal sobre analgesia y anestesia en el parto.
- Previamente a la realización de una técnica neuroaxial (epidural, o combinada) deberá realizarse una medición de la PA, tras la comprobación del correcto funcionamiento de una vía venosa. No es necesaria la pre hidratación con un volumen prefijado de cristaloides o coloides antes de la realización del bloqueo, sino más bien la hidratación en el mismo tiempo en el que se realiza el bloqueo.
- Monitorización bajo analgesia regional: tras la realización de la misma es necesaria la monitorización hemodinámica continua de la presión arterial no invasiva y pulsoximetría durante 30 minutos, con medición de la PA cada 5 minutos. Posteriormente, la comadrona seguirá las indicaciones del anestesiólogo para el mantenimiento de la analgesia epidural (control del EVA, necesidad de refuerzo epidural, montaje de bomba, sustitución de medicación preformada en la bomba de PCA, etc.). Bajo la analgesia epidural, se ha de animar a las mujeres a adoptar cualquier posición que les

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

resulte cómoda a lo largo del periodo de dilatación, siempre que permita una correcta monitorización materno fetal cuando ésta sea necesaria. Se recomendará de forma activa la posición ortostática.

- Monitorización bajo analgesia epidural móvil o walking epidural: además de la anterior monitorización estándar y la comprobación de la eficacia analgésica se explorará la fuerza de las extremidades inferiores y pruebas de coordinación para valorar la posibilidad de movilización (*Anexo 9*).

5.1.2 Exploraciones vaginales: se realizarán, por término general, cada 4 horas.

Antes de realizar una exploración vaginal:

- Confirmar que realmente es necesaria y que la información que proporcione sea relevante en la toma de decisiones.
- Ser consciente que es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección.
- Solicitar consentimiento verbal.
- Garantizar la privacidad, sensibilidad y comodidad. Se evitarán, en la medida de lo posible, las exploraciones repetidas por varios miembros del equipo obstétrico y se limitará la entrada del personal sanitario a la SP durante la exploración.
- Explicar la razón por la cual se practica y los resultados encontrados con especial sensibilidad si no son los esperados por la mujer.

Las exploraciones vaginales antes de 4 horas se realizarán en las mujeres con un progreso lento del parto, ante la presencia de complicaciones (metrorragia, dolor intenso, alteraciones del RCTG...) o si la paciente manifiesta sensación de pujo o de hidrorrea. En cada tacto vaginal se debe valorar: cérvix (consistencia, posición, longitud, dilatación), presentación (actitud, posición, variedad, altura) y anotar los hallazgos en el partograma.

5.1.3 Monitorización materno-fetal

Se recomienda realizar de forma intermitente, siempre que la carga asistencial de trabajo en Sala de partos lo permita, en todas aquellas gestantes de bajo riesgo con inicio de parto espontáneo y que no tengan una indicación de monitorización continua.

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

Se realizará monitorización continua sistemáticamente en:

- a) Gestantes de alto riesgo (*Anexo 4*).
- b) Gestantes de bajo riesgo en caso de administración de oxitocina, después de la analgesia epidural o cuando se detecten alteraciones durante la auscultación intermitente.

En el partograma la comadrona deberá hacer constar de manera periódica contantes hemodinámicas: la FC, PA, temperatura, el dolor según escala numérica (EVA o ENA: escala visual o nominal analógica) y el tipo de analgesia. La frecuencia respiratoria y pulsoximetría, en caso de analgesia sistémica con remifentanilo en bomba de PCA.

Cada hora se evaluará el RCTG y la comadrona u obstetra de referencia deberá anotar su interpretación en la historia clínica (Ver protocolo Monitorización fetal intraparto).

5.1.4 Control y manejo

Gestantes de bajo riesgo:

- El manejo y la dirección del parto de estas gestantes dependerán principalmente del equipo de comadronas. En algunos casos otros profesionales (médico especialista, anestesiólogo, neonatólogo) puedan intervenir también en el proceso, aunque la gestante mantendrá preferentemente el contacto con una comadrona de referencia, la responsable de su parto junto con el personal en formación designado (MIR 1er/2on- LLIR).
- Si no hay complicaciones y la gestante lo desea, durante la fase de dilatación puede realizar ingesta oral de líquidos claros (agua, 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, salinizada y cerrada.
- 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.

Gestantes de alto riesgo:

- El parto de alto riesgo requiere una vigilancia más estrecha para prevenir potenciales complicaciones.
- La monitorización fetal debe ser continua.
- Dado el riesgo más elevado de que estos embarazos finalicen en cesárea, es recomendable que no ingieran líquidos vía oral, exceptuando pequeños sorbos de agua para mejorar el confort. Si se indica cesárea: realizar siempre profilaxis de broncoaspiración ácida con dos fármacos:
 - Ranitidina 50mg IV; necesita 40 minutos para iniciar su acción a nivel gástrico, por lo que su administración deberá adelantarse dicho tiempo.

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

- Citrato sódico 0.3M 30ml VO; antes de pasar a la paciente a quirófano, puesto que su efecto caduca en 30 minutos. (si disponible).

5.1.5 Retraso en la fase activa de la primera etapa del parto

Se definirá un retraso en la fase activa de la primera etapa del parto cuando las condiciones cervicales no evolucionen en un periodo de 3 horas a pesar de existir una dinámica uterina instaurada de parto (1contracción/2 minutos).

Ante este diagnóstico, deberemos:

- Ofrecer soporte, hidratación y un método apropiado efectivo para el control del dolor.
- Realizar amniorrexis en caso de membranas íntegras.
- Realizar estimulación con oxitocina.
- Realizar una exploración vaginal cada 1-2h.

Deberemos valorar la colocación de una monitorización intrauterina de la dinámica uterina en los casos que requieran un mayor control dosis oxitocina-dinámica uterina o cuando la dinámica uterina no pueda ser objetivada de forma correcta.

En aquellos casos en los cuales aun habiendo realizado las pautas anteriores, no se objetive una progresión de las condiciones cervicales, se indicará una cesárea por parto estacionado.

5.2 Segundo periodo del parto: EXPULSIVO

Se considera desde la dilatación completa del cuello uterino hasta que se produce la expulsión fetal. Se divide también en dos periodos:

- **Periodo latente o pasivo:** dilatación completa en presencia o no de contracciones involuntarias
- **Periodo activo:** cuando el polo cefálico fetal se encuentra en un IV plano, existen contracciones de expulsivo o cuando hay una voluntad materna de realizar pujos.

La duración de este periodo varía de una mujer a otra. En primigestas, normalmente el expulsivo se completa en 3 horas, mientras que en multíparas, suele completarse en 2 horas.

Se considera una duración normal del expulsivo las horas reflejadas en la siguiente tabla.

PRIMIGESTAS		MULTÍPARAS	
Con anestesia	Sin anestesia	Con anestesia	Sin anestesia
4h	3h	3h	2h

En aquellos casos que se supere este margen de tiempo, se procederá a una finalización del parto ya sea mediante parto instrumentado o mediante cesárea si las condiciones obstétricas no son adecuadas para optar a un parto vaginal.

5.2.1 Consideraciones generales

- Se debe continuar la toma de constantes vitales (TA, FC y temperatura).
- Sondaje vesical si la paciente lleva analgesia peridural.
- Control de la dinámica uterina, ya sea clínicamente por palpación abdominal o por tocografía de manera más objetiva.
- En esta fase, las exploraciones vaginales son más frecuentes. Se realizará una exploración vaginal en aquellas gestantes con sensación de pujo. En aquellas gestantes con ausencia de sensación de pujo, se realizaran TV cada 1-2 horas.

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

- 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.
- Monitorización fetal: en este período el riesgo de acidosis fetal es más elevado, 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. Los pujos serán dirigidos si la paciente tiene anulado el reflejo que produce la cabeza fetal sobre el suelo pélvico por la anestesia peridural. Se deben evitar si: la dilatación no es completa, fuera de las contracciones, cuando se sospeche una situación de pérdida de bienestar fetal o si existe alguna contraindicación materna.
- Se permitirán cambios de posición a elección de la paciente durante el expulsivo, siempre asegurando el bienestar fetal y realizando una protección activa del periné para evitar en lo posible lesiones perineales.
- La episiotomía no se realizará de manera sistemática sino de manera selectiva, únicamente cuando sea necesario. Las indicaciones incluyen: los casos de riesgo de desgarro de 2do o 3er grado, riesgo de pérdida de bienestar fetal, valoración en caso de parto instrumentado). La episiotomía se debe realizar con anestesia local o loco-regional y asepsia quirúrgica con antiséptico no iodado.

