



PROTOCOLO CONTACTO PRECOZ

Definición:

Es el contacto piel con piel, entre el bebé y su madre después del nacimiento. Las dos primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en "alerta tranquila". Es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto. Estos elevados niveles de noradrenalina facilitan el reconocimiento temprano del olor materno, factor importante para el establecimiento del vínculo afectivo y la adaptación al ambiente postnatal.

Objetivos:

- Facilitar contacto piel con piel madre-hijo.
- Iniciar la lactancia materna en el postparto inmediato.
- Desarrollar vínculo afectivo (madre-hijo).

PROCEDIMIENTOS:

Actuación durante el parto:

- Preguntar el tipo de alimentación que desea dar a su hijo.
- Averiguar si conoce las ventajas de la lactancia materna.
- Detectar y aclarar ideas erróneas de los padres sobre la calidad y cantidad de la leche, forma y tamaño del pecho.
- Preguntar si existe alguna patología materna en la que la lactancia materna requiera cuidados especiales.
- Averiguar si toma alguna medicación que pueda interferir con la lactancia materna.
- Explicar la importancia de iniciar la lactancia materna de forma precoz en la primera media hora tras el parto.

Contacto precoz:

- Informar previamente a la madre sobre las ventajas del contacto piel con piel entre ella y su bebé.
- Inmediatamente después del nacimiento, la matrona lo pondrá sobre su madre, pinzará el cordón umbilical y lo cortará.
- El bebé se colocará sobre el tórax-abdomen materno en posición de rana (decúbito prono) con la cabeza sobre el surco intermamario y girada hacia un lado.
- Se secará al niño con una toalla precalentada, pudiéndose colocar un gorrito en su cabeza. La colocación de un pañal es opcional..



- Durante todo este procedimiento, se irá recogiendo información para adjudicar el Apgar correspondiente.
- Se mantendrá una correcta observación visual tanto de la madre como del niño.
- Se debe permitir que el recién nacido se agarre espontáneamente al pecho y ayudarlo sólo cuando haya puesto en marcha los reflejos de búsqueda.
- Se puede proceder a la identificación del bebé estando en contacto piel con piel sobre su madre.
- Se puede proceder a controlar la temperatura del recién nacido cada cierto tiempo en dicha posición.
- Se deben dejar las otras prácticas (profilaxis ocular, vitamina K, somatometría, etc...) hasta que el contacto precoz haya finalizado. Pero siempre intentando realizar todos los procedimientos en presencia de los padres. No son necesarias las aspiraciones ni la comprobación inmediata de la permeabilidad de las coanas, esófago y ano.
- Procurar intervenir lo menos posible, valorar la postura correcta de ambos, dando recomendaciones breves y sencillas sobre los signos que se deben valorar para identificar que el niño está mamando bien.
- En cesáreas y partos instrumentales en quirófano, iniciar el contacto precoz lo antes posible.

Bibliografía:

- La Lactancia Materna. Ruth A. Lawrence. de. Mosby.
- Manual de Lactancia Materna "*De la teoría a la práctica*". Asociación Española de Pediatría. de. Panamericana.
- Manual Práctico de Lactancia materna. Carlos González. A.C.P.A.M.

**UNIDAD DE PARITORIO HSPA
Cáceres, Octubre 2009.**



ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO NORMAL EN LAS DOS HORAS DESPUÉS DEL PARTO

1-DEFINICIÓN:

Son los cuidados que requiere todo recién nacido a los pocos minutos del nacimiento hasta su traslado, junto a la madre, a la Unidad de Tocología

2- OBJETIVOS:

- Aplicar cuidados profilácticos y de control
- Higiene y somatometría
- Iniciar lactancia materna
- Fomentar relación de los padres con su hijo

3- MATERIAL NECESARIO

- Lavabo y armario de ropa
- Vitrina con material fungible y medicación(Sondas de aspiración nº 6 y 8, suero fisiológico para lavados, jeringas de 1 cc., Vitamina K, Gasas, Colirios, Algodón, etc)
- Tallímetro o cinta métrica no metálica
- Cuna de transporte
- Aspirador

4- ACTUACION PROFESIONAL

Una vez que el niño ha nacido, procuraremos retardar el pinzamiento del cordón hasta que deje de latir, siempre que las condiciones del niño lo permitan y permitiremos el contacto con la madre piel con piel , se aplicaran los cuidados, valoración e identificación según protocolo existente de atención al recién nacido , procederemos con :

Medidas Antropométricas

1. Perímetro craneal : 33-35 cm
2. Talla : Niños—50-52cm / Niñas - 48-50 cm

3. Peso: 2500- 3500 gr.(pierden en los primeros días de vida de 180 a 300 gr.(un 5 o 10% del peso total al nacimiento, por falta de hormonas, retención de líquidos ,heces.. orina..)

