

# PROTOCOL DE ASSISTENCIA AL PARTO Y AL PUERPERIO Y DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO



# **PROTOCOLO DE ASISTENCIA AL PARTO Y AL PUERPERIO Y DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO**

© Generalitat de Catalunya

Departamento de Salud

Edita: Dirección General de Salud Pública

Primera edición: Barcelona, agosto de 2003

Tiraje: 5.000 ejemplares

Depósito legal: B-37.652-2003

Coordinación editorial: Sección de Publicaciones

Diseño Gráfico: Trabajos Gráficos, SA

Impresión: Trabajos Gráficos, SA

## ÍNDICE

	Pàg.
Autores	021
Capítulo I. Atención en el parto	026
1. Primera visita al hospital en el periodo de parto	027
1.1. La historia clínica en el parto	027
1.2. Exploración sistemática de la mujer en el periodo de parto	028
1.3. Exploración sistemática del feto en el periodo de parto	028
1.4. Pruebas complementarias de urgencia en el periodo de parto	029
2. Reevaluación del riesgo y pronóstico en el parto	030
3. Otros aspectos a tener en cuenta en la atención en el parto	031
Capítulo II. Atención en el parto	032
1. Exploración sistemática de la mujer y del feto en el ingreso de parto	034
2. Atención en el periodo de dilatación	034
2.1. Exploración sistemática del feto durante la dilatación	035
2.2. Preparativos para el parto durante el periodo de dilatación	036
2.2.1. Asepsia	036
2.2.2. Rasurado	036

2.2.3.	Enema	036
2.2.4.	Colocación de una vía de perfusión intravenosa	036
2.2.5.	Alimentación durante la dilatación	036
2.2.6.	Bienestar de la mujer durante la dilatación	036
2.3.	Seguimiento de la progresión de la dilatación	037
2.3.1.	Tactos vaginales	037
2.3.2.	Dinámica uterina	037
2.3.3.	Constantes de la mujer	037
2.3.4.	Rotura de la bolsa amniótica	037
2.4.	Estimulación del parto	038
2.5.	Analgoanestesia	039
2.5.1.	Indicaciones de la analgesia	039
2.5.2.	Métodos analgésicos farmacológicos	039
2.5.3.	Momento de realización de la analgoanestesia	039
2.5.4.	Complicaciones de la analgoanestesia	041
2.6.	Complicaciones durante el periodo de dilatación	041
2.6.1.	Fase de latencia prolongada	041
2.6.2.	Fase de dilatación activa prolongada	041

2.6.3.	Detención secundaria de la fase de dilatación activa	042
2.6.4.	Parto precipitado	042
3.	Atención en el periodo de expulsión	043
3.1.	Exploración sistemática del feto en el periodo de expulsión	043
3.2.	Exploración sistemática de la mujer durante el periodo de expulsión	044
3.2.1.	Exploraciones generales	044
3.2.2.	Control de la dinámica uterina	044
3.2.3.	Control de la progresión del periodo de expulsión	044
3.3.	Asistencia al parto espontáneo	045
3.3.1.	Equipamiento necesario	045
3.3.2.	La preparación	046
3.3.3.	La posición	046
3.3.4.	Pujos	047
3.3.5.	La episiotomía	047
3.3.6.	Extracción de la cabeza	048
3.3.7.	Salida de los hombros	048
3.4.	Complicaciones durante el periodo de expulsión	049
3.4.1.	Anomalías de las fuerzas de expulsión	049
3.4.2.	Anomalías secundarias a la presentación, posición o desarrollo fetal	049

3.4.3.	Anomalías del canal óseo del parto	049
3.4.4.	Anomalías del canal blando del parto	050
3.5.	Asistencia al parto distócico	050
3.5.1.	Parto vaginal instrumentado	050
3.5.1.1.	Indicaciones	050
3.5.1.2.	Condiciones para el uso de instrumental en el periodo de expulsión	051
3.5.2.	Parto por cesárea	051
3.5.2.1.	Indicaciones de la cesárea	052
4.	Atención en el periodo de alumbramiento	054
4.1.	Pinzamiento y sección del cordón umbilical	054
4.2.	Signos de desprendimiento de la placenta	054
4.3.	Asistencia en el alumbramiento	055
4.3.1.	Alumbramiento espontáneo o fisiológico	055
4.3.2.	Alumbramiento dirigido	055
4.3.3.	Alumbramiento manual	056
4.4.	Revisión de la placenta y de las membranas	056
4.5.	Revisión del canal del parto y cirugía reparadora	056
4.6.	Complicaciones hemorrágicas durante el parto	057
5.	Atención al recién nacido en la sala de partos	057
5.1.	Pinzamiento del cordón umbilical	057

5.2. Identificación del recién nacido en la sala de partos	058
5.3. Primer contacto madre-hijo	058
5.4. Exploración sistemática del recién nacido en la sala de partos	058
5.5. Procedimientos preventivos en la atención del recién nacido en la sala de partos	059
5.5.1.    Profilaxis de la oftalmía neonatal	059
5.5.2.    Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido	059
5.5.3.    Profilaxis de la infección por <i>Streptococcus agalactiae</i>	059
5.5.4.    Profilaxis de la hepatitis B	060
5.5.5.    Profilaxis de la transmisión vertical del VIH	060
6. Otros aspectos a tener en cuenta en la atención en el parto	061
Capítulo III. Atención en el puerperio	062
1. Cuidado de la madre durante la estancia hospitalaria	063
1.1. Valoración inmediata del estado general	065
1.2. Control de las constantes vitales	066
1.3. Control de la pérdida hemática	066
1.4. Control de la involución uterina	066
1.5. Características de los loquios	066
1.6. Control de la micción y de la evacuación	067
1.7. Control del perineo y de la episiotomía	067

1.8.	Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna	067
1.9.	Evaluación del dolor: analgesia	068
1.10.	Control de las extremidades inferiores, movilización e higiene	068
1.11.	Valoración de la dieta y suplementación	068
1.12.	Incompatibilidad de grupo sanguíneo madre-recién nacido	069
1.13.	Valoración del estado emocional	069
2.	Cuidado del recién nacido durante la estancia hospitalaria	069
2.1.	Comprobación de los controles hechos en la sala de partos	070
2.2.	Exploración del recién nacido en la planta de hospitalización	070
2.3.	Custodia del recién nacido durante la estancia hospitalaria	070
2.4.	Higiene de la piel, vestido y posición en la cuna	070
2.5.	Seguimiento y controles sistemáticos del recién nacido durante la estancia en el hospital	071
2.5.1.	La cura del cordón umbilical	072
2.5.2.	Cribados sistemáticos durante la estancia hospitalaria	072
2.5.2.1.	Plan de detección precoz de metabolopatías congénitas (PDP)	072
2.5.2.2.	Detección precoz de la hipoacusia	073

2.5.3. La lactancia durante la estancia hospitalaria	074
3. Alta hospitalaria de la madre y del recién nacido	075
3.1. Exploración de la madre previa al alta hospitalaria	075
3.2. Atención al recién nacido en el momento del alta hospitalaria	075
3.2.1. Alta precoz (entre las 24 y las 48 horas después del parto)	076
3.2.2. Alta hiperprecoz (menos de 24 horas después del parto)	077
3.3. Información a la mujer en el momento del alta puerperal	077
3.4. Informe de alta	077
3.4.1. De la madre	077
3.4.2. Del recién nacido	077
4. La atención durante el periodo de puerperio domiciliario	078
4.1. Criterios de priorización de visitas durante el puerperio domiciliario	079
4.2. Número de visitas recomendadas durante el puerperio domiciliario	081
5. Visita de control posparto	081
6. Otros aspectos a tener en cuenta en el puerperio	082
Capítulo IV. Reevaluación del riesgo del parto. Traslado perinatal	083
1. Reevaluación del riesgo en el momento del parto	084

1.1. Identificación del parto de riesgo bajo	084
1.2. Identificación del parto de riesgo medio	084
1.3. Identificación del parto de riesgo alto	085
1.4. Identificación del parto de riesgo muy alto	085
2. El traslado perinatal	089
2.1. Dinámica de la decisión del traslado perinatal	089
2.2. El traslado de la madre	090
2.2.1. Traslado intraútero	090
2.2.1.1. Ventajas del traslado intraútero	090
2.2.1.2. Limitaciones y posibles complicaciones del traslado intraútero	091
2.2.2. Indicaciones del traslado intraútero	091
2.2.3. Contraindicaciones del traslado intraútero	092
2.3. El traslado del recién nacido	093
2.3.1. El traslado del recién nacido no crítico	093
2.3.2. El traslado del recién nacido crítico	093
2.3.3. Indicaciones del traslado posnatal del recién nacido	093
2.3.4. Condiciones del transporte posnatal del recién nacido	095
2.3.5. Aspectos a tener en cuenta en el hospital emisor antes del traslado	095
2.3.6. Normas del equipo asistencial del transporte del recién nacido crítico	096

2.3.7. Normas del hospital receptor del recién nacido crítico	097
2.3.8. Consideraciones médicas y legales respecto al traslado de recién nacidos	097
2.3.9. Aspectos éticos del traslado del recién nacido	098
2.4. El transporte de retorno	098
Capítulo V. Anexos	102
Anexo 1. Información a la mujer y a la familia. El consentimiento informado	103
1. El plan de nacimiento	104
2. Cómo tiene que darse la información	106
3. A quién tiene que darse la información	106
4. Cuándo tiene que informarse	107
5. Quién tiene que informar	107
6. Qué información tiene que darse	107
6.1. Información a la mujer en el parto	108
6.2. Información a la mujer durante el periodo de parto	109
6.3. Información durante el posparto y el puerperio	111
7. El consentimiento informado	112
Anexo 2. Ambiente psicoafectivo en el parto, el parto y el puerperio	114

1. Ambiente psicoafectivo durante el parto	116
1.1. Ambiente psicoafectivo en la primera exploración en el hospital	116
1.2. Consejos a la mujer en fase de parto	116
2. Ambiente psicoafectivo durante el parto	117
2.1. Durante los preparativos para el parto	117
2.2. La posición de la mujer y del profesional sanitario durante el periodo de expulsión	118
2.3. Ambiente en la sala de partos	118
2.4. El papel del padre durante el trabajo del parto	118
2.5. Papel del equipo obstétrico en el ambiente psicoafectivo durante el parto	119
2.5.1. Promover la participación responsable de la pareja	119
2.5.2. Evitar la medicalización excesiva durante el parto	119
2.5.3. Proporcionar medidas de confort	120
3. Ambiente psicoafectivo durante el puerperio	121
3.1. Favorecer los primeros contactos madre-hijo	121
3.2. Favorecer la creación de vínculos afectivos padres-recién nacido	122
3.3. Favorecer la lactancia materna	123
Anexo 3. Atención a la diversidad	124
1. Atención a la diversidad en el parto, parto y puerperio	125
1.1. Cómo vive la mujer inmigrada el embarazo y	

el parto en nuestro medio	125
1.2. Aspectos especiales a tener en cuenta en la fase de parto	127
1.3. Aspectos especiales a tener en cuenta en la fase de parto	127
1.4. Aspectos especiales a tener en cuenta en la fase de posparto y puerperio	128
Anexo 4. Atención en el parto natural no medicalizado	129
1. Introducción	130
2. Recomendaciones para la actuación en el parto natural no medicalizado	131
2.1. Información básica a la mujer sobre las normas generales durante el ingreso hospitalario	131
2.2. Atención en el momento del ingreso	132
2.3. Atención durante el periodo de dilatación	133
2.4. Atención durante el periodo de expulsión	133
2.5. Atención durante el periodo de parto	134
2.6. Atención en el momento de abandonar la sala de partos	134
2.7. Consentimiento informado	134
Anexo 5. Medidas para racionalizar la tasa de cesáreas	135
1. Criterios clínicos generales	136
2. Criterios clínicos específicos	137
2.1. Distocia	137
2.2. Cesárea anterior	138

