

Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario



Coordinación de Programas de Salud Pública
y de Seguridad del Paciente
Dirección de Asistencia Sanitaria

Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz (Álava)
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Osakidetza 2018
Internet: www.osakidetza.euskadi.eus
e-mail: coordinacion@osakidetza.eus



Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario

Coordinación de Programas de Salud Pública
y de Seguridad del Paciente

Dirección de Asistencia Sanitaria



Grupo de trabajo

Ana Aguirre Unceta-Barrenechea. OSI Bilbao Basurto

M. Begoña Bilbao Markaida. Dirección General

Mercedes Fraca Padilla. OSI Bilbao Basurto

Rebeca García Valverde. OSI Alto Deba

M. Idoia Gurrutxaga Arriola. OSI Donostialdea

Gloria Gutiérrez de Terán Moreno. OSI Bilbao Basurto

Rosa Larrieta Riaño. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

Arantzatzu Lekuona Artola. OSI Donostialdea

Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

José Ángel López López. OSI Araba

Iratxe Ocerín Bengoa. OSI Bajo Deba

Enrique Peiró Callizo. Dirección General

B. Felisa Rodríguez Rodríguez. OSI Goierri-Alto Urola

Carlos Vizuite García. OSI Alto Deba



Índice

INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	9
1. DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL	11
2. ATENCIÓN A LA MUJER QUE ACUDE AL HOSPITAL POR PROCESO DE PARTO	13
2.1. Urgencias. Primera Valoración	13
2.2. Destino de la mujer	15
3. ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE PARTO NORMAL	17
3.1. Partograma y Documentación	17
3.2. Período de dilatación	17
3.3. Período expulsivo	23
3.4. Período de alumbramiento	28
3.5. Revisión Perineal	29
3.6. Manejo del dolor	30
3.7. Distocia del progreso del parto	32
4. POSPARTO INMEDIATO	33
4.1. Cuidados generales	33
5. ASISTENCIA AL NEONATO	35
6. REGISTRO Y TRASLADO DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO A PLANTA DE PUERPERIO	37



7. ANEXOS

– ANEXO 1: Derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi relacionados con la atención al parto.....	41
– ANEXO 2: Valoración de la matrona a la gestante a término de bajo riesgo en el servicio de urgencias tocoginecológicas.....	45
– ANEXO 3: Valoración de registros cardiotocográficos.....	47
– ANEXO 4: Técnica de la auscultación fetal intermitente.....	49
– ANEXO 5 Utilización del óxido nitroso al 50% como analgesia en el parto.....	51
– ANEXO 6: Distocia	55
– ANEXO 7: Protocolo de perfusión de oxitocina.....	59
– ANEXO 8. Prescripción e información sobre el tratamiento médico.....	61

8. INDICADORES.....	63
---------------------	----

9. NIVELES DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN.....	67
--	----

10. BIBLIOGRAFÍA.....	69
-----------------------	----



Introducción

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos complejos y al mismo tiempo experiencias profundas y únicas. Se trata de ofrecer una atención basada en la evidencia científica, que contemple los aspectos biológicos, pero también los emocionales y familiares, siendo respetuosa con el protagonismo de la mujer y su derecho a la información.

El parto genera en Osakidetza el 9.4% del total de los ingresos hospitalarios, siendo una de las causas más frecuentes de ingreso en los hospitales. Los profesionales del equipo corporativo de Seguridad del Paciente en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio consideran que en la atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario se debe respetar y mantener la fisiología del proceso, aceptando prescindir de las intervenciones innecesarias a la madre y al recién nacido, con el fin de evitar las complicaciones generadas por la iatrogenia y minimizar los posibles eventos adversos e incidencias derivadas de la atención al parto.

Con la atención y el apoyo adecuados, la mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos, sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Hay que aspirar a un equilibrio entre no intervencionismo y uso juicioso de las tecnologías que avalan la seguridad en el resultado materno y perinatal. Para ello es necesario que las mujeres recuperen la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales reconozcan sus necesidades: seguridad, tranquilidad, privacidad, etc. Es conveniente que la mujer conozca las distintas opciones disponibles para que pueda tomar decisiones conjuntamente con el equipo de profesionales encargados de su cuidado. La mujer debe ser informada por el equipo obstétrico si en cualquier momento se produce una desviación de la normalidad o se detecta la aparición de algún factor de riesgo.

El acompañamiento durante el parto proporciona seguridad, hace más tolerable el dolor de las contracciones y facilita el progreso del parto. Los profesionales y la persona elegida por la mujer deben transmitirle tranquilidad e infundirle confianza en sí misma.

La atención al parto ha de estar centrada en la mujer para optimizar su experiencia, garantizando el cumplimiento de sus derechos y obligaciones en relación



con la atención sanitaria a lo largo del proceso asistencial. [\(ANEXO 1\)](#)

La finalidad de la atención es promover la fisiología del proceso, considerándose a la matrona como la profesional más adecuada para atender a la mujer en un parto de bajo riesgo, ya que existe evidencia de una menor necesidad de analgesia epidural, menor realización de episiotomías, aumento de las tasas de parto vaginal espontáneo y de inicio de la lactancia materna y una mayor sensación de control por parte de la mujer.

Este protocolo corporativo se aplicará para la atención del proceso de parto de bajo riesgo en las unidades de partos de los hospitales de Osakidetza.



Objetivos

El objetivo general del protocolo es homogeneizar la atención al parto normal en los hospitales de Osakidetza, de acuerdo con las recomendaciones de la evidencia científica disponible, sentando las pautas en el manejo de las diferentes etapas del parto para aumentar las posibilidades de parto vaginal y optimizar los resultados perinatales.

Los objetivos específicos de la atención al parto normal son:

1. Favorecer el proceso del parto cuidando la seguridad de la madre y el feto/recién nacido con el mínimo intervencionismo posible.
2. Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades y preferencias de la mujer.
3. Acompañar e informar a la mujer respetando sus decisiones, 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, tranquilidad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de la mujer.
5. Prevenir, diagnosticar precozmente y tratar, las posibles complicaciones de la madre y el feto/recién nacido.
6. Implicar en el proceso a la pareja o la persona que la mujer haya elegido para el acompañamiento.
7. Apoyar y proporcionar a la mujer recursos que le ayuden en el manejo del dolor y en sus expectativas de parto y conseguir una experiencia de parto satisfactoria.
8. Favorecer el contacto piel con piel madre-recién nacido desde el momento del nacimiento evitando separaciones innecesarias.
9. Promover la lactancia materna y ayudar en el inicio la misma.



1. Definición de parto normal

Se considera parto normal, aquel que ocurre en una mujer sana, que se inicia de manera espontánea entre las 37 y las 42 semanas de gestación, con feto en presentación cefálica, en el que no aparecen complicaciones durante el proceso de parto y que finaliza con el nacimiento de un recién nacido (RN) sano.

La OMS define como una experiencia de parto positiva la que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer.

El parto y el alumbramiento de muchas gestantes catalogadas de alto riesgo tiene también un curso normal, por lo que muchas de estas recomendaciones pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres.



2. Atención a la mujer que acude al hospital por proceso de parto

2.1. URGENCIAS. PRIMERA VALORACIÓN

2.1.1. Aviso a la matrona

La mujer que acude al Hospital con síntomas de parto, entrará por el Servicio de Urgencias Generales/Ginecología y Obstetricia, desde el que se avisará a la matrona.

2.1.2. Acompañamiento

La mujer tiene derecho a estar acompañada de una persona de su elección durante todo el proceso.

2.1.3. Valoraciones y Controles (ANEXO 2)

Durante la recepción de la gestante la matrona establecerá un clima de tranquilidad y confianza.

Recoger información sobre:

- Motivo por el que acude a la Urgencia.
- Dinámica uterina: momento en el que se ha iniciado y características (frecuencia, duración e intensidad subjetiva).
- Rotura de la bolsa amniótica: si se ha producido, tiempo transcurrido y características del líquido amniótico.

- Presencia de movimientos fetales en las últimas 24h.
- Otros síntomas de inicio de parto y/o signos de alerta.

1. Realización o actualización de anamnesis obstétrica con valoración de la evolución del embarazo y controles realizados. Esta información se obtendrá de la historia clínica de la mujer, de la cartilla maternal y de informes médicos que aporte la mujer.

