

Atención al Parto Normal

Hospital Universitario Central de Asturias

REGISTRO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO

| EDITADO | REVISADO | APROBADO |
|--|---|---|
| <p>Elena González / Matrona Laura Pita / Matrona</p> | <p>Comité de Buenas Prácticas en Embarazo, Parto y Lactancia ASIV Laureano Alonso Calo / Adjunto/FEA / Servicio de Calidad Cristina Cordero Bernardo / Supervisor/a Unidad / Partos HUCA Marta Costa Romero / Adjunto/FEA / Neonatología HUCA José M^o Díaz Pérez / Subdirector Enfermería / Área Sanitaria IV Ana Isabel Escudero Gomis / Adjunto/FEA / Obstetricia y Ginecología HUCA José Fernández Díaz / Director Atención Sanitaria / Área Sanitaria IV José Manuel García Adánez / Adjunto/FEA/ Obstetricia y Ginecología HUCA Elena González Díaz / Matrona HUCA Palmira Huerta Cima / Supervisor/a Unidad / Obstetricia y Ginecología HUCA Marta Martínez Marquinez / Matrona / HMN -CSVallobin - AP M^o Ángeles Martínez Suárez / Adjunto/FEA / Anestesia y Reanimación – HUCA Antonio Jesús Navarro García / Enfermero / CS Paulino Prieto - AP Sergio Pérez-Holanda Fernández / Subdirector Atención Sanitaria / Área Sanitaria IV Mercedes Rodríguez Pérez / Adjunto/FEA / Microbiología HUCA Gonzalo Solís Sánchez / Adjunto/FEA / Neonatología HUCA Laura Somalo Hernández / Pediatra /Pumarín - La Lila - AP Kati Fernández-Plaza / Médico Adjunto - Obstetra</p> | <p>Dirección de Atención Sanitaria y SP Área Sanitaria IV</p> |
| REGISTRO DE CAMBIOS | | |
| <p>Ed. I</p> | <p>23/02/2016</p> | <p>Sustituye a documento elaborado en 2009 y modificado en 2011. Se reinicia número de edición al normalizar documento según "Gestión Documental" Ed. I. Octubre 2013</p> |

| Primer documento de Atención al Parto Normal elaborado en 2009: | |
|--|--|
| Autores | Revisores |
| Cristina Cordero / Matrona Rocío Ferreira / Matrona Elsa Martínez / Matrona Concepción Trillo / Matrona | Ana Escudero Gomis / Obstetra Secundino Villaverde / Jefe de Servicio |
| Modificado en 2011: | |
| Autores | Revisores |
| Cristina Cordero / Matrona Ana Isabel Fernández / Matrona | Ana Escudero Gomis / Obstetra José García Adánez / Obstetra |

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Objetivos | 5 |
| Definiciones | 5 |
| Los Profesionales | 6 |
| Atención a la gestante que acude por pródromos de parto al Área de Urgencias | 6 |
| Algoritmo de actuación en el área de urgencias | 8 |
| Atención a la gestante en la fase latente de parto | 9 |
| Algoritmo de actuación en la fase de latencia | 10 |
| Período de dilatación | 11 |
| 1. Criterios de ingreso en Partos | 11 |
| 2. Valoración de las necesidades individuales de la mujer | 11 |
| 3. Canalización de una vía intravenosa | 13 |
| 4. Alivio del dolor | 13 |
| a) Métodos no farmacológicos | 13 |
| b) Métodos farmacológicos | 14 |
| 5. Toma de constantes | 14 |
| 6. Monitorización del estado fetal | 14 |
| 7. Valoración de la evolución del parto | 15 |
| a) Partograma | 15 |
| b) Tactos vaginales | 15 |
| c) Observación de la dinámica uterina | 15 |
| d) Palpación abdominal | 16 |
| 8. Línea de acción | 16 |
| Período expulsivo | 17 |
| 1. Fases: fase pasiva y fase activa | 17 |
| 2. Monitorización del estado fetal | 17 |
| 3. Manejo del expulsivo | 17 |
| a) Conducta | 17 |
| b) Pujos | 18 |
| c) Posición | 18 |
| d) Duración del expulsivo | 18 |

| | |
|--|-----------|
| e) Expulsión de la cabeza fetal y cuidados perineales | 18 |
| f) Medidas de asepsia | 19 |
| <i>Período de alumbramiento y postparto inmediato</i> | <i>20</i> |
| 1. Alumbramiento | 20 |
| 2. Revisión del canal del parto | 20 |
| 3. Cuidados inmediatos de la madre y del Recién Nacido | 21 |
| 4. Tras las 2 horas | 22 |
| Registros y documentación | 23 |
| Bibliografía | 23 |
| Anexo 1. Protocolo de Administración de Oxitocina | 26 |

Objetivos

- Favorecer una atención al proceso de parto siguiendo las recomendaciones de las últimas evidencias científicas, para garantizar el bienestar y la seguridad materna y fetal.
La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir cuando aparezcan desviaciones de la normalidad.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones.
- Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, y deben poder implicarse en la toma de decisiones durante el proceso.
- Reconocer el parto como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
- Incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, para que las mujeres sean y se sientan protagonistas y responsables del parto. Una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales, contribuye de manera decisiva a que el parto constituya para las mujeres y su entorno familiar una experiencia positiva.