2.3. Riesgo de pérdida del bienestar fetal	140
2.4. Presentación de nalgas	141
3. Resumen de las medidas para disminuir las cesáreas	142
 Anexo 6. Reanimación del recién nacido	143
1. Algoritmo de reanimación del recién nacido	144
2. Observaciones a tener en cuenta en la reanimación del recién nacido	145
 Anexo 7. Identificación y custodia del recién nacido	146
1. Sistemas para la identificación de los recién nacidos	148
2. Identificación del recién nacido mediante brazaletes y pinza de cordón	149
2.1. Material necesario	149
2.2. Procedimiento en la sala de partos	149
2.3. Procedimiento durante la estancia hospitalaria	150
2.4. Precauciones a observar	150
2.5. Resumen de las recomendaciones más importantes	151
 Anexo 8. Método para la recogida de muestras de sangre del cribado de metabolopatías congénitas	152
1. Obtención de la muestra de sangre del talón	153
1.1. Método	153
1.2. Impregnación del papel cromatográfico	154
1.3. Cumplimentación de la ficha de identificación	154

1.4. Envío del sobre con la muestra de sangre	155
Anexo 9. Promoción de la lactancia materna	156
1. Recomendaciones para favorecer la lactancia materna en la sala de partos	157
1.1. Facilitar el contacto madre-recién nacido	157
1.2. Dar consejo y apoyo en la primera toma	157
2. Recomendaciones para favorecer el inicio de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria	158
2.1. Mantener juntos a la madre y al recién nacido	158
2.2. Aprovechar las primeras tomas de calostro	158
2.3. Evitar la administración de suplementos de suero glucosado	159
2.4. Evitar la utilización del chupete	159
2.5. Vigilar la posición correcta	159
2.5.1. Posición de la madre	160
2.5.2. Posición del recién nacido	161
2.6. Flexibilizar la frecuencia y duración de las tomas	161
2.7. Dar apoyo profesional	162
3. Recomendaciones para favorecer la lactancia materna en el momento del alta hospitalaria	164
3.1. Valorar el estado nutricional del recién nacido	164
3.2. Dar pautas y continuidad asistencial	164
3.3. Dar información sobre la lactancia	164
4. Mantenimiento de la lactancia materna	165

4.1. Apoyo a la lactancia por parte del servicio de pediatría de atención primaria	165
4.2. Edad hasta la cual se recomienda la lactancia materna	165
4.3. Alimentación de la madre	165
4.4. Reposo de la madre	166
4.5. Prevención de complicaciones	166
5. Contraindicaciones de la lactancia materna	167
5.1. Situaciones más habituales	167
5.2. Inhibición de la lactancia materna	167
6. Extracción con mamadera y conservación de la leche materna	168
6.1. Situaciones más habituales en que está indicada	168
6.2. Métodos de extracción con mamadera	169
6.3. Método para la conservación de la leche materna	169
Anexo 10. Antisépticos yodados en perinatología. (Documento de consenso 1998)	171
1. Antisépticos para el recién nacido	172
2. Antisépticos para la madre	174
Anexo 11. Terminología sobre transporte perinatal. Equipamiento para el transporte del recién nacido crítico	177
1. Terminología sobre transporte perinatal	178
1.1. Según la procedencia del enfermo	178
1.2. Según la participación de los hospitales	

en el transporte	178
1.3. Según el momento del transporte	179
1.4. Según la urgencia del transporte	179
1.5. Según la finalidad del transporte	180
1.6. Según la patología que presente el recién nacido	180
2. Medios de transporte	180
2.1. Ambulancia terrestre	181
2.2. Helicóptero	181
2.3. Avión	182
3. Material recomendado para el transporte del recién nacido crítico	183
 Anexo 12. Actividades asistenciales y educativas durante el puerperio domiciliario. Actividades grupales posparto	184
1. Actividades asistenciales y educativas durante el puerperio domiciliario	185
1.1. Actividades en la primera visita	185
1.2. Actividades en la segunda visita	186
1.3. Actividades en la tercera visita	186
1.4. Actividades en el puerperio domiciliario enfocadas a la madre	187
1.5. Actividades en el puerperio domiciliario enfocadas al recién nacido	188
2. Actividades grupales posparto	189
2.1. Asesoramiento en aspectos relacionados con la madre	189
2.2. Asesoramiento en aspectos relacionados	

con el recién nacido	190
2.3. Trabajo corporal posparto	190
Anexo 13. La historia clínica hospitalaria perinatal	191
1. Apartados de la historia clínica hospitalaria perinatal	193
1.1. Datos generales y antecedentes	193
1.2. Datos básicos del seguimiento del embarazo actual	194
1.3. Clasificación del riesgo: reevaluación actualizada del riesgo	194
1.4. Plan de nacimiento	195
1.5. Datos del ingreso en curso de parto	196
1.6. Datos de la evolución del parto	196
1.7. Datos del recién nacido	198
1.8. Datos del puerperio hospitalario	199
2. El partograma	200
3. El libro de partos	200
4. El informe de alta hospitalaria	201
5. El carnet de la embarazada	202
6. El carnet de salud infantil	202
Anexo 14. Niveles hospitalarios: servicios de obstetricia y neonatología	203
1. Clasificación por niveles de los servicios hospitalarios de atención obstétrica y neonatal	204
1.1. Hospital maternal de nivel 0	204
1.2. Hospital maternal de nivel I	205

1.2.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel I	205
1.2.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel I	205
1.2.2.1. Área de dilatación	206
1.2.2.2. Área de partos	206
1.2.2.3. Área de hospitalización obstétrica (parto y posparto)	206
1.2.3. Equipamiento que debe tener el hospital maternal de nivel I	207
1.2.3.1. Equipamiento del área de partos de nivel I	207
1.2.3.2. Equipamiento de la sala quirúrgica para cesáreas de nivel I	207
1.2.3.3. Equipamiento de servicios complementarios de nivel I	207
1.2.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel I	208
1.2.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel I	208
1.3. Hospital maternal de nivel IIA	209
1.3.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel IIA	209
1.3.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel IIA	209
1.3.2.1. Unidad de reanimación y cuidados intermedios neonatales	210
1.3.2.2. Servicios complementarios	210
1.3.3. Equipamiento que debe tener	

el hospital maternal de nivel IIA	210
1.3.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel IIA	211
1.3.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel IIA	211
1.4. Hospital maternal de nivel IIB	211
1.4.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel IIB	212
1.4.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel IIB	212
1.4.3. Equipamiento que debe tener el hospital maternal de nivel IIB	213
1.4.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel IIB	213
1.4.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel IIB	214
1.5. Hospital maternal de nivel IIIA	214
1.5.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel IIIA	214
1.5.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel IIIA	215
1.5.3. Equipamiento que debe tener el hospital maternal de nivel IIIA	215
1.5.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel IIIA	216
1.5.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel IIIA	216
1.6. Hospital maternal de nivel IIIB	216
1.6.1. Servicios que puede prestar el	

hospital maternal de nivel IIIB	217
1.6.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel IIIB	217
1.6.3. Equipamiento que debe tener el hospital maternal de nivel IIIB	217
1.6.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel IIIB	218
1.6.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel IIIB	218
1.7. Cuadros resumen de los niveles hospitalarios	219

# **AUTORES**

**La elaboración de este protocolo ha estado coordinada por:**

Rosa Fernández Bardón. Direcció General de Salut Pública.

Ramon Prats Coll. Direcció General de Salut Pública.

Lluís Cabero Roura (Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia).

Josep M. Carrera Macià, i Joan Antoni Vanrell (Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia).

Dolors Costa Sampere, i Cristina Martínez Bueno (Associació Catalana de Llevadores).

Josep M. Mauri (Societat Catalana de Pediatria).

**El grupo de expertos que ha asesorado la elaboración de este protocolo ha estado formado por:**

**Coordinadores de los subgrupos de trabajo**

Rosa Almirall Oliver. PAD Baix Llobregat.

Romà Baràibar Castelló. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Vicenç Cararach Ramoneda. Hospital Clínic. Barcelona.

Ramon Carreras Collado. Hospital del Mar. Barcelona.

M. José Cerqueira Dapena. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona.

M. Dolores Chacón. Col·legi de Diplomats d'Infermeria. Barcelona.

Carme Coll Capdevila. Directora del PAD Maresme. ICS. Mataró.  
M. Teresa Esqué Ruiz. Hospital Clínic. Barcelona.  
Xavier Krauel. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.  
Carme Ollé. PAD Ciutat Vella. Barcelona.  
Emilio Pérez-Picañol. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.  
Badalona.  
Neus Prat. Hospital General. Manresa.  
Frederic Raspall. Hospital de Barcelona.  
Josep Sabrià Rius. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep  
Trueta.  
Jordi Sáez Ferrer. Hospital de Terrassa.

### **Participantes en los subgrupos de trabajo**

J. C. Alonso Duat. Clínica del Pilar. Barcelona.  
Carles Anselem. Hospital de Barcelona.  
Joan Badia. Corsorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell.  
Albert Balaguer. Hospital Sant Joan. Reus.  
Jordi Bellart Alfonso. Hospital Clínic. Barcelona.  
Josep Bras Marquilla. CAP Poblenou. Barcelona.  
Daniel Brull. Hospital Sant Jaume de Calella.  
Esther Busquets. Subdirecció General de Recursos Sanitaris.  
Francisco Javier Carballal. Hospital General de Granollers.  
Eduard Carreras. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.  
Fermina Casas. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona.  
Cristina Castellón. Hospital de Barcelona.  
Pere Cavallé. Hospital Sant Joan. Reus.  
Rosa Clavera. PAD Granollers.  
Ramón Ciurana. Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).  
Engracia Coll. Hospital Mútua de Terrassa.  
Josep M. Cuyás Batista. Fundació Privada Hospital de Mollet.  
Xavier Demestre. Hospital de Barcelona.

Rosa Diaz. PAD Maresme.

Nuria Domínguez. PAD Girona.

Pere Duran Sánchez. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Paquita Duran. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.

Francesc Fargas. PAD Reus.

Carles Foradada Morillo. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell.

Josep Flores. PAD Nou Barris (CAP Guineueta).

Enric Genové. Consorci Sanitari de Mataró.

Lluïsa Giraldo. Hospital Clínic. Barcelona.

Xavier Gonzalez. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Josep M. Laïlla Vicenç. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

Josep Mallafré. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Josefina Martinez. Consorci Sanitari Parc Taulí. PAD Sabadell.

Isabel Mas. Clínica Teknon. Barcelona.

Carmen Mateo. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

Jordi Mateu. Hospital General d'Igualada.

Alejandro Miranda. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Manel Muñoz Puigdemasa. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Antoni Natal. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Araceli Noval Llorach. Hospital General de Granollers.

Josep Oller. Clínica del Pilar. Barcelona.

Lidia Padró. Divisió d'Atenció Hospitalària. Àrea Sanitària. SCS.

Marta Palau Gené. Hospital Sant Llorenç. Viladecans.

Antoni Paya. Hospital del Mar. Barcelona.

Antoni Pesarodona. Hospital Mútua de Terrassa.

Albert Puig. Hospital de la Creu Roja. L'Hospitalet de Llobregat.

José Manuel Rodríguez Miguelez. Hospital Clínic. Barcelona.

José Manuel Rodríguez Pazos. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Ramón Riera Rovira. Hospital Sant Joan de Déu. Martorell.  
Palmira Rius. Departament d'Infermeria. Universitat de Lleida.  
Marisa Ros. CAP Drassanes.  
Jaume Rosal. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.  
Raimon Rovira Saperas. Hospital General de Vic.  
Lluís Ruiz. Iniciativa Hospital Amic dels Nens. UNICEF.  
Joan Sala. Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).  
Salvador Salcedo. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona.  
Isabel Salgado. Hospital Clínic. Barcelona.  
Lourdes Salgueda. Hospital de Campdevàrol.  
Anna Soligó. Hospital de Terrassa.  
Antoni Tarrats. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.  
Carme Terré. Unitat Docent de Llevadores.  
Nuria Torras. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.  
Elisenda Trias. CAP Sant Andreu. Barcelona.  
Josep Viñolas. Quinta de Salut l'Aliança. Vic.  
Amalia Zuasnabar. Hospital de Granollers.

# **CAPÍTULO I** **ATENCIÓN EN EL PREPARTO**

## **CAPÍTULO I** **ATENCIÓN EN EL PREPARTO**

Hablamos de fase de preparto o fase de latencia del parto cuando la mujer gestante presenta dinámica uterina, sin cumplir las condiciones necesarias de parto (ver pág. 33).

Esta fase de preparto suele producirse entre la semana de gestación 37 completa y 42 completa, y por lo tanto cuando el embarazo llega a término.