Se prestará atención a:

- Semanas de gestación.
 - Factores de riesgo anteparto.
 - Analítica completa del tercer trimestre.
 - Serologías.
 - Resultado de cultivo de estreptococo (SGB).
2. Se preguntará acerca de sus expectativas y necesidades de cara al parto y se revisará el plan de parto si lo presenta.
3. Valoración inicial de la mujer que incluirá las siguientes exploraciones:
- Determinación de tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.
 - Realizar maniobras de Leopold.
 - Exploración vaginal, si procede, para determinar:
 - Características del cuello: dilatación, borramiento, consistencia y posición.
 - Presentación, altura.
 - Estado de la bolsa amniótica y características del líquido amniótico.
 - Valoración de la dinámica uterina.
 - Valoración del dolor percibido y recursos de que dispone para el manejo del dolor.

Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario



- Información a la mujer de las actividades que se van a realizar y de los resultados de la valoración, de forma comprensible, completa y concisa.
 - Registro de los exámenes realizados.
4. Valoración del estado de bienestar fetal
 - Auscultación de la FCF / Monitorización Electrónica Fetal. (ANEXO 3 y 4)
 5. Si se detectan factores de riesgo, se informará a la ginecóloga/o.

2.2. DESTINO DE LA MUJER

Tras la valoración inicial, la matrona decidirá el destino de la mujer.

1. Alta

La **fase latente** del periodo de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, con una progresión lenta en el borramiento y la dilatación hasta los 5 cm. Se debe informar a las mujeres de que no existe una duración estándar de esta fase y que puede variar ampliamente de una mujer a otra.

Con el alta se proporcionará a la gestante información y asesoramiento sobre la evolución del proceso e instrucciones claras sobre los signos y síntomas que debe valorar para su retorno a la Urgencia, manteniendo sus citas en la consulta de atención al embarazo.

2. Ingreso

Si se valora que el proceso está en la fase activa del parto o se detecta riesgo que implique terminar la gestación, la mujer ingresará en el área de partos.

Si el diagnóstico es de rotura prematura de membranas (RPM) y se indica un manejo expectante o si existen dudas acerca del inicio de la fase activa,



y en función de la organización interna de cada hospital, podrá realizarse el ingreso de la mujer en la planta de obstetricia o unidad específica destinada a este fin.

Verificar que la madre, padre o familia conocen el protocolo de seguridad y disponen del díptico No me dejéis solo. Informar y entregar si lo desconocen.

Se debe demorar el ingreso en área de partos hasta que la fase activa esté establecida. II-2A



3. Asistencia durante el proceso de parto normal

3.1. PARTOGRAMA Y DOCUMENTACIÓN

El documento que recoja toda la asistencia durante el proceso será el partograma, utilizando además los documentos específicos que sean necesarios para el completo registro del proceso.

El uso de partogramas fomenta un buen funcionamiento global del equipo y mejora la comunicación.

Las prescripciones de medicación a excepción de las que no figuran en el vademécum de la herramienta, se deben realizar en Prescripción Electrónica en Historia Clínica-Osabide Global. [\(ANEXO 8\)](#)

3.2. PERÍODO DE DILATACIÓN

La fase activa del parto se caracteriza por contracciones uterinas regulares y dolorosas, con un grado importante de borramiento y dilatación, y más rápida evolución de modificaciones del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación completa.

3.2.1. Aspectos generales

1. Personal que atiende el parto

Siempre que el parto se mantenga dentro de los límites de la normalidad, **será atendido por la matrona.**



Si a lo largo del transcurso del parto se detectasen desviaciones de la normalidad, la matrona avisará a la ginecóloga/o para su valoración. La comunicación entre las personas que componen el equipo obstétrico es fundamental para una buena asistencia del parto.

2. Acogida

Se acompañará a la gestante a la sala de dilatación. El personal que la atiende se presentará y se dirigirá a ella por su nombre, procediendo a:

- Comprobar la identificación de la mujer mediante la pulsera de identificación.
- Revisar la historia clínica de la mujer y la valoración realizada en la urgencia.
- Conocer las expectativas y necesidades referentes al parto y/o plan de parto si lo hubiera.
- Informar de las normas de la Unidad y recursos de los que dispone la mujer, así como de las alternativas en la atención del proceso.
- Proporcionar la ropa necesaria durante su estancia, dándole opción a que utilice la suya personal.
- Favorecer un ambiente confortable, respetando su intimidad y privacidad.
- Facilitar el acompañamiento de la persona elegida por la mujer.
- Informar a la mujer sobre la evolución del parto y de los procedimientos que vayan a realizarse. Si es necesario intervenir sobre la evolución del parto (amniorrexia artificial, estimulación con oxitocina, monitorización continua, etc.), la mujer deberá conocer los motivos y participar en la toma de decisiones.
- Se le aconsejará que adopte la posición más cómoda para ella, favoreciendo las posiciones verticales y la deambulación.

Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario



3. Soporte continuo

La ausencia de soporte continuo es una fuente fundamental de estrés y ansiedad materna, factor comprobado que empeora la dilatación cervical adecuada y reduce la dinámica uterina.

La mujer podrá estar acompañada por una persona de su elección.

- Se ayudará al acompañante elegido para el parto a brindar apoyo de manera efectiva, mostrándole las actividades que puede realizar para ello y se favorecerá su comodidad.
- Se aconseja que la persona que acompaña a la mujer de parto sea la misma durante el proceso. Se valorará, no obstante, la necesidad de relevo en los partos largos.

Está demostrado que el soporte continuo, bien por una persona de elección por la mujer o por un miembro del hospital, aumenta la posibilidad de parto vaginal, mejora el Test de Apgar y la satisfacción global. I-A

4. Profesionales

Para garantizar la intimidad y favorecer la experiencia positiva del parto, se procurará que la atención sea continuada por la misma matrona y auxiliar en cada turno de trabajo y se limitará la entrada a otros profesionales, salvo que sean requeridos.

3.2.2. Recomendaciones generales

1. Enema

No se utilizará enema de limpieza ni se ofrecerá su uso de manera rutinaria.

2. Micción

Se favorecerá la micción espontánea siempre que sea posible, reservando el sondaje vesical para situaciones especiales, evitando la formación de globo vesical.

3. Higiene

Se mantendrá un buen estado de higiene y confort, facilitando el acceso al lavado perineal o ducha si precisa.

Se aplicarán las medidas estándares universales de asepsia en toda la asistencia.

4. Vía venosa periférica

Se informará a la mujer sobre las ventajas de disponer de un acceso venoso durante el parto y se procederá a su canalización, pudiendo dejar la vía salinizada mientras no se precise administrar medicamentos y/o fluidos.

Se realizará la analítica necesaria a las mujeres que no aporten los resultados de los controles del embarazo o se valore oportuno.

5. Ingesta de líquidos y alimentos

Se facilitará la ingesta de líquidos claros, evitando los lácteos (digestión lenta), siendo más eficaces las bebidas isotónicas.

Se llevará un control del estado de hidratación de la mujer.

6. Posiciones durante la dilatación

Se deberá alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilicen analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

La posición vertical durante la primera etapa del parto disminuye la necesidad de analgesia epidural, y acorta el tiempo de la primera fase del parto, la tasa de cesáreas y los ingresos en la Unidad Neonatal.

Las mujeres deben ser informadas del beneficio de la posición erguida en esta fase. I-B



3.2.3. Controles obstétricos

Todas las valoraciones y los controles realizados tendrán un seguimiento y actuación según las necesidades detectadas. Se insiste en que cualquier intervención en este proceso esté basada en problemas reales identificados.

1. Monitorización materna

- Valoración cada 4 horas de la temperatura, tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- Control de la frecuencia de las micciones o sondajes evacuadores.
- Valoración del estado psicoemocional.

2. Monitorización del estado fetal

En los partos de bajo riesgo la valoración del estado de bienestar fetal podrá realizarse mediante:

- Auscultación Fetal Intermitente (AFI) que se realizará cada 15 minutos, durante e inmediatamente después de la contracción durante al menos 60 segundos, escuchando el latido fetal como mínimo 30 segundos tras la contracción.

Se registrará la FCF basal, la presencia o ausencia de aceleraciones y la presencia o ausencia de deceleraciones. También se registrará el pulso materno. (ANEXO 4)

- Monitorización Electrónica Fetal Continua (MEFC).

El cambio de AFI a MEFC en mujeres de bajo riesgo se realizará cuando se detecte la aparición de riesgo intraparto, se administre oxitocina y/o se instaure la analgesia epidural. (ANEXO 4)

3. Evaluación del progreso del parto

La duración de la fase activa de parto generalmente no excede de las 12 h. en los primeros partos y normalmente no excede de las 10 h. en los partos sucesivos.



El progreso de la dilatación durante la fase activa es de 1cm/h, aunque la progresión más lenta no es indicación de intervención obstétrica.

