

GUIA DE PARTO DE
BAJA INTERVENCION

UNIDAD DE GESTION CLINICA
DE TOCOGINECOLOGÍA

AREA DE GESTION SANITARIA
NORTE DE ALMERIA

OBJETIVOS:

1. Favorecer el proceso de parto fisiológico con el mínimo intervencionismo, garantizando al máximo la seguridad de madre e hijo. Se administrarán los procedimientos solamente cuando haya una justificación para ello y nunca por costumbre o por sistema.
2. Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer.
3. Acompañar a la mujer con respeto a sus decisiones, siempre que sean ajustadas a la evidencia científica, fomentando la corresponsabilidad de la gestante en la toma de decisiones y, por tanto, en el resultado del parto.
4. Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad.
5. Prevenir, diagnosticar precozmente y tratar, junto con el ginecólogo, las posibles complicaciones de la madre y el hijo.
6. Implicar al padre en todo el proceso.
7. Favorecer el contacto madre-hijo desde el momento del nacimiento.
8. Promover la lactancia materna.

ÍNDICE

1. Atención en urgencias obstétricas	4.
2. Asistencia en la fase prodrómica	6.
3. Asistencia en la fase de dilatación	8.
4. Asistencia durante el período expulsivo	26.
5. Asistencia en la fase de alumbramiento	31.
6. Guía de atención al puerperio inmediato	35.
7. Guía de atención al recién nacido en paritorio	37.
8. Puerperio hospitalario	42.
9. Técnicas para el alivio del dolor	49.
10. Bibliografía	56.

ATENCIÓN EN URGENCIAS OBSTETRICAS

1- Recepción de la gestante en urgencias (a través del celador).

Siempre hay que recibirla con un trato correcto y amable, y la persona que la va a atender se presentará con su nombre y categoría profesional. A la gestante se le llamará por su nombre, evitando palabras excesivamente coloquiales. Se le entregará el folleto con el “Plan de Acogida”.

2- Identificación de la gestante:

- Nombre y apellidos
- N° de historia

3- Averiguar control de embarazo.

- Incluye:
 - Serología (lues, rubeola, toxoplasmosis, hepatitis B y V.I.H)
 - SGB
 - Test O´Sullivan
 - Semanas de gestación
- Si no ha sido controlado el embarazo:
 - Cursar analítica completa urgente que incluiría: Serología completa, coagulación, hemograma, grupo-Rh y SGB.
- Si ha sido controlado en otro centro:
 - Pedir toda la documentación relacionada con el embarazo que nos pueda aportar y confirmar si tiene serología y SGB.

4- Acompañar a la gestante a la dilatación para colocar monitor para control de Bienestar Fetal (con toma de tensión arterial , pulso y temperatura). Informar a la pareja de los circuitos establecidos en paritorio para acompañar a la gestante.

5- Averiguar duración de las contracciones, desde cuándo tiene las contracciones, si ha manchado, si hay rotura o fisura de bolsa de líquido amniótico.

6- Explicar de manera tranquila que va a estar en el monitor para control de Bienestar Fetal unos 20-30 minutos.

7- Pasar a la sala de exploración una vez realizado el monitor, para valorar si ha comenzado el proceso del parto (por matrona o ginecólogo).

A- Si está de parto, rotura de bolsa amniótica o pródromos susceptibles de ingreso: Gestionar ingreso en planta.

B- Si no está de parto: Alta (la dará el ginecólogo). Y se comprobará que tenga cita en bienestar fetal; si no la tuviera, se le dará dicha cita.

NOTA: para garantizar la intimidad de la paciente, se procurará que durante la exploración de urgencias y sucesivas, permanezca con la paciente el menor número de personal posible, una matrona con una auxiliar de enfermería o un facultativo/a con un miembro del personal de enfermería (auxiliar, DUE o matrona). No se explorará en presencia de otro personal (celadores/as, limpiadores/as, o personal que no pertenezca al área de paritorio).

ASISTENCIA EN LA FASE PRODRÓMICA

Definición: Se define como el estadio anterior al parto en el que la gestante comienza a sentir contracciones o molestias que aún no son regulares y el cuello del útero no tiene modificaciones o no llega a los definidos para el trabajo de parto, cuello borrado y 3-4 cm. de dilatación.

- Los cuidados en esta fase podrán prestarse en la planta o en la sala de dilatación pudiendo la gestante pasear por la zona ajardinada junto al paritorio.

Consejos para la mujer:

- Recurrir a medidas que brinden comodidad como una ducha, caminar o recibir masajes.
- Pasear por su habitación, pasillos o jardín.
- Se le dará de comer una dieta específica blanda, poca cantidad y que no lleve lácteos.
- Seguir tomando líquidos como agua, zumos o infusiones, según le apetezca. No tomar lácteos por su digestión lenta.
- Relajarse y mantener la mente ocupada en algo agradable.
- Cronometrar las contracciones.
- Recordar a la familia que el proceso puede alargarse e incluso pararse e irse de alta.
- Avisar si RPM, DU cada 3 min. o aparece algún signo de alarma.

Controles a la gestante:

- Monitorización en ventanas cada 8 horas o antes si precisa.
- Exploración vaginal si precisa y valoración cada 8-12 horas o antes si precisa por aumento de dinámica, amniorrexis o aparición de algún signo de alarma (metrorragia...).
- Toma de ctes. c/ 8-12 horas.
- En caso de que la gestante se encuentre muy molesta por el dolor se le puede ofertar una sedación IM (1 amp meperidina + ½ amp haloperidol) u otro tipo de terapia alternativa para su alivio.
- Si no hay cambios se le da el alta con cita en BF.

Si durante el ingreso se explora una dilatación $\geq 3-4$ cm, abrir partograma y manejar como periodo activo del parto.

ASISTENCIA EN LA FASE DE DILATACIÓN

En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.

Un diagnóstico incorrecto del trabajo de parto puede conducir a estados de ansiedad e intervenciones innecesarias

Tabla 1. Diagnostico del periodo y la fase del trabajo del parto¹		
Signos y Síntomas	Periodo	Fase
Cuello uterino no dilatado	Falso trabajo de parto	Pródromos
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm.	Primer Estadio del Parto	Latente
Cuello uterino dilatado 4-9 cm. Tasa de dilatación 1cm./h Comienzo descenso cabeza fetal	Primer Estadio del Parto	Activa
Cuello uterino dilatado (10 cm.) Continúa el descenso fetal No hay deseos de empujar	Segundo Estadio del Parto	Temprana (no expulsiva)
Cuello uterino dilatado (10 cm.) La parte fetal que presenta llega al suelo de la pelvis La mujer tiene deseos de empujar	Segundo Estadio del Parto	Avanzada (expulsiva)
* El tercer periodo del parto comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta		
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud; 2002.		

CUIDADOS EN LA FASE DE DILATACIÓN:

Sería aconsejable no incluir a una gestante en esta categoría hasta que no se ha iniciado la fase activa del parto, es decir hasta que no presenta 3-4 cm o más de dilatación y 2 ó más contracciones en 10 minutos, ya que a partir de este período la evolución del parto fisiológico puede ser más predecible y no se practicarán técnicas innecesarias.

Una vez que se ha hecho un adecuado diagnóstico del trabajo de parto se pasa a la gestante a la sala de dilatación, en la que la matrona responsable se presentará adecuadamente y se hará cargo de ella. Es importante mantener una continuidad en los cuidadoresⁱⁱ (sin olvidar que en el turno se trabaja en equipo y la responsabilidad es compartida), lo que implica que la mujer será llevada por la misma matrona desde su llegada a la sala de dilatación hasta que salga de la misma después del parto (siempre que sea posible).

- Se presentará, dirigiéndose a ella por su nombre de manera amable y respetuosa, evitando palabras coloquiales.
- Hablar con calma y en voz baja, dejando tiempo para contestar.
- Procurar un ambiente de intimidad y respeto. Cuando se explore a la gestante la puerta de la dilatación o de la sala de exploraciones debe estar cerrada.
- Se le mostrará la sala de dilatación (aseo, timbre, compresas...).
- Se le preguntará a la gestante por la persona que quiera que la acompañe e irá a buscar a ésta a la sala de espera de familiares, dando clara preferencia a su pareja.
- Se explicará a la mujer todos los procedimientos, solicitando su autorización y/o aprobación y comunicar los hallazgos, en todo

caso si se decide intervenir sobre la evolución del parto (estimulación con oxitocina, amniorrexis artificial, monitorización continua, etc.) la gestante y su acompañante deben conocer los motivos, aceptarlos y autorizarlos y ser participes en la toma de decisiones.