Definiciones

- **Parto normal:** aquél que se inicia de forma espontánea en una gestante de bajo riesgo, entre las 37^a-42^a semanas, termina con el nacimiento de un recién nacido normal, en presentación de vértice, que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. Madre y criatura se encuentran bien.
 - **Parto no intervenido:** parto normal asistido sin la utilización de procedimientos ó fármacos que alteren su fisiología. No implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo, manteniendo los niveles de seguridad materno-fetal.
-

Los Profesionales

- La **matrona** es el profesional del equipo de obstetricia responsable de la atención al parto normal. La atención al parto normal, en todas sus fases, por parte de la matrona, proporciona mayores beneficios que cuando la atención es compartida con profesional facultativo.
- El apoyo continuo por parte de la matrona durante el trabajo de parto, mejora los resultados obstétricos y la satisfacción de las mujeres y acompañantes. La matrona permanecerá con la mujer, sin dejarla sola, salvo períodos cortos de tiempo. La auxiliar de enfermería colaborará con la matrona, asumiendo las tareas propias y delegadas.
- Es necesario que la matrona tenga muy buena comunicación con todo el equipo médico, y que a su vez éstos apoyen las decisiones tomadas por la matrona, como especialista en la atención al parto normal. Ante una desviación de la normalidad, la matrona avisará al Obstetra. Una buena coordinación entre todos los profesionales ayudará a mejorar la calidad de la atención.

Atención a la gestante que acude por pródromos de parto al Área de Urgencias

- Anamnesis: Motivo y hora de la consulta, características e inicio del cuadro clínico presentado.
 - Revisión del documento de salud del embarazo e informes clínicos: Verificar identidad, edad, paridad, FUR, datos de afiliación a la seguridad social, intervenciones quirúrgicas y transfusiones previas, alergias, tratamientos habituales y en el embarazo y patologías preexistentes a la gestación.
 - Valoración del riesgo en el embarazo: Si la gestación fuera de alto riesgo, avisar al ginecólogo/a.
 - Evaluar curso del embarazo actual: Valorar si existen correcciones ecográficas de la FUR, ingresos anteriores y consultas previas al servicio de urgencias. Valoración de enfermería y toma de constantes vitales.
 - ✓ Comprobar si existe hemograma y coagulación con menos de 12 semanas de antigüedad.
 - ✓ Confirmar el grupo ABO y Rh.
-

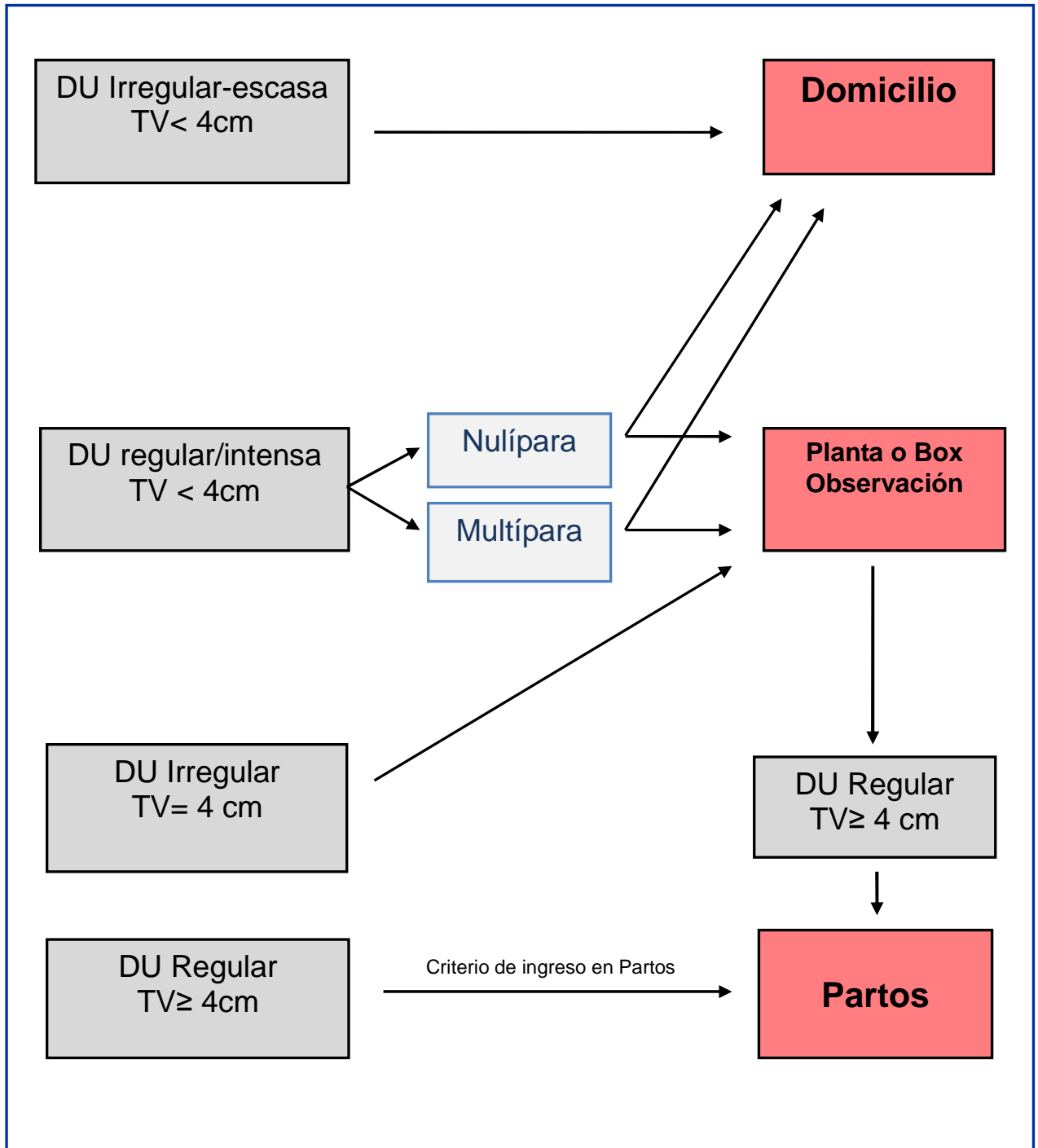
- ✓ Comprobar exudado vaginorectal del Estreptococo de las últimas 5 semanas.
- ✓ Comprobar serologías: LUES, rubeola, HIV, Hepatitis.
- **Palpación abdominal:** Comprobar tono uterino, y mediante las maniobras de Leopold, determinar presentación, posición, grado de encajamiento y situación.
- **Registro cardiotocográfico:** En gestaciones de bajo riesgo se puede sustituir por auscultación intermitente del latido fetal, ya que no hay evidencia suficiente para recomendar RCTG de rutina en estos casos. En gestaciones con factores de riesgo o riesgo desconocido, se recomienda RCTG y/o perfil biofísico modificado.
- **Tacto vaginal:** Valoración de la longitud, consistencia, dilatación, posición del cuello y altura de la presentación. Observar presencia/ausencia de salida de líquido. Si RPM, registrar la hora en que ocurrió y características del líquido.