La técnica recomendada es la episiotomía medio-lateral con un ángulo de 45-60° respecto al eje vertical. 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 o videocámaras del propio centro 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.
- Después del nacimiento del recién nacido, se pinza y se corta el cordón umbilical, el momento en que se hace puede variar en función de lo que se haya previsto en el plan de parto. Está indicado hacer un pinzamiento a los 60 segundos. Este tiempo debe quedar registrado en la historia clínica. La recogida para la donación de sangre de cordón es compatible con el pinzamiento tardío. Si la madre lo desea ella o su acompañante podrán cortar el cordón.
- Recogida de sangre de cordón umbilical: se realizará la recogida de sangre de cordón umbilical (SCU) para donación altruista al Banc de Sang i Teixits, a todas las gestantes que lo soliciten y hayan firmado el consentimiento informado durante la visita de consultas externas. No se pueden recoger SCU privada. (Ver Protocolo de Recogida de Sangre de Cordón).

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

- 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.

5.2.2 Contacto piel con piel

- Se promoverá siempre que sea posible el contacto “piel con piel” entre madre y recién nacido inmediatamente después del parto y el inicio de la lactancia precoz en sala de partos. Ello es extensivo en el caso de cesáreas.
- Para mantener la temperatura correcta, se recomienda cubrir y secar al recién nacido con una manta o toalla previamente calentadas, a la vez que se mantiene el contacto con la madre.
- La posición ideal de la madre será semincorporada entre 30 y 45 grados, con una almohada debajo de la cabeza; las fosas nasales del recién nacido han de quedar libres. La madre debe estar despierta y si detectara cambios de coloración o respiración irregular o ausente ha de avisar.
- Si la mujer no puede realizar el “piel con piel” por motivos médicos y así lo desea, será el acompañante quién mantendrá contacto con el recién nacido, manteniendo las mismas normas de seguridad.
- Durante este periodo la comadrona ha de mantener una vigilancia con observación intermitente del recién nacido, sobretodo en primíparas o gestantes con criterios de riesgo.
- La reanimación del recién nacido se hará siempre que se pueda en la misma sala de partos, en presencia de los padres, evitando la separación de la madre y el recién nacido durante la primera hora de vida y hasta haber completado la primera toma.

5.3 Tercer periodo del parto: ALUMBRAMIENTO

- Se informará a la mujer de la conveniencia de realizar un manejo activo del tercer periodo del parto, puesto que disminuye la incidencia de hemorragia postparto, la necesidad de transfusión y disminuye la duración de este periodo. Consistirá en un alumbramiento dirigido con oxitocina (administrar lentamente 2-5 UI IV en 10ml de SF o 10 UI IM) y tracción controlada del cordón. La donación de SCU no contraindica un alumbramiento dirigido.
- Si, una vez informada de las ventajas del alumbramiento dirigido, no lo desea, podrá realizarse un manejo pasivo de este tercer periodo y se especificará en la historia clínica. Este manejo pasivo incluye no usar de manera rutinaria uterotónicos, no pinzar el cordón umbilical hasta que deje de latir y expulsión de la placenta con el pujo materno.
- Posteriormente al alumbramiento, se mantendrá la administración de oxitocina profiláctica (10 UI en 500cc en 6-8h). En todos los casos se debe pautar la administración de oxitocina. Si la madre,

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

siendo informada de sus ventajas, prefiere que no se le administre, deberá firmar el Documento de denegación de procedimiento (*Anexo 11*).

- En las mujeres que hayan recibido oxitocina de manera profiláctica, no se recomienda la realización de masaje uterino para prevenir la aparición de hemorragia postparto.
- La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al parto si se trata de un alumbramiento dirigido y 60 minutos si alumbramiento es espontáneo. Pasado este tiempo se considera que la placenta está retenida y el tratamiento es la extracción manual. Se debe realizar con la mujer sedada y en condiciones de asepsia quirúrgica. Se recomienda profilaxis antibiótica con Cefazolina 2gr IV (si alergia: Clindamicina 900mg IV).
- Si la madre solicita llevarse la placenta consigo, y no existen contraindicaciones, se dejará constancia por escrito en la Historia Clínica de la paciente y se firmará el Documento de entrega de tejido placentario (*Anexo 13*).
- Se ha de hacer revisión del canal de parto.
- Se realizará un sondaje vesical, puntual posterior a la revisión del canal de parto.
- Si la mujer estaba incluida en algún estudio de investigación del centro, se procederá a recoger las muestras pertinentes.

6. PUERPERIO INMEDIATO Y HOSPITALIZACIÓN

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

- Control de constantes cada 15-30 minutos (TA, FC, temperatura).
- Control del tono uterino cada 20 minutos.
- Valoración de la pérdida hemática.
- Control analgésico:
 - En el caso de parto instrumentado con fórceps o lesión perineal tras parto vaginal o episiotomía: inicio de analgesia multimodal con bomba elastómera, tras administración de dosis de carga inicial iv (Dexketoprofeno 50 mg o Metamizol 2g).
- En caso de anestesia epidural, valoración de la recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores, además de estabilidad hemodinámica.
- En los casos de cesárea el control se prolongará hasta la reversión de bloqueo motor. Se controlará el nivel de consciencia, constantes hemodinámicas, ventilatorias, oxigenación (monitorización continua)

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

de saturación O2), temperatura y dolor postoperatorio (ver protocolo específico de cesárea).

- Se procederá a retirar el catéter epidural en posición de decúbito lateral, de forma estándar antes de abandonar la Sala de partos (partos vaginales y cesáreas), si la evolución es satisfactoria. Excepcionalmente puede contraindicarse su retirada por el servicio de anestesiología, si existe riesgo de sangrado postoperatorio, síndrome HELLP, o se prevén dificultades para el control del dolor postoperatorio.
- 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

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 de cabeza o dolor lumbar junto con pérdida de fuerza o sensibilidad de las extremidades superiores o inferiores...).

La madre también recibirá información y asesoramiento sobre la medicación analgésica que se administrará en el postparto/cesárea, para mejorar los niveles de dolor postoperatorio y así mejorar y acortar su recuperación, facilitando la lactancia y cuidados al recién nacido.

La duración de la estancia en el hospital dependerá de las necesidades individuales de la madre y de su bebé, pero generalmente es de 24-48 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.

Programa “Parto en el Hospital, Comadrona en Casa”. (Solo disponible en Sede Maternitat).

El programa de alta precoz “Parto en el Hospital, Comadrona en Casa” está pensado para cubrir las necesidades de las madres y familias que quieran volver a su domicilio en el puerperio más inmediato, con tal de disfrutar de la tranquilidad y la intimidad del entorno familiar.

El programa se dirige a madres con un embarazo y parto vaginal sin complicaciones, ni factores de riesgo (factores de riesgo alto y muy alto descritos en el Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya, 3ª Edición, Anexo 2), con un recién nacido que no requiera curas específicas hospitalarias y con domicilio dentro del Área Metropolitana de Barcelona.

Acogerse al programa es voluntario y consiste en recibir el alta hospitalaria entre las 8 y 18 horas postparto, visita de una comadrona en casa, contacto telefónico con ella hasta las 24 horas post alta y visita en el hospital a los 2-5 días post parto para reconocimiento pediátrico del recién nacido.

7. ASISTENCIA INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS / HOSPITALIZACIÓN

La asistencia a la transición y las curas inmediatas del recién nacido se harán en la misma sala de partos, en presencia de los padres. En caso de que alguna complicación justificara que se hicieran sin su presencia, se les informará de ello.

Para evitar la pérdida de calor se recogerá al recién nacido con una sábana estéril, seca y caliente, se colocará gorro y se mantendrá piel con piel con la madre. Se recomienda que todos los neonatos, incluidos los recién nacidos con un bajo peso al nacer, inicien precozmente la lactancia materna. Deben ser colocados al pecho tan pronto como sea posible (óptimamente antes de las 2 primeras horas de vida), una vez comprobada su estabilidad clínica, y en tanto la madre y el recién nacido estén listos. La mayoría de los cuidados puede realizarse sin separar madre-hijo. Se administrará 1 mg (0.1 ml) de vitamina K (Konakion®) intramuscular de forma preferente (alternativa oral 2 mg) y pomada oftálmica de Eritromicina en ambos ojos a la hora de vida – los primeros minutos de vida hay que favorecer el contacto visual con la madre. El pesar al recién nacido, si no es imprescindible, puede ser posterior, en la planta, para no romper el inicio del vínculo materno-filial. La aspiración de secreciones en boca y nariz solo se realizará si hay dificultad respiratoria.