- Se le aconsejara que adopte la posición más cómoda para ella, favoreciendo posiciones verticales.
- Fomentar un ambiente familiar y agradable para ella: permitirle vestir ropa propia y otros objetos personales; utilizar música en la sala de dilatación, con un volumen que no moleste a las salas próximas; etc...

Acompañamientoⁱⁱⁱ: Este apoyo y soporte emocional ha demostrado tener importantes beneficios.

- Alentaremos a la mujer a contar con una persona de su elección (pareja, familiar o amiga) durante el trabajo de parto y el parto.
- Ayudaremos al acompañante elegido para el parto para que brinde su apoyo de manera efectiva (recordando que cada mujer tendrá unas necesidades diferentes). Se le proporcionará al acompañante un asiento al lado de la mujer.
- Le mostraremos qué actividades puede realizar para ayudar a la mujer: dar masajes, frotarle la cara con una compresa húmeda y darle aire con un abanico, ofrecerle unos sorbos de agua si se encuentra sedienta, ayudarla a moverse esperando las contracciones, etc.
- Asimismo, se le dará información periódica para que sea él/la encargado/a de informar al resto de familiares.
- Si la gestante lo desea, el acompañante podrá cambiar, siempre con el consentimiento del personal del servicio.

Documentación: La matrona se encargará de abrir el partograma. El partograma es una herramienta de trabajo que permite realizar una adecuada evolución del trabajo de parto y reducir el número de intervenciones, así como registrar todos los datos que pueden ser de interés en la evolución del proceso.

El resto de la documentación que acompaña al parto debe de rellenarse por el equipo.

Control de la gestante: Es importante realizar y registrar de forma periódica las constantes vitales de la mujer (temperatura cada 2 horas, y frecuencia cardíaca y T.A. cada 4 horas), para realizar una adecuada evaluación del riesgo y detectar posibles problemas.

Alentar a la mujer a orinar espontáneamente cada 2-4 horas.

Enema: No se utilizará enema de limpieza, por tanto, no se ofrecerá su uso ni se utilizará de forma rutinaria. Si la mujer lo demanda de forma explícita o se explora una ampolla rectal llena de heces, se informará a la parturienta de la conveniencia de una deposición espontánea, y si fracasa, utilizar primeramente supositorios de micralax[®]. Sólo si fracasan éstos se utilizarán enemas rectales.

Micción: se fomentará la micción espontánea, reservando el sondaje vesical para situaciones especiales (cesáreas, partos instrumentales, retención urinaria por analgesia epidural, etc...).

Rasurado: no se debe rasurar de forma rutinaria. No hay ninguna evidencia que justifique el rasurado del vello púbico^{iv}. No hay evidencia de los beneficios de esta práctica en cuanto a la morbilidad materna. Además, la mujer tiene molestias cuando el

vello vuelve a crecer. Si se rasura, se realizará únicamente en la zona en donde se practicará la episiotomía o donde se ha producido el desgarro perineal. Constituye, por tanto, una práctica innecesaria. Una alternativa válida es recortar con tijera los vellos largos de la zona a suturar.

Vía venosa periférica y perfusión de fluidos: La inserción de una cánula de perfusión intravenosa es obligatoria en partos de alto riesgo y siempre que necesitemos administrar medicación IV. La existencia de una vía venosa periférica en partos de bajo riesgo es, a menudo, innecesaria, aunque, si bien es excepcional en este tipo de partos, si se produce una eventualidad emergente (prolapso de cordón, desprendimiento de placenta, embolia de líquido amniótico, RCTG ominoso, hemorragia puerperal severa, etc...) es un instrumento de innegable utilidad. Debe practicarse, por tanto, salvo que la paciente sea de bajo riesgo, desee un parto no intervenido y no exista un riesgo razonable de metrorragia postparto. En caso de que fuese necesaria la vía se podrá dejar heparinizada mientras no sea necesaria la administración de medicamentos y/o fluidos ^{1 v vi}.

Ingesta de líquidos y alimentos: No hay evidencia suficiente que justifique el ayuno prolongado de las mujeres de bajo riesgo en el parto. Se permite la ingesta de líquido para evitar la sensación de malestar y sequedad, evitando los lácteos, e incluso se puede permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente ingieran comidas livianas si lo necesitan, siempre que en ese momento la probabilidad de realizar cesárea sea mínimo (excluir, por tanto, gestantes con cesárea anterior, gemelares, monitores no tranquilizadores, proceso de dilatación lento, pelvis

límite, macrosomas...), también evitaremos la ingesta de sólidos a las gestantes con catéter epidural.

Monitorización del estado fetal^{vii} ^{viii} ix: El control del bienestar fetal en mujeres de bajo riesgo obstétrico, cuyo parto se inicia y mantiene de forma espontánea y en las que no se utiliza medicación (oxitocina, epidural, etc.) puede realizarse mediante la auscultación intermitente o con registros en “ventanas”. La auscultación intermitente se realiza escuchando el latido cardíaco fetal durante un minuto inmediatamente tras la contracción, con la siguiente periodicidad: una vez cada 15-30 minutos durante la fase de dilatación, y cada 5 minutos durante el expulsivo. Si existen dudas, el latido fetal se comparará con el materno. La monitorización intermitente o “ventanas” se realizarán durante al menos 20 minutos, no dejando pasar más de 40 minutos entre trazado y trazado de monitorización. Si se detectan anomalías de la FCF (menos de 120 o más de 160 latidos por minuto) se continuará el control mediante monitorización continua para descartar sospecha de pérdida de bienestar fetal. Se anotarán todas las auscultaciones y “ventanas” de la dilatación, apuntando la hora en que se retira y recoloca el monitor.

Condiciones para la monitorización o auscultación intermitente:

- Los trabajos randomizados que aseguran la seguridad del control intermitente están realizados con una matrona por parturienta, lo que, en principio, hace aconsejable que dicho control se realice bajo esta premisa. En todo caso, debe garantizarse que los tiempos sin control fetal no excedan de 40 minutos.

- Parto de bajo riesgo: se define como aquel que no conlleva situaciones de razonable peligro para la madre o el feto. Los partos de alto riesgo obligan a monitorización electrónica continua y son los siguientes:

* Factores de riesgo anteparto:

- Doppler umbilical anormal.
- Cardiotocografía (pre)patológica (monitor no tranquilizante preparto).
- Sospecha de C.I.R.
- Oligoamnios ($ILA \leq 5$).
- Embarazo cronológicamente prolongado (≥ 42 sem).
- Gestación gemelar y múltiple.
- Presentación podálica.
- Parto pretérmino (≤ 34 semanas).
- R.P.M. > 24 h.
- Metrorragia anteparto.
- Anomalía fetal que requiere monitorización.
- Cirugía uterina previa (incluido cesárea).
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Diabetes, con tratamiento de insulina.
- Antecedentes obstétricos desfavorables (muerte feto-neonatal previa y/o ≥ 3 abortos).
- Placenta previa marginal.
- Enfermedades maternas que pueden comprometer la oxigenación fetal (cardiopatías o neumopatías).
- Otras (lupus sistémico, EHRN, malformación fetal, sdr. antifosfolípido, portadora de VIH, drogadicción activa, uso reciente y continuado de benzodiazepinas).

* Factores de riesgo intraparto:

- Algunas inducciones del parto.
- Estimulación del parto (uso de oxitocina).
- Cardiotocografía patológica (monitor no tranquilizante intraparto).
- Auscultación anormal.
- Analgesia epidural.
- Metrorragia intraparto.
- Líquido amniótico hemorrágico o meconial (excluido el meconio claro).
- Fiebre materna, corioamnionitis.
- Oligoamnios.
- Fase activa > 12 horas.
- Expulsivo > 1 hora.
- Utero hipertónico.

Todas las pacientes no incluidas en los listados previos se consideran de bajo riesgo y pueden ser controladas de forma intermitente.

Posiciones durante la dilatación: Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa^{x xi}.

La posición de decúbito supino es la menos recomendable en el trabajo de parto, dado que la compresión aorto-cava que se produce puede comprometer tanto a la madre como al bienestar fetal^{xii xiii}. La posición en decúbito lateral sería la posición óptima si la mujer tiene contracciones fuertes y desea descansar. Evitar el

decúbito supino es especialmente importante si a la gestante se le ha administrado un catéter epidural, por el mayor riesgo de hipotensión que existe.

La posición vertical en la primera fase del parto es definida en los estudios como cualquier posición que evite el estar tumbada (y que pueda incluir la deambulaci3n). Puede estar sentada, arrodillarse, inclinarse hacia atr3s, sobre los talones o hacia delante, contra una almohada colocada sobre una silla o cama, a gatas o en cuclillas, con la espalda apoyada, de pie contra la pared o apoyada sobre un mueble o sobre su acompa1ante.