Estos 7 puntos son comunes para cualquier gestante a término recibida por la matrona en el área de urgencias toco-ginecológicas.

En gestantes de bajo riesgo no está indicado realizar ecografía para valorar presentación o BMLA de rutina.

- **Actitud**
 - Si trabajo activo de parto (DU Regular, TV > 4 cm): Se avisa al ginecólogo/a para realizar ingreso en partos.
 - Si fase latente de parto (DU Irregular, TV < 4 cm): Avisar a ginecólogo/a para posible alta a domicilio, en función de la paridad, riesgo social y deseo materno; o ingreso en planta si la gestante precisa analgesia. Valorar la posibilidad de permanecer en Box Observación.
 - Si falso trabajo de parto (DU escasa, TV < 4 cm): Avisar a ginecólogo/a para alta a domicilio.

Algoritmo de actuación en el área de urgencias



Atención a la gestante en la fase latente de parto

■ Justificación

Las mujeres en fases precoces del parto no deberían ingresar; salvo por requerimiento de analgesia, ansiedad o riesgo social.

Existe evidencia científica suficiente para poder afirmar que el acompañamiento profesional mejora los resultados obstétricos.

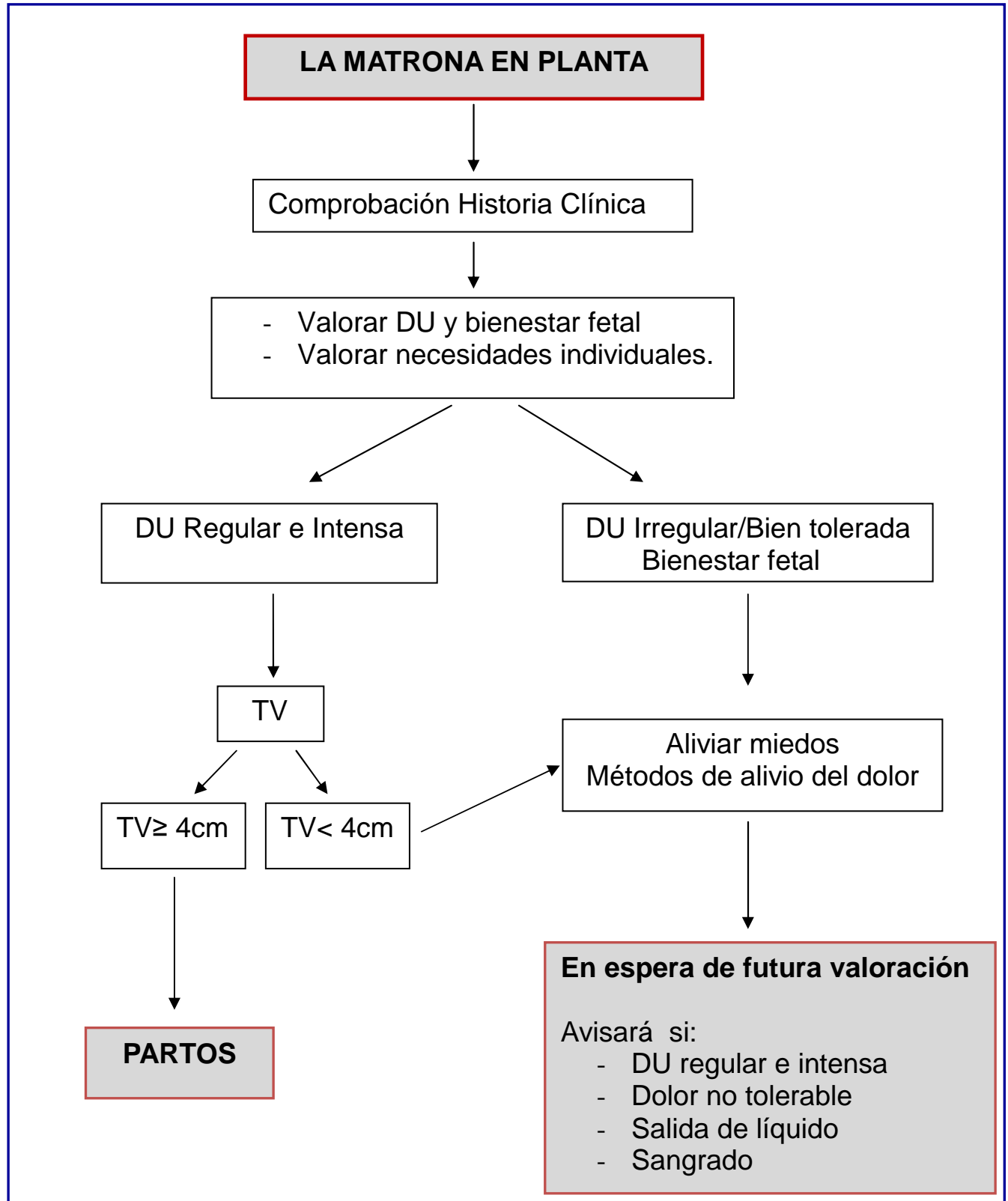
El modelo de atención proporcionado por las matronas vs. otros modelos, también ha demostrado mayores beneficios y niveles de satisfacción.

■ Desarrollo de la actividad

La enfermera de planta avisará a una matrona de Partos para valorar a la gestante cuando sea necesario. La matrona acudirá a planta si las necesidades asistenciales en Partos lo permiten.