Constantes vitales

Frecuencia cardiaca: 120-150 L/minuto es irregular aunque luego se estabiliza en 120/ 130 minuto

Frecuencia Respiratoria: 30-45 rpm irregulares en profundidad, frecuencia y ritmo.

Temperatura al nacer 35,5° C después estabilización 36, 8°-37 °C

Higiene

Si no esta muy sucio, lo dejaremos con la madre , aunque se debe retirar la sangre que presenta en la cabeza o en resto del cuerpo.

Profilaxis Ocular:

Una gota de colirio cloranfenicol en cada ojo para prevenir la oftalmia neonatorum (conjuntivitis gonocócica)

Profilaxis Hemorrágica :

Se administrara vitamina K por via intramuscular, en la cara anterior o lateral del muslo.Actualmente se administra 1 Mg.(0,1 ml) de vitamina K (**ANOTAR MIEMBRO EN EL QUE SE HA ADMINISTRADO**)

Profilaxis de Cordón

Con Clorhexidrina al 0,05% o Alcohol al 70%

Fomento de vinculo afectivo

- Procuraremos la cohabitación madre-hijo
- Fomentando el inicio precoz de la lactancia

- Educando a la madre en la posición adecuada del pezón y areola

5-REGISTROS DE ENFERMERIA

En la hoja de Atención al R.N. anotaremos, además de todos los datos del parto, las observaciones y cuidados aplicados:

- Primeras deposiciones
- Si presenta secreciones y aspecto de las mismas

Anotar la hora de subida y firma de la Matrona y Auxiliar que realiza los cuidados

—CASOS EXCEPCIONALES:

- En las intervenciones por cesárea el recién nacido será trasladado a Neonatos
- En caso de ser portadora la madre de hepatitis B será reflejado en la historia para aplicar gammaglobulina
- Cuando la madre tiene Str. Agalactiae + y no se ha puesto profilaxis antibiótica consultar con el Neonatólogo

BIBLIOGRAFÍA

- E. Casado Frías :Tratado de Pediatría tomo I .M.X.C 1996
- Carlos González: Manual Practico de Lactancia Materna
- ACPAM Barcelona 2004
- Asociación Española de Matronas pagina web
<http://www.matronas.org.es>
- Asociación Española de Pediatría pagina web
<http://www.aeped.org>
- Iniciativa hospital Amigo de los Niños Pagina web
<http://www.ihan.org.es>
- Biblioteca Crochane plus(estudios con evidencia científica):
 - Gómez Papi 1998: Método canguro en sala de partos en recién nacidos a termino. Anales españoles de pediatría

- Varendi 1994,1997, 1998:Natural odor preferences of newto infants change over time
- A comparaiso of skin-to skin contact and radiar heatears in promoting neonatal

Mª Concepción Calle Porrás- Matrona
Mercedes Martínez Sabin-Supervisora partos

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN **ANTE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

DEFINICIÓN:

Se considera PARTO PRETÉRMINO a la aparición, en gestantes de menos de 37 semanas, de contracciones uterinas cada 10 minutos con nulas o escasas modificaciones cervicales y con rotura o no de membranas.

OBJETIVOS:

Conseguir la ausencia de contracciones uterinas en la gestante de riesgo.

RESULTADO:

1. Inhibir el inicio del parto.
2. Proporcionar una educación y enseñanza a la gestante sobre los síntomas y signos precoces del parto pretérmino, y la forma de prevenirlo.

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Se comienza en la Unidad de Partorio y se continúa seguimiento en la planta de Tocología.

MATERIAL NECESARIO:

1. Historia clínica.
2. Tensiómetro.
3. Termómetro.
4. Monitor tocardiográfico.
5. Catéter para vía periférica.
6. Bomba de perfusión.