### **1. PRIMERA VISITA AL HOSPITAL EN EL PERIODO DE PREPARTO**

Cuando la gestante llega al servicio de urgencias de obstetricia o a la consulta de la comadrona con posibles síntomas de parto, tiene que comprobarse si ya se abrió historia clínica cuando tuvo lugar el primer contacto con el hospital durante la gestación, entre las semanas 34-36 (ver *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*). En el caso de que no se haya producido el mencionado primer contacto con el hospital, tendrá que ponerse al día los aspectos relacionados con la historia clínica, el plan de nacimiento, la reevaluación del riesgo y las actuaciones adecuadas destinadas a la evaluación de la gestante y del feto para valorar la necesidad o no de ingreso inmediato.

#### **1.1. La historia clínica en el preparto**

En el caso de que la mujer que ingresa tenga historia clínica abierta, se revisará y se completará con las actualizaciones necesarias. Si no es así, se abrirá la historia en el mismo momento que se realizan las exploraciones necesarias para actualizar el nivel de riesgo y se revisará también el "plan de nacimiento" (ver anexo 1, pág. 103), preparando así la asistencia idónea a las etapas posteriores del parto.

Muchos de los datos de interés para iniciar y/o completar la historia clínica hospitalaria provienen de la información aportada por la atención primaria (PSAD-ASSIR o consulta privada) donde se ha controlado la gestación. Pueden obtenerse también a partir del carnet de la embarazada, que es el documento particular que lleva la gestante como resumen de los datos importantes del seguimiento del embarazo.

Sería deseable, sin embargo, que las nuevas tecnologías favorecieran la comunicación entre la atención primaria y el hospital.

## **1.2. Exploración sistemática de la mujer en el periodo de parto**

Después de abrir la historia clínica de la mujer, y de informar a la gestante sobre todos aquellos aspectos que puedan interesarle (ver anexo 1, pág. 103), tiene que realizarse la exploración física. Esta exploración tiene que ser tan esmerada como sea posible, para evitar caer en la rutina del simple tacto vaginal para comprobar las condiciones obstétricas.

Procedimiento de exploración en el parto:

- **Determinación** de las constantes vitales y el estado general de la madre.
- **Exploración de piel y mucosas** (detección de edemas, etc.)
- **Exploración abdominal:**
  - Inspección de cicatrices previas.
  - Se precisará la situación, el tipo de presentación y la posición fetales.
  - Medida de la altura uterina (nos puede hacer sospechar alteraciones en el crecimiento fetal, el número de fetos, la edad de gestación o en el volumen del líquido amniótico).
  - Valoración de la dinámica uterina.
- **Exploración genital:**
  - Inspección de los genitales externos (perineo y vagina).
  - Tacto vaginal: antes de realizar el tacto vaginal tendremos que conocer la localización de la placenta, ya que la presencia de placenta previa condiciona la realización de esta exploración. El tacto vaginal es útil para conocer las características del cérvix y de la pelvis.

## **1.3. Exploración sistemática del feto en el periodo de parto**

- A través del **tacto vaginal** se comprueba una serie de parámetros del feto y de los anexos, como:
  - El tipo de presentación.

- La variedad y la altura de la presentación (planos de Hodge).
  - Estado de la bolsa amniótica.
- Mediante **la amnioscopia**, si no existen contraindicaciones como el sangrado vaginal o la placenta previa y las condiciones cervicales lo permiten, puede valorarse el estado fetal, de una manera sencilla, dentro de sus limitaciones (información indirecta sobre el estado fetal en las últimas 48 horas).
  - **Frecuencia cardíaca fetal (FCF) basal y/o registro cardiotocográfico**: a través de la interpretación del registro externo del FCF y de la dinámica uterina, podremos hacer una valoración del estado fetal en el parto.

En conclusión, y en lo que concierne a la exploración del feto en este periodo de parto, es importante tener en cuenta que, si se valora que la situación todavía no hace recomendable el ingreso, no tendría que enviarse la mujer a su casa sin haber dejado constancia por escrito (en la historia clínica, en el carnet de la embarazada y/o el informe de visita) de haber valorado la situación mediante amnioscopia o registro cardiotocográfico.

#### **1.4. Pruebas complementarias de urgencia en el periodo de parto**

Mediante la revisión a fondo de los datos disponibles sobre el seguimiento del embarazo tendrán que valorarse las pruebas complementarias a que ha sido sometida la gestante y se harán las determinaciones que se consideren necesarias para completar y/o actualizar las realizadas anteriormente.

Se recomiendan las pruebas siguientes:

- **Actualización analítica** del hemograma y pruebas de hemostasia (tiempo de protrombina), si hace más de 2 meses que no se ha hecho.
- **Grupo sanguíneo y factor Rh** (si no consta en la historia clínica).
- **Proteinuria y cetonuria.**

- **pH vaginal** en los casos de sospecha de amniorrexis espontánea no evidente en la inspección vaginal; y, si es necesario, **arborización del moco endocervical** o un test equivalente.
- **Ecografía**, que será de utilidad en los casos siguientes:
  - Siempre que haya dudas sobre la vitalidad fetal o la estática fetal.
  - Sospecha de macrosomía o retraso del crecimiento fetal intrauterino.
  - Sospecha de alteraciones en la cantidad de líquido amniótico.
  - Incertidumbre sobre la localización de la placenta.
  - Para valorar el grado de flexión-extensión cervical fetal en las presentaciones pelvianas o de nalgas, si se decide intentar el parto vaginal.
- **Serología del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**: es conveniente determinarlo con carácter urgente en aquellos casos en que no se disponga de su determinación con anterioridad (durante la gestación), ya que la positividad implica la posibilidad de tratamiento intraparto y la inhibición de la lactancia materna, con el beneficio que estas medidas comportan para la salud del bebé nacido de madre infectada por el VIH (ver pág. 60).
- **Serología del HBsAg**, en el caso de que no se disponga del resultado durante la gestación, con el fin de poder realizar adecuadamente la profilaxis en el bebé en el caso de madre seropositiva (ver pág. 60).
- Comprobación de la realización del **cultivo vaginal y rectal** en medio selectivo para la identificación de *Streptococcus agalactiae*, en las semanas de gestación 35 a 37 (ver el *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*, pág. 67). La positividad o la ausencia del cultivo implicarán el tratamiento intraparto adecuado (ver pág. 59).

## **2. REEVALUACIÓN DEL RIESGO Y PRONÓSTICO EN EL PREPARTO**

En esta fase de parto, después de haber realizado las exploraciones necesarias en la gestante y en el feto, y teniendo en cuenta el resultado de las pruebas complementarias realizadas, habrá que reevaluar este riesgo con el fin de confirmar si el riesgo previsible

está de acuerdo con el nivel hospitalario donde se encuentra la gestante o bien derivarla a un nivel hospitalario adecuado (ver cap. IV, pág. 83).

Con toda la información mencionada tiene que especificarse un pronóstico, estableciendo un diagnóstico de comienzo de parto o no, y haciendo una estimación sobre la duración y la vía de parto, así como una estimación de las situaciones de riesgo previsible y las alternativas posibles.

Este diagnóstico *a priori* tiene que registrarse convenientemente en la historia clínica hospitalaria y hay que tener en cuenta que es de primordial importancia informar convenientemente a la gestante y a su acompañante sobre este pronóstico, intentando no crear angustias innecesarias (ver anexos 1, 2 y 13).

En el caso de que la gestante no cumpla los criterios de ingreso se le recomendará que vuelva a su domicilio. Previamente, se le dará información sobre todo aquello que pueda ser previsible que ocurra durante las próximas horas, por ejemplo orientación sobre algunos signos de alarma.

Si la mujer cumple los criterios de ingreso se pondrán en marcha los mecanismos necesarios para atender el proceso de parto (ver cap. II, pág. 32).

### **3. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA ATENCIÓN EN EL PREPARTO**

- Información a la mujer y a la familia en el preparto (ver anexo 1, pág. 103)
- Ambiente psicoafectivo en el preparto (ver anexo 2, pág. 114)
- Atención a la diversidad (ver anexo 3, pág. 124)
- Atención en el parto natural no medicalizado (ver anexo 4, pág. 129)
- Registro de datos en el preparto (ver anexo 13, pág. 191)

## **CAPÍTULO II** **ATENCIÓN EN EL PARTO**

## **CAPÍTULO II** **ATENCIÓN EN EL PARTO**

El parto normal es el conjunto de fenómenos fisiológicos que se presentan en una mujer embarazada y que tienen por objeto la expulsión, por vía vaginal, de un feto viable a término, y de sus anexos.

Pero, al mismo tiempo, el parto es una vivencia única en la vida de la mujer/pareja, por eso se recomienda que en los hospitales maternos esté prevista la atención en el parto en condiciones asistenciales, posturales o ambientales que sean respetuosas con el proceso fisiológico del parto y los deseos de la mujer (ver anexos 1, 2 y 4).

El parto es un fenómeno dinámico en el tiempo, que por motivos estrictamente descriptivos se considera subdividido en tres periodos:

- **Periodo de dilatación**
- **Periodo de expulsión**
- **Periodo de alumbramiento**

Consideramos que una mujer está de parto cuando presenta contracciones uterinas intermitentes involuntarias y regulares, que pueden ser dolorosas. Al mismo tiempo tiene que constatarse el acortamiento del cuello uterino, seguido de la dilatación de su orificio.

En la práctica, en primíparas el parto empieza cuando empieza la dilatación, después de que el cuello uterino ya ha desaparecido, y en multíparas ambas cosas acostumbran a ser simultáneas. El diagnóstico de parto se basa en la presencia de contracciones uterinas regulares que provocan la dilatación progresiva del cuello uterino.

Se considera que se ha iniciado el parto cuando se cumplen estas tres condiciones:

- **Hay actividad uterina regular con 2 o más contracciones en 10 minutos.**
- **Se ha iniciado la dilatación cervical.**

- **El cuello uterino hace cambios hacia la "maduración".**

## **1. EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DE LA MUJER Y DEL FETO EN EL INGRESO DE PARTO**

Hay que disponer de la historia clínica de la mujer (anexo 13) y completarla en este momento con la información proporcionada por las exploraciones que se recomiendan a continuación:

- Exploración general
  - Frecuencia cardiaca materna
  - Temperatura
  - Tensión arterial
  - Peso (si no se conoce)
- Exploración abdominal
  - Altura uterina
  - Maniobras de Leopold
  - Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal
- Exploración genital
  - Inspección de la vulva, vagina y perineo
  - Tacto vaginal para valorar:
    - Situación, longitud, consistencia y dilatación del cuello uterino
    - Presentación y, a ser posible, variedad fetal
    - Plan de la presentación
    - Integridad o no de la bolsa de las aguas
    - Características de la pelvis materna.

## **2. ATENCIÓN EN EL PERIODO DE DILATACIÓN**

El periodo de dilatación comprende desde el comienzo de las contracciones uterinas hasta la dilatación completa. Se diferencian dos fases:

- Fase latente de la dilatación
- Fase activa de la dilatación.

La fase latente de la dilatación o parto finaliza cuando empieza el parto, es decir, al llegar a los 2 cm de dilatación.

La fase activa de la dilatación comprende de los 2 cm hasta la dilatación completa, y puede dividirse en 3 periodos:

- Periodo de aceleración (de los 2 a los 4 cm)
- Periodo de velocidad máxima (de los 4 a los 9 cm)
- Periodo de desaceleración (de los 9 cm hasta la dilatación completa).

### **2.1. Exploración sistemática del feto durante la dilatación**

- Comprobación del bienestar fetal

El control biofísico del feto es necesario en el curso del parto normal, ya que durante los periodos de dilatación y de expulsión pueden producirse trastornos de la oxigenación fetal más a menudo que cuando no hay contracciones.

La frecuencia cardiaca fetal (FCF) tiene que valorarse durante la contracción y en periodos intercontráctiles.

La auscultación de la FCF puede hacerse de manera intermitente o continua y realizarla mediante estetoscopio o bien mediante registro gráfico.

Si el control es intermitente, como mínimo es necesario:

- Con estetoscopio, control cada 15-30 minutos en fase activa.
- Con registro intermitente, ventanas de 20-30 minutos cada hora.

El control con estetoscopio puede ser un método de control suficiente si se practica correctamente.

Cuando se detectan alteraciones de la FCF, el control tiene que ser continuo, y si se puede hay que practicar microtomas de sangre fetal o de otras pruebas complementarias cuando sea necesario, para confirmar el bienestar fetal.