- ✓ Previamente, la matrona leerá detenidamente la historia clínica para comprobar última valoración y factores de riesgo.
 - ✓ Se proporcionará una atención integral a la mujer, resolviendo sus dudas, así como aplicar métodos de alivio del dolor
 - ✓ En esta fase, y si la mujer lo elige, se administrará analgesia farmacológica, indicada por el médico.
 - ✓ La persona que acompaña a la gestante puede implicarse en proporcionar apoyo físico y emocional, y la matrona proporcionará asesoramiento.
 - ✓ Es importante realizar una valoración de la dinámica uterina, por observación ó por palpación abdominal.
 - ✓ Debe realizarse una valoración del estado fetal, mediante auscultación intermitente del latido fetal.
 - ✓ Se debe preguntar a la mujer por posibles signos de rotura de bolsa amniótica. Si se confirma RPM, se observará el color del líquido y se anotará la hora en que ocurrió.
 - ✓ No será necesario realizar TV por rutina si la DU es escasa. Si la DU es intensa y regular, se realizará tacto vaginal. Es importante mantener al mínimo el número de TV también en esta fase.
 - ✓ Se trasladará a la mujer al servicio de partos si $TV \geq 4$ cm y DU regular (un mínimo de 3 contracciones en 10').
 - ✓ Si se detectan desviaciones de la normalidad (alteraciones del LF, meconio, etc.), se avisará al médico/a de guardia, y se realizará un CTG.
 - ✓ La matrona documentará la valoración y las exploraciones realizadas en los respectivos formularios (monitorización, exploración, gestación,...).
-

Algoritmo de actuación en la fase de latencia



Período de dilatación

1. Criterios de ingreso en Partos

En general, se intentará **evitar el ingreso en Sala de Partos** de aquellas gestantes que **no cumplen los criterios** para considerar que están en **fase activa de parto**: dinámica instaurada (un mínimo de 3 contracciones en 10 minutos), cuello borrado, dilatación 4 cm. (NICE) Las animaremos a que retornen a sus domicilios cuando no estén en fase activa de parto. Si esto no fuese posible y hubiese que recurrir al ingreso hospitalario en planta, se informará a la mujer que podrá contar con el apoyo de los profesionales en todo momento.

2. Valoración de las necesidades individuales de la mujer

- ✓ Recibir a la mujer en Partos con un saludo personal, una sonrisa, presentarnos con nombre y puesto de trabajo. Informar dónde está el baño, el timbre y el armario.
 - ✓ Utilizar un tono de voz y palabras adecuadas que transmitan seguridad y confianza, lo que disminuirá la ansiedad, el miedo y el estrés que experimentan muchas mujeres.
 - ✓ Considerar la habitación como un espacio personal y privado.
 - ✓ Evitar, en todo momento, la presencia de personal innecesario.
 - ✓ Procurar una luz tenue e indirecta y un tono de voz de baja intensidad.
 - ✓ Utilizar preguntas abiertas para conocer sus necesidades y expectativas sobre el desarrollo del parto. Por ejemplo: ¿Qué te habías planteado para tu parto?, ¿Tienes algún deseo en particular para el proceso?
 - ✓ Comprobar si existe un plan de parto y comentar su posible cumplimiento con la mujer y su acompañante. Respetarlo en la medida de lo posible.(NICE)
 - ✓ Ofrecer información comprensible y basada en la evidencia, disipar ideas erróneas y mostrar, en todo momento apoyo, comprensión y confianza en la capacidad de la mujer para afrontar su parto.
 - ✓ Ofrecer a la mujer deambulación y cambios posturales desde su llegada, y evitar el decúbito supino, para una mayor tolerancia del dolor y favorecer una buena evolución del parto.
-

- ✓ Obtener el consentimiento verbal de la mujer antes de realizar cualquier procedimiento (exploraciones, técnicas...).
 - ✓ Solicitar permiso para la permanencia e intervención durante el parto de personal en formación.
 - ✓ La gestante podrá estar acompañada en todo momento por una persona que ella elija que le deberá transmitir tranquilidad y seguridad. Los demás familiares deberán permanecer fuera del hospital o en la sala de espera; ya que suelen transmitir ansiedad y, en ocasiones, su presión favorece intervenciones innecesarias. Esta limitación de visitas se mantendrá durante todo el proceso de parto, hasta que la mujer se traslade a Hospitalización.
 - ✓ Se enseñará al acompañante a procurar confort y alivio a la mujer.
 - ✓ Informar a la mujer cuándo se va a producir el cambio de turno del personal. También cuándo se va a reclamar la intervención de otros profesionales y el motivo.
 - ✓ Procurar un ambiente tranquilo y silencioso.
 - ✓ Si se administra algún fármaco, la mujer debe estar informada previamente de la conveniencia de su aplicación.
 - ✓ Mantener un estado satisfactorio de higiene y confort. Se debe facilitar a la parturienta la adopción de la posición (sentada, acostada, deambulando, etc...) que le reporte una mayor comodidad, tanto en el período de dilatación como expulsivo, favoreciendo esto incluso con analgesia epidural, si las condiciones lo permiten.
 - ✓ Transmitir a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado y evolución del parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere.
 - ✓ Se permitirá la ingesta de agua o líquidos isotónicos.
 - ✓ No se rasurará el perineo de forma rutinaria
 - ✓ El enema sólo se administrará por deseo de la mujer.
 - ✓ El aseo perineal durante el proceso del parto se realizará con agua y jabón, no siendo necesario el uso de antisépticos, que quedarán reservados para el sondaje vesical y limpieza de herida quirúrgica.
 - ✓ Favorecer la micción espontánea. El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario (analgesia epidural...) cada dos horas.
-

- ✓ En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, la matrona y el obstetra pueden aplicar el tratamiento que consideren adecuado, una vez se haya informado a la mujer debidamente y obtengan su consentimiento.
- ✓ Recordar a la mujer e incluir en la rutina de trabajo la posibilidad de donación altruista de sangre de cordón
- ✓ Favorecer la continuidad de los cuidados por la misma matrona durante todo el proceso, incluyendo el posparto inmediato.