La identificación de la madre y del recién nacido se realizarán teniendo en cuenta la normativa vigente que se encuentra resumida en el manual de procedimiento “Identificació del Nadó a sala de parts”.

Durante este periodo la comadrona ha de mantener una vigilancia con observación intermitente del recién nacido, sobre todo en primíparas, coincidiendo con los controles maternos.

Algunos recién nacidos pueden requerir atenciones especiales. Es necesario determinar glicemia capilar a las dos horas de vida en caso de hijo de madre diabética, madre hipertensa grave, macrosoma o bajo peso (percentil por debajo de 10) o prematuros. Puede ser necesario la monitorización de la saturación de oxígeno del recién nacido en algunos casos.

Debe contactarse al Neonatólogo de guardia en caso de que esté presente cualquiera de los criterios establecidos por el Servicio de Neonatología. (*Anexo 12*).

8. 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 el 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 realice algún tipo de intervención que se considera necesaria, se reflejará en la historia clínica y se hará firmar por la gestante el Documento de denegación de procedimiento (*Anexo 11*).

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

Responsables del protocolo:	<p>Sede Maternitat:</p> <p>A Arranz, Dirección Enfermería ICGON T Roe, Coordinadora Sala de Partos E González, Matrona M Palacio, Jefe Sección de Medicina Materno Fetal S Hernández, Especialista Senior Medicina Materno Fetal E Meler, Especialista Senior Medicina Materno Fetal A Peguero, Especialista Medicina Materno Fetal A Plaza, Consultor Anestesiología I León, Especialista Anestesiología C Borrás, Especialista Neonatología</p> <p>Sede HSJD:</p> <p>M. D. Gómez- Roig, Consultor Medicina Materno Fetal P Ferrer, Especialista Senior Medicina Materno Fetal J Parra, Especialista Medicina Materno Fetal E Sola, Especialista Anestesiología E Palacios, Matrona M. Tojo, Coordinadora Enfermería</p>
Fecha del protocolo y actualizaciones:	24/02/07, 12/02/08, 08/06/10, 6/4/11, 1/10/15
Última actualización:	16/01/2019
Próxima actualización:	16/01/2023
Código Hospital Clínic:	MMF-1-2005
Código Sant Joan de Deu:	XXXXXXX

ANEXO 1: MEDICACIÓN

La medicación a administrar en sala de partos queda reflejada en los diferentes protocolos que se describen a continuación. La comadrona será la responsable de pautar la medicación indicada por protocolo durante el proceso de parto y deberá actualizarla en el momento que se traslada la paciente a la sala de hospitalización.

Pródromos mal tolerados:

- Paracetamol 1gr IV

Trabajo de parto:

- Paracetamol 1gr IV
- Primperan 10 mg intravenosa cada 8h si náuseas o vómitos (1ª opción).
- Ondansetron 4mg intravenosa cada 8h si náuseas o vómitos (2ª opción).
- Antibióticos profilácticos (Ver PROTOCOLO: *Rotura de membranas a término y pretérmino*).
- Ringer Lactato de 1000 ml intravenoso (si precisa).
- Suero glucosado 500 ml cada 8h intravenoso (si precisa).
- Oxitocina (Syntocinon)*.

Puerperio:

- Suero Fisiológico 0,9% 500 ml (si precisa).
- Paracetamol 1gr cada 6h oral.
- Metamizol 2gr endovenoso cada 6h (si precisa).
- Diclofenaco 50 mg cada 8h oral.
- Omeprazol 20 mg cada 24h oral.
- Gamma globulina anti-D intramuscular (Si Rh del recién nacido + en pacientes Rh -).
- Cabergolina 0,5 mg comp (si lactancia artificial).

***ESTIMULACIÓN CON OXITOCINA**

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

Preparación: Siempre en bomba de infusión y diluida en solución salina balanceada (NaCl 0,9% o S. Ringer Lactato):

5UI en 500 ml o 10 UI en 1000 ml. Concentración 10 mU/ml (HCM)

5UI en 50 ml de suero fisiológico. Concentración 100mU/ml (HSJD)

Dosificación: Iniciar la perfusión a razón de 1 mU/min. 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/min 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 30 mU/min. En la siguiente tabla se correlaciona el ritmo de infusión con la dosis de oxitocina administrada.

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

● **HCM:**

Dosis Inicial	Aumento de dosis	Intervalo de dosis	Dosis máxima
1 mU/min (6ml/h)	Doblar dosis hasta conseguir DU eficaz o alcanzar 48 ml/h*	20 minutos	30mU/min (180ml/h)**

● **HSJD:**

Dosis inicial	Aumento de dosis	Intervalo de dosis	Dosis máxima
1mU/min (0,6 ml/h)	Doblar dosis hasta conseguir DU eficaz o alcanzar 4,8 ml/h*	20 minutos	30 mU/min (18 ml/h)**

*A partir de 8 mU/min, el incremento de dosis se reducirá a 2-3 mU/min cada 20 minutos para evitar la aparición de Hiperestimulación. Una vez que el trabajo de parto avanza y la intensidad de las contracciones uterinas aumenta, debe disminuirse la velocidad de infusión de oxitocina.

**La dosis máxima será de 30 mU/min. Si se emplean dosis más elevadas, el incremento debe ser muy prudente y con una estrecha vigilancia de la infusión siempre con bomba y con monitorización interna de FCF y dinámica uterina con el fin de evitar una hiperestimulación.

Dosificación HSJD:

Dosificación HCM:

1 mU/min	6 ml/h
2 mU/min	12 ml/h
4 mU/min	24 ml/h
8 mU/min	48 ml/h
10 mU/min	60 ml/h
12 mU/min	72 ml/h
14 mU/min	84 ml/h
16 mU/min	96 ml/h
18 mU/min	108 ml/h
20 mU/min	120 ml/h
22 mU/min	132 ml/h
24 mU/min	144 ml/h
26 mU/min	156 ml/h
28 mU/min	168 ml/h
30 mU/min	180 ml/h

1 mU/min	0,6 ml/h
2 mU/min	1,2ml/h
4 mU/min	2,4ml/h
8 mU/min	4,8 ml/h
10 mU/min	6,0ml/h
12 mU/min	7,2 ml/h
14 mU/min	8,4 ml/h
16 mU/min	9,6 ml/h
18 mU/min	10,8 ml/h
20 mU/min	12,0 ml/h
22 mU/min	13,2 ml/h
24 mU/min	14,4 ml/h
26 mU/min	15,6 ml/h
28 mU/min	16,8 ml/h
30 mU/min	18 ml/h

ANEXO 2: CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO ⁽¹⁾

<p>1. Riesgo bajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anomalías pelvianas • Estatura baja (<1,45m) • Índice de masa corporal inadecuado (<18.5 o >29) • Embarazo no deseado • Estado vacunal inadecuado • Riesgo cardiovascular OMS I 	<p>2. Riesgo medio (el hallazgo de 3 o más de los siguientes ítems convertirá a la gestante en riesgo alto)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad muy precoz (<15 años) • Edad muy avanzada (40 años) • Multiparidad (4 o más partos) • Periodo intergenésico corto (gestación <12m del último parto) • Antecedente de CIR o PEG • Antecedente de partos distócicos • Cirugía uterina previa • Cesárea previa • Esterilidad previa (1 año intentando gestación) • Antecedente patología placentaria • Antecedente de patología obstétrica • Control insuficiente de la gestación • Condiciones socioeconómicas desfavorables • Víctima de violencia de género • Antecedente de patología mental • Patología mental actual controlada y estable • Metrorragias durante el primer trimestre • Diabetes gestacional no insulinizada • Riesgo de infección (ETS – Urinaria – Zika) • Fumadora habitual • Gestante Rh negativa • Riesgo cardiovascular OMS II • Antecedentes familiares de enfermedades hereditarias
<p>3. Riesgo alto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia grave (Hb< 9 g/dl o hematocrito <25%) • Endocrinopatía (hipófisis, tiroides, suprarrenal) • Gestación gemelar bicorial • Diabetes gestacional insulinizada • Sospecha de malformación fetal • Obesidad mórbida (IMC Kg/m² > 40) 	<p>4. Riesgo muy alto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestación múltiple (3) o gemelos monoamnióticos • Malformación uterina diagnosticada • Malformación fetal confirmada • Muerte perinatal previa • Crecimiento intrauterino restringido • Patología asociada grave (sistémicas o mentales)