Dinámica uterina

Control de la actividad uterina, frecuencia, intensidad y duración.

Tacto vaginal

En general, las exploraciones vaginales se realizarán cada 4 horas bajo medidas de asepsia, preferiblemente por la misma matrona.

Las exploraciones vaginales antes de 4 horas se realizarán en las mujeres con un proceso lento del parto, ante la presencia de complicaciones o si la paciente refiere sensación de pujos.

Técnicas menos invasivas para valorar la evolución del parto

Las técnicas no invasivas para valorar la evolución del parto servirán de apoyo para limitar los tactos vaginales:

- Palpación Abdominal.
- Valoración del flujo y las secreciones vaginales.
- Interpretación del comportamiento materno.



3.3. PERÍODO EXPULSIVO

Se define como periodo expulsivo a la segunda etapa del parto que va desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal.

Esta etapa del parto puede dividirse en dos periodos:

- **Periodo expulsivo pasivo:** dilatación completa del cuello con o sin contracciones sin sensación de pujo.
- **Periodo expulsivo activo:** El feto es visible o existen contracciones en presencia de dilatación completa o pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones.

3.3.1. Aspectos generales

1. Acompañamiento

La mujer podrá estar acompañada de una persona de su elección.

2. Profesionales

Los profesionales presentes en el momento del expulsivo serán los necesarios para la atención de este periodo: matrona para la atención a la mujer, matrona y/o enfermera para la atención al RN y auxiliar de enfermería. No deben estar presentes otros profesionales sin requerimiento específico.

3. Ambiente

Favorecer un entorno facilitador del nacimiento, proporcionando un espacio seguro, tranquilo y cálido, eliminando ruidos innecesarios y minimizando la intensidad luminosa. Tras el nacimiento evitar las interferencias entre los padres y su hijo-a.

4. Ingesta de líquidos y alimentos

Se permitirá la ingesta de líquidos claros, evitando los lácteos.

5. Lugar del parto

La atención del periodo de expulsivo activo se realizará en habitaciones de parto o paritorios.

6. Medidas de asepsia

- **Lavado de manos**

Antes de la asistencia al periodo expulsivo activo se realizará lavado de manos con agua y jabón.

- **Uso de guantes**

Se usarán guantes quirúrgicos estériles, de un sólo uso y se colocarán para la atención al periodo de expulsivo activo.

- **Vestimenta**

Precauciones universales: uso de bata impermeable, mascarilla, protección ocular, gorro y calzas.

- **Limpieza de la zona vulvoperineal**

Se procederá al lavado de la región vulvoperineal con esponja jabonosa y aclarado con agua templada.

7. Rasurado

No se rasurará el periné de forma rutinaria. En los casos estrictamente necesarios, se limitará a la zona de actuación.

3.3.2. Actuación obstétrica

1. Monitorización materna

- Continuar con los controles maternos, realizándolos de forma horaria.
- Valoración del estado psicoemocional.

2. Monitorización del estado fetal

Durante el periodo expulsivo se podrá controlar el bienestar fetal mediante AFI o MEFC. (ANEXO 3)

Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario



Criterios de valoración del registro cardiotocográfico. (ANEXO 3)

3. Evaluación del progreso expulsivo

Se considerará duración normal del expulsivo:

		Fase Pasiva	Fase Activa	Total Expulsivo
Nulípara	Con epidural	2 h	2 h	4 h
	Sin epidural	2 h	1 h	3 h
Multípara	Con epidural	2 h	1 h	3 h
	Sin epidural	1 h	1 h	2 h

El progreso de esta fase se valorará mediante:

- Respuesta de la mujer, efectividad de los pujos y el estado de bienestar fetal.
- Tacto vaginal: Durante el periodo activo se realizarán TV cada hora, o antes si fuera necesario.

Más allá de estos límites debe valorarse cuidadosamente y pudiera considerarse la necesidad de parto instrumentado. Si el descenso de la cabeza es progresivo, el estado del bienestar fetal satisfactorio y el parto espontáneo es inminente, se pueden sobrepasar estos límites.

4. Posiciones durante el expulsivo

Se recomienda que durante el parto la mujer adopte la posición que le sea más cómoda, siendo facilitadores y ayudando en la adopción de las diferentes posiciones. Sabiendo que:

- Sin analgesia epidural, las posiciones erguidas disminuyen el riesgo de parto instrumental y episiotomías, aunque aumentan

la probabilidad de desgarros perineales grado II y la pérdida hemática > 500 ml

- Con analgesia epidural no hay diferencias

5. Pujos

Se recomienda el pujo espontáneo. El método para pujar debe ser elegido por la mujer según sus preferencias. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido el periodo de expulsivo pasivo.

Diferir pujos mejora la posibilidad de parto espontáneo y disminuye los partos complicados, sobre todo si la presentación está por encima de +2 y no es occipito-anterior, asumiendo que el feto tenga una monitorización adecuada y el estado materno sea satisfactorio. I-A

El pujo dirigido asiste mejor el final de la expulsión de la cabeza fetal. II-2B

6. Técnicas de apoyo durante el expulsivo

- ***Masaje perineal***

No se recomienda la realización del masaje perineal durante la segunda etapa del parto.

- ***Aplicación de calor***

Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el periodo expulsivo.

- ***Espejo***

La utilización del espejo por parte de la mujer para la visualización de la zona perineal, como apoyo en la dirección de los pujos puede ser una medida efectiva, por lo que se le facilitará si la mujer lo desea.

Atención al parto de bajo riesgo

en el medio hospitalario



- ***Protección activa del periné y deflexión activa de la cabeza***

Se aconseja la protección manual del periné, controlando la deflexión lenta y progresiva de la cabeza fetal, ya que disminuye el número de desgarros perineales grado III y IV.

- ***Episiotomía***

No se practicará episiotomía de rutina en el parto espontáneo, incluso en mujeres con desgarros de III o IV grado en partos anteriores.

- Deberá realizarse si hay necesidad clínica o sospecha de compromiso fetal.
- Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia eficaz, excepto en una emergencia.
- Debe ser restrictiva, no precoz y la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral.

- ***Maniobra de Kristeller***

No realizar la maniobra de Kristeller.

7. Acogida del Recién Nacido

- Inmediatamente después del nacimiento, si la madre y el RN se encuentran bien:
 - Colocar al RN desnudo directamente sobre la piel de la madre (pecho-abdomen), cubriéndole con un paño templado.
 - El RN se colocará en decúbito prono, con las extremidades abiertas y flexionadas y con la cabeza ladeada, evitando la flexión e hiperextensión del cuello. No secar las manos ni la cara del RN, (para conservar el olor a líquido amniótico).
 - La madre secará al RN frotándole despacio sobre el cuerpo con el paño templado intentando no secarle la cara y las manos. Retirar el paño utilizado y cubrir a ambos con otro seco, sin sobrepasar los hombros del RN permitiendo el contacto visual.
 - Colocar al RN un gorro, dejándolo en CPP sobre el tórax desnudo de su madre, y permaneciendo juntos durante 2 horas (periodo receptivo del RN).

8. Pinzamiento de cordón

Se realizará el pinzamiento tardío del cordón umbilical, siempre que el estado de la mujer y el recién nacido lo permita.

La extracción de muestra de sangre de cordón para analítica, se realizará según protocolo de atención al recién nacido.

Tanto en recién nacidos a término como pretérmino que no requieran maniobras de resucitación, se recomienda pinzamiento tardío de cordón > 60 segundos, independientemente del tipo de parto. I-B

3.4. PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

Se define como tercera etapa del parto el periodo que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

La mayor complicación en este periodo es la hemorragia postparto precoz (HPP); el grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez con que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina.

Se considera una duración normal del periodo de alumbramiento, si se produce dentro de:

- Los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo.
- Los 60 minutos posteriores al nacimiento del neonato con alumbramiento espontáneo.

3.4.1. Actuación obstétrica

Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica. El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.



1. Manejo farmacológico del alumbramiento

Administración de oxitocina 10 UI, vía IV en bolo lento, antes o seguido del alumbramiento. Si no disponemos de vía endovenosa, se puede administrar IM.

Se recomienda el uso de uterotónicos profilácticos tras el nacimiento del recién nacido. I-A

2. Tracción controlada de cordón umbilical

Reduce la pérdida de sangre y el alumbramiento manual; se debe aplicar siempre con contrapresión y control de efectos adversos.