3. Canalización de una vía intravenosa

- No hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canalizada una vía intravenosa durante el parto no medicalizado, en gestantes de bajo riesgo.
- Sin embargo, se recomienda tener canalizada una vía (abocath nº 18) durante el parto; por si fuera preciso el tratamiento intravenoso y para el alumbramiento dirigido. Debemos informar a la mujer, y obtener consentimiento para la canalización
- No es necesaria la administración de fluidos intravenosos de rutina.

4. Alivio del dolor

Las mujeres de parto podrán solicitar algún tipo de método de alivio del dolor. Su elección dependerá de sus expectativas, el acompañamiento continuo por parte del personal, la complejidad del parto y de la percepción individual del dolor.

a) *Métodos no farmacológicos*

- Acompañamiento.
 - Apoyo continuo de la matrona.
 - Evitar intervenciones innecesarias (rotura artificial de la bolsa de las aguas, uso de oxitocina, restricción de movimientos o monitorización continua).
 - Evitar decúbito supino y favorecer la movilidad.
 - Contacto físico tranquilizador y masajes.
 - Uso de pelotas de parto para buscar posturas más confortables.
 - Inyección intradérmica de agua estéril en el rombo de Michaelis para el dolor lumbar.
 - Aplicación de calor en zona lumbar.
 - Baño o ducha de agua caliente.
-

b) Métodos farmacológicos

- Sedación vía parenteral: opioides. Sus efectos sobre el feto dependen de la dosis y del momento de la administración. Las concentraciones más altas en el plasma fetal ocurren 2-3 horas después de la administración intramuscular a la madre.
- La analgesia epidural es el método más eficaz para el alivio del dolor de parto. Es una técnica invasiva, que interfiere en la fisiología del parto y se asocia a mayor riesgo de parto instrumental. Puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre, aumenta la necesidad de oxitocina intraparto y alarga la
- duración de la segunda etapa del parto. Se precisa monitorización continua, perfusión intravenosa y vigilancia frecuente de constantes vitales. Aunque no existen estudios concluyentes, aumenta el bloqueo motor cuantas más horas se esté con perfusión epidural, lo cual produce inmovilidad en las mujeres de parto y las relega a un papel más pasivo.
- La matrona solicitará al anestesiólogo/a el inicio de analgesia epidural, por deseo de la mujer, en fase activa de parto.
- Con analgesia epidural se favorecerán los cambios posturales periódicos.

5. Toma de constantes

- ✓ Tensión arterial, pulso y temperatura cada 2 horas.
- ✓ Si la parturienta decide utilizar la analgesia epidural, la TA se medirá cada 5 minutos post inserción del catéter y luego cada 15 minutos. El anestesista puede indicar la medición de la saturación de oxígeno.
- ✓ Realizar mediciones si lo aconseja la situación clínica (mareo, cefaleas, etc.)

6. Monitorización del estado fetal

- Se realizará auscultación fetal intermitente cada 15 minutos, durante 60 segundos durante y después de una contracción y se registrará. Alternativamente se realizará monitorización continua en periodos de 20 minutos cada hora. (EAPN, NICE)
 - El control clínico mediante auscultación intermitente, sólo es admisible si se dispone de una matrona por parto. No es necesaria la realización de una monitorización fetal continua al ingreso en mujeres de bajo riesgo.
-

- Se deberá realizar monitorización continua en aquellos casos en que aparezcan desviaciones de la normalidad (auscultación de deceleraciones con sonicaid, utilización de oxitocina, meconio, fiebre intraparto, etc...) ó la utilización de analgesia epidural.
- Si la monitorización continua está indicada, debe evitarse la utilización de monitorización fetal interna de rutina, y relegar su uso para aquellas situaciones en las que no se registre adecuadamente el latido fetal con el monitor externo (obesidad, pérdidas de foco continuadas, etc.).
- Ante variaciones de la FCF que se alejen de los patrones considerados normales y que supongan una situación de riesgo de pérdida del bienestar fetal se avisará al ginecólogo de guardia.
- Si el patrón del latido fetal se considera atípico ó anormal, el personal médico puede indicar la realización de un pH de calota fetal intraparto, ó la realización de técnicas de reanimación intrauterinas.

7. Valoración de la evolución del parto

a) Partograma

Desde el inicio del trabajo de parto, se recomienda emplear un partograma (“Vista interactiva”) para registrar los datos obtenidos durante la evolución del parto; así como todas las incidencias, indicaciones y tratamientos realizados.

b) Tactos vaginales

- El número de tactos ha de ser el mínimo que permita valorar con seguridad la evolución del parto, para evitar riesgo de infecciones.
- En los partos normales se recomienda un tacto cada **4 horas**. No está recomendado realizar tactos con más frecuencia de manera rutinaria.
- Los tactos vaginales de rutina durante el parto **NO** mejoran los resultados materno-fetales (Cochrane, 2013).

c) Observación de la dinámica uterina

- Se considera dinámica uterina eficaz aquella que permite la progresión del parto sin efectos adversos para la madre o el feto.
-

- En aquellos casos en que la auscultación se realice de forma intermitente, la valoración de la dinámica podrá ser manual y/o mediante registro externo.

d) Palpación abdominal

Se recomienda realizar palpaciones abdominales intraparto para determinar la altura uterina, situación, presentación, posición y altura de la presentación valorando los cambios desde la última palpación.

8. Línea de acción

La OMS recomienda una línea de acción de 4 horas. Debe existir una indicación clínica para no cumplir con los períodos de tiempo recomendados en el **algoritmo**.

Amniotomía:

- ✓ No se debe realizar amniotomía de rutina.
- ✓ Se practicará en el caso de que la dilatación no progrese adecuadamente o esté indicada, por necesidad de acceso al feto, para la monitorización interna o para realizar un pH.