## **2.2. Preparativos para el parto durante el periodo de dilatación**

### **2.2.1. Asepsia**

Respetar las normas básicas de asepsia es un principio fundamental en la asistencia al parto en todos sus periodos, para evitar contaminaciones en las maniobras que se realicen durante la dilatación y/o durante la expulsión (ver anexo 10, pág. 171).

### **2.2.2. Rasurado**

No es necesario el rasurado sistemático de la zona genital, ya que no ha podido demostrarse que esta práctica disminuya la incidencia de infecciones.

En el caso que esté indicado realizar una episiotomía (ver pág. 47), puede rasurarse la zona afectada. Cuando tenga que realizarse una cesárea (ver pág. 52) sólo será preciso rasurar la zona suprapúbica.

### **2.2.3. Enema**

No son necesarios los enemas sistemáticos. Pueden ser útiles si cuando se realiza el primer tacto a la mujer se comprueba que el recto está ocupado.

### **2.2.4. Colocación de una vía de perfusión intravenosa**

Hay que tener una vía canalizada para administrar fármacos, si fueran necesarios en una potencial situación de urgencia.

### **2.2.5. Alimentación durante la dilatación**

Es recomendable asegurar una aportación hídrica y calórica adecuada durante el parto. Si no se presentan contraindicaciones puede mantenerse la hidratación oral.

### **2.2.6. Bienestar de la mujer durante la dilatación**

Es necesario comprobar el estado anímico-emocional y la comodidad de la mujer (ver anexo 2, pág. 114).

## **2.3. Seguimiento de la progresión de la dilatación**

### **2.3.1. Tactos vaginales**

El número de tactos tiene que ser el mínimo que permita valorar con seguridad la progresión del parto. En general, son necesarias al menos una exploración en el ingreso, una después de que se haya roto la bolsa de las aguas, y después con la frecuencia suficiente para poder valorar la progresión del parto.

En cada tacto vaginal hay que valorar:

- El cérvix (consistencia, posición, longitud y dilatación)
- La presentación (actitud, posición, variedad y altura)

El resultado de esta exploración tiene que ser anotado en el partograma. Eso permite detectar anomalías en la progresión clínica normal del parto.

### **2.3.2. Dinámica uterina**

Consideramos una dinámica uterina adecuada cuando permite la progresión del parto sin efectos adversos en la madre o en el hijo. El control de la dinámica puede hacerse manualmente o con un registro tocográfico externo o interno, intermitente o continuo.

Si se hace control manual o registro cardiotocográfico externo, como no podrá evaluarse la intensidad de las contracciones tendrá que valorarse su duración (inferior a 60 segundos) y la relajación clínicamente entre contracciones.

### **2.3.3. Constantes de la mujer**

Control regular de temperatura, pulso y tensión arterial (TA). El pulso y la TA tienen que medirse en periodos intercontráctiles.

### **2.3.4. Rotura de la bolsa amniótica**

- **Amniorrexis espontánea**

Después de una amniorrexis espontánea es conveniente hacer un tacto vaginal para valorar la dilatación cervical y la altura de la

presentación y para comprobar que no se haya producido un prolapso de cordón umbilical.

Hay que auscultar también la FCF y valorar el color del líquido amniótico. La presencia de meconio obliga a reevaluar el bienestar fetal. En presentaciones podálicas no tiene el mismo significado, ya que la compresión del abdomen fetal durante el encajamiento produce meconio de manera casi constante, pero hay que estar atento a la FCF.

- **Amniotomía electiva**

La amniotomía electiva puede considerarse como una medida para acelerar el parto (estimula la frecuencia y la coordinación de las contracciones uterinas y facilita el descenso de la presentación).

Es necesaria cuando quiere hacerse un registro cardiotocográfico interno. El momento ideal para practicarla es en la fase activa de dilatación y con la presentación encajada en la pelvis, con el fin de evitar un prolapso del cordón.

Fuera de estas indicaciones, se recomienda respetar la integridad de las membranas hasta su ruptura espontánea o hasta llegar al periodo de expulsión.

#### **2.4. Estimulación del parto**

Cuando el parto evoluciona con normalidad no tiene que administrarse oxitocina ya que, como toda medicación, tiene sus riesgos.

La estimulación del parto mediante la administración de oxitocina está indicada sólo cuando la dinámica uterina es insuficiente para asegurar el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación.

Si se decide la administración de oxitocina, se hará siempre por vía endovenosa y en perfusión continua, de manera que pueda ser suspendida de forma inmediata en cualquier momento. Las dosis tienen que ser las mínimas suficientes para conseguir el efecto deseado sin provocar hiperdinamia. Se recomienda utilizar la bomba de perfusión; en caso contrario, es preciso un control continuado del ritmo de perfusión, para evitar que los cambios de posición produzcan cambios en el ritmo de administración.

## **2.5. Analgoanestesia**

### **2.5.1. Indicaciones de la analgesia**

La utilización de la analgesia durante el parto es mucho más que una indicación de tipo médico, ya que representa un índice de calidad muy importante en la prestación asistencial a la mujer embarazada. Actualmente, la obligación de ofrecer el tratamiento adecuado para el dolor, si se produce, por sí misma está fuera de cualquier duda, siempre que la mujer no haya expresado su voluntad de no utilizarlo. Antes, sin embargo, pueden utilizarse métodos no farmacológicos con el fin de reducir la sensación.

### **2.5.2. Métodos analgésicos farmacológicos**

De todas las opciones analgésicas existentes, las más adecuadas son las técnicas espinales, y más concretamente la peridural y la técnica combinada intra/peridural. No son tan sólo las más efectivas, sino también las más seguras, tanto para la mujer como para el feto. Eso no descarta la utilización de otros métodos farmacológicos o no farmacológicos que se consideren idóneos en ciertas circunstancias.

Tiene que entenderse que las técnicas espinales las indica el equipo de obstetricia conjuntamente con el de anestesia, que es el que las aplica y controla.

### **2.5.3. Momento de realización de la analgoanestesia**

Siempre que la mujer esté en fase activa del parto, el factor que determina la aplicación de las técnicas espinales es la aparición de un dolor importante. Esta percepción de la intensidad del dolor depende de la capacidad de la mujer para tolerar el nivel de disconfort que supone, independientemente del grado de dilatación presente en aquellos momentos.

En general, resulta recomendable iniciar la analgesia cuando la mujer lo pide, entre los 2 y los 5 cm de dilatación.

## **Métodos no farmacológicos para reducir el dolor**

La gestante en proceso de parto, y sobre todo al principio, puede requerir medidas no farmacológicas con el fin de aliviar el dolor producido por las contracciones del parto. Es importante utilizar diferentes técnicas en función de sus características individuales, intentando no iniciarlas cuando el dolor ya es excesivamente intenso. En todos los casos la colaboración activa de la mujer y de la pareja y/o otras personas que participan en el parto, es fundamental para poder encontrar la manera de contribuir a la reducción de la sensación dolorosa.

El alivio del dolor tiene efectos beneficiosos a nivel fisiológico y emocional, que contribuyen a hacer que la mujer pueda tener menos complicaciones durante el parto, además de ayudar para que la experiencia del parto sea vivida de una manera más participativa y positiva.

Existen diferentes técnicas que pueden aplicarse durante el parto con el fin de disminuir la percepción dolorosa:

- **Estimulación cutánea**

Suele disminuir la intensidad del dolor durante y/o después de la estimulación, y por tanto hace más aceptable la sensación dolorosa. Forman parte de la estimulación cutánea: ***el masaje superficial, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío.***

- **Distracción**

Se trata de una protección sensorial que permite a la gestante aumentar otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar, moverse).

- **Relajación**

Permite una disminución de la tensión muscular y mental.

- **Técnicas de respiración**

Bien utilizadas permiten, aparte de una mejor oxigenación de la madre y del feto, modificar la concentración sobre las contracciones, y por lo tanto sobre el dolor.

- **Visualización de imágenes mentales**

Permite controlar el dolor a través de su utilización.

- **Otras medidas**

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

#### **2.5.4. Complicaciones de la analgoanestesia**

La más frecuente es la cefalea postpunción dural (CPPD), que resulta de perforar la duramáter.

Las dos complicaciones más graves, el hematoma y el absceso peridural, son de muy rara aparición, siempre que se respeten las contraindicaciones de la técnica, como los trastornos de la coagulación y sepsis, entre otros, y que la aplicación tenga lugar en condiciones de máxima esterilidad.

Hay que controlar el estado materno-fetal con el fin de detectar y prevenir la hipotensión materna, así como los efectos secundarios para el feto, mediante la perfusión adecuada de líquidos.

### **2.6. Complicaciones durante el periodo de dilatación**

#### **2.6.1. Fase de latencia prolongada**

- Concepto:  
Duración superior a 20 horas en las primíparas y 14 horas en las multíparas.
- Etiología:  
Falso trabajo de parto. Sedación o analgesia excesiva o precoz. Cuello uterino inmaduro. Inercia uterina primaria. Desconocida.
- Pronóstico:  
Por si sola no incrementa la mortalidad perinatal o la incidencia de cesáreas.
- Conducta:  
Según la valoración clínica, reposo y sedación o estimulación con oxitocina.

#### **2.6.2. Fase de dilatación activa prolongada**

- Concepto:  
Progreso medio de la dilatación inferior a 1,2 cm/hora en primíparas y 1,5 cm/hora en multíparas.

- Etiología:  
Hipodinamia. Desproporción pelvifetal.
- Pronóstico:  
Incremento moderado de la morbilidad perinatal y del número de cesáreas.
- Conducta:  
Según la valoración clínica: expectante, estimulación con oxitocina o cesárea, si hay una desproporción.

### **2.6.3. Detención secundaria de la fase de dilatación activa**

- Concepto:  
>= 4 cm de dilatación cervical invariable durante un periodo superior a 2 horas con dinámica uterina suficientemente comprobada, a ser posible, con registro interno.
- Etiología:  
Hipodinamia. Desproporción pelvifetal. Anomalías de la estática fetal.
- Pronóstico:  
Incrementa la morbilidad perinatal o la incidencia de cesáreas.
- Conducta:  
Según la valoración clínica: expectante, estimulación con oxitocina o cesárea si hay una desproporción.

### **2.6.4. Parto precipitado**

- Concepto:  
Duración total inferior a 3 horas. Progresión de la dilatación cervical superior a 3 cm/hora en primíparas y 10 cm/hora en multíparas.
- Etiología:  
Hiperactividad uterina con disminución de la resistencia del canal blando del parto.

- **Pronóstico:**  
Hipoxia y traumatismo fetal, lesiones del canal del parto, atonía uterina secundaria, y excepcionalmente ruptura uterina y embolia de líquido amniótico.
- **Conducta:**  
Supresión de oxitocina si lleva, inhibición de la dinámica si es preciso, decúbito lateral y protección del perineo.

### **3. ATENCIÓN EN EL PERIODO DE EXPULSIÓN**

El periodo de expulsión se inicia cuando el cuello uterino llega a la dilatación completa y acaba con la salida del feto.

La duración de este periodo clásicamente se ha considerado que tenía que ser inferior a los 60 minutos en las primíparas y a los 30 en las multíparas. Actualmente se considera normal hasta 2 horas en primíparas y hasta 1 hora en multíparas. A partir de este tiempo se considerará periodo de expulsión prolongado, teniendo en cuenta, sin embargo, que no hay que tener una actitud intervencionista cuando la dinámica uterina es correcta y la tolerancia fetal es buena, sobre todo con anestesia peridural.

#### **3.1. Exploración sistemática del feto en el periodo de expulsión**

Aunque el control electrónico de la FCF es la práctica habitual en la mayoría de maternidades, no tiene que descartarse la utilización de los métodos clínicos, sobre todo en gestaciones de bajo riesgo con control antenatal adecuado y evolución normal hasta el periodo de expulsión.

En estos casos la auscultación fetal intermitente durante y después de la contracción puede ser más aceptable para algunas gestantes, e igualmente segura para el feto.

## **3.2. Exploración sistemática de la mujer durante el periodo de expulsión**

### **3.2.1. Exploraciones generales**

Durante este periodo se seguirán las mismas pautas que durante el periodo de dilatación, además de los signos vitales habituales (presión sanguínea, pulso y temperatura). Si la vejiga parece distendida, y la mujer no puede orinar espontáneamente, tiene que realizarse un sondeo vesical.