ACTUACIÓN PROFESIONAL:

1. Avisar al ginecólogo.
2. Anamnesis dirigida.
3. Determinación de la tensión arterial y la temperatura.
4. Exploración obstétrica para determinar si el parto está iniciado, hay modificación cervical, rotura de bolsa amniótica y sangrado vaginal.
5. Cardiotocografía externa para valorar frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina:

a. *Dinámica uterina sin modificaciones cervicales:*

- Reposo
- Monitorización
- Observación durante una o dos horas.

b. *Dinámica uterina con modificaciones cervicales:*

- Ingreso
- Monitorización
- Reposo
- Canalizar vía venosa y extraer sangre para analítica
- Corticoterapia: 12 mg de betametasona (Celestone Cronodose), un vial intramuscular cada 24 horas, dos dosis.
- **Tocolíticos:**
 1. **Ritodrine** e.v. (*Prepar*): preparar 2 ampollas (una ampolla de 5 ml son 50 mg de ritodrine) en 500 ml de suero glucosado o fisiológico. Dosis inicial de 30 ml/h e ir aumentando cada 10 minutos. Dosis máxima 90 ml/h. Disminuir dosis o cambiar de fármaco si la FC es mayor de 140 l/m, o la TA menor de 80-40 mmhg.
 2. **Atosiban** (*Tractocile*): se administra en ciclos de 48 horas, pudiéndose repetir hasta un total de 3 ciclos como máximo. Existen dos presentaciones: solución inyectable de 0,9 ml (7,5 mg/ml); y viales de 5 ml (7,5 mg/ml). Pauta:
 - Bolo en 1 minuto de 0,9 ml de solución.
 - Perfusión de 2 viales de 5 ml diluidos en 100 ml a 24 ml/h durante 3 horas.
 - Perfusión de 2 viales de 5 ml diluidos en 100 ml a 8 ml/h hasta 45 h.

PRECAUCIONES:

Mientras dure la venoclisis deben efectuarse los siguientes controles:

1. MATERNOS:

- a. Tensión arterial cada 4 horas y siempre que se incremente la dosificación. Evitar TA < 80-40 mmhg.
- b. Control del pulso cada hora, o antes si se incrementa la dosis. Evitar taquicardias > 140 l/m
- c. Control de sangrado o pérdida de líquido amniótico.
- d. Evitar exploraciones vaginales e exploraciones erróneas que estimulen la actividad uterina.

2. FETALES:

- a. Control del bienestar fetal mediante monitorización continua
- b. Evitar frecuencias cardiacas superiores a 180 l/m.

AUTORES:

- *Marta Arévalo*
- *Gemma Gutiérrez*
- *Charo León*
- *Maribel Muriel*

Recogida de sangre de Cordón Umbilical

Dirección de Enfermería
Complejo Hospitalario de Cáceres
Año 2.007

Recogida de Sangre de Cordón Umbilical

DEFINICIÓN:

La recogida de sangre de cordón umbilical es una técnica que tiene como finalidad la obtención de células progenitoras hematopoyéticas contenidas en el mismo. La extracción se lleva a cabo después del nacimiento y antes del alumbramiento a toda donante que cumpla los criterios de inclusión en el programa.

La indicación de la recogida y extracción de sangre de cordón umbilical la realiza el responsable último del parto: médico o matrona.

OBJETIVOS:

Ofrecer a las mujeres que den a luz la posibilidad de donar la sangre de cordón umbilical.

Conseguir con normas de calidad la obtención de sangre de cordón para que todo el proceso conduzca al fin último que es la utilización de estas células para el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Aplicable en la unidad de Partorio a toda gestante con embarazo a término, que haya firmado el consentimiento informado, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE RECOGIDA DE S.C.U.