Oxitocina:

- ✓ No se considera necesaria si el progreso del parto es el adecuado.
 - ✓ Su uso va ligado directamente a la obtención de una dinámica adecuada.
 - ✓ Si se emplea oxitocina, la monitorización del parto deberá realizarse de forma continua (Ver ANEXO I: protocolo de perfusión de Oxitocina)
-

Período expulsivo

Abarca desde la dilatación completa hasta el nacimiento del bebé. La mujer puede estar acompañada por la persona de su elección.

Es importante que se haya establecido una buena relación entre la mujer y la matrona que asista el expulsivo para ayudar a controlar la respiración, evitar interferencias, informar en cada momento de la situación, etc.

1. Fases: fase pasiva y fase activa

✚ **Fase pasiva:** Es la fase de descenso **pasivo** de la presentación.

- Puede tener una duración de hasta 2 horas, dependiendo de si se utiliza analgesia epidural.
- No se deben realizar pujos dirigidos, a no ser que exista una clara indicación para acelerar el expulsivo.
- Conviene fomentar cambios posturales frecuentes que favorezcan el descenso de la presentación.

✚ **Fase activa:** La mujer realiza pujos activamente, ya sea por tener sensación de pujo ó por realizar pujos dirigidos por indicación de los profesionales.

2. Monitorización del estado fetal

En la fase pasiva se realiza igual que en la dilatación.

En la fase activa, si se realiza una auscultación intermitente, se hará cada 2-3 contracciones ó cada 5 minutos, durante 60 segundos, después de una contracción. Mantener CTG continuo si ya se estaba haciendo previamente.

3. Manejo del expulsivo

a) *Conducta*

La matrona y/ó el obstetra mantendrán **preferentemente una conducta expectante** durante el expulsivo, siempre que las condiciones de salud maternas y fetales lo permitan. Sólo se ha de administrar oxitocina en caso de hipodinamia, después de habérselo explicado a la mujer.

b) Pujos

El manejo más fisiológico del expulsivo debería ser el de **esperar a que la mujer sienta ganas de empujar**. Se dejará que la mujer los haga de la forma que ella desee para su comodidad y que adopte la posición que le resulte más cómoda. Debe respetarse a la mujer si realiza los pujos en espiración. **Solamente se dirigirán los pujos, si transcurridas 2 horas de descenso pasivo (mujeres con epidural) no aparecen los pujos espontáneos.**

c) Posición

Se recomienda **evitar la posición de litotomía** y favorecer que la mujer adopte posturas que favorezcan el expulsivo y le resulten cómodas (cuadrupedia, bipedestación, cuclillas, Sims, etc.)

d) Duración del expulsivo

| | Duración máxima del expulsivo | |
|--------------|-------------------------------|------------|
| | Primíparas | Múltiparas |
| Con epidural | 4 horas | 3 horas |
| Sin epidural | 3 horas | 2 horas |

La falta de progreso y detención del descenso de la presentación hará replantearnos una evolución normal del expulsivo, avisando al ginecólogo para valorar la actuación obstétrica pertinente.

Cuando se superan los tiempos recomendados, el obstetra puede indicar la finalización del parto por la vía indicada.

e) Expulsión de la cabeza fetal y cuidados perineales

Se hará de la forma más lenta y controlada posible, pidiendo a la mujer que no empuje. No existe evidencia suficiente para recomendar ninguna maniobra específica de protección perineal. La técnica utilizada quedará a criterio del profesional. Para facilitar la distensión perineal se pueden usar compresas calientes. El masaje perineal está desaconsejado en esta fase.

No debe practicarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo. La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental ó sospecha de compromiso fetal. Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse

una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo. Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho. El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60, grados de realizar la episiotomía.

Se deben evitar tactos vaginales innecesarios también durante este periodo.

La maniobra de Kristeller está desaconsejada y debe abandonarse su uso.

La presión sobre el fondo uterino, podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación.

f) Medidas de asepsia

Las manos deben lavarse inmediatamente antes y después de cada episodio de contacto directo con la mujer, y después de cualquier actividad que suponga contaminación de las manos. Las manos sucias se lavarán con agua y jabón. Si no estuvieran sucias bastaría con la frotación con solución alcohólica.

Las manos deben lavarse inmediatamente antes y después de asistir al expulsivo

Se deberán utilizar guantes estériles para disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer o al feto.

Para la atención al parto se recomienda el uso de ropa impermeable y de un solo uso, que evite el contacto con salpicaduras frecuentes de sangre y otros fluidos corporales. Las mascarillas faciales deberían ponerse cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre y fluidos corporales en cara.

La sutura de una episiotomía o desgarro de periné se considera un procedimiento quirúrgico, por lo que se deben aplicar las normas habituales de asepsia: cambio de guantes, previa frotación alcohólica, uso de bata estéril, gorro y mascarilla.

Período de alumbramiento y postparto inmediato

1. Alumbramiento

El alumbramiento podrá ser:

- ✚ **Espontáneo:** Puede tener una duración de **60** minutos. Si se alcanzan los 60 minutos se debe administrar 5 ui de oxitocina + 4 ml SF IV en bolo lento ó 10 ui oxitocina IM, para manejar activamente el alumbramiento y se debe avisar al obstetra.
- ✚ **Dirigido ó manejo activo:** Administración de 5 ui de oxitocina + 4 ml SF IV en bolo lento ó 10 ui oxitocina IM a la salida del hombro anterior, y realización de una tracción controlada de cordón. La placenta será expulsada en los primeros **30** minutos. Pasados 30 minutos se debe avisar al obstetra.

Las últimas evidencias recomiendan realizar un manejo activo para disminuir el riesgo de hemorragia postparto. Se debe informar a la gestante sobre ambas opciones.

En ausencia de hemorragia puerperal no es necesaria la administración de uterotónicos y/o fluidos IV postalumbramiento.

Se debe revisar sistemáticamente placenta, cordón y membranas.