También es necesario valorar en este periodo especialmente el estado anímico-emocional y la comodidad de la madre (ver anexo 2, pág. 114).

### **3.2.2. Control de la dinámica uterina**

Puede realizarse mediante métodos clínicos y por tocografía electrónica.

- Mediante métodos clínicos:  
Se basan en la palpación abdominal. Se considera normal cuando se observa una progresión adecuada del periodo de expulsión.
- Mediante tocografía electrónica:  
La tocografía es un método más objetivo de valoración de la dinámica uterina. En los casos de progresión adecuada del parto, es suficiente la utilización de tocografía externa, con la cual es posible valorar la frecuencia de las contracciones. Cuando la progresión no es adecuada es preferible el registro interno que, además de informar de la frecuencia de las contracciones, informa de la intensidad, de la duración y del tono de base.

### **3.2.3. Control de la progresión del periodo de expulsión**

Se realizará mediante la exploración vaginal, que se llevará a cabo mediante una técnica aséptica. En la primera exploración se confirmará que la dilatación cervical es completa y que la capacidad y configuración pélvica son suficientes. Asimismo, se determinará la posición fetal y el plan de la presentación. En los casos en que la bolsa amniótica esté íntegra, y no progrese el periodo de expulsión, se realizará una amniotomía, valorando la cantidad y el color del líquido amniótico.

### **3.3. Asistencia al parto espontáneo**

#### **3.3.1. Equipamiento necesario**

- Cama o silla de partos
- Mesa lateral auxiliar con instrumental disponible:

- Tallas
- Valvas
- Pinza de cordón, brazaletes y etiquetas de identificación
- Tijeras
- 4 pinzas de Kocher
- Pinzas de disección
- 2 pinzas de Förster
- Portaagujas, material de sutura (agujas, hilos)
- Gasas y compresas
- Jeringa y aguja para infiltración con anestésico local, si es necesario

- Equipo mínimo preparado para la reanimación de la mujer y del recién nacido, para el caso de que surja esta necesidad. Material necesario para la revisión del canal del parto, la cual se aconseja hacer después de cualquier intervención vaginal.
- Mesa de reanimación para el recién nacido, con el material necesario para reanimación neonatal avanzada, en la sala de partos.
- Toma de oxígeno.
- Sistema de aspiración y aire comprimido.
- Equipamiento de anestesia adecuado y disponibilidad de anestesista.

### **3.3.2. La preparación**

La sala de partos en el momento del periodo de expulsión tendría que tener una temperatura adecuada, en torno a 24°C, así como un ambiente adecuado (ver anexo 2, pág. 114).

Las personas que atienden el parto es recomendable que sigan normas correctas de higiene y asepsia; en este sentido, aunque en un parto normal no es necesaria la asepsia quirúrgica estricta, se actuará en congruencia con las normas de cada centro en lo que concierne a esterilidad y asepsia (ver anexo 10, pág. 171).

### **3.3.3. La posición**

La mujer adoptará la posición más cómoda para ella y que al mismo tiempo se adapte a las posibilidades del centro.

En un parto normal, la mujer tendría que poder escoger la posición que le resulte más cómoda durante el periodo de expulsión y el alumbramiento, facilitando la visualización del perineo para protegerlo en el momento del parto y revisarlo después del alumbramiento. Por ello, tendría que dársele información sobre las diferentes posibilidades, ventajas, inconvenientes, etc. y consensuar en la primera visita al hospital el tipo de parto que desea (ver anexo 1, pág. 103).

En cualquier posición que adopte la mujer durante el parto se tendrá cuidado de preservar su intimidad y se evitará que tenga discomfort o frío (ver anexo 2, pág. 114).

- **La posición de litotomía**

Actualmente, la posición utilizada más frecuentemente durante el parto es la de litotomía dorsal o variantes, en una mesa de partos con apoyo para las piernas.

- **La posición de semilitotomía**

Es una posición de litotomía modificada. En esta posición la mujer está incorporada y descansa la espalda en unas almohadas especiales.

Las mencionadas posiciones dorsales permiten al equipo obstétrico un buen acceso y visualización del perineo. Pero también puede asistirse el parto en otras posiciones (erecta, en cuclillas, sentada...).

- **La posición derecha y sentada en silla obstétrica**

Ofrece un cierto grado de satisfacción a las mujeres que la utilizan. Tiene como principal inconveniente el difícil acceso y visualización del perineo por parte del sanitario que atiende el parto.

### **3.3.4. Pujos**

El origen es un reflejo, que se desencadena por la compresión que ejerce la cabeza fetal sobre el suelo de la pelvis. No tiene que intervenir para dirigirlos, a no ser que haya anestesia peridural, que puede anular este reflejo.

Los pujos tienen que evitarse en los casos siguientes:

- Cuando la dilatación no es completa.
- Fuera de las contracciones.
- Cuando se sospeche una situación de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Cuando estos esfuerzos supongan algún riesgo añadido para la madre (cardiopatía, miopatía severa, etc.).

### **3.3.5. La episiotomía**

La episiotomía es una ampliación quirúrgica del orificio vaginal mediante una incisión en el perineo, que se realiza cuando la presentación fetal abomba el perineo.

Como en toda intervención, su utilización tiene que valorarse esmeradamente antes de realizarla y, en el caso de estar indicada, la incisión tiene que hacerse en el momento adecuado, tan pequeña y poco lesiva como sea posible.

- Indicaciones de la episiotomía
  - En los casos de riesgo de esguince de 2º o 3º grado.
  - Riesgo de pérdida del bienestar fetal.

- Uso restrictivo de la episiotomía.

El uso selectivo de esta intervención ha demostrado un riesgo más bajo de morbilidad materna al eliminar la necesidad de sutura sistemática y, por otra parte, no parece que haya diferencias en la incidencia de esguinces vaginales o perineales de 3<sup>r</sup> grado ni en el dolor posterior. Tampoco se han encontrado diferencias en lo que concierne a la aparición posterior de trastornos del suelo pélvico ni incontinencia urinaria.

La única desventaja demostrada en el uso restrictivo de la episiotomía es el aumento de laceraciones en la zona vulvar anterior, que acostumbran a tener menos secuelas.

La episiotomía tiene que realizarse con anestesia local o locorregional y asepsia quirúrgica, con un antiséptico no yodado (ver anexo 10, pág. 171).

### **3.3.6. Extracción de la cabeza**

Cuando el vértice flexionado ha llegado a coronar, la salida de la cabeza tiene lugar por deflexión. Este proceso tiene que intentarse que sea lento para evitar los esguinces perineales.

Una vez ha salido la cabeza, tiene que comprobarse que no haya alguna vuelta de cordón en el cuello. En el caso de que haya alguna, se intentará aflojarla haciendo deslizar el cordón por encima de la cabeza o sobre los hombros. En el caso de que esta maniobra no tenga éxito, será necesario el pinzamiento y sección del cordón antes de la salida de los hombros.

### **3.3.7. Salida de los hombros**

Una vez ha salido la cabeza en posición occipitopúbica, la rotación externa se dejará que tenga lugar de forma espontánea o bien se facilitará. La extracción del hombro anterior se efectúa con una tracción suave y continua de la cabeza fetal en dirección al suelo. Una vez ha salido el hombro anterior, el posterior se saca haciendo una tracción vertical hacia arriba. Esta maniobra tiene que hacerse sin prisas, evitando pujos excesivos y tiene que asociarse con una protección del perineo para evitar rasgaduras. Una vez han salido los hombros, el resto del cuerpo fetal sale sin dificultad.

### **3.4. Complicaciones durante el periodo de expulsión**

Las complicaciones o anomalías del periodo de expulsión son difíciles de separar de las anomalías del periodo de dilatación, ya que comparten en una gran parte de casos la misma etiología.

Las anomalías de este periodo, que pueden presentarse solas o en combinación, pueden agruparse en cuatro grandes grupos:

#### **3.4.1. Anomalías de las fuerzas de expulsión**

- Disfunción uterina: distocia de descenso
- Pujos inadecuados
- Parto precipitado

#### **3.4.2. Anomalías secundarias a la situación, presentación, posición o desarrollo fetal**

- Situación transversal del feto
- Presentación de nalgas
- Presentación de frente
- Presentación de cara
- Posiciones occipitotransversas y posteriores persistentes
- Distocia de hombros
- Anomalías fetales: hidrocefalia, anomalías abdominales fetales, siameses, macrosomía, etc.

#### **3.4.3. Anomalías del canal óseo del parto**

- Desproporción pelvifetal

#### **3.4.4. Anomalías del canal blando del parto**

- Anomalías vulvares y vaginales (condilomas gigantes, atresias congénitas o adquiridas, septos vaginales, neoplasias, etc.)
- Miomas uterinos previos
- Tumoraciones ováricas
- Masas pélvicas de otros orígenes

#### **3.5. Asistencia al parto distócico**

##### **3.5.1. Parto vaginal instrumentado**

Es la extracción del feto mediante la utilización de fórceps, vacuum o espátulas, escogiendo lo que sea más seguro en cada caso.

Aunque el riesgo en las indicaciones actuales de la instrumentación es bajo, no puede hablarse de riesgo nulo, por lo que tiene que valorarse esmeradamente antes de la utilización de cualquiera de los instrumentos mencionados, y utilizarlos cuando estén indicados o se cumplan las indicaciones de instrumentación electiva.

##### **3.5.1.1. Indicaciones**

- **Sospecha de pérdida del bienestar fetal.**
- **Periodo de expulsión prolongado con dinámica uterina correcta.** Este periodo es diferente en primíparas que en multíparas:

En primíparas:

Alta de progresión del parto durante 2 horas, con anestesia regional, y 1 hora, sin anestesia.

En multíparas:

Falta de progresión del parto durante 1 hora, con anestesia regional, y 30 minutos, sin anestesia.

- **Distocia de rotación**  
Periodo de expulsión prolongado por dificultades en la rotación de la presentación fetal.

- **Necesidad de disminuir los esfuerzos** del periodo de expulsión en ciertos problemas médicos maternos (cardiopatías, algunas patologías oftálmicas o cerebrovasculares, enfermedades neuromusculares, agotamiento, falta de cooperación o sedación excesiva).
- **Instrumentación electiva**  
Puede considerarse solamente en los casos en que el riesgo sea mínimo: presentación cefálica flexionada con posición occipitoanterior y por debajo del IV plano de Hodge.

Excepto en el primer caso, las otras indicaciones pueden permitir una cierta flexibilidad al decidir la instrumentación.

### **3.5.1.2. Condiciones para el uso de instrumental en el periodo de expulsión**

- Cuello del útero en dilatación completa.
- Conocer con precisión la variedad de la posición de la cabeza fetal.
- Bolsa amniótica rota.
- La presentación tiene que estar completamente encajada (III plano, es decir, el punto guía a la altura de las espinas ciáticas o más bajo).
- Analgesia adecuada.
- Vejiga vacía.

### **3.5.2. Parto por cesárea**

Tiene que evaluarse muy esmeradamente su indicación, ya que se trata de una intervención quirúrgica mayor que tiene más riesgo para la salud de la madre que el parto vaginal (Tabla 3) (ver también anexo 5, *Medidas para racionalizar la tasa de cesáreas*, pág. 135).

### 3.5.2.1. Indicaciones de la cesárea

Las indicaciones de la cesárea pueden agruparse de diferentes maneras, según a quién beneficia su práctica (maternal, fetal, mixta), según el momento de la indicación (electiva o intraparto), etc.

Con finalidad puramente didáctica podemos también considerar las indicaciones de las cesáreas como:

- Indicaciones absolutas:  
Cuando la práctica de esta intervención está justificada por la evidencia científica (Tabla 1).
- Indicaciones relativas:  
Cuando no son por sí mismas indicaciones automáticas de cesárea, sino que su práctica depende de la conjunción de diversos factores (Tabla 2).

**TABLA 1**  
**Indicaciones absolutas de cesárea**

- La desproporción pelvifetal evidente y constatable, incluso antes del trabajo de parto.
- Las situaciones transversas y oblicuas, y las presentaciones anómalas (presentación de frente o de cara mentoposterior).
- Los tumores previos que dificulten la progresión de la presentación.
- La placenta previa central y la marginal o parcial en función de la hemorragia.
- La pérdida del bienestar fetal.
- Una enfermedad materna que contraindique el parto vaginal.