Una revisi3n sistem3tica publicada en 2009 evidencia que permanecer en posici3n vertical durante la primera fase del parto consigue: menos necesidad de epidural^{xiv}, y acorta el tiempo de la primera fase del parto^{xv}, alrededor de una hora, no encontr3ndose ning3n factor favorable al dec3bito^{xiv-bis}. Es de suponer que la verticalidad y el movimiento deben favorecer el encajamiento p3lvico de la cabeza fetal, amen de encontrarse m3s distra3da la gestante.

De ah3 que la postura vertical debe ser la recomendable durante la dilataci3n, aunque siempre deberemos respetar aquella que le sea m3s c3moda a la mujer. Si es necesario monitor continuo se procurar3 utilizar la telemetr3a, pero, de no estar disponible, debe prevalecer la seguridad fetal, manteniendo la monitorizaci3n continua, procurando las posturas diferentes al dec3bito supino (sedestaci3n, apoyo en cuatro puntos, dec3bito lateral).

Control de la evoluci3n del parto, exploraciones vaginales:

Es importante mantener unos criterios uniformes para no realizar intervenciones innecesarias, valorando en cada exploraci3n:

1. Progresión de la dilatación.
2. Descenso de la cabeza fetal a medida que progresa la dilatación.
3. Actitud de la cabeza fetal (occípito posteriores, transversas, etc...).

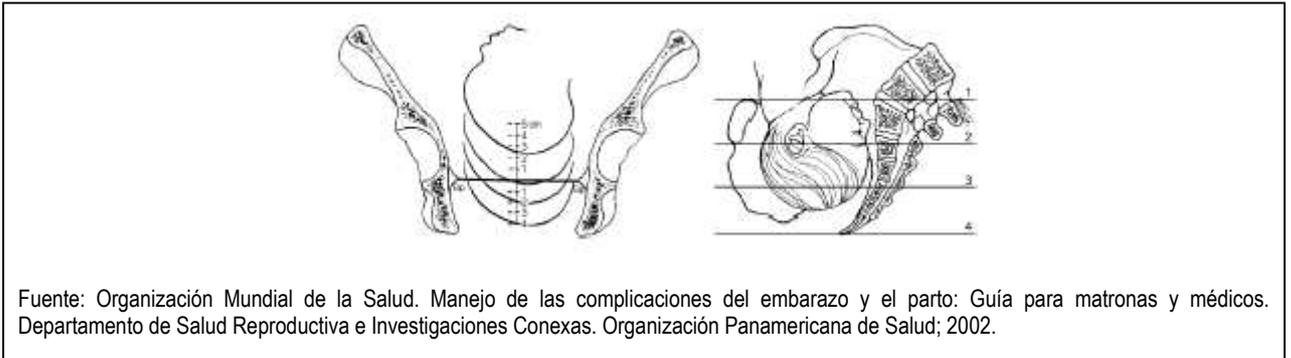
Tradicionalmente, y aún en nuestros días, el tacto vaginal ha sido el método más aceptado para valorar la progresión del trabajo de parto, desplazando a otros métodos menos invasivos. El número de tactos vaginales a realizar durante la dilatación debe ser el mínimo posible, pero el intervalo recomendable entre los mismos sigue siendo tema de controversia.

Así, según la OMS¹: *“Un tacto vaginal cada cuatro horas suele ser suficiente... Una progresión lenta tiene que ser un motivo de valoración, NO de intervención”*. Por su parte, el libro “Estrategia de atención al parto normal en el S.N.S.” considera adecuado un tacto cada 3 horas, mientras que la SEGO considera tactos cada 2-4 horas, y siempre que se produzcan situaciones que lo indiquen (antes de la analgesia epidural, ante deceleraciones fetales, primer reflejo de pujo, hipodinamia, etc...).

Por otro lado, los tactos vaginales suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad, resultando incómodos e incluso dolorosos^{xvi}. Además, las exploraciones vaginales siempre conllevan un cierto riesgo de infección, pues introducen microorganismos de la vagina en el canal cervical^{xviii}.

Por estas razones los tactos vaginales sólo deben realizarse cuando haya un motivo que las justifique, y siempre después de haber explicado y consensuado su conveniencia con la mujer.

Mediante un tacto vaginal se obtienen seis fuentes de información con las que valorar el progreso: posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino, descenso y rotación de la cabeza fetal^{xix}, aunque la exactitud de esta técnica queda limitada si no es llevada siempre a cabo por el mismo profesional^{xx}.



Un examen vaginal nos permite evaluar el descenso, relacionando el nivel de la parte fetal que se presenta con las espaldas ciáticas de la pelvis de la madre, en términos de centímetros o planos de Hodge.

Nota: Cuando hay un **grado significativo de caput o moldeamiento**, la evaluación mediante palpación abdominal usando los quintos de cabeza palpable es más útil que la evaluación mediante el examen vaginal.

PRESENTACIÓN Y POSICIÓN

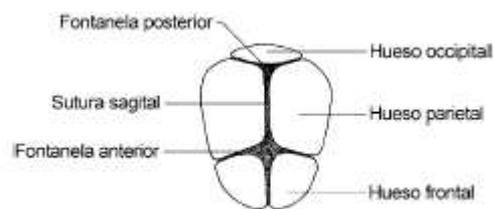
El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente (95%). Si **el vértice no es la parte que se presenta**, se tratará como una anomalía de presentación.

Si **el vértice es la parte que se presenta**, se utilizan los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la madre.

La cabeza fetal se encaja, normalmente en la pelvis materna en una **posición occípito-transversa**, es decir, con el occipucio del feto transversal a la pelvis materna

Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia la parte anterior de la pelvis materna. La ausencia de rotación de una posición occípito-transversa a una posición occípito-anterior, debe manejarse como si se tratara de una posición occípito-posterior.

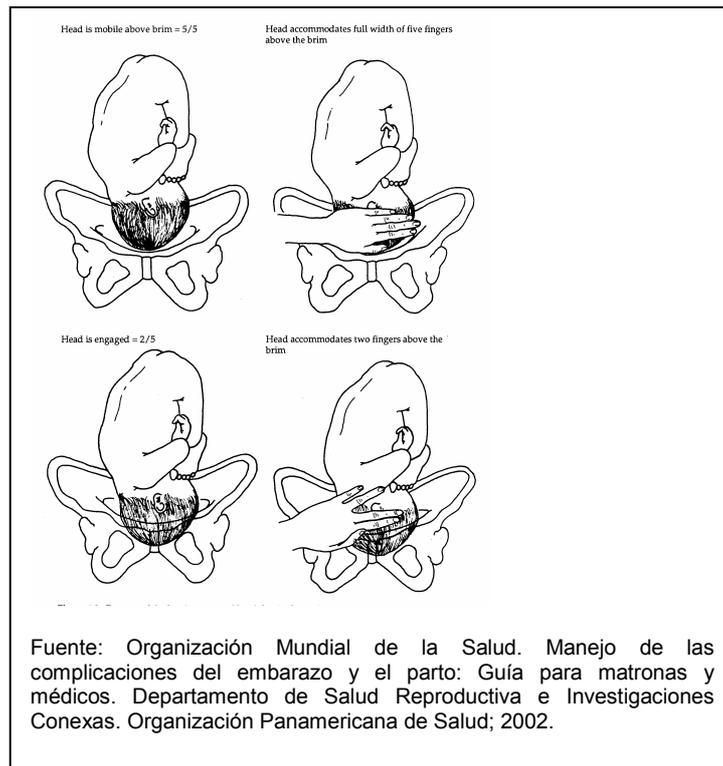
Otra característica de una presentación normal es un **vértice bien flexionado**, con el occipucio más bajo en la vagina que el sincipucio.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud; 2002.

Vamos a exponer otras técnicas menos invasivas con las que valorar la evolución del parto, como son:

- La Palpación Abdominal⁴. Se evalúa el descenso en términos de quintos de cabeza fetal palpable por encima de la sínfisis del pubis. Una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable, mientras que una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero quintos (0/5) palpable.



- La interpretación del comportamiento y los sonidos maternos, su apariencia y su conducta^{xxi}, así como el flujo y las secreciones vaginales.