1. Edad materna inferior a 18 años.
2. Inestabilidad mental, intoxicación alcohol o narcóticos
3. Padecer o haber padecido:
 - > Hepatitis B
 - > Hepatitis C
 - > VIH
 - > Infección por HTL V I / II
 - > Babesiosis, Kala Azar y Enfermedad de Chagas
4. Riesgo de contraer una infección transmisible:
 - > Tatuajes
 - > Conducta sexual de riesgo
5. Cáncer, excepto el carcinoma primario de piel y el carcinoma in situ de cervix uterino.
6. Personas sometidas a xenotransplantes.
7. Enfermedades de etiología desconocida:
 - > Parkinson
 - > Esclerosis múltiple
 - > ELA

- Enfermedad de Crohn
 - Enfermedades de origen autoinmune y del tejido conectivo
8. Vacunación por virus o bacterias atenuados (cuatro semanas) e inactivados (no exclusión de personas sanas)
 9. Exclusión por situaciones epidemiológicas concretas.
 10. Antecedentes maternos y/o paternos enfermedad genética conocida
 11. Presencia de síntomas de infección en el neonato.
 12. Presencia de signos de hemorragia feto-materna
 13. Fiebre materna durante el parto ($> 38^{\circ} C$)
 14. Anemia materna grave (Hb < 9 y Hto $< 28\%$).
 15. Gestación inferior a 37 semanas
 16. Peso del neonato inferior a 2.500 gramos
 17. Prueba de apgar inferior a 8 con mala evolución a los 10 minutos
 18. Signos de aspiración de meconio por el neonato.
 19. Embarazo debido a donación de ovocitos o semen , excepto si la historia genética de los padres biológicos fuera obtenida y documentada.
 20. La administración de inmunoglobulina Anti -D en los últimos 12 meses no es motivo de exclusión aunque debe registrarse.
 21. Las patologías relevantes existentes en los padres o hermanos deben quedar reseñados.
 22. Parto pretérmino: menor volumen de sangre y número de células.
 23. Embarazo y parto múltiple:
 - Mayor porcentaje de prematuros
 - Mayor porcentaje de cesáreas
 24. Cesárea cuando la extracción de SCU puede interferir en el cierre y reparación de la herida quirúrgica.
 25. Circular de cordón:

Cuando se presenta una circular de cordón no reducible de forma sencilla a juicio de quien asiste el parto.
 26. Parto Patológico:
 - Fiebre materna intraparto ($> 38^{\circ} C$)
 - Hipertensión arterial materna
 - Hemorragia
 - Meconio
 - Signos biofísicos de sospecha de sufrimiento fetal
 - Diagnóstico bioquímico de sufrimiento fetal.
 27. Interferir en la atención adecuada a la madre o al recién nacido .
 28. Parto natural:
 - No es un parto medicamente controlado
 - No reúne las suficientes garantías de asepsia.

- No acepta la manipulación del cordón umbilical.

MATERIAL NECESARIO:

- Kit o bolsa específica para la recogida
- Campo estéril
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Material para clampar el cordón
- Antiséptico para desinfección del cordón, siendo la solución recomendada povidona yodada alcoholica o bien alcohol 70° y povidona yodada.
- Etiquetas y forma de identificación.
- Material para sellar la bolsa y para realizar los controles de la madre (serologías).

PROCEDIMIENTOS O ACTUACIÓN PROFESIONAL

La extracción de SCU la llevará a cabo el médico o matrona que realicen el parto.

El profesional que realiza la extracción no tiene ninguna responsabilidad sobre la cantidad y calidad de las células hematopoyéticas obtenidas. No obstante es importante que conozca que para la inclusión de una unidad en el banco de SCU para trasplante clínico, deberá contener un mínimo de 1×10^9 células nucleadas totales.

Igualmente se documentará la contaminación microbiana para aerobios y anaerobios. Si la detección microbiana es positiva, se aceptará o desechará el cordón, dependiendo del germen.

RECOGIDA DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL:

1. Una vez producido el nacimiento y antes del alumbramiento se clampará el cordón umbilical a 5 cm del ombligo con dos pinzas y se cortará entre ambas.
2. Por encima de la pinza realizamos la desinfección del cordón umbilical utilizando gasas estériles con alcohol yodado (o unas con alcohol de 70° y otras con povidona yodada). En caso de utilizar ambas soluciones primero desinfectamos con alcohol, una vez evaporado pasamos la povidona.
3. Si es posible se obtendrá una muestra para PH.
4. A continuación se canaliza la vena umbilical lo más próximo a la pinza, obteniendo así la sangre que drenará por gravedad, mezclando

regularmente la sangre con el anticoagulante de la bolsa, el sistema de la bolsa se clamará cuando deje de fluir la sangre hacia la bolsa evitando que se produzca la entrada de aire en el sistema para evitar contaminación.