**TABLA 2**  
**Indicaciones relativas de cesárea**

- Distocia dinámica.
- Presentación podálica.
- Cesárea anterior.
- Riesgo fetal aumentado (prematuridad de menos de 34 semanas, crecimiento intrauterino restringido, pérdida de bienestar fetal basado sólo en la monitorización electrónica que puede dar muchos falsos positivos, riesgo de transmisión vertical).
- Algunas enfermedades fetales.

**TABLA 3**  
**Morbilidad materna del parto por cesárea**

- Complicaciones inherentes a la intervención quirúrgica:
  - Complicaciones generales específicas como infecciones urinarias, neumonías, flebitis, anemia, tromboembolismo pulmonar.
  - Complicaciones locales como hematomas, evisceración, hernia incisional.
- Incrementa el riesgo de presentar patología infecciosa con respecto al parto por vía vaginal.
- Incrementa el riesgo de presentar inserción anómala de la placenta en una gestación posterior.
- Puede condicionar la elección de la vía de parto en un próximo embarazo.

## **4. ATENCIÓN EN EL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO**

El periodo de alumbramiento, o tercer periodo del parto, corresponde al desprendimiento y a la salida posterior de la placenta y de las membranas ovulares.

Éste es un momento muy especial para los padres, ya que es cuando están iniciando el contacto padres-hijo (ver anexo 2, pág. 114), pero también es el periodo que puede tener más complicaciones para la madre. Por ello, es muy importante la correcta asistencia y vigilancia con el fin de prevenir la hemorragia, la infección y la retención placentaria y, en casos graves, el choque hipovolémico.

### **4.1. Pinzamiento y sección del cordón umbilical**

Después del nacimiento del recién nacido, se pinza y se corta el cordón umbilical. El momento en que se hace puede variar en función de lo que se haya previsto en el plan de nacimiento. Si no se presentan problemas médicos imprevistos, puede seguirse cualquiera de las opciones siguientes, ya que no hay evidencia científica que alguno de ellos sea mejor si no hay signos de pérdida del bienestar fetal:

- Pinzamiento y sección precoz del cordón umbilical: de manera inmediata al nacimiento.
- Pinzamiento y sección intermedia: entre 35 y 40 segundos después del nacimiento, invirtiendo este tiempo en limpiar las vías aéreas y secar al bebé, manteniéndolo con la cabeza en posición en declive a nivel del perineo de la madre).
- Pinzamiento y sección tardía: cuando el cordón deja de latir.

### **4.2. Signos de desprendimiento de la placenta**

- Modificaciones del fondo uterino: el fondo uterino se hace globuloso y generalmente más duro, se encuentra situado a nivel del ombligo.
- Pérdida de sangre oscura por la vulva procedente del hematoma placentario: esta sangre puede estar mezclada con

líquido amniótico y con sangre roja procedente de esguinces y/o de la episiotomía.

- Visualización de la placenta en la vagina o comprobación mediante tacto vaginal.

### **4.3. Asistencia en el alumbramiento**

El alumbramiento puede ser:

- Alumbramiento espontáneo o fisiológico
- Alumbramiento manual
- Alumbramiento dirigido

#### **4.3.1. Alumbramiento espontáneo o fisiológico**

La expulsión de la placenta tiene que producirse de forma espontánea antes de los 30 minutos del nacimiento del bebé y con una pérdida hemática inferior a los 500 ml.

En los partos asistidos en posición de litotomía, aunque la placenta y las membranas pueden salir espontáneamente al exterior, puede ayudarse el proceso pidiendo a la mujer que empuje (habiendo comprobado que la placenta está desprendida). Con esta presión intraabdominal muchas veces es suficiente para la expulsión de la placenta; durante este proceso haremos tracción suave del cordón umbilical vigilando que no se rompan las membranas.

Inmediatamente después, comprobaremos que el útero esté contraído y se forme el globo de seguridad, si no es así haremos un masaje uterino a través del abdomen hasta que se contraiga. Se ha comprobado que la profilaxis con oxitócicos reduce la pérdida hemática posparto.

#### **4.3.2. Alumbramiento dirigido**

El alumbramiento dirigido se realiza administrando bolos (*bolus*) de oxitocina en el momento que se desprende el hombro anterior, o acelerando el goteo de oxitocina si lleva.

No tiene que hacerse con ergóticos por vía intravenosa, ya que podrían provocar crisis hipertensivas, incluso en los casos sin hipertensión previa.

#### **4.3.3. Alumbramiento manual**

Si treinta minutos después del nacimiento del bebé no hay signos de desprendimiento placentario, se considera que la placenta está retenida y el tratamiento es la extracción manual de la placenta.

El alumbramiento manual se realizará con la parturienta debidamente sedada o/y anestesiada, y en condiciones de asepsia quirúrgica.

En el alumbramiento manual aumenta el riesgo de infección y se recomienda el uso profiláctico de antibióticos. También administraremos oxitócicos o ergóticos, inmediatamente después del alumbramiento.

#### **4.4. Revisión de la placenta y de las membranas**

Cuando ya ha salido la placenta, y después de comprobar que el útero está contraído (se ha formado el globo de seguridad), revisaremos la placenta y las membranas, así como el cordón umbilical, con el fin de comprobar que están íntegros y no presentan ninguna anomalía.

Si después de la revisión tenemos dudas sobre la integridad de la placenta, se practicará una revisión de la cavidad uterina.

Todos estos datos, junto con el peso de la placenta, se anotarán en la historia clínica.

#### **4.5. Revisión del canal del parto y cirugía reparadora**

Tiene que hacerse revisión del canal del parto cuando se haya hecho una intervención instrumental y siempre que haya dudas de su integridad.

#### **4.6. Complicaciones hemorrágicas durante el alumbramiento**

Estas complicaciones hemorrágicas, que pueden ser muy graves y por lo tanto hay que prevenirlas, pueden ser causadas por:

- Retención de placenta o de restos placentarios.
- Traumatismos del canal del parto.
- Atonía uterina.
- Problemas causados por ciertos anestésicos (halogenados) y otros medicamentos uterorrelajantes.
- Hemorragia por problemas de coagulación.
- Rotura uterina.
- Inversión uterina.

#### **5. ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS**

Tiene que realizarse una valoración inmediata de la respiración, el latido cardíaco y el color. También hay que hacer maniobras de reanimación según el estado del recién nacido (ver anexo 6, pág. 143), y facilitar el vínculo afectivo con la madre/el padre (ver anexo 2, pág. 114).

##### **5.1. Pinzamiento del cordón umbilical**

Tiene que utilizarse una pinza estéril de un solo uso (ver anexo 7, pág. 146), la cual se colocará a 1-2 cm de la implantación del cordón umbilical, cortando después por encima de la pinza y dejando aproximadamente 1 cm distalmente.

La sangre del resto del cordón se aprovechará para obtener sangre para el estudio del equilibrio acidobásico, grupo sanguíneo, Rh, test de Coombs (madres Rh negativas).

## **5.2. Identificación del recién nacido en la sala de partos**

Hay que tener un cuidado extremo para la identificación del recién nacido, tiene que realizarse tan precozmente como sea posible con el sistema propuesto (ver anexo 7, pág. 146), en presencia de la madre y antes de salir de la sala de partos.

## **5.3. Primer contacto madre-hijo**

- Durante el periodo de expulsión de la placenta, si el recién nacido es vigoroso y aparentemente sano, será entregado a la madre envuelto en una toalla seca y tibia, y se favorecerá el contacto piel con piel con la madre, con el fin de favorecer la creación de vínculos afectivos a través del contacto y el reconocimiento mutuo (ver anexo 2, pág. 114), así como para evitar la pérdida de calor.
- En los partos por cesárea con anestesia epidural y buen estado clínico de la madre y del recién nacido puede facilitarse la interacción madre-hijo de forma similar a la mencionada para los partos vaginales, con alguna modificación en las posiciones.

En la sala de partos, o lo antes posible, tiene que favorecerse la lactancia materna, teniendo en cuenta que la información y la actitud positiva del personal sanitario influyen mucho en el éxito de la lactancia natural (ver anexo 9, pág. 156).

Según las indicaciones de la historia clínica (ver "Plan de nacimiento" anexo 1, pág. 103), tendremos la información sobre la voluntad de la madre de amamantar a su hijo o no, así como los antecedentes y factores de riesgo para la lactancia materna. Esta información permitirá detectar a aquellas mujeres que requieran apoyo especial al inicio de la lactancia.

## **5.4. Exploración sistemática del recién nacido en la sala de partos**

- Tiene que realizarse la evaluación de Apgar al minuto y a los 5 y 10 minutos del nacimiento, con el fin de evaluar el grado de riesgo del recién nacido y la adaptación a la vida extrauterina y descartar malformaciones.

- La revisión sistemática del recién nacido normal, asintomático y sin factores de riesgo, no es preciso realizarla en la sala de partos, puede posponerse unas horas y realizarla en la sala de púerperas, con el fin de no manipular en exceso al recién nacido, dando prioridad en estos primeros momentos a proceder a la correcta identificación (ver anexo 7, pág. 146) y facilitar la creación de los vínculos afectivos con la madre/el padre (ver anexo 2, pág. 114).

## **5.5. Procedimientos preventivos en la atención del recién nacido en la sala de partos**

### **5.5.1. Profilaxis de la oftalmía neonatal**

Para la profilaxis ocular se recomienda la utilización de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5% o de tetraciclina al 1%.

### **5.5.2. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido**

Para evitar la enfermedad hemorrágica neonatal se recomienda la administración de vitamina K en las primeras dos-cuatro horas de vida. No es recomendable el retraso de la mencionada administración más allá de las seis a doce horas de vida. La dosis recomendada es 1 mg, una sola vez, por vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo.

### **5.5.3. Profilaxis de la infección por *Streptococcus agalactiae***

Tal como se refleja en el *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*, se recomienda la práctica de un cultivo vaginal y rectal en la embarazada durante el tercer trimestre, y a ser posible entre las 35 y 37 semanas de gestación, con el fin de detectar la población de riesgo.

Si el cultivo resulta positivo, o bien si hay antecedente de bacteriuria por *Streptococcus agalactiae* (SA) durante la actual gestación o de un hijo previo afectado de asepsia por SA, o el resultado del cultivo es desconocido, se recomienda la administración de profilaxis materna durante el parto (penicilina G sódica 5 millones UI EV + 2,5 millones EV/4 horas, o bien ampicilina 2 g EV + 1 g EV/4 horas hasta el

periodo de expulsión. Si hay alergia se administrará eritromicina o clindamicina o cefazolina).

Si la profilaxis materna no se ha podido realizar y el recién nacido es asintomático, se aconseja la administración de penicilina G IM al recién nacido durante la primera hora de vida (50.000 UI en el recién nacido de término o 20.000 UI en el recién nacido de pretérmino), siempre acompañado de una correcta vigilancia clínica y analítica, si procede.

#### **5.5.4. Profilaxis de la hepatitis B**

En la historia clínica de la madre tiene que constar el resultado del cribado realizado durante el seguimiento del embarazo con el fin de identificar a las madres positivas al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HbsAg).

- Si se desconoce la serología materna para HbsAg, se determinará durante su ingreso con la mayor rapidez posible.
- Los recién nacidos hijos de madre con resultado positivo para HbsAg conocido antes del parto tienen que recibir inmunoglobulina específica antihepatitis B y empezar la vacunación en las primeras 12 horas de vida.
- Los recién nacidos hijos de madre de la que se desconoce el resultado de la serología (HbsAg) tienen que recibir la primera dosis de vacuna dentro de las primeras 12 horas de vida, y tiene que determinarse el estatus serológico de la madre. Si la madre da resultado positivo para HbsAg, su hijo tiene que recibir la gammaglobulina específica lo antes posible, preferentemente dentro de las primeras 72 horas de vida.
- Los recién nacidos de madres seropositivas para HbsAg que hayan recibido la profilaxis podrán seguir lactancia materna.

#### **5.5.5. Profilaxis de la transmisión vertical del VIH**

En la historia clínica de la madre tiene que constar el resultado del cribado realizado durante el seguimiento del embarazo con el fin de identificar a las madres VIH-1 seropositivas (ver *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*, cap. I, pág. 87).