3. Revisión de la placenta y membranas comprobando su integridad

3.5. REVISIÓN PERINEAL

Se realizará una revisión del introito y el periné, con reparación de los tejidos dañados:

- Asegurar una adecuada analgesia previa a la sutura.
- Utilizar suturas sintéticas de absorción rápida.
- Las suturas continuas del plano muscular producen menos dolor a los 10 días y requieren menos analgesia y menos necesidad de retirar suturas.
- No es necesario suturar la piel si hay una adecuada aproximación de los bordes. Las suturas continuas intradérmicas producen menos dolor a los 10 días.

Se asegurará de no dejar taponamiento vaginal, y en su caso se registrará específicamente.

Se valorará la necesidad de aplicar frío en la zona perineal durante 20 minutos.

3.6. MANEJO DEL DOLOR

El manejo del dolor durante el parto supone mucho más que la simple administración de analgesia epidural u otros agentes anestésicos; empieza con la educación prenatal y con el control del confort y la ansiedad.

Se valorará la percepción dolorosa de las contracciones por parte de la mujer, los recursos que tiene para su alivio y sus expectativas, apoyando sus decisiones.

Existen diferentes métodos de alivio del dolor que pueden agruparse en dos bloques:

1. Métodos no farmacológicos

Los métodos no farmacológicos se ofrecerán como primera opción para el manejo del dolor en el parto, siempre que la mujer lo desee.

- **Inmersión en el agua:** En los hospitales donde se disponga de este recurso, se ofrecerá a las mujeres que lo deseen.
- **Masaje:** Se ofrecerá a las mujeres que lo precisen y se enseñará al acompañante a apoyar con contacto y masaje a la mujer.
- **Pelota de parto:** Se pondrá a disposición de la mujer y se le ayudará a encontrar la postura que le resulte más cómoda.

Las mujeres que elijan usar las pelotas deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables y favorecer el movimiento.

- **Técnicas de relajación:** Se apoyará la técnica de relajación elegida por la mujer y se favorecerán las condiciones para su aplicación.
- **Inyección de agua estéril:** Podrá aplicarse para el alivio del dolor lumbar intenso previa información a la mujer.

2. Métodos farmacológicos

- **Óxido Nitroso:** Se ofrecerá utilizar inhalación de óxido nitroso a la mujer

Atención al parto de bajo riesgo

en el medio hospitalario



que lo desee o cuando esté contraindicada la analgesia epidural y como apoyo a los métodos no farmacológicos. (ANEXO 5)

Se recomienda la inhalación de óxido nitroso durante el parto como un método de alivio del dolor, informando que su efecto analgésico es moderado y que puede provocar náuseas, vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo.

- **Analgesia epidural:** informar a las mujeres de que la analgesia epidural es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental. El momento de la administración depende de la mujer, una vez que se ha establecido el diagnóstico de parto. Tras ser informada, la gestante debe firmar el consentimiento informado. (ANEXO 1)

Una vez puesta la analgesia epidural, la perfusión debe mantenerse hasta que termina la tercera etapa del parto. Discontinuar la analgesia para permitir “pujos eficaces” solo provoca dolor y el control sub-óptimo del dolor aumenta los partos instrumentales y los desgarros perineales de III y IV grado.

La epidural a baja dosis, si es factible, es preferible a los regímenes de alta dosis para facilitar la analgesia adecuada pero al mismo tiempo promover la movilización durante el parto. I-A

Aún con analgesia epidural debe promoverse la movilización y las posiciones favorecedoras de la evolución del parto. I-B



3.7. DISTOCIA DEL PROGRESO DEL PARTO

Si se detecta un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto, se aplicará el protocolo específico (ANEXO 6).

No se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto antes del inicio de la fase activa, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.

La amniorrexia rutinaria no ha demostrado beneficio en partos normales con progresión adecuada.

La amniorrexia debe considerarse -junto con oxitocina u otras medidas-, una vez se ha llegado a un diagnóstico de distocia. I-B



4. Postparto inmediato

Se define como el periodo que transcurre inmediatamente tras el alumbramiento hasta 2 horas postparto.

Se puede considerar la cuarta etapa del parto.

4.1. CUIDADOS GENERALES

Durante las dos horas posteriores al parto, la mujer permanecerá en el área de partos donde se garantiza la intimidad necesaria para establecer el vínculo con su bebé. Es un periodo de mínima intervención y máxima observación por parte de la matrona, quien confirmará el bienestar del recién nacido y descartará signos de alarma en la madre. Se podrá ofrecer a la madre agua o infusiones si lo desea.

Durante estas dos horas el recién nacido permanecerá en contacto piel con piel con su madre y se iniciará la lactancia materna, si es la opción deseada, bajo la supervisión y apoyo de la matrona junto con el acompañamiento y vigilancia de la persona de su elección.

Tras este periodo de dos horas, la puérpera y su bebé serán trasladados a la planta de hospitalización. Antes del traslado, la matrona valorará:

- Tensión arterial.
- Sangrado vaginal.
- Involución y contracción uterina correctas.
- Necesidad de micción.
- Periné.
- Dolor.
- Estado emocional de la madre y adaptación del recién nacido.



Tras comprobar la evolución normal, se retirará la vía venosa y el catéter de analgesia epidural y se verificará la correcta identificación de la madre y el recién nacido.

Todas las actividades se registrarán en la historia clínica de la madre y del recién nacido.



5. Asistencia al neonato

Fisiológicamente en estos momentos se produce la adaptación neonatal inmediata.

Para la asistencia al neonato hay que tener en cuenta:

- **El historial clínico perinatal** debe estar a disposición del personal encargado del cuidado y atención al RN con antelación, para detectar posibles factores de riesgo que puedan requerir atención neonatal inmediata.
 - a. En todos los partos sin factores de riesgo debe haber una persona encargada del cuidado del RN y formada en reanimación/estabilización inicial, que efectuará los cuidados de rutina del RN. Se dispondrá del material necesario para la reanimación neonatal.
 - b. En los partos que exista algún factor de riesgo perinatal, el pediatra estará de presencia física en el paritorio.
- **Información a los progenitores** de los cuidados a realizar al RN en el área de partos. En los supuestos de no autorización, se cumplimentará el documento de declaración de renuncia.
- **Tras el nacimiento:**
 - Evaluación del test de **Apgar** al 1' y a los 5' minutos de vida.
 - Extracción de **muestra de sangre de cordón** para pH arterial y determinación de grupo sanguíneo y Test de Coombs (TC) Directo en hijos de madre Rh negativo, grupo desconocido u otros factores de riesgo (TC Indirecto positivo...).
 - Aplicación del protocolo de **Seguridad en la Atención al RN** en los



ámbitos de Atención Materno-Infantil, garantizando la no separación de la madre y RN, salvo que la salud de alguno de ellos así lo requiera.

- **Identificación** del RN antes de salir de paritorio y en presencia de la madre o el padre según procedimiento de identificación.
- **Custodia y vigilancia** del RN durante su estancia hospitalaria.
- Establecimiento del protocolo de **Alimentación** del RN.
- **Registro en la historia neonatal** de la valoración e intervenciones del RN. Cumplimentación del formulario.
- **Información a los padres** de la valoración e intervenciones realizadas al RN.

Durante las dos primeras horas tras el nacimiento, se realizará la atención al RN según el *Protocolo de Atención al recién nacido sano en el parto- puerperio*.



6. Registro y traslado de la mujer y el recién nacido a planta de puerperio

Se procederá al registro de la atención en Historia Clínica.

Se cumplimentarán los trámites administrativos del registro del bebé:
Cuestionario para la declaración de nacimiento en el registro civil.

El traslado a la planta se realizará sin separar a la madre del RN, en la misma cama.



Anexos



1

Anexo 1

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN EL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN AL PARTO

La atención al parto ha de estar centrada en la mujer para optimizar su experiencia, garantizando el cumplimiento de sus derechos y obligaciones en relación con la atención sanitaria a lo largo de todo el proceso asistencial.

“Artículo 4.- Derechos en las relaciones asistenciales.

...

- k) A que se registre en su historia clínica, en los términos previstos en el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica, la información que se genere en los procesos asistenciales, con las medidas de seguridad que garanticen la confidencialidad, autenticidad, integridad y trazabilidad de sus datos personales.

Artículo 5.- Derechos relacionados con la participación responsable en la gestión de la propia salud:

- a) A conocer en todo momento a la persona profesional de la salud responsable de su diagnóstico, cuidado y tratamiento, así como su nombre, la titulación y la especialidad de las y los profesionales sanitarios que le atienden.

...

- f) A que se promueva y facilite la participación activa de forma individual y colectiva a través del autocuidado y la autogestión con programas de educación y empoderamiento de las personas.