- Existen otros métodos que, aunque carecen todavía de estudios estadísticos que los avalen, parecen ser de utilidad: es el caso de la “Purple Line” y del “Rombo de Michaelis”. Según L. Hobbs (1998)^{xxii}, la *Purple Line* (línea rojo-violácea) aparece en los márgenes del ano con el inicio de la fase activa del parto y va ascendiendo por entre las nalgas hasta llegar al nacimiento de las mismas coincidiendo con la dilatación cervical completa. J. Sutton (2000)^{xxiii} nos habla de la aparición del Rombo de Michaelis como indicativo de dilatación completa en mujeres cuya posición permite un ligero desplazamiento del triángulo formado por el Cóccix, el Sacro y las últimas vértebras lumbares.

Amniotomía: Rotura de las membranas: No es preciso realizar amniorrexis artificial si la progresión del parto es adecuada, únicamente se optará por esta técnica si hay una detención en la progresión del parto, si es necesario acceder a la cabeza fetal (amnioinfusión, pH de calota, STAN, pulsioximetría, etc...), y como primera opción ante una inducción o estimulación del parto.

Hay una tendencia al aumento del dolor de las contracciones tras la amniotomía, ya que las contracciones se vuelven más intensas y frecuentes, provocando en la mujer una mayor necesidad de analgesia y la sensación de que ha sido alterada la fisiología de su parto. Aumenta los RCTG no tranquilizadores pero sin repercusión en el pronóstico neonatal.

Por su parte, la amniotomía también tiene alguna ventaja, como que reduce la necesidad de utilizar oxitocina. Los últimos estudios indican que no reduce la duración de la dilatación tal y como se venía creyendo.

Tanto si se produce una rotura espontánea de las membranas como si se decide practicar una amniorrexis artificial, una vez rotas las membranas y después de cada exploración se anotará en el partograma:

Color del líquido amniótico:

- Claro, transparente.
- Teñido: No es un signo directo de pérdida del bienestar fetal, pero nos pone en situación de alerta, por lo que si encontramos un líquido teñido leve o moderado, realizaremos controles de la FCF con monitorización continua. Si el líquido es muy teñido o espeso, sospecharemos riesgo de pérdida del bienestar fetal, lo que se pondrá en conocimiento del obstetra de guardia, para que valore la posibilidad de amnioinfusión.
- Sanguinolento: El sangrado suele proceder del cuello uterino, si bien puede ser un signo de desprendimiento parcial/total de la placenta o de rotura uterina, por lo que vigilaremos más exhaustivamente a la gestante

Cantidad y olor si los hubiera. Prestando especial atención al olor fétido que sugiere corioamnionitis y/o sepsis fetal.

Administración de oxitocina: La infusión de oxitocina sintética combinada con una amniotomía temprana se denomina frecuentemente “Manejo Activo del Parto”. Una vez realizada la amniotomía e instaurada la perfusión de oxitocina, se debe monitorizar de forma continua el estado fetal (hasta establecer una buena dinámica), procediendo a realizar tactos vaginales cada cuatro horas para determinar la evolución de la dilatación cervical. Algunos estudios han demostrado que su uso ha llegado a ser demasiado frecuente, y que esto aumenta la incidencia de partos instrumentales y de cesáreas^{xxiv xxv}.

La estimulación con oxitocina implica un aumento en el riesgo de morbilidad neonatal y aumenta la sensación dolorosa por parte de las mujeres²⁹. El efecto que tiene sobre el acortamiento del periodo de dilatación, que no ha sido claramente demostrado en grupos control de mujeres que han podido deambular libremente, no justifica su uso indiscriminado en mujeres de bajo riesgo y en las que la evolución del progreso del parto sigue una adecuada progresión y no se observan señales de alerta en el partograma.

La oxitocina sintética no puede usarse en condiciones en las que no puedan medirse adecuadamente sus efectos y la dosis administrada, es decir sin bombas de perfusión y sin la estricta vigilancia del estado fetal mediante monitorización electrónica. Su uso ha demostrado un incremento considerable en la necesidad de analgesia por parte de las mujeres.

Por estas razones no es aconsejable que se realice amniotomía y/o administración de oxitocina sintética sin una adecuada justificación, es decir, si se ha determinado un enlentecimiento acusado del progreso del parto (estancamiento de 4 horas). Si se aprecia hipodinamia (menos de 100-150 unidades Montevideo) se realizará un tacto vaginal y, si el progreso no es el adecuado, como primera opción se practicará una amniotomía y pasada al menos una hora, si se mantienen las circunstancias de hipodinamia, se recurre a la administración de oxitocina sintética. Siempre informando y consensuando con la gestante las medidas que se van a adoptar.

Alivio del dolor: Todas las gestantes deben recibir la oferta de alivio del dolor en el parto. El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona. La utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor incluye una amplia variedad de técnicas no solo encaminadas a las sensaciones físicas sino también para prevenir la percepción psico-emocional del dolor:

- Deambulación por la sala o por su habitación, alentarla a que cambie de posición, que balancee la pelvis, etc.
- Es importante que la gestante "**se sienta atendida**", debemos acompañar a la gestante, escucharla y procurar una **actitud empática**, darle apoyo y animarla, darle la información que necesite, ser sensible con sus sentimientos.
- Procurar un ambiente tranquilo, sin muchas personas a su alrededor, sin excesivos estímulos (luz, ruido, etc.).
- Duchas de agua caliente, incidiendo de forma especial en las zonas en las que se presenta el dolor de las contracciones (espalda, piernas y vientre).
- Ofrecer métodos de control de dolor alternativos (TENS, aromoterapia, música, homeopatía, masaje etc.).
- Fomentar el uso de técnicas de respiración y relajación si se han aprendido en la Educación Maternal, o enseñarlos en caso contrario (se recomienda especialmente que realice inspiraciones profundas abdominales, si es posible, y espiraciones lentas, así como procurar relajar todos los músculos del cuerpo en los intervalos entre las contracciones y después de cada exhalación).

- Informar de las distintas formas de alivio del dolor del parto de que disponemos en nuestro hospital:

a) Técnicas no farmacológicas: inocuas pero sólo ligeramente eficaces.

b) Técnicas farmacológicas distintas de la epidural. Los opiáceos como meperidina son bastante eficaces pero con algunos efectos secundarios, como el recién nacido sedado. El óxido nitroso suele ser bastante eficaz en la mitad de las mujeres.

c) Analgesia epidural: totalmente eficaz en el 95% de los casos, pero con algunos posibles efectos secundarios (1% de cefaleas; incremento de partos instrumentales, pasando del 5 al 15%; multiplica por 6 la incidencia de la fiebre intraparto, lo que conlleva a un incremento del tto. ATB; y episodios de hipotensión, que pueden derivar en cesárea por bradicardia fetal mantenida).

ASISTENCIA DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

DEFINICION DE EXPULSIVO:

- Expulsivo es el período del parto que transcurre entre la dilatación cervical completa y el nacimiento del recién nacido.
- La mujer puede sentir la necesidad de pujar por la presión de la cabeza o la bolsa amniótica sobre el recto.
- Si las membranas estaban íntegras, se suelen romper espontáneamente.
- A veces la mujer siente necesidad de pujar antes de completar la dilatación, aunque normalmente suele presentar dilatación completa.

COMIENZO DE LOS PUJOS

Se debe esperar a que la mujer sienta ganas de empujar (pujo espontáneo) ya que, a veces, se ha completado la dilatación pero la mujer no siente ganas de pujar, sobre todo cuando se aplica analgesia epidural.

Durante el segundo período del parto, en las mujeres sin epidural, el reflejo de pujo casi siempre está presente. A las parturientas con epidural se esperará para indicar pujos dirigidos: una hora en multíparas y 90 minutos en nulíparas.

TIPOS DE PUJOS

Pujos dirigidos. Pujos continuos y sostenidos de 5 a 10 sg de duración al mismo tiempo que se contiene la respiración. Parece que se acorta esta fase del parto, pero puede comprometer el intercambio gaseoso materno-fetal.

Pujos espontáneos de 4 a 6 segundos de duración que da lugar a 3-4 pujos cortos con cada contracción y a glotis abierta. Parece que este tipo de pujos son mejores porque oxigenan mejor al feto y, por tanto, deben ser los aconsejables si todo va bien.

DURACIÓN DE ESTA FASE

- Si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa, no hay razones que estipulen la duración de la segunda fase del parto.
- Si existen signos de pérdida de bienestar fetal o si la presentación no desciende en la pelvis, hay razones para terminar el parto.
- Sin embargo, después de dos horas de expulsivo en nulíparas y una hora en multíparas, disminuyen las opciones de parto espontáneo y habría que contemplar la terminación del parto para lo que se solicitará la presencia del ginecólogo de guardia. Estos tiempos se incrementarán en una hora si la gestante porta catéter epidural.