5. Finalmente se procede al cierre, revisión del etiquetado y almacenamiento provisional de la bolsa hasta su recogida:
 - > Recipiente primario (bolsa de sangre de cordón).
 - > Embalaje secundario (bolsa de plástico resistente).
 - > Embalaje externo rígido (contenedor isotérmico) si procede.

6. Obtención de sangre total venosa de la madre y un fragmento de cordón umbilical.

Estas muestras acompañarán a la unidad de sangre de cordón umbilical en el interior del contenedor secundario. Asimismo se acompañará de los documentos asociados: Consentimiento informado y Hoja de recogida de datos del parto.

7. Una vez cerrado el embalaje secundario se envía al Banco de Sangre del Hospital.

8. La sangre de cordón umbilical debe ser guardada a una temperatura de 4° C no mas tarde de las 3 horas de su recogida.

9. El banco de sangre hospitalario cuenta con neveras de temperatura controlada , por lo que se encargará de custodiar el material biológico y documental, hasta su recogida por el Banco de Sangre de Extremadura (B.S.E.).

10. Una vez depositada en la nevera debe rellenarse la hoja de almacenamiento y transporte consignándose la fecha y hora de entrada en la nevera.

La persona que realiza estas manipulaciones debe quedar identificada en dicha hoja.

El B.S.E. recepcionará y gestionará el envío al Banco de sangre de cordón de referencia (Banco de Sangre de Cordón de Barcelona).

La unidad de sangre de cordón debe ser congelada a una temperatura inferior a - 150° C en un plazo máximo de 48 horas desde su obtención.

AUTORA : MERCEDES MARTÍNEZ SABIN

DOCUMENTACIÓN: Borrador "Plan Nacional de Sangre de Cordón " .

Aprobado en la Comisión de Transplantes el 16 de octubre de 2.007.



Complejo Hospitalario
de Cáceres
Hospital San Pedro de Alcántara

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

PROTOCOLO DE PARTO DE BAJA INTERVENCIÓN

MATRONAS DE LA UNIDAD DE PARITORIO DEL HOSPITAL "SAN
PEDRO DE ALCÁNTARA" DE CÁCERES.





PROTOCOLO DE PARTO DE BAJA INTERVENCIÓN

Esta guía-protocolo tiene como finalidad canalizar una serie de demandas sociales que, desde diferentes ámbitos: Asociaciones de Mujeres, Asociaciones de Profesionales Sanitarios y Administraciones Sanitarias, vienen reclamando un cambio en la atención al parto, bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la NORMALIDAD, y que los profesionales que participan en la atención al parto deben favorecer un clima de seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. Por tanto el gran objetivo general sería mejorar la calidad asistencial, manteniendo los niveles de SEGURIDAD actuales.

En éstos últimos años hemos venido observando una tendencia creciente a utilizar en exceso las tecnologías y a realizar, a veces, intervenciones innecesarias de escaso rigor científico, y en muchas ocasiones los métodos de control utilizados en partos de "riesgo elevado" no se diferencian de los de "bajo riesgo". Definitivamente, estamos asistiendo a una creciente MEDICALIZACIÓN de lo que en el fondo, no es más que un proceso FISIOLÓGICO.

PARTO NORMAL

Definimos parto normal, al trabajo de parto de una mujer sana, cuya gestación ha transcurrido sin factores de riesgo, con inicio espontáneo entre la semana 37-42 presentación cefálica y con evolución fisiológica que culmina con el nacimiento de un recién nacido que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El parto normal, es el único tipo de parto que es susceptible de ser atendido con el máximo respeto a la fisiología del mismo.



OBJETIVOS

Considerar el parto como un acontecimiento único y singular en la vida de una mujer ofreciendo cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer respetando sus decisiones, siempre que la seguridad materno-fetal no se vea comprometida.

Fomentar entre los profesionales sanitarios, técnicas y cuidados que respeten el desarrollo fisiológico del proceso, con rigor científico y minimizando las intervenciones obstétricas.

Ofrecer información suficiente para que la mujer participe en la toma de decisiones conjuntamente con los profesionales que la van a atender la cual, debe ser comprensible y accesible, considerando riesgos, beneficios y resultados.