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia leve / trastornos hipertensivos • Oligoamnios / polihidramnios • Embarazo prolongado (42 semanas) • Sospecha macrosoma (>4500g) • 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, SGB). • Rotura prematura de membranas de >12 h • Historia obstétrica desfavorable (abortos, parto prematuro, recién nacido <2500g, hemorragia postparto) • Antecedente de incompetencia cervical uterina • Anomalía cromosómica previa • Embarazo ectópico previo • Antecedente de enfermedad trofoblástica • Riesgo cardiovascular OMS III • Isoinmunización • Patología mental actual grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Situación anómala de la placenta • Preeclampsia grave \geq • Amenaza de parto prematuro <32 semanas) • Ruptura de membranas en el pretérmino (<32) • Síndrome de dependencia al alcohol y/o otras drogas • Isoinmunización (Coombs indirecto positivo) • Riesgo cardiovascular OMS IV • Diabetes pregestacional (tipo 1 y 2) • Riesgo de tromboembolismo
--	---

Protocolo de seguimiento del embarazo en Catalunya. 3ª edición revisada. Evaluación del riesgo durante el embarazo y el parto. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/Embaras-part-i-puerperi/Protocol-de-seguiment-de-lembaras/

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

ANEXO 3: GRADO DE RIESGO EN GESTANTES EN EL MOMENTO INGRESO (HSJD)

A continuación se detallan los criterios utilizados para ingresar a las mujeres en las diferentes plantas de hospitalización según los diferentes factores de riesgo presentados en el momento de ingreso.

PLANTA 4ª	PLANTA 6ª
<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos provenientes de UCOI, incluyen pacientes con alguna patología materna descompensada ya estabilizada (enfermedades sistémicas o mentales, infecciones maternas como corioamnionitis, pielonefritis...) y puerperio de preeclampsia graves • Anomalías placentación sintomáticas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desprendimiento placenta ○ Hematomas placentarios • Diabetes mellitus tipo 1 • Riesgo tromboembolismo en tratamiento con heparina a dosis descoagulantes • Drogadicción, alcoholismo, renuncias (distocia social) • Amenaza parto prematuro/Rotura prematura membranas <35 s <ul style="list-style-type: none"> • Malformación fetal grave (pacientes seguidas en unidad de Patología fetal) • Antecedentes de cirugía fetal • CIR/PE <35 semanas • Gestantes de riesgo • Traslados puerperales 	<ul style="list-style-type: none"> • Control insuficiente gestación • Parto pretérmino entre 35-37 semanas • Obesidad (IMC > 30) • Anemia moderada (< Hb 9 o Hto <25%) o grave (<Hb 6) • Patología benigna ginecológica (miomas, quistes ováricos) • Gestación múltiple • Malformaciones fetales leves • Trastorno hipertensivo leve • CIR/PEG > 35 semanas • Anomalía placentación estables: <ul style="list-style-type: none"> ○ placenta previa, marginal • Alteración líquido amniótico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Polihidramnios, oligoamnios • Infecciones maternas crónicas estables: <ul style="list-style-type: none"> ○ VHB, VHC, VIH ○ Otras infecciones congénitas • Sospecha macrosoma • Fumadora >= 20cig/día
PLANTA 7	
<p>- Resto de pacientes</p> <p>- De forma específica podrán permanecerán ingresadas en esta planta las puérperas con las siguientes complicaciones aunque el control puerperal lo realizará el médico/R1:</p> <p>– COMPLICACIONES INTRAPARTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desgarros III y IV grado ○ Distocia de hombros ○ Peso al nacimiento < p10 ○ Atonía uterina moderada (que requiere de medidas adicionales) ○ Complicaciones propias del puerperio (anemia mal tolerada, íleo, síndrome febril – segundo pico-, mastitis...) ○ Enfermedad materna inicialmente estable que se desestabilice 	-

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

GRADO DE RIESGO EN GESTANTES EN EL MOMENTO INGRESO (Sede Maternitat)

GEL 2	GEL 3
<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos provenientes de UCOI, incluyen pacientes con alguna patología materna descompensada ya estabilizada (enfermedades sistémicas o mentales, infecciones maternas como corioamnionitis, pielonefritis...) y puerperio de preeclampsia graves • Anomalías placentación sintomáticas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desprendimiento placenta ○ Hematomas placentarios • Diabetes mellitus tipo 1 • Riesgo tromboembolismo en tratamiento con heparina a dosis descoagulantes • Drogadicción, alcoholismo, renuncias (distocia social) • Amenaza parto prematuro/Rotura prematura membranas <35 s • Malformación fetal grave (pacientes seguidas en unidad de Patología fetal) • Antecedentes de cirugía fetal • CIR/PE <35 semanas • Gestantes de riesgo • Traslados puerperales • Infecciones maternas crónicas estables: <ul style="list-style-type: none"> ○ VHB, VHC, VIH ○ Otras infecciones congénitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Control insuficiente gestación • Parto pretérmino entre 35-37 semanas • Obesidad (IMC > 30) • Anemia moderada (< Hb 9 o Hto <25%) o grave (<Hb 6) • Patología benigna ginecológica (miomas, quistes ováricos) • Gestación múltiple • Malformaciones fetales leves • Trastorno hipertensivo leve • CIR/PEG > 35 semanas • Anomalía placentación estables: <ul style="list-style-type: none"> ○ placenta previa, marginal • Alteración líquido amniótico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Polihidramnios, oligoamnios • Sospecha macrosoma • Fumadora >= 20cig/día <p>- De forma específica podrán permanecerán ingresadas en esta planta las púerperas con las siguientes complicaciones aunque el control puerperal lo realizará el médico/R1:</p> <p>– COMPLICACIONES INTRAPARTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desgarros III y IV grado ○ Distocia de hombros ○ Peso al nacimiento < p10 ○ Atonía uterina moderada (que requiere de medidas adicionales) ○ Complicaciones propias del puerperio (anemia mal tolerada, íleo, síndrome febril – segundo pico-, mastitis...) <p>Enfermedad materna inicialmente estable que se desestabilice</p> <p>- Resto de pacientes</p>

ANEXO 4: CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EN EL MOMENTO DEL PARTO Y POSTPARTO INMEDIATO

GESTANTES DE BAJO RIESGO	GESTANTES DE ALTO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo no deseado ▪ Estado vacunal inadecuado ▪ Riesgo cardiovascular OMS I y II ▪ Control insuficiente de la gestación ▪ Periodo intergenésico corto (<12m) ▪ Antecedente CIR o PEG ▪ Esterilidad primaria ▪ Antecedente patología placentaria ▪ Antecedente patología obstétrica ▪ Antecedente parto distócico ▪ Antecedentes familiares de enfermedades hereditarias ▪ Condiciones socioeconómicas desfavorables ▪ Víctima de violencia de género ▪ Antecedente de patología mental ▪ Patología mental actual controlada ▪ Metrorragias durante el primer trimestre ▪ Diabetes gestacional no insulinizada ▪ Riesgo de infección (ITU, bacteriuria, ITS, SGB...) ▪ Fumadora habitual ▪ Gestante Rh negativa ▪ Endocrinopatías estables durante gestación ▪ Antecedente de enfermedad trofoblástica ▪ Antecedente de incompetencia cervical ▪ Anomalía cromosómica previa ▪ Embarazo ectópico previo ▪ Muerte perinatal previa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edades extremas (<15 y >40) ▪ IMC <18.5 Kg/m² y >40 Kg/m² ▪ Riesgo cardiovascular OMS III y IV ▪ Multiparidad (>3) ▪ Antecedente de hemorragia postparto ▪ Diabetes insulinizada ▪ Antecedente de distocia de hombros ▪ Cirugía uterina previa (cesárea previa) ▪ Gestación múltiple ▪ Rotura prematura de membranas (>24h) ▪ Malformación fetal que requiera asistencia neonatal inmediata ▪ Oligoamnios/polihidramnios ▪ Estado hipertensivo del embarazo/PE ▪ Embarazo prolongado (>42 semanas) ▪ Sospecha macrosoma (>p97) ▪ Infección materna o fetal: VIH, VHB, VHC, pielonefritis, corioamnionitis ▪ Anemia grave (Hb <9 g/dl o Hto <25%) ▪ Isoinmunización ▪ Patología asociada grave ▪ Anomalías pélvicas ▪ Malformaciones uterinas ▪ Crecimiento intrauterino restringido ▪ Situación anómala de la placenta ▪ Parto prematuro (<37 semanas) ▪ Síndrome de dependencia alcohol/drogas ▪ Tratamiento con anticoagulantes hasta el momento del parto o coagulopatías