POSTURA MATERNA

- Se debe animar a las mujeres a que adopten la posición que prefieran. No existen diferencias claramente favorables a unas posturas sobre otras, no obstante se intentará evitar estar largos periodos en posición supina. También evitaremos períodos prolongados (más de una hora) en la silla de partos por la aparición de edemas vulvares.
- Una revisión sistemática (“Estrategia para la atención del parto normal en el SNS”) indica que la posición vertical produce menos incomodidades y dificultades al pujar, se acorta el período expulsivo, y se producen menos partos instrumentales. No tiene influencia sobre el dolor del parto. El sangrado subjetivo es mayor en la postura vertical. Por otra parte, disminuyen las episiotomía pero aumentan los desgarros perineales de IIº, no modificándose los de IIIº y IVº. También es posible que al no estar comprimida la aorta, como ocurre en posición supina, podamos encontrar menor frecuencia de alteraciones del latido cardíaco fetal y un pH arterial umbilical superior en posición vertical, pero no está demostrado.

Posiciones verticales

- De pie
- Cuclillas
- Silla de partos

Cuatro apoyos

- Manos-pies
- Manos-rodillas

Decúbito lateral (Sims)

Semi-tumbada (cama)

- Es importante que obstetras y matronas sepan atender los partos en posiciones diferentes de la supina y que sean capaces de asesorar a la mujer sobre la posición que más le conviene.

CUIDADOS DEL PERINÉ

Protección del periné durante el nacimiento:

- *Protección activa.* Una mano ejerce presión sobre el periné, mientras la otra sujeta la cabeza para que ésta salga suavemente (*maniobra de Ritgen*). Manejo activo de la salida de los hombros. Esta práctica es más fácil si la mujer está en posición supina.
- *Conducta expectante.* Se mantiene la mano preparada para ejercer una ligera presión en la cabeza, si es necesario, para evitar su salida brusca. Se espera la salida espontánea de los hombros. La literatura científica todavía no ha aclarado si la actitud activa tienen claros beneficios sobre la expectante.

Desgarros perineales y episiotomía:

- Los desgarros perineales ocurren con frecuencia sobre todo en primíparas. Los desgarros de primer grado muchas veces no necesitan ser suturados, los de segundo pueden ser fácilmente suturados con anestesia local y suelen cicatrizar sin complicaciones. Los desgarros de III° y IV° pueden tener complicaciones serias y deberían, ser reparados por un

obstetra, para prevenir incontinencia fecal y/o fístulas recto-vaginales.

- La episiotomía no se recomienda como procedimiento de rutina. No hay evidencia de que reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. Son preferibles las episiotomías medio-laterales, en las que se combina escaso riesgo de desgarro de IIIº, poco daño tisular y fácil cicatrización.

Motivos para practicar una episiotomía en un parto normal:

- Signos de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Progreso detenido del parto, con cabeza coronada.
- Amenaza de desgarro de IIIº (incluyendo desgarros de IIIº en partos previos) y ante la sospecha de desgarro severo de IIº.
- Cicatrices de mutilación de los genitales o de desgarros de IIIº ó IVº mal curados.

La sutura de los desgarros perineales y/o episiotomía supone una situación muy desagradable para la mujer, por lo que debe hacerse con delicadeza y con utilización de anestesia local si no tiene puesta la epidural. La sutura continua tiene más beneficios que los puntos sueltos y siempre con suturas de rápida absorción. Lo recomendable es sutura continua con material reabsorbible para vagina y músculo, e intradérmica para piel perineal.

ASISTENCIA EN LA FASE DE ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento define la expulsión de la placenta y membranas.

En un embarazo y parto de bajo riesgo se puede optar por dos modelos de actuación: el alumbramiento fisiológico y el alumbramiento activo o dirigido.

1. ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO

- Esperar a que el cordón umbilical deje de latir. Después clamarlo y cortarlo.
- Esperar signos de desprendimiento placentario: útero contraído, elongación del cordón, pequeña pérdida de sangre...
- La placenta descenderá espontáneamente a vagina y la mujer la expulsará con un pujo.

2. ALUMBRAMIENTO ACTIVO O DIRIGIDO

- Administrar oxitocina IV una vez haya salido de la vulva el hombro anterior del niño, o bien 10 UI de oxitocina IM un minuto tras el nacimiento.
- Se puede esperar a que el cordón deje de latir antes de cortarlo.
- Esperar una contracción uterina (después de 2-3 minutos) y extraer la placenta con tracción controlada del cordón:
- ✓ Aplicar presión sobre la sínfisis del pubis con la palma dirigida hacia el ombligo de la madre (esta maniobra hace de soporte para el útero mientras se hace la tracción controlada del cordón)

al mismo tiempo que se ejerce una tracción continua y hacia abajo del cordón.

- ✓ Si la placenta no cede después de una tracción de 30-40 segundos, dejar de tirar y presionar el útero y repetir la maniobra después de una contracción uterina.
- ✓ Cuando la placenta desciende a vagina, levantar levemente el cordón para sacar la placenta y membranas de forma controlada.
- ✓ Inmediatamente tras el alumbramiento se aconseja realizar masaje uterino hasta conseguir un útero contraído, y posteriormente continuar con masajes uterinos cada 15 minutos durante 2 horas.

- ✓ El alumbramiento preferencial debe ser el dirigido (recomendación de la FIGO y la ICM)^{xxvi, xxvii}, ya que disminuye hasta el 60% de las hemorragias durante este período, reduce la necesidad de transfusiones, la tasa de anemias severas postparto y aminora la duración del tercer período del parto. Si se realiza alumbramiento fisiológico, se apoyará con oxitocina post-alumbramiento.
- ✓ Retención de placenta se considera cuando transcurren más de 30-45 minutos desde el nacimiento sin expulsión de placenta. Administrar 20 cc con 20 UI de oxitocina en vena umbilical. Si no se consigue el alumbramiento, proceder a extracción manual de placenta, valorando poner profilaxis antibiótica.

REVISAR LA PLACENTA Y LAS MEMBRANAS

En ambos modelos de actuación es aconsejable que se haya iniciado la lactancia materna y la aplicación de masaje uterino, ya que éstos favorecen la contracción del útero.

La elección de oxitocina se prefiere porque hace efecto en 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres.

El uso de maleato de metilergometrina (methergin) está contraindicado en mujeres con HTA, preeclampsia, y eclampsia ya que aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebrovasculares.

REVISION DEL CANAL BLANDO DEL PARTO

- Explicar a la mujer lo que se le va a realizar y hacerlo de forma suave.
- Si hay desgarros o episiotomía suturarlos lo antes posible con cuidado y de forma estética.

- **Clasificación de los desgarros:**
 - ❖ Iº: mucosa vaginal y tejido conectivo.
 - ❖ IIº: mucosa vaginal, tejido conectivo y músculos subyacentes. Es análogo a una episiotomía.
 - ❖ IIIº: sección longitudinal del esfínter anal.
 - ❖ IVº: lesión de mucosa rectal.

- ❖ Los desgarros de Iº, si los bordes unen y después de 5 minutos no sangran, se pueden dejar sin suturar. Informar a la mujer y pedir su consentimiento. Si ella lo prefiere, suturar con puntos de

aproximación de bordes. Los desgarros perineales de II° se suturan. Importancia del resultado estético y funcional (sexo, prolapsos, etc...).

- Dar educación sanitaria en cuidados del periné:
 - ✓ Mantener limpio y seco: cambio de compresas frecuentes.
 - ✓ Ducha diaria y lavado con agua y jabón después de cada deposición.
 - ✓ Las suturas se reabsorben solas.

ATENCIÓN AL PUERPERIO INMEDIATO EN PARITORIO

Se le tomarán las constantes cada 30 minutos:

- TA
- FC
- T^a
- Altura uterina
- Contracción uterina
- Loquios

Se anotarán en la hoja de puerperio inmediato:

- Constantes vitales
- Cantidad del sangrado
- Altura uterina
- Contracción uterina
- Loquios
- Micción espontánea
- Contacto piel con piel con padre o madre
- Lactancia materna o artificial
- Inicio de la lactancia
- La medicación administrada durante el puerperio

inmediato:

- Sueroterapia
- Oxitocina
- Methergin
- Paracetamol,...

- Si inicia ingesta oral:
 - Agua
 - Zumo
 - Comida
 - Cena,...
- Cualquier otra incidencia:
 - RN ingresado en pediatría
 - Mareos
 - Vómitos
- Si se levanta
- Cómo se va a planta (dependerá del estado de la puérpera):
 - Cama
 - Silla de ruedas
 - Paseando

Pasará a la planta de hospitalización a las dos horas del parto si no hay ninguna complicación.

ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN PARITORIO

LÍQUIDO AMNIÓTICO CLARO

1. Ponerlo piel con piel con la madre (o con el padre, si es una cesárea o la madre no se encuentra en condiciones).
2. Estimular y secar bien.
3. Si son necesarias las maniobras de reanimación, y solo en ese caso llevarlo a la cuna térmica. Iniciar allí las maniobras de reanimación si son necesarias:
 - estimulación energética,
 - calor,
 - aspiración de secreciones nasofaríngeas,
 - suplemento de O₂,
 - ventilación con ambú,
 - RCP, ...
 - Una vez reanimado, si se encuentra bien, ponerlo piel con piel con la madre (o con el padre, si es una cesárea o la madre no se encuentra en condiciones).
4. Abrigarlo bien con una mantita.
5. Ponerle un gorrito
6. Mientras esté piel con piel:
 - Se le pondrá la vitamina K IM (0.1ml).
 - La profilaxis ocular (1 gota de colirio de aureomicina en cada ojo). Como son gotas, y no crema, no interfiere en el establecimiento del vínculo madre (padre) - recién nacido.

- Si la madre es HbsAg + se le pondrá la vacuna IM(el vial pediátrico entero) y la ganmaglobulina anti-hepatitis B IM (0.5ml de las de 200ui).
 - Se le pondrán las pulseras identificativas tanto a la madre (1 en la muñeca) como al RN (1 en la muñeca y 1 en el tobillo).
7. Si la madre lo desea, puede iniciar la lactancia materna.
8. Antes de que salga la madre de paritorio (o bien, antes de pasar a la planta), se colocará al recién nacido en la cuna térmica:
- Se le medirá el perímetro cefálico.
 - Se le pesará y tallará.
 - Se curará el cordón umbilical aplicando una gasa con alcohol de 70° empapando todo el cordón y la pinza y dejamos una gasa seca rodeando el cordón y la pinza (si dejáramos una gasa mojada con alcohol podríamos producir irritación o quemaduras en la piel del recién nacido).
 - Se le pondrá el pañal y se vestirá.
9. Si la madre es diabética o el recién nacido pesa >4000gr o <2500gr se le harán determinaciones de la glucemia a las 0h-2h al recién nacido, se insistirá en el inicio precoz de la lactancia. Si está por debajo de 40 mg/dl se avisará al pediatra.
10. Tomar muestras de sangre de cordón para:
- Cribado de metabolopatías congénitas (hipotiroidismo y fenilcetonuria)
 - Grupo, Rh y coombs directo del RN si la madre es Rh negativa o su grupo sanguíneo es O.
 - Identificación del RN.

11. Registrar:

- En la hoja del RN:
 - La fecha, hora y tipo de parto.
 - Test de Apgar.
 - Si ha habido reanimación y el tipo.
 - Si hay micción.
 - Si hay meconio.
 - Si se ha cursado grupo, Rh y coombs directo del RN.
 - Si se le ha administrado la vitamina K, la vacuna y la ganmaglobulina antihepatitis B, la profilaxis ocular, ...
 - en la hoja de puerperio inmediato:
 - Inicio de lactancia materna o artificial.
 - Ofrecimiento de contacto piel con piel, aceptación o no de la madre(o padre) e inicio.
- Realizar actuaciones no postponibles con RN sobre abdomen materno: determinar Apgar, aspiración de secreciones si precisa, secado de piel, colocación de pulsera identificativa. Fomentar búsqueda espontánea del pezón por parte del RN.
- Esperar al menos una hora para completar actuaciones del RN: talla, peso, huellas materno-neonatales, profilaxis ocular. Se procurará que todas estas actuaciones se realicen en presencia de la madre y/o padre.

LÍQUIDO AMNIÓTICO TEÑIDO (++ / +++ o meconio espeso)

1. Se avisará al pediatra para que esté presente en el momento del parto.
2. No estimular ni secar, llevarlo directamente a la cuna térmica.
3. Aspirar secreciones nasofaríngeas.
4. Estimular y secar bien.
5. Iniciar las maniobras de reanimación si son necesarias:
 - estimulación energética,
 - calor,
 - suplemento de O₂,
 - ventilación con ambú,
 - RCP,...
6. A partir de este punto, si el neonato no necesita ingreso en Neonatología, se procederá de forma idéntica a lo explicado cuando el líquido amniótico es claro (abrigo, gorrito, identificación, toma de muestras, profilaxis, lactancia, pesaje, tallado, registro de datos...).
7. Por otra parte, se realizará un lavado gástrico con suero fisiológico en caso de meconio espeso (no usar glucosado ya que si dejamos una cantidad residual disminuirá la succión).

PARTO INSTRUMENTADO

1. Se avisará al pediatra para que esté presente en el momento del parto.
2. Poner al recién nacido en la cuna térmica para que lo examine el pediatra. Si el RN nace en aparente perfecto estado, se puede manejar de forma expectante como los partos eutócicos, de acuerdo con el pediatra de guardia.
3. Actuar según si el líquido amniótico está teñido o no.
4. Y cuando se pueda, devolver el bebé a la madre para ponerlo piel con piel.

PUERPERIO HOSPITALARIO

- **Traslado a planta:**

La madre y el recién nacido serán acompañados por el celador. Traslado cuidadoso y educado, preservando la intimidad de la mujer en todo momento. En cama, en silla, o deambulando, según precise.

- **Acogida en planta de hospitalización puerperal.**
- **Recepción y presentación a la madre en la planta.**
- **Acomodar en habitación** con cama cómoda, sillón adecuado para amamantar y con acceso fácil a la cuna del recién nacido desde la cama de la madre.
- **Información acerca de las normas de funcionamiento.**
- **Cumplimentación de registros.**
- **Comprobar:**
 - . Identificación del recién nacido.
 - . Historia.
 - . Documento de salud infantil introducir los datos en el programa informático.

PRESTACIÓN DE CUIDADOS

- **Valoración clínica de la madre:**
 - . Involución uterina.
 - . Aspecto de los loquios.
 - . Hemorragia.
 - . Constantes vitales: TA, pulso, temperatura.
 - . Estado de periné.
 - . Estado de mamas.

- **Valoración clínica del recién nacido:**
 - . Termoregulación.
 - . Estado de piel y mucosas.
 - . Patrón respiratorio adecuado.

- **Elaboración de plan de cuidados individualizado.**

- **Aconsejar deambulación precoz.**

- **Implicar a los padres en el cuidado e higiene del recién nacido** mediante demostraciones y prácticas supervisadas (cuidado cordón umbilical / baño diario).

- **Permitir la libre visita** de los miembros de la familia que la mujer elija durante el postparto. Es ideal ofrecer comodidades para que un miembro de la familia pueda acompañar a la madre durante la noche.

- **Favorecer el descanso materno.** Para garantizar el descanso de la puérpera y de la posible acompañante, se limitarán las visitas dentro de la habitación a dos personas por paciente ingresada (excluido el RN) en cada momento. Se tendrá en consideración la hora del parto y el presumible sueño o cansancio de las puérperas a la hora de tomar las constantes.

- **Promover el contacto madre – hijo:**
 - . Ofrecer el alojamiento conjunto para todas las madres y bebés las 24 horas del día.
 - . Incentivar el contacto piel con piel durante la estadía post-parto en el hospital (método canguro).
 - . Conexión fluida con Neonatología para fomentar contacto frecuente de madre – RN en el caso de estar éste ingresado, incluyendo la lactancia materna directa o indirecta.

- **Actividades de apoyo a la lactancia materna:**
 - . Confirmar la decisión de amamantar.
 - . Valorar los conocimientos y preparación sobre lactancia materna.
 - . Considerar factores maternos influyentes en el proceso de lactancia, principalmente al inicio.
 - . Insistir en las ventajas de la lactancia materna.
 - . Fomentar, instruir en la técnica y colaborar en las primeras tomas. Implicar al padre si está presente.

. Seguir las guías de la **Iniciativa Hospital Amigo del Niño** para la alimentación infantil:

- Favorecer el inicio precoz de la lactancia, durante la primera hora del nacimiento, y apoyarla para conseguir una correcta técnica.
- Favorecer la lactancia materna incluso aunque no haya cohabitación.
- Fomentar, en la medida de lo posible, la cohabitación constante.
- Amamantamiento a demanda desde el momento del nacimiento (sin guardar horario).
- Evitar cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa o sustitutos de la leche materna, así como tetinas y chupetes (a no ser que exista una indicación médica expresa).