Artículo 9.- Las personas usuarias del sistema sanitario de Euskadi, en relación con la asistencia sanitaria específica referida a la salud sexual y reproductiva, tiene los siguientes derechos:

- a) A recibir una atención sanitaria a lo largo del proceso asistencial del embarazo, parto y puerperio, basadas en guías de práctica clínica y en la evidencia científica disponible.
- b) A ser informada y a poder decidir cuándo se planteen intervenciones no estrictamente necesarias desde un punto de vista clínico, y que pueden obviarse sin perjuicio para su salud o la del niño o niña, tales como: intervenciones tendentes exclusivamente a acelerar o retardar el parto, aplicación de analgesia, enema, rasurado, episiotomía, posición para la fase de dilatación y del expulsivo, etc. A que se le facilite su participación activa como protagonista de su embarazo y parto y a presentar en el centro sanitario sus preferencias sobre el parto.
- c) Durante la estancia en el hospital, a estar acompañada por su pareja o la persona de confianza antes y durante el parto y en el periodo inmediatamente posterior al mismo y a tener a su lado al niño o niña, así como a su pareja o persona de su confianza, siempre que sea posible, después del parto, así como cuando, con posteridad, acuda a cualquier centro o servicio sanitario.
- d) A ser informada y formada en materia de lactancia materna con objeto de fomentar su utilización en la alimentación infantil.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERBAL

La mujer debe ser informada para que conozca las distintas opciones disponibles en la atención al parto para que pueda tomar decisiones conjuntamente con el equipo de profesionales encargados de su cuidado.

Se solicitará el consentimiento verbal de la mujer antes de realizar cualquier procedimiento o examen y se le informará si estos van a ser realizados por profesionales en formación.

Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario



ESCRITO

Para la realización de una cesárea programada y la aplicación de cualquier técnica anestésica general o neuroaxial, debe solicitarse el consentimiento informado por escrito y firmado por la mujer o su representante legal en caso de incapacidad, pudiendo ser revocado y en cuyo caso firmaran el documento de disenso.

En los casos de cesárea urgente no es necesario el consentimiento informado por escrito.

REGISTRO DE ACTIVIDADES EN HISTORIA CLÍNICA

La atención individualizada prestada durante el proceso de parto, basada en las necesidades y preferencias de la mujer, se registrará en la historia clínica, así como los aspectos relacionados con el consentimiento verbal y consentimiento escrito.



2

Anexo 2

VALORACIÓN DE LA MATRONA A LA GESTANTE A TÉRMINO DE BAJO RIESGO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS TOCGINECOLÓGICAS

La estandarización de actuaciones consensuadas entre los profesionales de los Servicios de Urgencias Tocoginecológicas, tiene como objetivo garantizar la atención de la mujer que acude para la valoración de si está o no en proceso de parto.

La matrona será la profesional que realice la acogida de la mujer, la valoración y evaluación de la gestación a las gestantes desde la semana 37 hasta la 42 sin factores de riesgo, que acudan al Servicio de Urgencias Toco-ginecológicas con síntomas de parto.

Para la valoración y evaluación, se realizarán las siguientes acciones:

- Comprobar si existen barreras lingüísticas y explicar el papel que va a desempeñar la matrona en la atención a la mujer.
- Adoptar unas maneras tranquilas y transmitir seguridad y confianza.
- Conocer las expectativas de la mujer sobre el desarrollo de su parto y el nacimiento del bebé. Si la mujer tiene un plan de parto, comentarlo con ella.
- Ofrecer información comprensible y pertinente, apoyo y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto.
- Ayudar a la persona acompañante a que con serenidad, discreción y confianza en las posibilidades de la mujer, muestren una total disponibilidad hacia ella, así como el máximo respeto a sus decisiones.
- Obtener el consentimiento verbal de la mujer tras la información transmitida y registro en historia clínica.
- Revisar la cartilla maternal, donde se refleja su anamnesis, el curso de la



gestación y descartar e identificar posibles factores de riesgo.

- Toma de constantes vitales.
- Maniobras de Leopold.
- Realizar un registro cardiotocográfico externo, durante 20-30 minutos, donde se monitoriza la frecuencia cardíaca fetal basal, variabilidad, aceleraciones o deceleraciones y la actividad uterina, intensidad, duración y frecuencia de las contracciones.
- Exploración vaginal, para la valoración del cuello uterino: posición, consistencia, borramiento y dilatación; el estado de las membranas, presentación y plano.

Tras la valoración de la gestante, la matrona, decidirá si es necesario el ingreso o podrá ser dada de alta.

- Si la mujer no se encuentra en fase activa de parto y no hay ningún factor de riesgo, la matrona procederá a dar el alta a su domicilio con instrucciones precisas y recomendaciones sobre la necesidad de continuidad de la atención en el ámbito de Atención Primaria o en los Servicios de Tocoginecología.
- Si la gestante se encuentra en fase activa de parto se procederá al ingreso en el área de partos.
- Si el diagnóstico es de RPM y se indica un manejo expectante o si existen dudas acerca del inicio de la fase activa, y en función de la organización interna de cada hospital, podrá realizarse el ingreso de la mujer en la planta de obstetricia o unidad específica destinada a este fin.

Tanto para el ingreso como para el alta la matrona cumplimentará el trámite administrativo en el *Osabide Global de Urgencias*, lo que genera una orden de ingreso que gestionará el personal administrativo de Admisión.



3

Anexo 3

VALORACIÓN DE REGISTROS CARDIOTOCOGRÁFICOS

En Octubre de 2015, un panel de consenso de expertos en Monitorización Fetal Intraparto de la FIGO presentó su nuevo sistema de clasificación de patrones cardiotocográficos intraparto.

	CTG normal ^a	CTG sospechoso	CTG patológico
FCF basal ^b	110-160 lpm		<100 lpm
Variabilidad ^{c,d,j}	5-25 lpm	Ausencia de al menos uno de los parámetros de normalidad, pero sin características patológicas	Variabilidad ^{c,d} , reducida/aumentada, patrón sinusoidal
Deceleraciones ^{e,f,g,h,i}	Deceleraciones no repetitivas*		Deceleraciones tardías repetitivas* o prolongadas durante >30 min (o más de 20 min si variabilidad reducida); una deceleración >5 min
Interpretación	No hipoxia/acidosis	Baja probabilidad de hipoxia/acidosis	Alta probabilidad de hipoxia/acidosis

*Las deceleraciones son repetitivas si ocurren en >50% de las contracciones

a) Las aceleraciones (amplitud >15 lpm, duración >15 seg pero <10 min) no se incluyen en el sistema de clasificación porque su ausencia tiene un significado incierto, pero la presencia de aceleraciones indica un feto con buena respuesta neurológica sin hipoxia/acidosis.

- 
- a) Se define taquicardia como >160 lpm durante >10 min, bradicardia como <100 lpm durante >10 min. Una FCF basal de 100-110 lpm puede ocurrir en fetos normales, sobre todo en postérminos.
 - b) La variabilidad reducida se define como <5 lpm durante >50 min en tramos de FCF basal, o durante >3 min en las deceleraciones.
 - c) El aumento de variabilidad (patrón saltatorio) se define como >25 lpm durante 30 min.
 - d) Una deceleración es la pérdida de ritmo cardíaco de >15 lpm durante >15 seg.
 - e) Las deceleraciones precoces son poco profundas, de corta duración, tienen variabilidad normal, y son coincidentes con las contracciones uterinas.
 - f) Las deceleraciones variables tienen una caída brusca -30 segundos desde que se inician hasta el nadir-, buena variabilidad, retorno rápido a la línea de base, tienen forma de V, aunque son variables en forma, tamaño y relación con las contracciones uterinas.
 - g) Las deceleraciones tardías tienen forma de U con variabilidad reducida, se inician >20 seg tras el inicio de la contracción uterina con una caída gradual de >30 seg hasta el nadir, tienen un nadir tras el acmé de la contracción, y retornan a la línea de base gradualmente con un decalaje de >30 seg.
 - h) Las deceleraciones prolongadas duran >3 min. Deceleraciones con FCF <80 lpm que duren >5 minutos y con variabilidad reducida, son serias.
 - i) El patrón sinusoidal es un patrón regular, suave, ondulante que remeda una onda, con amplitud de 5-15 lpm y frecuencia de 3-5 ciclos/min, que dura >30 min y coincide con ausencia de aceleraciones.

Existe un cuarto patrón de clasificación cardiotocográfico denominado **CTG preterminal**, que incluye ausencia total de variabilidad y aceleraciones, con o sin deceleraciones y bradicardia. Sería el "patrón silente".