Preservar la seguridad materno-fetal mediante la vigilancia continua del desarrollo del proceso, con el objetivo de poder detectar complicaciones que deriven en actuaciones médicas o hacia otro nivel mayor de asistencia.

MATERIAL NECESARIO

Disponer de personal sensibilizado con formación y práctica a través de formación continuada en la asistencia en este tipo de partos. Se debe contar con la presencia de una matrona/ón que asista de forma individualizada a la mujer, y garantizar en la medida en que sea posible la continuidad asistencial en todo el proceso del parto. Sería necesario contar con la participación del resto del equipo (obstetra, auxiliares de enfermería, neonatólogo); deberían estar sensibilizados y respetar esta otra opción.



Espacio físico adecuado, se trataría de un espacio polivalente, salas de dilatación-paritorio en una sola estancia, individuales, con espacio para poder deambular. Un entorno favorable para que la mujer se sienta cómoda y segura donde se respete su intimidad y privacidad. El entorno físico es influyente en la evolución del parto y junto a otros factores negativos que afecten a la esfera emocional podrían inducir a estrés en la mujer con los consiguientes efectos negativos, tanto de tipo fisiológico (disminución secreción de oxitocina) como psicológico (ansiedad, miedo, etc). Estos espacios deberían de disponer de recursos materiales para conseguir minimizar dichos efectos adversos y conseguir el máximo grado de confort y tranquilidad.

- Bañeras o duchas como método para aliviar el dolor.
- Pelotas para la dilatación (balanceo de pelvis).
- Camas obstétricas articuladas que faciliten la asistencia en el mismo lugar.
- Sillas - partos.
- Monitores que dispongan de la opción de telemetría externa para poder andar.
- Habitación con ambiente agradable, mobiliario sin aspecto quirúrgico, luces tenues etc.



ACTUACION PROFESIONAL

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE NACIMIENTO

Se trata de un documento escrito en el que la mujer manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento. Este documento servirá de guía a los profesionales en el momento del parto. Se facilitará a lo largo del embarazo, asegurándonos previamente de que dispone de información suficiente acerca del proceso fisiológico del parto y tiene conocimientos sobre las diferentes prácticas clínicas en la atención del mismo. Hay que advertir que las expectativas están sujetas a la situación clínica en cada momento, por lo que a lo largo del parto se pueden producir desviaciones si la evolución del mismo lo requiere.

(Anexo 1).

ATENCIÓN AL INGRESO

La recepción de la gestante siempre será bajo un clima de respeto y corrección, garantizando siempre la intimidad y confidencialidad sobre sus datos

Se realizará:

- Exploración abdominal y vaginal.
- Toma de constantes.
- Apertura de historia obstétrica y partograma.
- No rasurado.

Realizar un registro cardiotocográfico de 20 -30 minutos.

Es importante en esta fase hacer un diagnóstico correcto del inicio de trabajo de parto activo ya que un diagnóstico precoz del mismo nos llevaría a una serie de intervenciones innecesarias. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cms. de dilatación.



En caso de parto activo o amniorrhexis espontánea

Se ingresará a la gestante en la Unidad, en habitación individual, mostrándole el lugar donde llevaremos a cabo el parto.

No se aplicará enema de forma sistemática salvo que la mujer lo prefiera.

Nos plantearemos colocar o no vía periférica venosa.

Se ofrecerá apoyo físico, psicológico y emocional, empatizando con ella y con la persona que le acompaña en todo momento.

En fase de pródromos:

Se podrá marchar a su domicilio instruyéndola en el reconocimiento de signos de verdadero trabajo de parto.

Podría quedar ingresada en planta, dándole la posibilidad de sedación.

PERIODO DE DITACIÓN

Utilización del partograma recomendado por la OMS como elementos de valoración del progreso de la dilatación. Este partograma contiene una línea de alerta y una línea de acción, entre ambas hay un margen de 4 horas, intervalo que consideran necesario para permitir que el parto normal evoluciones sin intervenciones innecesarias, se trataría de un progreso de al menos 1 cm. Por hora. (Anexo 2).

Control de temperatura, pulso y tensión arterial.

Se informará de que en algunas circunstancias habría que aplicar algún medicamento, por ejemplo profilaxis antibiótica frente a la presencia del *stafilococos agalactiae*, y se aconsejaría la conveniencia de la vía venosa para la aplicación del medicamento.