ANEXO 5: PLAN DE NACIMIENTO (HSJD)

 **SJD**
Sant Joan de Déu
Barcelona · Hospital

 **BC
NATAL**

Maternitat respectada

Atenció al part en l'embaràs sense risc

Les meves dades

Número d'història clínica: _____

Nom i cognoms: _____ Edat: _____

Nombre de fills: _____ Data probable del part: ____ / ____ / ____

Hospital o CAP de referència: _____

He fet algun curs de preparació al part: No Sí

Tipus: _____

Introducció

L'objectiu d'aquest pla de naixement és que el part de risc baix sigui tan fisiològic com es pugui, evitar intervencions innecessàries i permetre a la gestant i la seva parella participar en la presa de decisions del màxim nombre d'aspectes possible, segons les seves necessitats i preferències i amb l'assessorament de l'equip de professionals. Parir en un entorn còlid, íntim i agradable, però amb la seguretat d'estar en un gran hospital amb uns bons resultats materns i neonatals.

La gestant ha de recordar que per poder acollir-se a aquest pla cal que l'embaràs i el part siguin considerats de risc baix en tot moment. Per això, l'aparició d'**algun factor que augmenti el risc, depenent de la situació, pot suposar la modificació d'algun aspecte d'aquest pla.**

Preferències relacionades amb la persona que podrà estar amb mi

Durant el procés del part valdria estar acompanyada per:

Nom i cognoms: _____

Víncle: _____

MHC 1020 - G


PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

Informació amb relació a...

1 L'espai físic i el confort

Disposem d'habitacions individuals amb dutxa i sofà llit per a l'acompanyant.
Ofereim sales de dilatació i part molt confortables amb bany.
Volem que trobis un ambient íntim i acollidor, per la qual cosa disposem de material de suport, però també pots portar-ne de teu i la teva roba (sense peces metàl·liques).
Pots fer ús de dispositius per escoltar música que pots portar de casa.

2 Els procediments

En tot moment podràs estar acompanyada per una persona, fins i tot en cas de cesària no urgent.
Per a la teva seguretat, et col·locarem una via endovenosa que es mantindrà tancada i que donarà accés a l'administració de tractaments en cas necessari.
No utilitzarem líneam.
Generalment, no t'asurarem el pubis.
Procurarem que disposis de la màxima llibertat de moviments, valorant l'evolució del part i controlant el teu fill/a amb la mínima intervenció possible.
A la sala de parts pots prendre aigua, líquids clars, sucres sense polpa i begudes isotòniques.
Tenim profilaxitzat que, en cas de ser portadora de l'estreptococ β-galactíic i/o bossa tancada de > 24 h administrarem antibiòtic intrapart per evitar infecció del  i/o de la gestant.

3 El control fetal

Podem controlar el benestar fetal de manera continuada i/o intermitent, amb possibilitat, en alguna sala, de fer-ho sense cables. No és possible en totes.

4 L'al·leugeriment del dolor

La col·laboració de la teva parella o acompanyant és fonamental.
Pots utilitzar tècniques de relaxació i respiració, tècniques d'estimulació cutània amb massatges, estimulació elèctrica transcutània (TENS), aplicació d'olis, calor o fred, si ho porteu de casa.
Pots portar teràpies complementàries i/o alternatives: homeopatia, flors de Bach, aromateràpia sense espelmes o fum.
Per ajudar-te, disposem de material de suport: pilotes, bosses de calor i fred, dutxes, mirall i dutxa a l'àrea d'hospitalització.
Disposem de cadira de parts amb cordes (liones) i una banyera per a la dilatació.
Pots sol·licitar, fins i tot pot estar indicada en algun cas, l'aplicació d'una tècnica anestèsica locoregional (peridural, ...).
Portar una peridural pot impedir la utilització d'alguns elements citats.

5 El període de dilatació

Per norma, no farem ús de l'oxitocina i deixarem evolucionar el part espontàniament.
La llevadora/obstetra pot aconsellar-te una determinada posició o actuació si el control del teu fill/a ho requereix.
Els tactes vaginals i la presa de constants seran els imprescindibles.
Hi haurà una comunicació contínua sobre el procés del part per prendre decisions conjuntament.

6 El període expulsiu

Podràs començar els espedoraments quan en sentis ganes o t'ho podem indicar nosaltres.
T'aconsellarem la millor posició per al període expulsiu i si cal practicar protecció del períneu.
No practiquem episiotomia (tall a la vulva) per rutina.
T'oferim la possibilitat de tenir un mirall per veure el part.
Si tot va bé, et posarem el nadó pell amb pell immediatament.
Podem tallar el cordó al cap d'una estona o quan hagi deixat de bategar.
El teu acompanyant o tu podeu tallar el cordó umbilical. Si no el tallarem nosaltres.
Som un hospital acreditat per a la donació de sang de cordó a banc públic.
Consulta-ho durant les visites de control. Però recorda que en aquest cas caldrà tallar immediatament el cordó després del naixement.

7 El període de deslliurament

Per a la teva seguretat, practicarem un maneig actiu del deslliurament de la placenta ja que redueix el risc d'hemorràgia postpart.

8 L'al·letament

Et facilitarem l'agafament espontani del nadó al pit en cas que optis per la lactància materna i, sempre que sigui possible, podràs començar l'al·letament a la mateixa sala de parts.
Donarem suport a la teva decisió de donar el pit amb assessorament infermer i mèdic.
No aconsellem l'ús del xumet fins que l'al·letament matern no estigui ben instaurat.
Per norma, no donarem cap altre aliment al nadó tret que sigui estrictament necessari, amb informació prèvia i el vostre consentiment.
Si decideixes no alletar el teu fill/a, acostumem a administrar medicació per tal d'evitar la pujada de la llet.

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

9 El puerperi

Després del part, el teu acompanyant i el teu fill/a estareu junts una estona abans de pujar a l'habitació.

A l'habitació, el nadó s'estarà sempre amb vosaltres.
L'estada habitual en un part normal és de 24 h i de tres dies en cas de cesària.

10 L'atenció al nadó

Un cop hagi nascut el nadó, li posarem el barret que hagi portat de casa i la polsera d'identificació.

Després de tallar el cordó, li collocarem la pinça al melic i el bolquer que hagi portat de casa.

Tenim protocolitzada l'administració de vitamina K intramuscular i protecció ocular per evitar hemorràgies/infeccions, un cop estigueu a la planta d'hospitalització.

Els professionals proporcionen educació sanitària.

Les proves auditives del nadó es fan durant les 24 h i el diagnòstic precoç a partir de les 48 h de vida.

Després de l'alta a les 24 h, hauràs de venir a l'hospital amb el nen a partir dels primers tres dies. Et donarem cita per a la pràctica del diagnòstic precoç, resolre dubtes i rebre suport.