Si se desconoce la serología materna para el VIH-1, se determinará al recién nacido durante la estancia hospitalaria con el fin de hacer la profilaxis en los casos que lo requieran (antirretrovirales para reducir el riesgo de infección del recién nacido expuesto al VIH, y en este caso desaconsejar la lactancia materna).

## **6. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA ATENCIÓN EN EL PARTO**

- **Información a la mujer y a la familia en el parto** (ver anexo 1, pág. 103)
- **Ambiente psicoafectivo en el parto** (ver anexo 2, pág. 114)
- **Atención a la diversidad** (ver anexo 3, pág. 124)
- **Atención en el parto natural no medicalizado** (ver anexo 4, pág. 129)
- **Registro de datos en el parto** (ver anexo 13, pág. 191)

**CAPÍTULO III**  
**ATENCIÓN EN EL PUERPERIO**

### **CAPÍTULO III**

#### **ATENCIÓN EN EL PUERPERIO**

El puerperio es el periodo que va desde el final del parto hasta que el organismo materno vuelve al estado anterior a la gestación y tiene una duración de 40 días. En este periodo se establece la lactancia.

Desde un punto de vista clínico podemos distinguir entre:

- **Puerperio inmediato:** comprende las dos horas inmediatamente posteriores al parto.
- **Puerperio precoz:** comprende los primeros 7-10 días desde el parto.
- **Puerperio tardío:** corresponde al periodo de tiempo restante hasta los 40 días después del parto.

No comentaremos aquí, en este capítulo, los controles que tienen que efectuarse en el puerperio inmediato, ya que normalmente se efectúan en la misma sala de partos o unidad que atiende el parto y forman parte de su misma asistencia (ver cap. II, pàgs. 50 a 52).

Desde un punto de vista funcional podemos distinguir entre:

- **Puerperio hospitalario:** comprende el periodo de tiempo durante el cual la puérpera es atendida en el hospital; habitualmente es de dos a tres días en los partos normales. Por lo tanto, el puerperio hospitalario incluye el puerperio inmediato y habitualmente una parte del precoz.
- **Puerperio domiciliario:** es el periodo de tiempo que la puérpera pasa en su domicilio, después del alta hospitalaria. Sin embargo, ambos periodos constituyen un único proceso fisiológico que transcurre en dos lugares diferentes.

#### **1. CUIDADO DE LA MADRE DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA**

Este apartado recoge las pautas y los controles más importantes que tienen que tenerse en cuenta en la atención al puerperio hospitalario, que comprende desde el ingreso de la puérpera en la unidad de hospitalización posparto hasta el alta hospitalaria.

Si bien el puerperio es un proceso fisiológico de la mujer en el posparto, tienen que extremarse los cuidados para prevenir la aparición de complicaciones:

### **Complicaciones puerperales de la mujer más frecuentes**

- Procesos hemorrágicos
- Infecciones puerperales
- Procesos tromboembólicos
- Procesos hipertensivos
- Síndromes depresivos

En este apartado se detallarán los controles recomendados en la asistencia al puerperio normal durante la estancia hospitalaria de la puérpera, sin comentar la conducta a seguir ante una patología puerperal.

Hay una serie de puntos que tendrán que valorarse después del ingreso en la unidad de hospitalización y durante la estancia de la mujer en ésta:

### **Controles clínicos a efectuar a la mujer en el puerperio hospitalario**

- Valoración inmediata del estado general
- Control constantes vitales: tensión arterial, pulso, temperatura
- Control de la pérdida hemática
- Control de la involución uterina
- Características de los loquis
- Control de la micción y de la evacuación
- Control del perineo y de la episiotomía
- Control de las mamas y apoyo de la lactancia materna
- Evaluación del dolor: analgesia
- Control de las extremidades inferiores. Movilización e higiene
- Valoración de la dieta y suplementación
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo madre-recién nacido
- Valoración del estado emocional

#### **1.1. Valoración inmediata del estado general**

Después del ingreso de la puérpera en la unidad de hospitalización tendrá que realizarse una primera evaluación del estado general de la mujer, empezando por una adecuada valoración de la historia clínica, control de las constantes vitales, pérdida hemática, contracción uterina, vejiga urinaria (globo vesical), estado del perineo y presencia de dolor, así como del estado emocional. A partir de la información obtenida después de esta primera evaluación de la puérpera, se procederá a sistematizar los controles posteriores.

## **1.2. Control de las constantes vitales**

Se recomienda controlar la tensión arterial, el pulso y la temperatura axilar dos veces al día en condiciones de normalidad. La presencia de fiebre, es decir, temperatura axilar igual o superior a 38°C, a partir de las 24 horas del parto, obligará a investigar la posible etiología infecciosa y su tratamiento.

## **1.3. Control de la pérdida hemática**

Durante las 2 primeras horas después del parto es cuando se producen más frecuentemente las hemorragias graves, por lo que conviene vigilar que no se produzcan y utilizar sustancias uterotónicas (goteo de oxitocina o ergóticos intramusculares), sin embargo tiene que mantenerse el control durante las primeras 24 horas.

## **1.4. Control de la involución uterina**

Se valorará la altura uterina y su consistencia en cada turno del personal de enfermería el primer día y posteriormente una vez al día. La situación uterina anormalmente alta y desplazada lateralmente en las primeras horas del posparto nos tiene que hacer pensar en una posible retención urinaria y hay que procurar que se vacíe la vejiga urinaria espontáneamente o mediante una sonda vesical. La subinvolución uterina tendrá que vigilarse adecuadamente con el fin de descartar la endometritis o la retención de restos placentarios.

## **1.5. Características de los loquis**

Se valorarán el aspecto de los loquis, su color, cantidad y olor en cada turno de enfermería las primeras 24 horas y posteriormente una vez el día. En condiciones normales, serán en principio de aspecto hemático y progresivamente se irán aclarando y adquiriendo un aspecto serohemático, también disminuyendo en cantidad. La presencia de loquis purulentos o malolientes obligará a descartar procesos infecciosos del tracto genital. La pérdida hemática superior a lo normal, por otra parte, obligará a descartar la presencia de un globo vesical, la retención de restos placentarios o esguinces del trato genital deficientemente suturados.

### **1.6. Control de la micción y de la evacuación**

La utilización de la anestesia peridural, con la pérdida del reflejo miccional y la sobrehidratación que comporta, son factores que inciden en el riesgo que la puérpera tenga dificultades en la micción y que presente un globo vesical. Por lo tanto, se vigilará la evacuación vesical en las primeras horas del posparto de forma que, si la mujer no puede miccionar espontáneamente, se procederá al sondaje vesical si se ha apreciado la existencia de un globo vesical. Cuando hay una retención urinaria superior a los 500 ml, tiene que valorarse si es conveniente dejar una sonda vesical permanente.

Con respecto a la evacuación intestinal, se tendrá en cuenta si se administró un enema de limpieza previo al parto y, en caso afirmativo, no es de esperar la evacuación espontánea antes del segundo día del posparto. A partir de aquel momento, en el caso de que sea necesario, puede favorecerse la evacuación mediante el uso de laxantes locales (microenemas o supositorios de glicerina) preferentemente a laxantes orales. Se recomendará la ingesta de una dieta rica en fibra y se procurará una buena hidratación y movilización precoz.

### **1.7. Control del perineo y de la episiotomía**

Es muy importante aconsejar a la mujer en el cuidado e higiene del perineo durante los primeros días, que tendrá que lavarse con agua y un jabón neutro como mínimo una vez al día. Diariamente se controlará la cicatrización del perineo y la presencia de hematomas o de hemorroides, que se tratarán adecuadamente, y los casos de trombosis hemorroidal, que requerirán su drenaje quirúrgico.

### **1.8. Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna**

Se vigilará el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios y presencia de hendiduras en el pezón. La ducha diaria es suficiente para la higiene de las mamas. No se recomienda limpiar los restos de leche porque hidratan la aréola y previenen la formación de hendiduras. Se recomendará el uso de unos sujetadores de lactancia. Se instruirá a la puérpera sobre las recomendaciones más apropiadas para la lactancia materna (ver anexo 9, pág. 127).

### **1.9. Evaluación del dolor: analgesia**

El dolor en el puerperio hospitalario después de un parto normal puede ser a causa de la episiotomía y el derivado de los retortijones, en pacientes multíparas. El tratamiento del dolor se realizará mediante la administración de antiinflamatorios no esteroides (AINE) por vía parenteral u oral, según la intensidad del cuadro. Alternativamente, podrá utilizarse el paracetamol sólo o asociado con codeína, aunque ésta última puede favorecer el estreñimiento, ya de por sí frecuente en el puerperio.

Hay que tener en cuenta que no tiene que administrarse de forma rutinaria ningún tipo de medicación cuya indicación no haya sido esmeradamente valorada, ya que puede pasar al bebé a través de la leche de la madre.

### **1.10. Control de las extremidades inferiores, movilización e higiene**

Se valorarán diariamente las piernas para vigilar la aparición de edemas y/o signos de infección. En mujeres con riesgo elevado de enfermedad tromboembólica, tendrán que adoptarse medidas profilácticas como el vendaje de las extremidades inferiores, su elevación mientras la mujer esté acostada y la utilización de heparina profiláctica por vía subcutánea.

La movilización precoz disminuye el riesgo de enfermedad tromboembólica. Después de un parto asistido con anestesia peridural tendrá que esperarse un mínimo de 6 horas antes de levantar a la mujer. En el caso de anestesia peridural en dosis bajas y de administración continua, la movilización puede ser precoz. Si el parto fue asistido con anestesia local o sin anestesia, podrá levantarse inmediatamente.

En lo que concierne a la higiene, se recomendará la ducha diaria.

### **1.11. Valoración de la dieta y suplementación**

Después de un parto sin anestesia o con anestesia local, la ingesta de líquidos y la dieta normal se iniciarán a demanda de la puérpera. Después de un parto vaginal con anestesia peridural, se iniciará la ingesta hídrica de forma inmediata y, si la tolerancia es adecuada, se continuará con una dieta normal.

Después de un parto vaginal asistido con anestesia general, se iniciará la ingesta hídrica a las 4 horas y seguirá una ingesta progresiva, según la tolerancia, manteniendo la seroterapia intravenosa hasta su comprobación. La puérpera tendrá que seguir una dieta equilibrada y rica en fibra.

Se recomienda hacer un hemograma de control a las 24 horas del parto y se decidirá tratamiento profiláctico o terapéutico con hierro, según el resultado. La suplementación vitamínica dependerá del grado de nutrición de la puérpera, teniendo especial cuidado que la aportación de yodo alcance los mínimos que recomienda la OMS (200 µg/día).

### **1.12. Incompatibilidad de grupo sanguíneo madre-recién nacido**

Se administrará una dosis estándar (300 µg) de gamaglobulina anti-D a todas las puérperas Rh negativas que tengan un recién nacido Rh positivo y test de Coombs directo negativo para el factor D, dentro de las primeras 72 horas del posparto.

### **1.13. Valoración del estado emocional**

La mujer después del parto pasa normalmente por una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados con el cansancio físico, el nuevo rol de madre, molestias puerperales, etc. Hay que identificar el estado emocional y dar apoyo profesional cuando se requiera. En algunos casos en que se observa una adaptación difícil, hay que identificar el problema.

## **2. CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA**

Al llegar de la sala de partos, la madre y el recién nacido han de ser ingresados juntos en la misma habitación y continuar estando juntos durante toda la estancia en el hospital, las 24 horas del día.

Siempre que sea posible, los diferentes profesionales (pediatra, camadrón/a o enfermero/a) harán los controles y exploraciones de seguimiento del recién nacido en presencia de la madre, para

facilitarle la posibilidad de expresar las dudas y potenciar el aprendizaje de los cuidados de su hijo.

Se seguirán los procedimientos siguientes:

### **2.1. Comprobación de los controles hechos en la sala de partos**

- Comprobar que se haya hecho la identificación de manera adecuada (ver anexo 7, pág. 117), y que se haya facilitado la creación de vínculos afectivos (ver anexo 2, pág. 89) y el inicio de la lactancia materna en la sala de partos de manera adecuada (ver anexo 9, pág. 127).
- Comprobar si se han realizado las medidas preventivas sistemáticas en la sala de partos. En caso negativo, tienen que administrarse después del ingreso en la sala de puérperas (ver cap. II, pág. 51).