. Indicar los signos de una lactancia eficaz.

. Prevenir y resolver los problemas más comunes de forma individualizada (postura incorrecta, pezones doloridos, grietas del pezón, ingurgitación mamaria, mastitis, candidiasis del pezón, muguet del lactante, crisis o baches de lactancia, hipogalactia ..).

. Instruir a las madres que deben incorporarse al trabajo sobre técnicas de extracción y conservación de la leche materna.

. Registrar todos los datos referentes a la lactancia de forma individualizada.

. Entregar a todas las madres folletos informativos acerca de la lactancia natural, y sus múltiples beneficios.

- . Facilitar que la madre pueda contactar con los grupos de apoyo a la lactancia natural existentes en su localidad o intermediaciones.
- . En caso de que la madre haya decidido no amamantar, indicarle:
 - El alimento que va a recibir, cantidad, horario.
 - Uso adecuado de biberones.
 - Cómo suprimir lactancia materna.
 - No juzgarla ni culpabilizarla.
- **Valorar patrón de eliminación materno:**
 - . Evaluación vesical frecuente y espontánea, sondaje sólo si precisa.
 - . Adecuada evacuación intestinal; favorecer la deambulación, ingesta abundante de líquidos y fibra. Cuando exista un estreñimiento importante, ofrecer dieta rica en residuos, y/o laxantes no medicamentosos. Administrar supositorios de glicerina si no funciona la dieta.
- **Valorar patrón de eliminación del recién nacido:**
 - . Meconio en primeras 48 horas.
 - . Primera micción en primeras 48 horas.
- **Actuar ante situaciones de hipovolemia materna:**
 - . Avisar urgente al ginecólogo de guardia.
 - . Valorar signos de sangrado.
 - . Posición Trendelenburg.
 - . Instaurar o mantener canalizada una vía periférica.
 - . Terapia IV sustitutiva: “Hemoce” a chorro.

- . En doble vía, administrar 20 UI de oxitocina en 500 cc de suero salino a chorro.
- . Control de constantes vitales.

- **Actuación ante el dolor** derivado de la involución uterina, episiotomía/desgarro, herida quirúrgica por cesárea:
 - . Valorar integridad de piel, signos de infección, edema de la zona.
 - . Cuidados y vigilancia de herida quirúrgica si existiese.
 - . Administración de analgesia según prescripción médica, si fuera necesario.

- **Enseñar ejercicios rehabilitación del suelo pélvico.**
Entregar hoja informativa al respecto.

- **Otros cuidados del recién nacido:**
 - . Cribado de hipoacusias.
 - . En los casos de madres portadoras del HBsAg, administración de globulina específica.

ALTA HOSPITALARIA

- Utilizar un criterio flexible en cuanto al momento de dar el alta: permitir que las mujeres juzguen cuando es el momento de volver a su hogar. Normalmente, si no existen complicaciones maternas o del recién nacido, se recomienda el alta a las 36 – 48 horas.

- Si el RN está ingresado en Neonatología y la puérpera no precisa cuidados hospitalarios, se dará el alta a la puérpera pero si ésta está dando lactancia materna directa, permanecerá hospitalizada en el “Lactario” o en una cama de la planta de Toco-Ginecología si el “Lactario” estuviese ocupado.
- Asegurarse de que exista una situación familiar adecuada y sostenedora tras el alta. Si no fuera así valorar la necesidad de un seguimiento intensivo.
- Facilitar contactos en la comunidad y fuentes de soporte local para todas las mujeres.
- Incorporar las percepciones de las mujeres y sus parejas acerca de los cuidados como parte de un procedimiento estándar para el cuidado efectivo y apropiado.
- Brindar consejos acerca de la planificación familiar adecuada para cada pareja e informar sobre programas de planificación familiar y seguimiento de Salud infantil que se desarrollan en atención primaria.
- Recomendar la visita puerperal en atención primaria.
- Informar sobre posibles signos de alarma (fiebre, sangrado excesivo, signos de infección, mal olor de los loquios...).
- Entrega del informe de alta, documento de salud infantil y hoja de continuidad de cuidados en el momento del alta.
- Registro de datos en el documento de salud de la embarazada y DSI.

TECNICAS PARA ALIVIO DEL DOLOR

Para algunas mujeres las contracciones dolorosas del trabajo de parto pueden llegar a ser realmente intensas. Tal dolor físico se le asocia a la ansiedad provocado por la inseguridad, inexperiencia, miedo a lo desconocido y a la falta de conocimientos.

Una buena preparación al parto es esencial para conocer los cambios que se van a producir durante todo el proceso y aceptar las contracciones como un signo positivo de la evolución normal del parto. Una actitud positiva ante todo el proceso es el mejor comienzo para afrontar el camino a recorrer. Es importante que la mujer se sienta protagonista, que lleva el control de su parto y que participa en la toma de las decisiones.

A pesar de que a menudo se considera el parto como uno de los episodios más dolorosos de la experiencia humana, el dolor varía enormemente de una mujer a otra y de un embarazo a otro. Las mujeres experimentan los dolores del parto de forma diferente. Además, las madres primerizas tienden a atribuir al dolor una puntuación superior que las que ya han tenido hijos previamente.

La intensidad de las contracciones dolorosas del parto no siempre es el factor determinante que hace a las parturientas pedir que les administren fármacos para aliviar el dolor, sino que a menudo es el carácter repetitivo de las contracciones y la duración del dolor en cada contracción y el cansancio lo que provoca la sensación de “no poder aguantar más”.

Es aquí donde el trabajo del equipo profesional que atiende a la mujer es determinante a la hora de animarla, aconsejarla y entender sus necesidades, empatizando con ella, para ofertarle las opciones que le puedan ayudar.

Hay diversas formas de reducir el dolor durante el parto, algunas de las cuales puede empezar a practicar antes de quedarse embarazada o durante el embarazo.

Se pueden distinguir dos tipos de técnicas para aliviar el dolor:

- Farmacológicas y
- Naturales.

FARMACOLÓGICAS:

- EPIDURAL:

Necesitan información clínica y consentimientos firmados por la paciente. El médico anestesiólogo valorará la indicación de la técnica en colaboración con el ginecólogo y, si está indicada y no hay contraindicaciones, el anestesiólogo la realizará, controlará sus efectos y tratará las complicaciones que pudiesen surgir.

Consiste en un procedimiento para el cual es preciso colocar un catéter en el espacio epidural de la columna vertebral, a través del cual se administran fármacos: analgésicos opiáceos y/o anestésicos locales.

Su principal inconveniente es el incremento de los partos instrumentales al anular frecuentemente el pujo espontáneo. En nuestro hospital pasamos de un 5% a un 15% de partos instrumentales en pacientes con epidural. También se asocia a un

1% de cefaleas post-punción, y es bastante frecuente el dolor localizado en la zona dorsal de la punción, que puede durar semanas. Por otra parte, aumenta la incidencia de episodios de hipotensión que pueden generar cesáreas por bradicardia fetal mantenida. Multiplica por 6 la incidencia de la fiebre intraparto, lo que conlleva a un incremento del tto. ATB a la madre y un exceso de estudios en el R.N. Las lesiones neurológicas son excepcionales.

- **SEDACION con MORFICOS:**

No quitan el dolor completamente, pero lo alivian y así la mujer se relaja.

Consiste en administrar analgésicos opiáceos vía intramuscular (meperidina) junto con un antiemético con acción sedante (haloperidol).

En ocasiones, si se emplea a menos de 4 horas del nacimiento, puede producir que el RN nazca con hipotonía, producto de la propia sedación, por lo que se intentará evitar este tratamiento si se prevé la finalización del parto en menos de 4 h.

- **OXIDO NITROSO:**

Eficacia analgésica similar a la de la sedación con opiáceos (50% buena eficacia, 25% regular eficacia y 25% ineficaz). Se utiliza vía inhalatoria (es el gas vulgarmente llamado “de la risa”).

- **ANESTESICOS LOCALES:**

Se emplean en inyección intramuscular. Sobre la zona perineal y vaginal se utilizan para aliviar el dolor que supone la sutura de la episiotomía o de los desgarros posibles de la zona

vulvo-vaginal. También se puede utilizar el bloqueo de nervios pudendos para disminuir el dolor del expulsivo, aunque es poco utilizada.

NATURALES:

- **LA COMPAÑÍA CONTINUA DE UNA PERSONA** de la elección de la parturienta: El apoyo de una persona conocida y elegida por la gestante puede disminuir enormemente la ansiedad y el estrés que, a veces, supone tanto el trabajo de parto como el ingreso en el hospital.