No estimular sistemáticamente con oxitocina, salvo en caso de no progresión del parto por hipodinamia uterina. Si se utiliza oxitocina, se debe realizar monitorización continua de la FCF.

No realizar amniotomía precoz de forma rutinaria.

Facilitar la deambulación y la libre elección de la posición que la gestante decida de acuerdo a sus necesidades y preferencias. Ante la sospecha de un parto de evolución lenta, antes de emplear intervenciones invasivas, deben utilizarse medidas como cambios de posición, movilización y deambulación, si estas medidas no son efectivas puede recurrirse a la amniotomía.

Evitaremos la monitorización continua, la bibliografía recomienda auscultación intermitente cada 5 minutos a través de sonicaid y descartar pulso materno.

Limitar el número de tactos a los mínimos imprescindibles.

Permitir la ingestión de alimentos fáciles de digerir y azucarados (no lácteos) y evitar periodos de ayuno prolongado.

No realizar analgesia de rutina. Sería conveniente informar a la gestante sobre métodos diferentes para evitar el dolor, y del beneficio de la secreción de endorfinas, que son sustancias analgésicas segregadas en un parto fisiológico, en condiciones de intimidad.

Antes de realizar cualquier maniobra o técnica se tiene que informar a la gestante, de forma correcta, solicitando su permiso y colaboración. Todo esto sería conveniente facilitarlo en un ambiente de intimidad, tranquilidad, luces tenues, poco estímulo auditivo, apoyo continuo que abarque la esfera psicoemocional y acompañada de la persona que la gestante haya elegido.



PERIODO EXPULSIVO

Mantener una actitud expectante en esta fase, respetando las posturas escogidas por la mujer. Hay que favorecer las posiciones verticales y evitar la posición supina.

Continuar con control de FCF, ahora cada 5 minutos o después de cada contracción.

Respetar los pujos espontáneos, dejando a la mujer que pujan libremente cuando ella sienta el impulso. Los pujos dirigidos con maniobra de Valsalva están asociados a riesgos por disminución de la PO₂ materna y la consiguiente repercusión fetal.

No realizar episiotomía sistemática. Solo realizarla en situaciones de pérdida de bienestar fetal, ante sospecha de desgarros graves o en partos complicados.

Ayudar protegiendo el periné en el desprendimiento del polo cefálico, evitando los desgarros o la prolongación de la episiotomía.

No realizar sección temprana del cordón umbilical y facilitar el contacto piel con piel. Los beneficios del contacto piel con piel son principalmente: establecer el vínculo madre-hijo, junto con beneficios para el RN como recuperación más rápida del estrés respiratorio, normalización antes de la glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura, más el efecto oxitócico para la madre.

ALUMBRAMIENTO Y PUERPERIO INMEDIATO

Dentro del proceso de parto normal, el alumbramiento fisiológico sería el procedimiento más lógico, se trataría de una conducta expectante y esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta. Debería facilitarse un ambiente adecuado para el primer contacto madre hijo/hija y la liberación de pico máximo de oxitocina, con los consiguientes beneficios para ambos.



Recomendar la realización de la identificación, somatometría y aplicación de las profilaxis cuando el contacto precoz madre-hijo se haya producido. Sólo estaría recomendado valorar el test de APGAR.

No debería realizarse la aspiración de secreciones ni la permeabilidad de coanas con sonda de forma rutinaria, no estaría justificado e interferiría en el momento del contacto precoz madre-hijo.

No separar madre-hijo durante el postparto inmediato ya que el mismo es un período muy sensible y de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia y desempeña un importante papel en el desarrollo del vínculo. El vínculo madre-padre-hijo se considera una experiencia humana compleja y profunda que requiere del contacto físico y de la interacción en momentos tempranos de la vida.

Fomentar y apoyar la lactancia materna.

Es responsabilidad de los profesionales que están al cuidado de la mujer durante el parto conocer y poner en práctica la evidencia científica más reciente.

Un protocolo clínico es un documento donde se establecen unas pautas recomendadas que han de seguir sistemáticamente todos los profesionales con el objetivo de homogeneizar la práctica clínica diaria y promover una atención sanitaria equitativa y de alta calidad.