Existe evidencia de que realizar un **pinzamiento tardío del cordón** en RN a término y en prematuros, puede mejorar los depósitos de hierro del RN y no aumenta el riesgo de hemorragia materna. El pinzamiento precoz debe relegarse a cuando existe necesidad de reanimación neonatal, donación de sangre de cordón umbilical y cuando existe incompatibilidad RH.

Se recomienda recoger sangre para PH de cordón umbilical en todos los casos.

2. Revisión del canal del parto

Tras el parto, se debe **revisar** el periné (y el canal del parto si hubiese sangrado). Tras una episiotomía o desgarró, y previo a la sutura, se recomienda un tacto rectal para diagnosticar posibles desgarró de 3º grado. Si se sospecha, se avisará al ginecólogo para confirmar el diagnóstico y proceder a la reparación.

Sutura de trauma perineal: Previamente debe asegurarse una adecuada anestesia de la zona.

Se recomienda realizar la sutura de los desgarros de primer grado con el fin de mejorar la curación, a menos que los bordes de la piel se encuentren bien aproximados.

Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua. Se recomienda la utilización de material sintético de absorción normal para la sutura de la herida perineal.

Si después de una sutura muscular de un desgarro de segundo grado, la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación, se recomienda realizarla con una técnica intradérmica continua.

Debe llevarse a cabo un examen rectal después de completarse la reparación para garantizar que el material de sutura no se ha insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.

Para una adecuada analgesia posterior, se recomienda la administración de AINES rectales (diclofenaco) de forma rutinaria tras la reparación perineal, siempre y cuando no estén contraindicados (NICE).

De segunda elección para la analgesia utilizada se utilizará el ibuprofeno y paracetamol.

Posteriormente se realizará el aseo del periné. Puede aplicarse frío local en la zona.

3. Cuidados inmediatos de la madre y del Recién Nacido

(Ver Protocolo de Atención al Recién Nacido)

El puerperio inmediato se considera el 4º período del parto, en el que hay un mayor riesgo de hemorragia; esto hace aconsejable que la mujer permanezca este tiempo de 2 horas en una zona de vigilancia especial (área de partos).

- Un RN a término que respira espontáneamente y con buen tono muscular, no precisa ninguna maniobra de reanimación ni aspiración de secreciones.
- Se realizará el test de Apgar y se identificará con los brazaletes identificativos.
- Se recomienda que la matrona fomente el contacto precoz piel con piel y el **amamantamiento precoz** tras el nacimiento, siempre que el estado de ambos lo permita. Se colocará al **RN sobre el pecho materno desnudo, se le secará, se cubrirá con un paño seco y caliente y se le colocará un gorro.**

- **Debe evitarse interrumpir este contacto al menos en las 2 primeras horas** tras el parto, a no ser que sea por deseo explícito de la mujer. Los cuidados del RN se pospondrán hasta que hayan pasado las 2 primeras horas.
- **El estado del RN se valorará de manera regular**, independientemente de si está piel con piel, alimentándose ó en los brazos de sus progenitores.
- **Se valorará el estado materno de forma regular:** Comprobación de altura y contracción uterina, y pérdidas. No son necesarias mediciones repetidas de TA, Tª y P. Una medición rutinaria es suficiente, a no ser que exista una indicación clínica (mareo, sangrado, fiebre, patología hipertensiva...).
- La madre podrá ingerir líquidos y dieta ligera si las observaciones son normales.

4. Tras las 2 horas

- ✓ Se fomentará la micción espontánea al finalizar este período.
 - ✓ Se considerará realizar un sondaje vesical evacuador si la altura uterina y pérdidas no son adecuadas, ó si han pasado varias horas desde la última micción, siempre y cuando no sea posible la micción espontánea.
 - ✓ Aseguraremos una adecuada higiene perineal antes del traslado a planta.
 - ✓ Si se ha administrado analgesia epidural, se realizará la retirada del catéter, comprobando su integridad.
 - ✓ Se valorará individualmente la necesidad de retirar o mantener la vía venosa periférica.
 - ✓ Los cuidados del RN deben ser realizados en presencia de los padres. Se procederá a realizar las mediciones necesarias en el RN (pesar, tallar y PC). Identificación mediante la huella digital en el Documento de Identificación Sanitaria y en el Certificado de Nacimiento. La profilaxis antihemorrágica (Vit K vía IM) se administrará estando la criatura en contacto piel con piel con su madre o su padre. Se debe evitar el baño rutinario del RN.
 - ✓ Madre y RN serán conjuntamente trasladados en colecho a la Unidad de Hospitalización, previa comprobación de la identificación.
-

Registros y documentación

- Formularios en la historia electrónica de Millennium.
- Partograma: Es importante documentar toda la información referente al parto: las técnicas, maniobras, exploraciones, tactos, pH...Obstetra y/o matrona.
- Registro del recién nacido.
- Documentar en el formulario "Valoración inicial del recién nacido". Documentará en este formulario la matrona, pediatra o enfermera, según quién haya realizado la valoración o cuidados.
- Se completará la hoja de identificación materno-fetal, hoja de registro civil. Se le entregará la hoja de registro civil a la familia y se le dará información sobre el procedimiento a seguir. Actualmente es posible hacer el registro en el propio hospital.
- Libro de partos: se cumplimentará adecuadamente; así como la introducción de todos los datos a través del equipo informático en Millennium.
- Registrar datos en la aplicación Lyfecycle (seguimiento anomalías cromosómicas).

Bibliografía

Díaz Miguel V, Gonzalo I, Zapardiel I, de la Fuente J, Alario I, Berzosa J, Alonso E. Aplicación de indicadores de calidad asistencial durante el parto y puerperio en un hospital de tercer nivel.

http://www.doctoractive.com/ControlServlet?FormName=XML_FormStart&Jsp...

Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

Estrategia de atención al Parto Normal en Asturias. AsturSalud. Portal de Salud del Principado de Asturias.