Les meves preferències

1 Relacionades amb l'espai físic i el confort:

- M'agradaria poder escoltar la música que portaré
- Prefereixo tenir llum atenuada

2 Relacionades amb els procediments:

- Portaré begudes de la meua elecció
- M'agradaria fer servir la meua roba durant el part, evitant peces metàl·liques, com per exemple, els gafets dels sostenidors
- Entenc i accepto l'ús de la profilaxi antibiòtica intrapart en cas d'indicació mèdica.
- Altres: _____

3 Control fetal: segons criteri professional

4 Relacionades amb l'alleugeriment del dolor:

- Tenir/provar un part sense anestèsia epidural
- Que em posin anestèsia locoregional (peridural, ...)
- Utilitzar els següents mètodes no farmacològics:
 - Massatge superficial o de pressió amb olis, que apartaré
 - Aplicació superficial de calor o fred
 - Estimulació elèctrica transcutània dels nervis [TENS], que porti de casa
 - Banyera si és possible
 - Altres: _____
- Provar l'ús de teràpies complementàries i/o alternatives, que jo portaré:
 - Homeopatia
 - Flors de Bach
 - Aromateràpia
 - Altres: _____

5 Relacionades amb la dilatació:

- Poder caminar o moure'm
- No estimular el part si no cal
- Dilatació a l'aigua si fos possible

6 Relacionades amb el període expulsiu:

- Tenir un mirall per veure el naixement
- Posar-me en la posició en què em trobi millor per als espoderaments i/o expulsiu
- Que es talli el cordó quan deixi de bategar
- Si és possible, que jo o el meu/la meua acompanyant puguem tallar el cordó
- M'agradaria poder col·laborar agafant el nadó just en acabar el període expulsiu

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

7 Deslliurament: segons criteri professional

8 Relacionades amb l'alletament:

- Iniciar l'alletament a la sala de parts
 Alletament artificial

9 Relacionades amb el puerperi:

- M'agradaria tenir el nadó en contacte pell amb pell amb mi
 En cas que jo no pugui fer el contacte pell amb pell, m'agradaria que ho pogués fer el meu acompanyant

10 Relacionades amb l'atenció al nadó:

- Prefereixo que s'administri al meu fill/a la vitamina K intramuscular
 Prefereixo que s'administri al meu fill/a la vitamina K oral. Signaré el consentiment informat, on em comprometo a administrar les corresponents dosis després de l'alta
 Accepto i entenc l'ús de la profilaxi ocular

11 Comentaris:

Consentiment

Jo, _____, amb DNI _____,

i la meua parella _____,

hem rebut informació sobre el protocol d'**Atenció al part en l'embaràs sense risc**, ens han aclarit dubtes i hem escollit les opcions que ens han semblat més oportunes.

Ens reservem el dret de canviar totalment o parcialment les decisions que expressem en aquest document en qualsevol moment al llarg del procés.

Els professionals de l'hospital poden adaptar els desitjos expressats en aquest document a la situació evolutiva i canviant del part, sempre pensant en la meua salut i la del nostre fill.

En aquestes situacions els professionals ens informaran i aplicaran les mesures que estimin convenientes.

Signatures

Esplugues de Llobregat, _____ de/d' _____ de 2 _____

ANEXO 6: GESTANTE DE ALTO RIESGO PARA ANESTESIA

Enfermedad Cardíaca:

Cardiopatía congénita o adquirida, como reparación de tetralogía de Fallot, trasposición de grandes vasos u otras.
Cardiomiopatía del embarazo.
Enfermedad valvular como estenosis mitral aórtica, estenosis tricuspídea o estenosis pulmonar.
Hipertensión pulmonar y síndrome de Eisenmenger.
Anomalías del ritmo como taquicardia supraventricular o Síndrome de WPW.
Dispositivo electrónico implantado como marcapasos o desfibrilador (MCP o DAI).

Enfermedades y riesgos hematológicos:

Trombocitopenia gestacional e inmunológica.
Anomalías de la coagulación como Enfermedad de von Willebrand.
Medicación anticoagulante y antiagregante durante la gestación como Síndrome Antifosfolípido o trombofilias.
Testigos de Jehová.

Patología espinal, muscular y neurológica:

Anomalía estructural vertebral y cirugía previa como fusión vertebral o remplazamiento discal.
Patología medular (lesiones de la médula espinal, espina bífida). Neurofibromatosis. Polineuritis aguda idiopática (Sde Guillain-Barré).
Miastenia gravis, distrofia miotónica, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica.
Problemas del sistema nervioso central: Patología intracerebral vascular o expansiva (Malformaciones arterio-venosas. Aneurismas).
Malformación de Arnold-Chiari. Shunt ventriculoperitoneal. Neurocirugía previa.

Enfermedad Renal y Hepática:

Insuficiencia renal crónica.
Hepatitis o cirrosis con alteración de biología hepática y afectación de la coagulación.

Factores de riesgo y problemas anestésicos previos:

Patología respiratoria crónica o intercurrente: fibrosis pulmonar, fibrosis quística, asma severo.
Manejo de vía aérea difícil (VAD): antecedente de dificultad para la ventilación e intubación orotraqueal. Obstructive sleep apnea: SAOS. Predicción fenotípica VAD: retrognatia, cuello corto, síndrome cráneo-facial.
Dificultad previa o fallo de la anestesia neuroaxial.
Hipertermia maligna.
Alergia a fármacos, látex u otros alérgenos ambientales.
Déficit de colinesterasa.

Complicaciones obstétricas que pueden afectar al manejo anestésico:

Acretismo placentario
Cirugía no obstétrica durante la gestación.
Planificación de cesárea junto cirugía mayor abdominal concurrente.

Miscelánea:

Obesidad mórbida: IMC mayor o igual a 40.
Paciente con trasplante de órganos.
Talla baja (< 1,45).
Anemia falciforme.

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

Paciente con uso crónico de opiáceos u otras sustancias.
Dolor agudo persistente tras parto distócico o cesárea.

Valoración del estado físico perioperatorio

Clasificación de ASA (American Society of Anesthesiologists): según estado de salud basal de la paciente.

<u>Clase I</u>	Paciente sano sin patología de base
<u>Clase II</u>	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante
<u>Clase III</u>	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.
<u>Clase IV</u>	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida.

Toda gestante **ASA III-IV**, se considera de alto riesgo para anestesia y deberá ser evaluada en consultas externas de anestesiología para valoración antes del ingreso por trabajo de parto. Si la patología lo requiere se considerará la posibilidad de derivación a otro centro (Hospital Clínic, sede Maternitat o Villarroel).

En caso de no haber sido valorada en consultas externas, requiere aviso precoz al anestesiólogo de guardia.

ANEXO 7. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS PARA LA ANESTESIA NEUROAXIAL

- Negativa de la paciente o incapacidad de colaboración
- Coagulopatía severa o tratamiento anticoagulante reciente o trombocitopenia con recuento de plaquetas menor a 80.000/mm³ (aunque la cifra de plaquetas no debe valorarse como un índice aislado*).
- Infección en el sitio de punción
- Hipertensión intracraneal por lesión ocupante de espacio
- Hipovolemia no corregida o shock
- Recursos inadecuados para monitorización y resucitación

*** Recuento de plaquetas:**

- Plaquetas > 80.000/mm³. Generalmente recuento considerado SUFICIENTEMENTE seguro para técnica anestésica neuroaxial.
- Plaquetas < 70.000/mm³. Generalmente consideradas como NO seguro para técnica anestésica neuroaxial.
- Plaquetas < 50.000/mm³. Los riesgos generalmente superan a los beneficios.
- Plaquetas 50.000 – 70.000. Requiere cuidadosa valoración individual de la paciente, diagnóstico hematológico y el tipo de técnica anestésica a realizar.

No solo importa el recuento de plaquetas y nivel de factores de la coagulación, sino también la tendencia al descenso de las plaquetas (como en el síndrome HELLP), la función plaquetaria, el estado de la coagulación y la fibrinólisis, por lo que resultaría indicado disponer de una valoración global mediante tromboelastografía si se dispone.

ANEXO 8: CRITERIOS DE SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE

1. ANTES DE PARTO VAGINAL

1.1 Enfermedades, riesgos hematológicos y coagulopatías:

- Anemia con cifras de Hb < 9 g/dL
- Trombocitopenia gestacional e inmunológica (Recuento < 80.000 plaquetas).
- Anomalías de la coagulación como Enfermedad de Von Willebrand.
- Medicación anticoagulante y profilaxis de trombosis + antiagregante durante la gestación como Síndrome Antifosfolípido o trombofilias.
- Drepanocitosis o anemia de células falciformes.
- Presencia de anticuerpos irregulares maternos.
- Obesidad mórbida (IMC ≥ 40 kg/m²)

2. ANTES DE CESÁREA

2.1. Riesgo incrementado de sangrado:

- Anomalías en la inserción placentaria: placenta previa. Sospecha de acretismo placentario
- Cirugía previa: 2 cesáreas anteriores o entrada a cavidad en cirugía uterina previa.
- Desprendimiento de placenta o hematoma placentario
- Vasa previa
- Miomas uterinos o malformaciones uterinas
- Antecedente de Hemorragia postparto en parto anterior
- Planificación de cesárea junto a otra cirugía concurrente.
- Preeclampsia grave + síndrome HELLP
- Patología materna con afectación cardiocirculatoria o respiratoria
- Enfermedades con riesgo hematológico y coagulopatía (punto 1.1).
- Obesidad mórbida.
- Anemia con cifras de Hb < 10 g/dL

ANEXO 9: MÉTODOS ANALGÉSICOS FARMACOLÓGICOS

La gestante durante el proceso de parto puede desear o requerir diferentes métodos farmacológicos o no farmacológicos para disminuir el dolor producido por las contracciones del parto. En todos los casos la colaboración activa de la mujer, de la pareja y/o de otras personas que puedan participar en el parto, es fundamental para contribuir a la reducción de la sensación dolorosa.