4

Anexo 4

TÉCNICA DE LA AUSCULTACIÓN FETAL INTERMITENTE

Antes de iniciar cualquier método de monitorización fetal, la mujer debe ser informada de los beneficios y riesgos de cada una de las técnicas:

- La monitorización CTG continua se asocia a un riesgo menor de convulsión neonatal pero a un número mayor de cesáreas y partos instrumentales
- La AFI permite la movilización de la paciente, favorece su comodidad, puede ser usado en diferentes posiciones y ámbitos (por ejemplo, en el agua). Además, asegura un contacto frecuente entre la mujer y su matrona, lo que ofrece una mayor oportunidad de contacto y apoyo clínico y socioemocional con la mujer.

Los profesionales que atienden partos deben estar entrenados en la aplicación de esta técnica, en la interpretación de sus hallazgos y en la toma de decisiones adecuadas. Se necesita una “curva de aprendizaje” para detectar las aceleraciones y deceleraciones.

Las recomendaciones sobre la técnica de la AFI están basadas únicamente en opiniones de paneles de expertos.

- La auscultación puede realizarse con el estetoscopio de Pinard, aunque es preferible utilizar el ultrasonido Doppler manual.
- Se recomienda una auscultación de la FCF en la primera evaluación al ingreso.
- Se buscará el sonido del latido cardíaco fetal, evitando los sonidos de los vasos.
- La auscultación debe realizarse cada 15 minutos en la primera etapa del parto y cada 5 minutos o tras cada contracción en la segunda etapa.
 - Deben evaluarse también las contracciones, mediante palpación antes y durante la auscultación, para detectar al menos 2 contracciones.

- 
- La duración de la auscultación debe ser de al menos 60 segundos, de los cuales como mínimo 30 segundos deben ser después de cada contracción controlada mediante palpación uterina.
 - Si se tienen dudas o si se ausculta la FCF por debajo de 110 latidos/minuto o por encima de 160 latidos/minuto, se repetirá la auscultación fetal durante 3 contracciones.
 - El pulso materno también debe ser controlado al mismo tiempo de la auscultación, para diferenciarlo del latido cardiaco fetal.
 - Los datos de la exploración (hora, frecuencia de latido fetal, presencia o no de aceleraciones, presencia de deceleraciones, duración de la auscultación), deben registrarse en el partograma.

El cambio de AFI a monitorización electrónica fetal continua (MEFC) en mujeres de bajo riesgo, se realizará en las siguientes situaciones:

- Presencia de líquido amniótico teñido
- Alteración de la FCF por auscultación (<110 lpm o >160 lpm)
- Presencia de deceleraciones repetidas o prolongadas (>3 min)
- Presencia de más de 5 contracciones en un periodo de 10 minutos
- Fiebre materna
- Sangrado durante el parto
- Necesidad de uso de oxitocina
- Demanda de la mujer
- Instauración de analgesia epidural



5

Anexo 5

UTILIZACIÓN DEL ÓXIDO NITROSO AL 50% COMO ANALGESIA EN EL PARTO

El óxido nitroso es un gas incoloro y no inflamable que se utiliza intraparto como analgésico, en concentraciones de 50% de óxido nitroso (N_2O) y 50% de oxígeno (O_2).

Este gas inhalado proporciona una analgesia no invasiva y segura, indicada para el tratamiento del dolor agudo de intensidad leve a moderada, que no interfiere en la fisiología del parto y tiene una eliminación rápida.

Se considera que sus efectos analgésicos son debidos al componente de óxido nitroso, el cual provoca la liberación de sustancias bioquímicas tales como endorfinas y serotonina.

Su administración puede iniciarse e interrumpirse en cualquier momento y puede usarse tantas veces como se necesite durante todas las fases del parto.

Debido a que el uso del óxido nitroso es una alternativa a utilizar en el alivio del dolor del proceso de parto, la matrona será la responsable de su indicación, seguimiento y control durante su utilización.

OBJETIVOS

- Ampliar el abanico de posibilidades en cuanto analgesia del trabajo de parto.
- Conseguir el alivio del dolor durante el proceso, con el mínimo intervencionismo, garantizando la seguridad tanto materna como fetal.

CONTRAINDICACIONES

No debería administrarse a pacientes que pudieran tener cavidades rellenas de gas y en los cuales la expansión/difusión del gas podría ser, por lo tanto, peligrosa:

- Neumotórax.
- Lesiones en cabeza.
- Inyecciones de gas intra-ocular recientes.
- Grave distensión intestinal.
- Deficiencia de B12 o de ácido fólico no tratado.
- Insuficiencia o afectación cardíaca no tratada.
- Mujeres epilépticas o con problemas que afecten al sistema nervioso central.
- Lesiones faciales que podrían afectar a la capacidad de usar pipetas.

EFFECTOS SECUNDARIOS

- Somnolencia.
- Mareo, sopor o desorientación que se resuelven inmediatamente suspendiendo la administración hasta que los efectos disminuyan.
- Euforia (gas de la risa).
- Boca seca.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de conciencia por efecto del óxido nitroso, en este caso la boquilla se caerá interrumpiéndose la administración, la mujer recupera la conciencia de forma rápida, con sólo respirar el aire ambiental.

ADMINISTRACIÓN DEL ÓXIDO NITROSO

Antes de su utilización la matrona informará e instruirá a la mujer sobre el procedimiento de auto administración del óxido nitroso. Preferentemente se utilizarán pipetas o boquillas en lugar de máscaras durante el uso de óxido nitroso en el parto.

Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario



PROCEDIMIENTO

Durante el periodo de dilatación

- La mujer se colocará la boquilla en la boca y respirará de forma normal y relajada durante 2-3 minutos para pre-impregnación. Así se consigue un efecto analgésico.
- Al empezar con las contracciones, realizará inhalaciones profundas y rápidas, sin hiperventilar, hasta el acmé de la contracción, suspendiéndose cuando la contracción va cediendo.
- Entre las contracciones se retirará la boquilla o pipeta, respirando normalmente aire ambiental.
- Al comienzo de cada contracción reiniciará el procedimiento indicado.
- Si la frecuencia de las contracciones es mayor de cada 5 minutos, se recomienda realizar la preimpregnación en los 2-3 min anteriores a la contracción y seguir con inhalaciones profundas y rápidas, sin hiperventilar, hasta el acmé de la contracción.
- Si la mujer está demasiado somnolienta, su mano caerá lejos de su cara, haciendo que el dispositivo no funcione. No será capaz de generar una presión negativa con la inhalación y el flujo de óxido nitroso se detendrá. Respirará el aire ambiental y la concentración de óxido nitroso en su cuerpo disminuirá rápidamente. Éste es un mecanismo de seguridad importante para utilizar el óxido nitroso.

Durante el periodo expulsivo

1. Durante la segunda fase del parto, deberá inspirarse 2 ó 3 veces profundamente antes de cada pujo.
2. Si es necesario realizar episiotomía habrá que infiltrar el periné con anestesia local para lograr una analgesia adicional.



6

Anexo 6

DISTOCIA

Se define como distocia, cualquier trastorno de retraso o ausencia de progreso del trabajo de parto, por diversas y múltiples causas.

Nunca se debe diagnosticar una distocia antes del inicio de la fase activa de la primera etapa del parto, o antes de los 5 cm de dilatación. II-2D

I. DISTOCIA DE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO

1. DIAGNÓSTICO

Según la definición del workshop del National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), la Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) y The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en el año 2012, se puede llegar al diagnóstico de distocia de dilatación en mujeres con dilatación ≥ 6 cm y bolsa rota, si existe:

- ausencia de cambios cervicales en ≥ 4 horas con dinámica uterina adecuada.
- ausencia de cambios cervicales en ≥ 6 horas con contracciones inadecuadas.

Por supuesto, dada la variabilidad y lentitud de la fase latente de la primera etapa del parto, NO existe la distocia como diagnóstico clínico en esta fase.

2. MANEJO DE LA DISTOCIA EN LA FASE ACTIVA DEL PERIODO DE DILATACIÓN

- Ofrecer apoyo, hidratación y un método apropiado y efectivo de control del dolor.
- Si las membranas están intactas, se procederá a amniotomía.
- TV 2 horas después; si dilatación progresa <1 cm, se procede a diagnóstico de **retraso de la dilatación**.
- Una vez diagnosticado un retardo en la dilatación, se ofrecerá estimulación con oxitocina. (ANEXO 7)
- Se procederá a un nuevo TV cada **2 horas** de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso global en 4 horas es <2cm, se reevaluará el caso valorando la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es >2cm, se realizarán exploraciones cada 4 horas.