<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=8d1fb91f60a76210VqnVCM10000097030a0aRCRD>

Gallo Vallejo M, González Batres C, González de Agüero Laborda R. En: Fabre González E (ed) Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. (Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) INO Reproducciones S.A., Zaragoza 1995.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

Hobbs, L. (2003) *Assessing cervical dilatation: Watching the purple line in Wickham S (Ed) Midwifery: Best Practice*. Books for Midwives, Edinburgh Ch 4.3 p77-8.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2008.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención hospitalaria al parto. Estándares y recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. Informes, estudios e investigación 2009. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

National Institute for Clinical Excellence. (NICE) Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. 2007.

National Institute for Clinical Excellence. (NICE) Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. 2006.

RESOLUCIÓN de 21 de julio de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias para desarrollar las recomendaciones establecidas en la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (13674) (BOE nº 192, 09-08-2008).

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3

Shepherd A, Cheyne H, Kennedy S, McIntosh C, Styles M, Niven C. The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Sep 16;10:54.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. (<http://www.sego.es>)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Puerperio normal y patológico. 2008. (<http://www.sego.es>)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Control del bienestar fetal anteparto. Protocolo actualizado enero 2009. (<http://www.sego.es>)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Lesión obstétrica del esfínter anal. 2010. (<http://www.sego.es>)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía Práctica y signos de alarma en la Asistencia al Parto. 2008. (<http://www.sego.es>)

Sutton J. The rhombus of Michaelis. A key to normal birth, or the poor cousin of the RCT? Pract Midwife. 2002 Dec;5(11):22-3.

Anexo 1. Protocolo de Administración de Oxitocina

- La **OXITOCINA I.V.** se administrará en los casos en los que el progreso de parto no sea el recomendado en el algoritmo.
- Se debe informar a la mujer de la indicación de la administración de la oxitocina y solicitar su consentimiento.
- Antes de administrar oxitocina se debe realizar un RCTG y mantenerlo hasta el final del parto.

DILUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

- Preparar la solución disolviendo asepticamente **5 UI de OXITOCINA en 500 ml de disolvente (solución salina CNa 0'9% o suero ringer lactato)**; asegurar la mezcla homogénea mediante agitación suave o rotación del envase. Administrar siempre en bomba de perfusión.
- La respuesta uterina a la administración i.v. de la oxitocina se presenta a los **3-5 minutos** y tarda **20-30 minutos** en alcanzar una concentración plasmática estable, motivo por el cual la dosis de administración se debe revisar cada 30 minutos.
- **Pauta de administración:** Subir de **12 ml/h (2 en 2 mU/min)**

| Dosis | Dosis de revisión | Equivalencia | Tiempo |
|----------|-------------------|--------------|--------|
| 12 ml/h | 6 ml/h | 2 mU/min | Inicio |
| 24 ml/h | 12 ml/h | 4 mU/min | 30´ |
| 36 ml/h | 18 ml/h | 6 mU/min | 1h |
| 48 ml/h | 24 ml/h | 8 mU/min | 1h 30´ |
| 60 ml/h | 30 ml/h | 10 mU/min | 2h |
| 72 ml/h | 36 ml/h | 12 mU/min | 2h 30´ |
| 84 ml/h | 42 ml/h | 14 mU/min | 3h |
| 96 ml/h | 48 ml/h | 16 mU/min | 3h 30´ |
| 108 ml/h | 54 ml/h | 18 mU/min | 4h |
| 120 ml/h | 60 ml/h | 20 mU/min | 4h 30´ |

../..

- La respuesta uterina depende directamente de la sensibilidad miometrial de cada mujer (cantidad de receptores de oxitocina), por lo que se debe revisar la dosificación para así conseguir con la **dosis mínima eficaz** y una **dinámica uterina de 3-5 contracciones en 10 minutos** acompañada de un **patrón de frecuencia cardiaca fetal Normal** .
- Si se alcanzan los 120 ml/h (Dosis mayor de 20 mUi/min): preparar nueva dilución de **10 Ui** de Oxitocina en 500 ml. Se debe recomenzar infusión a **60 ml/h** y subir de **6 en 6 ml/hora** .
- **Cesárea anterior** : Preparar la misma disolución inicial (5 UI de OXITOCINA en 500 ml de disolvente): Dosis de inicio **6 ml/h** (1mUi/min) con un incremento de dosis de **6 en 6 ml/h** cada **30 minutos** .
- **En todos los casos, la DOSIS MÁXIMA recomendada es de 30 mU/min. (90 ml/h en la dilución de 10Ui en 500ml)** . Si se emplean dosis más elevadas, el incremento debe ser muy prudente y con estrecha vigilancia.

Nunca debe superarse la dosis máxima de 40 mUi/min.

COMPLICACIONES DEL USO DE OXITOCINA

- **Hiperestimulación uterina** :

Tiene lugar cuando la frecuencia de las contracciones es de 1 cada 1-2 minutos, duran más de 60-90 segundos o bien el tono uterino basal se eleva por encima de 20 mm Hg.

Aunque la administración de la oxitocina sea correcta, en mujeres con hipersensibilidad a la oxitocina puede aparecer una hipertoniá o polisistolia.

Manejo de la hiperestimulación :

- ✓ **suspender** la infusión de oxitocina
- ✓ colocar a la mujer en **Decúbito Lateral Izquierdo** .
- ✓ si persiste la hiperestimulación, administrar un **útero inhibidor** .

- **Intoxicación hídrica**

La oxitocina exógena tiene un ligero efecto antidiurético, por lo que si se administra en alta dosis (> 32 mUi/min) durante prolongados períodos de tiempo puede provocar una intoxicación hídrica, **sobre todo si la mujer recibe simultáneamente un elevado aporte de líquidos** .

La sintomatología de la intoxicación hídrica presenta dolor de cabeza, náuseas y vómitos en casos leves. En cuadros avanzados puede acarrear somnolencia, convulsiones y coma.