DOCUMENTOS ANEXOS:

- 1.- Modelo de Plan de nacimiento
- 2.- Partograma modificado recomendado por la OMS.



BIBLIOGRAFÍA:

Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS, OMS Ginebra 1996.

Estrategia atención al parto normal. Sistema Nacional de Salud, Octubre 2007.

Iniciativa al parto normal FAME.

Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal. SEGA. Julio 2007.

Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica B. Herrera, A. Galvez, H. Stivens, I. Carreras.

El bebe es un mamífero. Dr. Michel Odent. Editorial OBSTARE.



MODELO DE PLAN DE NACIMIENTO

Nombre y apellidos de la mujer-----

Edad de la mujer-----

Nombre de la matrona que le controla el embarazo-----

Nombre del obstetra que le controla el embarazo-----

Fecha probable del parto-----

Hospital previsto para el parto-----

Mis preferencias para el parto son:

Espacio físico. Prefiero

Sala dilatación/parto única con ambiente agradable y un entorno confortable: parecida al hogar SI NO
Sala con alta tecnificación: sala de partos de tipo quirófano SI NO

Acompañantes y ambiente durante el proceso de parto

La persona que quiero que me acompañe en el proceso de parto es:-----

Prefiero utilizar mi ropa personal durante el parto SI NO
Prefiero escuchar música durante la dilatación SI NO
Prefiero tener las luces atenuadas SI NO

Procedimientos durante el parto. Prefiero

Administración de enema SI NO
Rasurado del vello púbico SI NO
Prefiero ingerir líquidos durante el embarazo SI NO
Que no me pongan una vía intravenosa si no es necesario SI NO
Que no me estimulen el parto si no es necesario SI NO

Tipo de valoración del bienestar fetal. Prefiero

Auscultación con Doppler SI NO
Monitorización externa en ventanas SI NO
Monitorización externa continua SI NO

Métodos para el alivio del dolor. Prefiero

Relajación y técnicas de respiración SI NO
Adoptar distintas posturas, masaje, agua, terapias complementarias SI NO
Prefiero tener el parto sin anestesia SI NO
Analgésica epidural SI NO

Movilidad y posturas durante la dilatación. Prefiero

Poder caminar, moverme SI NO
Poder utilizar pelotas, cojines, colchoneta, mecedora SI NO



PLAN DE NACIMIENTO

Poder usar una bañera	SI	NO
Estar tumbada en una cama	SI	NO

Posturas y pujos durante el expulsivo. Prefiero

Poder elegir alguna de estas posturas: sentada, en cuclillas, de pie, silla de parto	SI	NO
Utilizar las nuevas mesas articuladas de partos	SI	NO
Estar en postura ginecológica: mesa de partos	SI	NO
Cuando este en dilatación completa, no empezar a pujar hasta que tenga ganas	SI	NO
Que no me digan cuando empezar a pujar	SI	NO
Tener un espejo en el momento del nacimiento	SI	NO

Episiotomía. Prefiero

Que no me practiquen la episiotomía si no es necesario	SI	NO
--	----	----

Nacimiento del bebé. Prefiero

Tener contacto, piel con piel, inmediatamente después del nacimiento del bebé	SI	NO
Cortar el cordón cuando deje de latir	SI	NO
Que los primeros cuidados al bebé, siempre que todo esté bien, se proporcionen sin separarlo de mí	SI	NO

Lactancia materna. Prefiero

Iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible	SI	NO
Posibilidad de permanecer un tiempo a solas después del parto: el acompañante, la madre y el bebé	SI	NO
La lactancia materna a demanda	SI	NO
Que no den biberones al recién nacido si no es por problema de salud	SI	NO
Que me asesoren sobre como lactar	SI	NO

Estancia en el Hospital. Prefiero

Tener al bebé conmigo en la habitación	SI	NO
Alta hospitalaria precoz siempre que lo permitan mi estado de salud y el del bebé (24-48 h)	SI	NO

Autores:

CLAUDIA BEJARANO MUÑOZ.
M^a LUISA PULIDO MAESTRE.
BEATRIZ ARJONA ROVIRA.

UNIDAD DE PARITORIO DEL HOSPITAL "SAN PEDRO DE ALCANTARA", C Á C E R E S