La disminución del dolor tiene efectos beneficiosos a nivel fisiológico (disminuyendo el estrés físico y psíquico) y a nivel emocional, pudiendo contribuir a disminuir las complicaciones durante el parto y a mejorar la experiencia del parto facilitando una percepción más positiva y participativa.

Los anestesiólogos se encargarán de los métodos y técnicas farmacológicas que pueden aplicarse durante el parto para disminuir la percepción dolorosa, en colaboración con las matronas.

1. TÉCNICAS DE BLOQUEO NEUROAXIAL:

Constituyen el método más eficaz para tratar el dolor, pero también son las técnicas más complejas e invasivas. Son técnicas de analgesia regional que logran su efecto mediante una anulación o disminución temporal de la percepción de los estímulos dolorosos de una región o zona del cuerpo. Esto se logra con la administración de medicamentos que reducen o 'bloquean' el dolor cerca de los nervios que transmiten estas sensaciones. Para acceder hasta el lugar donde se encuentran estos nervios, los nervios raquídeos, el anestesiólogo realiza una punción en la parte baja de la espalda: en el espacio epidural o espacio intradural.

Tanto la analgesia epidural para el parto como la anestesia intradural para la cesárea, son técnicas de bloqueo neuroaxial en obstetricia. Siempre serán realizadas por anestesiólogos.

En general están indicadas en todas las pacientes existiendo muy pocas causas que contraindiquen su realización, aunque existen algunas como alteraciones de la coagulación (*Anexo 7*).

Requieren una monitorización hemodinámica y respiratoria continúa durante los 30 primeros minutos tras su realización y posteriormente de manera intermitente cada 15-30 minutos.

1.1 Analgesia epidural

La técnica 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.

Durante la técnica epidural se coloca un catéter o tubo muy fino en el espacio epidural, un espacio muy estrecho que se encuentra rodeando el espacio raquídeo. Se administra la medicación por el catéter y empieza su efecto de manera lenta, entre 20-30 minutos, no obstante su duración puede prolongarse todo el tiempo que dure el parto, pudiendo administrarse medicación por el catéter epidural según las necesidades.

Puede producir efectos secundarios de poca importancia y fácilmente controlables como disminución de la presión arterial, pesadez de las piernas o temblores; y complicaciones benignas poco frecuentes (0.6%-1%) como dolor de cabeza o de nuca tras la realización de la técnica de punción o durante la colocación del catéter epidural.

De entre todos los efectos secundarios, el que más ha preocupado durante décadas, ha sido su efecto sobre el parto. Actualmente, con la utilización de las técnicas de analgesia epidural contemporáneas, con mezclas con muy baja concentración de anestésicos locales, sistemas sofisticados de mantenimiento epidural y técnicas epidurales móviles, se considera que existe poca o nula afectación de los resultados obstétricos, sin aparecer prolongación de la segunda fase del parto, ni aumento en la proporción del número de fórceps; no obstante la evidencia científica sobre estos puntos permanece controvertida. Está completamente probado que no afecta al número de cesáreas.

1.2 Analgesia Intradural

Es una técnica de bloqueo neuroaxial en la que se realiza una inyección única, sin dejar ningún catéter. Tiene un inicio de acción rápido, entre 3 – 5 minutos, aunque su duración es limitada con un efecto corto en el tiempo, por lo que no está indicada para analgesia del trabajo del parto. Puede indicarse como técnica única o complementaria, minutos antes del nacimiento del bebé o como técnica anestésica para hacer un fórceps o una cesárea.

1.3 Técnica de analgesia combinada intradural-epidural

Es una técnica combinada de bloqueo, en la que se realiza una punción intradural y epidural con colocación del catéter, utilizando un equipo especial de punción que permite una sola inyección.

Suele estar indicada en los mismos casos que la epidural pero especialmente en los partos muy dolorosos, o con mayor rapidez en la progresión del parto o en los que existe una mayor dificultad para la punción de la técnica epidural.

Es muy bien aceptada por las gestantes, ya que permite un rápido alivio del dolor, en 3-5 minutos y posteriormente prolongar la analgesia tras utilizar el catéter epidural. Reúne por tanto las ventajas de los dos bloqueos comentados anteriormente, pero también requiere un mayor control hemodinámico materno y fetal.

2. WALKING EPIDURAL O TÉCNICAS DE EPIDURAL MÓVIL

La *“walking epidural”* o “epidurales móviles” como se les denomina actualmente a estas técnicas, hacen referencia a varias técnicas con las que se busca conseguir analgesia junto a movilidad durante el parto. Son las mismas técnicas que hemos comentado previamente, la técnica epidural o la técnica epidural combinada (epidural-intradural), con la diferencia de que las dosis de fármaco anestésico administrado por la epidural serán menores que en una epidural convencional.

Con las técnicas epidurales móviles se pretende reducir el dolor del trabajo del parto pero sin que aparezca adormecimiento de la parte inferior del cuerpo o debilidad en las piernas. Permitirá moverse o caminar por la habitación o estar de pie o sentada en un sillón o en una pelota, siendo más importante que pueda adoptarse y mantenerse la posición vertical durante el parto que la posibilidad de caminar, ya que se ha visto que la deambulación *per se* no tiene efecto en mejorar los resultados obstétricos.

Hay que tener en cuenta que es necesario un mayor control por parte del anestesiólogo y de las matronas que atienden el parto, para valorar la fuerza de las piernas una vez realizado el bloqueo neuroaxial y después, de manera intermitente. También, que es posible que pueda aparecer una mayor sensibilidad con alguna percepción dolorosa o incomodidad durante el trabajo de parto y que a medida que se requieran dosis de analgesia complementaria para controlar el dolor, es probable que aparezca progresivamente una mayor debilidad de las piernas y se deba permanecer encamada.

3. ANALGESIA INHALATORIA: con Óxido nitroso (Kalinox® o Entonox®)

Es una mezcla gaseosa de un gas anestésico, el óxido nitroso y oxígeno en una proporción prefijada, al 50%. La partera 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. Es infrecuente la aparición de problemas serios. Se debe informar que su efecto analgésico es leve-moderado y que puede provocar náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo. Puede ser una alternativa útil a métodos de analgesia más extendidos en nuestro medio cuando la gestante lo solicita, aunque tiene su mayor indicación cuando se desea un parto más natural. Para ser efectivo requiere la colaboración de la gestante y el aprendizaje. (Solo disponible en HCM).

4. ANALGESIA PARENTERAL

La analgesia parenteral consiste en la administración de analgésicos por vía intravenosa o a través de una inyección intramuscular. Dentro de estos analgésicos se encuentran los opiáceos, analgésicos muy potentes derivados de la morfina.

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

Hasta hace unos años los derivados opiáceos se utilizaban muy frecuentemente en el parto por las matronas. Los más clásicos (la Meperidina o Dolantina) producían sedación y poca analgesia en la madre y lo más importante, en el bebé causaba sedación y durante muchas horas el enlentecimiento de la respiración. Por este motivo solo se administran actualmente de forma intramuscular en fases muy iniciales del parto, para que pueda ser eliminado antes del nacimiento del bebé.

Actualmente existen otro tipo de opiáceos, como el Remifentanilo, con un efecto más rápido y potente, produciendo buena analgesia en la madre y sin sedación en el recién nacido, por lo que puede administrarse durante todo el trabajo del parto. Se administra por vía intravenosa de forma continua con una bomba especial de infusión o sistema de autoadministración por el paciente (bomba de PCA). Requiere valoración clínica por parte del anestesiólogo debido al riesgo de disminución de la frecuencia respiratoria de la madre; supervisión continua por personal de enfermería y monitorización continua con frecuencia respiratoria y pulsoximetría para detectar de manera precoz la somnolencia y desaturación materna. Se considera la mejor alternativa a la analgesia epidural cuando está contraindicada, aunque no es tan efectiva.