Se requiere un mínimo de 4-6 horas de actividad uterina adecuada para obtener la respuesta deseada. I-A

Se recomienda la dosis mínima eficaz de oxitocina para producir progresión sin taquisistolia; un patrón de 3-5 contracciones cada 10 minutos. I-A

Se recomienda a cada unidad disponer de un protocolo de administración de oxitocina que incluya dosis inicial, ritmo de aumento, intervalo de aumento y dosis máxima



II. DISTOCIA DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO

1. DIAGNÓSTICO

Se sospecha una distocia en expulsivo si:

- en nulíparas no existe progresión (en términos de rotación y/o descenso) tras 4 horas de dilatación completa, de las cuales **2 horas son de pujos activos**.
- en múltiparas si no existe progresión tras 3 horas de dilatación completa, de las cuales **1 hora es de pujos activos**.

El parto instrumentado no debe practicarse antes de 2 horas del inicio del expulsivo, siempre que la vigilancia del bienestar materno y fetal sean correctos. III-D

Si el expulsivo excede los límites debe considerarse el parto sin demora. Pero se puede ir más allá de los límites establecidos si el descenso de la cabeza fetal sigue progresando o el parto vaginal es inminente. II-2B

La duración del periodo de expulsivo en sí misma, no es una indicación para terminar el parto

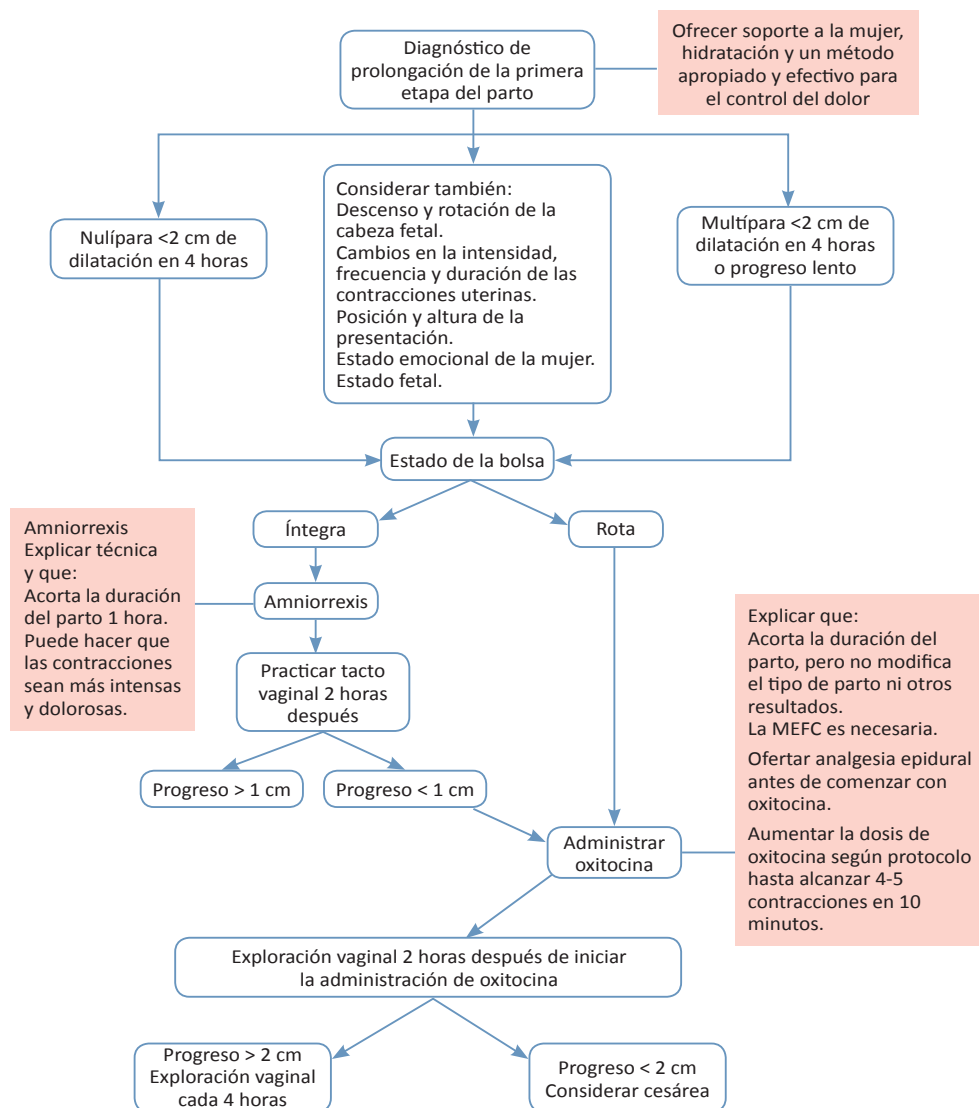
2. MANEJO DE LA DISTOCIA DEL EXPULSIVO

Las posibles intervenciones NO son solamente el paso del tiempo. Considerar:

- Valoración clínica de la paciente, feto y contracciones uterinas.
- Administración de oxitocina a dosis mínima eficaz.
- Administración de analgesia epidural eficaz.
- Favorecer otras posturas diferentes al decúbito supino o semisupino.
- Instar a empujar si deseo de la mujer.
- Practicar TV cada 1-2 horas para valorar adecuadamente el progreso en el descenso y rotación de la cabeza fetal.

Algoritmo de diagnóstico de prolongación de la primera etapa del parto

Prolongación de la primera etapa del parto



MEFC: monitorización electrónica fetal continua



7

Anexo 7

PROTOCOLO DE PERFUSIÓN DE OXITOCINA

La administración de oxitocina pretende conseguir un patrón de contracciones uterinas regular de 4-5 cada 10 minutos.

En general se proponen protocolos de alta o baja dosis en función del riesgo de rotura uterina o de compromiso fetal. Si se observa un efecto adverso tras la administración de oxitocina en un protocolo de alta dosis (por ejemplo: taquisistolia), debiera usarse una pauta a baja dosis.

Situación clínica	Protocolo oxitocina recomendado
Cesárea anterior	Baja dosis
CIR	Baja dosis
Paridad >4	Baja dosis
MP*, estimulación, sin epidural	Baja dosis
MP, inducción	Baja/Alta dosis
MP, estimulación, con epidural	Baja/Alta dosis
NP**, estimulación, sin epidural	Baja dosis
NP, inducción	Baja/Alta dosis
NP, con epidural	Valorar Alta dosis

*MP múltiparas **NP nulíparas

No existe consenso sobre el mejor régimen de dilución y perfusión de la oxitocina en el parto. En este protocolo se ha acordado recomendar la dilución de 1 ampolla de Syntocinon® (10 UI) en 500 ml de suero fisiológico (concentración 20 mU/ml).



Régimen	Dosis inicial*	Incremento	Intervalo**	Dosis máxima
Baja dosis	1	1	20-40	20
Alternativa	1-2	2	15	40
Alta dosis	6	6	15	40
Alternativa	6	6-3-1***	20-40	42

**Dosis en mU/min*

***Intervalo en minutos*

****Si hiperestimulación 3mU/min → 1mU/min*

*****Equivalencia: 1 mU/min = 3 ml/hora*



8

Anexo 8

PRESCRIPCIÓN E INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO

El uso de la prescripción electrónica es un factor que contribuye en la disminución de los errores asociados a la medicación. Por lo tanto, con el objetivo de mejorar la seguridad de las pacientes en el proceso de parto, todas las prescripciones, a excepción de las que no figuran en el vademécum de la herramienta, se deben realizar en Prescripción Electrónica en Historia Clínica – Osabide Global.

Hay que tener en cuenta que al realizar la prescripción se deben suspender los tratamientos que la mujer no precise, así como evaluar la conciliación de los diferentes tratamientos.

The screenshot displays the 'Prescripción Electrónica en Historia Clínica' interface. At the top, patient information is entered: NH (blue box), Edad (blue box), Sexo: M, Diagnóstico (blue box), Peso: (blue box) Kg, Talla: (blue box) Cm, Dias Ing.: 0, U.E.: (blue box), Cama: (blue box), and Obser.: (blue box). The 'ALERTAS' section includes checkboxes for RAM, Alergias, Emb., Lact., LHepat., and LRenal, each with a 'DESC' button. Below this, a table lists medications with columns: DIAS, T., MEDICAMENTO, P. ACTIVO, VÍA, DOSIS, and FRECUENCIA. The bottom section contains a 'Medic.' dropdown, 'Dosis', 'Vía', 'Frec.' dropdown, and 'F. Ini.'/ 'F. Fin.' fields. It also includes checkboxes for 'Dosis Ini.', 'Infor.', 'Prof.', 'No Sust.', 'S.P.', and 'Ciclo'. A legend at the bottom left identifies 'Guía SI' (blue), 'Guía NO' (red), and 'Serv./Secc.' (pink).