El acompañante ha de tranquilizar y animar a la gestante al igual que la matrona y el resto del equipo profesional. Este apoyo ha demostrado que disminuye en un 10-15% la necesidad de analgesia farmacológica durante el parto, la percepción negativa del propio parto, y los partos instrumentales.

- **INYECCIÓN DÉRMICA DE SUERO ESTÉRIL:** se inyecta en la zona sacra, por encima de la línea interglútea, 0,05-0,1 ml de suero estéril en 4 puntos. Se puede repetir cada hora. Esta es de las pocas técnicas naturales que ha demostrado científicamente su eficacia, especialmente si se emplea para aliviar el llamado “parto de riñones” y los dolores lumbares de las primeras fases de la dilatación.

- **DEAMBULACIÓN:** Siempre en compañía de un familiar. Consiste en dar paseos, en lugar de estar encerradas y quietas en una habitación. Para ello puede utilizar la zona ajardinada de

la terraza. Una revisión sistemática reciente (2009) encuentra que disminuye las necesidades de analgesia farmacológica.

- **INMERSIÓN EN AGUA:** junto con las tres anteriores, ha demostrado en estudios científicos de alto nivel que disminuye considerablemente el dolor durante la dilatación. Su eficacia durante el expulsivo está menos contrastada. Su principal problema es la necesidad de infraestructuras con bañeras especiales y la posibilidad de traslado rápido a la sala de paritorio. Actualmente en nuestro país hay poca cultura de “parto acuático”.

- Las siguientes técnicas que se van a exponer o han demostrado su ineficacia (como el TENS) o, como ocurre en la mayoría, no se han publicado estudios de alto nivel científico que demuestren su valía. De cualquier manera, son todas inocuas, además de presumiblemente eficaces, al menos parcialmente, y deberían ser ofertadas en ausencia de técnicas más contrastadas o si la parturienta no desee analgesia farmacológica.

- **RELAJACIÓN.** Las técnicas de sofronización podrían ser útiles pero es preciso una preparación especial previa al parto.

- **RESPIRACIÓN:**

Las técnicas ayudan a la mujer a relajarse y a aliviar el dolor de las contracciones.

Consiste en inhalar y expulsar correctamente el aire. Existen distintos tipos de respiraciones según el momento del parto. La más útil es la respiración sincrónica o abdominal, que ha

demostrado su eficacia para el control del estrés, lo cual podría ayudar a disminuir la percepción negativa que produce el dolor de las contracciones. Además, respirar adecuadamente también beneficia al bebé puesto que aumenta el aporte de oxígeno al feto durante las contracciones.

- **CALOR Y FRIO:**

El calor puede aplicarse de varias formas:

- Tomar una ducha o un baño caliente.
- Poniendo una toalla caliente sobre el abdomen.
- Aplicando una compresa caliente en el periné.

Para algunas mujeres aplicar frío provoca más alivio que aplicar calor. Una toalla de mano fría y húmeda es siempre refrescante mientras que una bolsa con hielo suele dar buenos resultados en la zona lumbar.

- **MOVIMIENTOS RÍTMICOS:**

Muchas mujeres opinan que los movimientos rítmicos ayudan a aliviar el dolor durante el trabajo de parto, ya que el movimiento es en sí una respuesta común a varias situaciones de dolor.

Adoptando la posición deseada por la mujer en todo momento, siempre que la situación lo permita. Limitar la movilidad de la gestante, además de resultar incómoda y estresante para la mujer, no favorece el progreso del parto.

- **TACTO Y MASAJE:** el contacto físico resalta la idea de que el/la acompañante se preocupa por la mujer y esto las relaja y les hace sentir más cómodas y seguras. La haptonomía es una

técnica que ha demostrado su efecto ansiolítico pero necesita de una gran preparación por parte del que la imparte.

- El uso de la **PELOTA DE BOBATH** en el periodo de dilatación favorece el progreso de la presentación en el canal del parto, disminuye a su vez su retroceso intercontráctil, masajea la zona perineal preparándola para el periodo expulsivo, alivia el dolor al permitir el movimiento pélvico durante la contracción, y favorece la posición vertical durante la dilatación.
- Valorar la idoneidad según cada caso y teniendo muy en cuenta las preferencias posicionales de la gestante.
- OTRAS TÉCNICAS:
 - Masajes terapéuticos.
 - Acupuntura.
 - TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea).
 - Música.
 - Imágenes.
 - Hipnosis.
 - Reflexología podal.
 - Homeopatía.
 - O cualquier otra técnica que la mujer elija.

GUÍA CREADA por el EQUIPO DE MATRONAS en mayo-2007

REVISADA por el DIRECTOR de la UGCTG y la SUPERVISORA de PARITORIO en mayo-2009

HUÉRCAL-OVERA, a 16 de mayo de 2009

BIBLIOGRAFIA

- ⁱ Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud; 2002
- ⁱⁱ Hodnett ED. Continuidad de los cuidadores para la atención durante el embarazo y parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 2. Oxford Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ⁱⁱⁱ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 2. Oxford Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ^{iv} Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>
- ^v Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Donet E, Hofmeyr J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3^a ed. Oxford University Press; 2000
- ^{vi} Paz MC, Somavilla MJ. Políticas de ingesta en fase activa de parto. Realidad en los Hospitales del Estado Español. Enfermería Científica. 1999; Sep-Oct; 210-211: 56-61
- ^{vii} Thacker SB, Stroup DF, Peterson HB. Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an update. Obstetrics and Gynecology 1995; 86:613-20.
- ^{viii} Albers LL. Monitoring the fetus in labor: evidence to support the methods. J Midwifery Womens Health. 2001 Nov-Dec; 46 (6): 366-73
- ^{ix} Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- ^x Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB () Selected coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. Birth 2003; 30: 189-194 Back
- ^{xi} Melzack R, Bélanger E, Lacrois R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. J Pain Syntom Manage 1991 Nov; 6(8): 129-39.
- ^{xii} MIDIRS and the NHS Center for Reviews and Dissemination (2003) Positions in labour and delivery. Informed Choice for professionals leaflet.
- ^{xiii} Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNCeds. Effective care in pregnancy and childbirth. Vol 2. Oxford: Oxford University Press. 1989: 883-892.
- ^{xiv-bis} Annemarie L, et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2, 2009.

-
- ^{xiv} William RM, Thom MH, Studd JVV. A study of thre benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. Br J Obstet Gynaecol1980 Feb; 87: 122-26.
- ^{xv} Allahbadia GN, Vaidia PR. Why deliver in the supine position? Aust NZ J Obstet Gynaecol 1992 May; 32(2):104-6.
- ^{xvi} Levy V, Chit Ying L. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. Midwifery 2002; 18: 296-303
- ^{xvii} Warren C. Why should I do vaginal examinations? Midwife to Midwife 1999; 2(6): 12-13
- ^{xviii} Imseis H, Trout W, Gabbe S. The microbiologic effect of digital cervical examination. Am J Obstet Gynaecol1999; 180(3): 578-80.
- ^{xix} Sweet B. Mayes' Midwifery. a teextbook for midwives. 1999.Twelve Edition.
- ^{xx} Walsh DPart three: Assessing women's progress in labour. Br J of Midwifery 2000; 8(7): 449-457
- ^{xxi} Mc Kay S, Roberts J. Obstetrics by ear—maternal and caregivers' perceptions of the meaning of maternal sounds during second stage of labour. J Nurse Midwifery 1990; 35(5): 266-273
- ^{xxii} Hobbs L, Assessing cervical dilatation without VEs. Watching the purple line. Midwife to Midwife 1998; 1(11): 34-35
- ^{xxiii} Sutton J. Birth without active pushing and physiological second stage of labour. The practising Midwife 2000; 3(4): 32-34.
- ^{xxiv} Rogers R, Wilson GJ, Millar AC, Izquierdo LE, Curet LB, Qualls CR. Active management of labor: does it make a difference? Am. J. Gynecol 997; 177: 599-605.
- ^{xxv} Thornton JG, Lilford RJ. Active management of labour: current knowledge and research issues. BMJ, 1994; 309: 366-9
- ^{xxvi} Prendiville WJ, Elbourne D, McDonaldS. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005, Número 2. Oxford Update Software Ltd.
- ^{xxvii} Management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Joint Statement International Confederation of Midwives (ICM) and International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO).

Libros frecuentemente consultados al confeccionar la guía:

- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. MSC, 2008.
- Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. FAME, 2007.
- Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Protocolo SEGO, 2008.
- Embarazo, parto y puerperio. Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2ª edición, 2005.
- World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential practice. Second Edition, 2006.
- OMS: Manual de atención al parto normal, 1996.