Para más información sobre analgesia y anestesia en el parto y cesárea, puede consultarse la página:
<https://www.hospitalclinic.org/ca/assistencia/atencio-hospitalaria/anestesia-i-reanimacio/informacio-pacients>

ANEXO 10. METODOS NO FARMACOLOGICOS

Son técnicas no médicas: simples, generalmente seguras y sin medicación

1. Inmersión en agua caliente: 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. Estimulación cutánea:

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.

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.

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

4. 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).

5. Técnicas de relajación:

Permite una disminución de la tensión muscular y mental.

6. 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.

7. Inyección de agua estéril: 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.

8. Visualización de imágenes mentales:

Permite controlar el dolor a través de su utilización.

9. Otras medidas:

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

OTRAS DISCIPLINAS

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

1. Homeopatía
2. Yoga
3. Acupuntura
4. Hipnosis

ANEXO 11: CRITERIOS PARA AVISAR AL PEDIATRA DESDE SALA DE PARTOS

Factores de riesgo preparto

Malformación fetal
Actividad fetal disminuida
Infección materna
Anemia o isoimmunización
Muertes neonatales o fetales previas
Retraso crecimiento intrauterino
Preeclampsia severa
Gestación múltiple
Tratamiento con fármacos: litio, magnesio, otros
Hemorragia en el 2º ó 3er trimestre
Diabetes materna insulín dependiente (gestacional o pregestacional)
Enfermedades maternas: cardiovascular, renal, pulmonar...
Oligoamnios o polihidramnios
Embarazo no controlado
Hijo de madre VIH y VHB

Factores de riesgo durante el parto

Líquido amniótico teñido de meconio, maloliente o sanguinolento
Parto prematuro (<37) o precipitado
Prolapso de cordón
Desprendimiento de placenta o placenta previa
Cesárea urgente
Cesárea bajo anestesia general
Parto instrumental: ventosa o fórceps
Presentación anómala
Corioamnionitis materna
Parto extramuros
Bradicardia o patrones de frecuencia cardiaca fetal anómalos
Parto prolongado (> 24 horas)
Rotura prolongada de membranas (> 18 horas) o fiebre materna intraparto
Narcóticos a la madre horas previas al parto
Distocia de hombros

BUSCA PEDIATRIA HCM: 380730 / 380040

BUSCA PEDIATRIA HSJD: 80012

ANEXO 12: DOCUMENTO DENEGACIÓN DE PROCEDIMIENTO

ETIQUETA CON NUM HISTORIA

Sra. _____ DNI _____

Informada de la conveniencia de que me sea practicado el procedimiento:

- Administración de profilaxis antibiótica por presencia de Estreptococo del grupo B (SGB) en cultivo vagino-rectal o tracto urinario
- Colocación de vía venosa
- Administración de oxitocina posparto
- Otros

Para diagnosticar/tratar/atender

- Prevención de infección SGB neonatal
- Administración de sueroterapia, fármacos, ...
- Prevención de hemorragia posparto
- Otros

y siendo conocedora de las consecuencias que puede tener mi decisión, hago constar explícitamente mi negativa a ser sometida a dicho procedimiento.

Por lo cual firmo este documento el _____ de _____ del 20 _____

Firma del profesional que informa

Firma de la usuaria o representante

Nombre _____

Sr./Sra. _____

Nº Colegiado _____

Parentesco _____

ANEXO 13: DOCUMENTO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE TEJIDO PLACENTARIO

ETIQUETA CON NUM HISTORIA

Doña: D.N.I:

Don: D.N.I:

Manifiestan voluntariamente que:

Desean disponer, tras el momento del parto, del tejido placentario derivado del propio alumbramiento. Que conocen, han sido informados, y aceptan:

- Que se realizará un estudio analítico a la gestante para descartar la existencia de infecciones que pudieran contraindicar la cesión del tejido.
- Que los solicitantes asumen la responsabilidad de la custodia y manejo de la muestra biológica.
- Que el Servicio de Obstetricia y la Dirección del Hospital Sant Joan de Déu no se responsabiliza del uso posterior de dicho tejido.
- La necesidad ocasional, según indicación médica, de realizar estudios en placenta que implican la no posible cesión del tejido.

Se realiza la entrega de la muestra de tejido placentario el día:

Firma de la madre (obligatorio)

Firma del padre (opcional)

Nombre del profesional que informa: _____

Firma: _____

Esplugues de Llobregat, de.....de.....

PROTOCOLO: ASISTENCIA A LA GESTANTE EN SALA DE PARTOS

ANEXO 14: DOCUMENTO DE SOLICITUD DE SEGUNDO ACOMPAÑANTE

En Esplugues de Llobregat, a ___ de _____ de 201_.

REUNIDOS:

De una parte el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (en adelante EL HOSPITAL), y actuando en su nombre y representación la Dra. M^a Dolores Gómez Roig, como Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología. De otra parte D^a. _____ (en adelante LA USUARIA), con D.N.I. núm. _____ y D. _____ (en adelante ACOMPAÑANTE), con D.N.I. núm. _____. De otra parte D^a. _____ (en adelante ACOMPAÑANTE 2), con D.N.I. núm. _____.

MANIFIESTAN:

- I.- Que LA USUARIA, acompañada del ACOMPAÑANTE/Doula, será asistida en el Hospital Sant Joan de Déu durante el proceso de parto que tendrá lugar próximamente con motivo del nacimiento del hijo/a de LA USUARIA.
- II.- Que LA USUARIA y ACOMPAÑANTE han solicitado al Hospital Sant Joan de Déu autorización a fin de que EL/LA ACOMPAÑANTE 2 esté presente en el citado proceso de parto, en calidad de segundo acompañante, debido al apoyo emocional que les ha venido prestando durante el embarazo y el interés que tienen en que ese apoyo se haga también efectivo en el momento del parto.
- III.- Que atendidas la petición efectuada por LA USUARIA y EL/LA ACOMPAÑANTE y las circunstancias expuestas, el Hospital Sant Joan de Déu ha autorizado la presencia del ACOMPAÑANTE 2 en el citado proceso de parto, presencia que en todo caso se atenderá a las condiciones que a continuación se indican:

CONDICIONES:

- Primera.- La presencia del ACOMPAÑANTE 2 en el proceso de parto ha sido solicitada por LA USUARIA con motivo de la relación de confianza que existe entre ambas y con la finalidad de recibir apoyo emocional durante el parto.
- Segunda.- El apoyo prestado por EL/LA ACOMPAÑANTE 2 a la USUARIA no podrá interferir en el proceso asistencial ni alterará el protocolo establecido. Queda prohibido la realización de funciones asistenciales por parte de acompañante /Doula. El profesional que asista a LA USUARIA en el momento del parto podrá revocar la autorización que se presta en el presente documento cuando las circunstancias sobrevenidas durante el parto así lo aconsejen, debiendo de este modo EL/LA ACOMPAÑANTE 2 abandonar las instalaciones donde se esté desarrollando el parto. La misma decisión podrá adoptar el personal médico respecto a EL/LA ACOMPAÑANTE si la situación médica lo exige.
- Tercera.- Los/las acompañantes de LA USUARIA se comprometen a guardar la necesaria confidencialidad respecto de todos aquellos datos de carácter personal, familiar, médico o profesional a los que hayan tenido acceso con motivo de su presencia en el proceso de parto, atinentes a la paciente o al propio Hospital. También se respetará el derecho de imagen de los profesionales, la paciente y el resto de pacientes y familiares.
- Cuarta.- Siendo la presencia del ACOMPAÑANTE 2 en el proceso de parto de exclusivo interés de LA USUARIA y ajena a los intereses del Hospital Sant Joan de Déu, el Hospital no asume ninguna responsabilidad derivada de la presencia del ACOMPAÑANTE 2 en sus instalaciones.

Y en prueba de conformidad con lo manifestado, todas las partes firman el presente documento por triplicado ejemplar en el lugar y fecha arriba indicados.

Firma de la madre

Nombre del profesional que informa: _____

Firma

Esplugues de Llobregat, de.....de.....