Indicadores

Atención al parto de bajo riesgo

en el medio hospitalario



Indicador	Objetivo	Fórmula
% partos eutócicos sobre el total de nacimientos	> 70%	$\frac{\text{Nº de partos eutócicos} \times 100}{\text{Nº total de partos}}$
% Número de partos (incluye cesáreas) en los que se ha iniciado el CPP con la madre después del nacimiento	>80%	$\frac{\text{Nº de partos (incluye cesáreas) en los que se inicia el CPP con la madre} \times 100}{\text{Nº total de partos}}$
% de partos eutócicos con analgesia neuroaxial	< 80%	$\frac{\text{Nº de partos eutócicos con analgesia neuroaxial} \times 100}{\text{Nº total de partos eutócicos}}$
% Partos instrumentales	< 20% Anual	$\frac{\text{Nº de partos instrumentales} \times 100}{\text{Nº total de partos}}$
% Desgarros de 3º y 4º grado	<3% Anual	$\frac{\text{Nº desgarros 3º y 4º} \times 100}{\text{Nº partos vaginales}}$
% Partos por cesárea	<15% Anual	$\frac{\text{Nº de partos por cesárea} \times 100}{\text{Nº total de partos}}$
% de partos eutócicos con episiotomía	<15 % Anual	$\frac{\text{Nº de púerperas con parto eutócico y episiotomía} \times 100}{\text{Nº de partos eutócicos}}$
Tasa de mortalidad materna	<0,06‰ Anual	$\frac{\text{Nº de muertes de mujeres durante el embarazo, el parto, o dentro de 42 días después del parto} \times 1000}{\text{Nº RN vivos}}$
Tasa de morbilidad neonatal	<10‰ Anual	$\frac{\text{Nº de RN con pH de cordón <7 y exceso de bases mayor de -12 con ingreso en la unidad Neonatal} \times 1000}{\text{Nº de RN con peso > 500g}}$
Tasa de mortalidad perinatal	<10‰ Anual	$\frac{\text{Nº de RN muertos anteparto o en los primeros 7 días de vida con 22 semanas de gestación ó peso} \geq 500\text{g} \times 1000}{\text{Nº de RN con peso} \geq 500\text{g}}$
Tasa de mortalidad neonatal precoz	<7‰ Anual	$\frac{\text{Nº de RN con peso} \geq 500\text{g que fallecen en los primeros 7 días} \times 1000}{\text{Nº de RN con peso} \geq 500\text{g}}$



9. Niveles de evidencia y recomendación

NIVEL DE EVIDENCIA

- I** Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada
 - II-1 Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
 - II-2 Estudios de cohortes (prospectivos o retrospectivos), o de casos-controles bien diseñados, preferiblemente multicéntricos.
 - II-3 Múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
- III** Opiniones basadas en autoridades respetadas, experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

GRADO DE RECOMENDACIÓN

- A.** Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz, y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).
- B.** Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, y los beneficios superan los perjuicios).
- C.** Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
- D.** Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
- I.** Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no pudo ser determinado.



Bibliografía



10. Bibliografía

- Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion nº 766. Obstet Gynecol 2019; 133: e 164.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30575638>
- Atención al Parto Normal: Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Ministerio de Sanidad y Consumo y Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; OSTEBA 2010.
https://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia_atencion_parto_mujeres.pdf
- Ayres de Campos D, Spong CY, Chandrachan E for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. Int J Gynecol Obstet 2015; 131: 13.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y servicios sociales. OSM, diciembre 2012.
https://www.msbs.gob.es/organizacion/.../InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.p...
- Freeman RK, Nageotte M: A protocol for use of oxytocin. AJOG 2007; 197: 445.-446
[http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH8cKO8dHiAhUS8hQKH8A2gQgAMoAHoEAgQAg&url=http%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar_url%3Furl%3Dhttps%3A%2F%2Fwww.ajog.org%2Farticle%2FS0002-9378\(07\)00991-X%2Fpdf%26hl%3Des%26sa%3DX%26scisig%3DAAGBfm0AyiKQL3YdAL_nnOzsnWy0xqcSsQ%26noss%3D1%26oi%3Dscholarr&usq=AOvVaw2Yg2Hh1NstsaQpeU3HQR78](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH8cKO8dHiAhUS8hQKH8A2gQgAMoAHoEAgQAg&url=http%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar_url%3Furl%3Dhttps%3A%2F%2Fwww.ajog.org%2Farticle%2FS0002-9378(07)00991-X%2Fpdf%26hl%3Des%26sa%3DX%26scisig%3DAAGBfm0AyiKQL3YdAL_nnOzsnWy0xqcSsQ%26noss%3D1%26oi%3Dscholarr&usq=AOvVaw2Yg2Hh1NstsaQpeU3HQR78)
- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del SNS 2010.
www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_resum.pdf
- How the US Preventive Services Task Force Grades its recommendation. Last review June 2014. Agency for Health Care Research and Quality.

- Induction of labor. ACOG Practice Bulletin nº 107. Obstet Gynecol 2009; 114(2 Pt1): 386

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj1pC2y8_iAhW1A2MBHaYmDWQQFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.mnhospitals.org%2FPortals%2F0%2FDocuments%2Fpatientsafety%2FPerinatal%2Facog--practice_bulletin_107_2009.pdf&usg=AOvVaw0aeLHxlytECscw9E0UW2OT

- Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. NICE, Febrero 2017.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

- Lewis D, Downe S; for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. Int J Gynecol Obstet 2015; 131: 9.-

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>

- Kernberg A, Caughey AB. Augmentation of Labor. A review of Oxytocin Augmentation and Active Management of Labor. Management of Labor and Delivery. Obstet Gynecol Clin N Am 2017; 44(4): 593.

- Oral intake during labor. ACOG Committee Opinion nº441. Obstet Gynecol 2009;114:714. Reaffirmed 2017.

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj3lrjS8tHiAhWt3OAKHRshAKwQFjABegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fm.acog.org%2FClinical-Guidance-and-Publications%2FCommittee-Opinions%2FCommittee-on-Obstetric-Practice%2FOral-Intake-During-Labor&usg=AOvVaw1MEdzL_ke5nu_NW5Xokmkf

- Procedimiento de valoración de la matrona a la gestante a término de bajo riesgo en el Servicio de Urgencias Tocoginecológicas. OSI Goierri-Alto Urola 2012

- Protocolo de Asistencia al Parto Normal. OSI Debabarrena Revisión 2018

https://debabarrena.osakidetza.eus/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Salud/Protocolos%20y%20guias%20clinicas/PO-PARTO_NORMAL-GINE.pdf

Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario



- Protocolo para la atención al parto normal de bajo riesgo. UGS Ginecología y Obstetricia. OSI Araba 2017
- Protocolos de Seguridad del Paciente 2019. Osakidetza- SVS:
Seguridad en la atención al recién nacido
Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio
Alimentación del recién nacido
Atención al Puerperio
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-apoyo/seg-clinic/seguridad-parto-puerperio/Paginas/Parto.aspx>
- Raghuraman N, Cahill AG: Update on Fetal Monitoring. Management of Labor and Delivery. Obstet Gynecol Clin N Am 2017; 44(4): 615.
- Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. OMS 2018.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- Ruiz Aragón J; Beltran Calvo C: Eficacia y seguridad de la utilización del óxido nitroso al 50% como analgesia en el parto. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2010.
www.aetsa.org/download/publicaciones/antiguas/AETSA_P_2010_3_OxidoNitroso.pdf
- SOGC Clinical Practice Guideline. Management of spontaneous labor at term in healthy women. J Obstet Gynaecol Can 2016; 38: 843-865.
https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiK1eupws_iAhUdD2MBHXP7D0sQFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F27670710&usg=AOvVaw1j0KJWNzZmYMYREEap9bN1
- Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and ACOG Workshop. Obstet Gynecol 2012; 120: 1181-93



<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwju6O3m79HiAhUMGhQKHwU5BgcQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F23090537&usg=AOvVaw2V9raxNT7Ocz5OyVpST4hy>

- **WHO recommendations for augmentation of labour. WHO 2014.**

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwidkKTow8_iAhUSmxQKHcAPDcAQFjABegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F112825%2F1%2F9789241507363_eng.pdf&usg=AOvVaw1ZN06qLUP2wvFCRfb0LkxP