### **2.2. Exploración del recién nacido en la planta de hospitalización**

Evaluación del aspecto y las características somatométricas del recién nacido: peso, longitud, perímetro craneal, temperatura axilar. Exploración anatómica y funcional del recién nacido tan exhaustiva como sea posible. Tiene que registrarse el resultado de esta exploración, haciendo constar también la valoración de la madurez y el crecimiento intrauterino.

### **2.3. Custodia del recién nacido durante la estancia hospitalaria**

Es responsabilidad del hospital maternal la salvaguardia de la identidad del recién nacido y el mantenimiento del binomio madre-hijo, desde el momento del nacimiento hasta el momento del alta hospitalaria (ver anexo 7, pág. 117).

### **2.4. Higiene de la piel, traje y posición en la cuna**

Una vez pesado y explorado el recién nacido, tienen que limpiarse las zonas de la piel sucias de sangre con agua y secarlas con una gasa no abrasiva; finalmente, se vestirá al recién nacido con su ropa personal, respetando las diferentes culturas, se le colocará en la cuna

en la posición adecuada (decúbito supino o lateral), y se le dejará con los padres en la habitación.

## **2.5. Seguimiento y controles sistemáticos del recién nacido durante la estancia en el hospital**

Durante la estancia en la maternidad, tiene que hacerse un seguimiento esmerado con el fin de preservar la buena salud del recién nacido, por eso es necesario realizar de forma sistemática las actuaciones siguientes:

- Control del peso diario
- Control del aspecto
- Control de las constantes vitales: frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura
- Control de la primera micción
- Control de la primera emisión de meconio
- Realización de los cuidados diarios del cordón umbilical
- Apoyo en la colocación en el pecho y en la buena marcha de la lactancia materna
- Adiestramiento en la preparación y la administración de biberones, en el caso de que fuera necesario
- Cumplimiento esmerado de las normas para la adecuada custodia del recién nacido hasta el momento del alta
- Recogida de sangre del talón y cumplimentación de la ficha del diagnóstico precoz de metabolopatías congénitas
- Otros cribados sistemáticos que sea conveniente hacer antes del alta hospitalaria
- Registro adecuado de toda la información:
  - Rellenar la historia clínica
  - Rellenar el carnet de salud infantil
- Información y educación sanitaria adecuada a los padres del recién nacido

### 2.5.1. El cuidado del cordón umbilical

El cordón umbilical tiene que mantenerse limpio y seco, hecho que facilita su necrosis.

#### **Procedimiento para el cuidado del cordón umbilical:**

- Efectuar el lavado higiénico de manos.
- Impregnar una gasa con antisépticos no yodados (ver anexo 10, pág. 137) y limpiar la base del cordón eliminando los restos de sangre, aplicarlo 2-3 veces al día, hasta la caída del cordón.
- No es necesario envolver permanentemente el cordón.

#### **Control y cuidado del cordón umbilical:**

- Valorar la presencia de signos inflamatorios, secreción y olor, y registrar la información de esta exploración en la historia clínica.
- Tener presente que la infección de los restos de cordón umbilical (funicitis) y de los tejidos adyacentes de la pared abdominal (omfalitis) pueden ser el inicio de una infección neonatal grave.

### 2.5.2. Cribados sistemáticos durante la estancia hospitalaria

#### 2.5.2.1. Plan de detección precoz de metabolopatías congénitas (PDP)

El programa de cribado precoz neonatal (fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y fibrosis quística) tiene que realizarse:

- **A todos los recién nacidos.** Independientemente de la edad de gestación y del peso, y de su tipo de alimentación, o existencia de patología o tratamientos (aunque todo eso se hará constar específicamente en el apartado de observaciones). Este cribado tiene que ser prioritario en todas las unidades neonatales y, en especial, las de patología neonatal, con el fin de evitar que la asistencia al bebé enfermo haga prolongar u olvidar su realización.

- **Desde las 48 horas** (óptimamente desde las 72 h), hasta el 5º día de vida. Si se da el alta antes de las 48 horas, se informará convenientemente a los padres del recién nacido y se les recomendará que lo traigan para obtener la muestra de sangre de talón cuando tenga entre 4 y 8 días de vida, ya sea en la visita de puerperio domiciliario, en el CAP o en la consulta pediátrica. Si por cualquier motivo u olvido no se ha realizado la extracción en los periodos mencionados, se hará con posterioridad, independientemente de la edad del niño.
- **Antes de una transfusión de sangre, de plasma o de la realización de diálisis.** En los recién nacidos en los cuales se ha realizado una transfusión de sangre total, plasma o diálisis, es conveniente esperar de 7 días (periodo mínimo) a 14 días (periodo idóneo), para obtener la muestra de sangre, es decir, el tiempo necesario para que su plasma refleje los procesos metabólicos y el fenotipo del recién nacido.
- **Tiene que informarse a los padres** de forma adecuada sobre los objetivos y la importancia del Programa de detección precoz.
- **Hay que seguir el método correcto** para asegurar la adecuada recogida de sangre, así como la correcta impregnación del papel cromatográfico que se incluye en el sobre del programa oficial de cribado precoz neonatal (ver anexo 8, pág. 123).

### 2.5.2.2. Detección precoz de la hipoacusia

Convendría efectuar la detección precoz de hipoacusia a todos los recién nacidos antes del alta hospitalaria, ya que la estrategia de iniciar el programa sólo en los grupos de riesgo dejaría sin diagnosticar el 40-50% de las hipoacusias.

El objetivo del programa sería explorar el 100% de los bebés, aceptando como mínimo una cobertura del 95%.

Se utilizarán técnicas de OEA (otoemisiones acústicas). Las OEA pueden dar falsos positivos en presencia de detritus o líquido en la oreja externa y media, y falsos negativos en las lesiones retrococleares.

En caso de sospecha de lesión retrococlear o cuando las OEA sean repetidamente anómalas, tendrán que practicarse PEATC (potenciales evocados auditivos de tronco cerebral).

### **Grupos de riesgo de hipoacusia**

- Historia familiar de hipoacusia neurosensorial congénita o instaurada en la primera infancia.
- Infecciones intrauterinas.
- Malformaciones craneofaciales.
- Peso en el nacimiento inferior a 1.500 g.
- Hiperbilirubinemia grave.
- Uso de fármacos ototóxicos.
- Meningitis bacteriana.
- Hipoxia-isquemia perinatal.
- Ventilación mecánica durante más de 5 días.
- Estigmas asociados a síndromes que cursan con hipoacusia.

### **2.5.3. La lactancia durante la estancia hospitalaria**

Los recién nacidos tienen que ser alimentados tan pronto como sea posible. Y tiene que favorecerse la lactancia materna (ver anexo 9, pág. 127), siempre respetando la voluntad de la madre y/o otras circunstancias clínicas que puedan interferir.

Tiene que tenerse en cuenta que la información y la actitud unánimes del personal sanitario influyen en la decisión de la lactancia materna; sin embargo, tiene que respetarse la decisión que toma la mujer sobre el tipo de lactancia y, en estos casos, el profesional debe tener una actitud de ayuda y dar apoyo e información también a las madres que por razones diversas puedan optar por la lactancia artificial.

### **3. ALTA HOSPITALARIA DE LA MADRE Y DEL RECIÉN NACIDO**

#### **3.1. Exploración de la madre previa al alta hospitalaria**

Antes de que la puérpera abandone el hospital tiene que realizarse una exploración en la cual se comprobará la correcta involución uterina, la correcta cicatrización del perineo y de la vagina, la normalidad de los loquios y el correcto estado de las mamas y del estado general de la puérpera.

El resultado de la exploración se registrará convenientemente en la historia clínica y se rellenará también el carnet de la embarazada y el carnet de salud infantil.

#### **3.2. Atención al recién nacido en el momento del alta hospitalaria**

##### **Protocolo de atención al recién nacido en el alta hospitalaria**

- Comprobar la identificación del bebé (ver anexo 7, pág. 117).
- Asegurar el cribado de metabolopatías congénitas (ver anexo 8, pág. 123).
- Rellenar la historia clínica (ver anexo 12, pág. 149).
- Comprobar que se haya cumplimentado correctamente el carnet de la embarazada.
- Rellenar el carnet de salud infantil y recomendar su uso.
- Entregar la información perinatal a los padres en el alta hospitalaria:
  - Informe sobre la asistencia que ha recibido el recién nacido.
  - Otras informaciones o documentación propios de cada centro.
  - Recomendaciones sobre próximas visitas al recién nacido.

Es deseable que el alta del recién nacido y su madre tengan lugar después de las 72 horas de vida del recién nacido, una vez efectuada la extracción de sangre para el cribado precoz neonatal. Siempre que no se acoja a los criterios de alta precoz.

### **3.2.1. Alta precoz (entre las 24 y las 48 horas después del parto)**

En los casos en que el embarazo y el parto no han tenido ninguna complicación, puede darse el alta precoz, siempre haciendo una esmerada valoración del estado físico y emocional de la madre, así como de factores psicosociales que requieren un control más grande: madres drogodependientes, antecedentes de maltrato infantil o negligencia, historia de violencia familiar, particularmente durante el embarazo actual, enfermedad mental del padre o la madre, madres adolescentes, inexistencia de domicilio, etc.

Con respecto a los recién nacidos, es posible el alta si no existen los factores psicosociales mencionados anteriormente y se cumplen todos los criterios siguientes:

#### **Criterios clínicos**

- Recién nacidos a término de peso apropiado para la edad de gestación.
- Normalidad en el examen clínico antes del alta. El examen tiene que estar registrado en la historia clínica.
- Capacidad de mantener la temperatura corporal normal.
- Capacidad de alimentarse por vía oral y coordinar adecuadamente la succión y la deglución.
- Que haya hecho al menos una emisión de orina y meconio.
- Ausencia de factores de riesgo de hiperbilirubinemia o signos clínicos patológicos.
- Facilidad de acceso de los padres al pediatra para resolver cualquier duda con respecto a los cuidados del recién nacido.
- Evaluación del recién nacido entre el 3<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> día de vida, para control clínico, y cribado precoz neonatal, asegurando la continuidad de la asistencia.

### **3.2.2. Alta hiperprecoz (menos de 24 horas después del parto)**

Siempre de tipo voluntario. Tiene que seguirse los mismos criterios que en el grupo anterior. Sin embargo, es necesario en este caso un examen pediátrico del recién nacido, dentro de las primeras 48 horas después del alta.

### **3.3. Información a la mujer en el momento del alta puerperal**

Antes del alta, se darán las recomendaciones pertinentes para los cuidados domiciliarios maternos y del recién nacido. En aquellas zonas en que estén funcionando los programas de atención puerperal domiciliaria, se pondrá en contacto a la puérpera con su centro de asistencia primaria para que la comadrona lleve a cabo la supervisión al domicilio de la puérpera (ver anexo 12, pág.149).

### **3.4. Informe de alta**

#### **3.4.1. De la madre**

Toda puérpera tiene que disponer de un informe de alta en que consten sus datos administrativos, fecha de ingreso, parto y alta, y los datos básicos de las características de su embarazo, parto, recién nacido, lactancia y puerperio hospitalario. Tendrán que constar los diagnósticos y procedimientos utilizados, así como las recomendaciones y los tratamientos prescritos. Se hará constar la fecha en que tiene que acudir a su revisión puerperal y el lugar donde se llevará a cabo.

Hay que anotar los datos en el carnet de la embarazada.

#### **3.4.2. Del recién nacido**

Tienen que constar todos los datos relevantes para una correcta valoración del recién nacido, por parte del pediatra que hará el seguimiento posterior: el peso en el alta, la exploración física en el alta y si se ha realizado o no el cribado neonatal de fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, fibrosis quística e hipoacusia.

Hay que anotar los datos en el carnet de salud del niño/a.

#### **4. LA ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO DE PUERPERIO DOMICILIARIO**

La atención al puerperio domiciliario forma parte de la cartera de servicios del PSAD-ASSIR del Departamento de Salud. La implantación de este servicio se está realizando de forma progresiva en toda Cataluña y, actualmente, las coberturas poblacionales sobre los nacimientos varían en función del ámbito geográfico, de los recursos humanos y de la organización asistencial, por eso en determinados lugares es difícil su implantación. No obstante, hay que asegurar una correcta asistencia al puerperio y planificar de forma progresiva la implantación de este servicio.

Por este motivo, dentro de este apartado hay una priorización de los casos en que sería necesaria una correcta valoración del puerperio en el domicilio.

El seguimiento del puerperio normal tiene que ser una continuación de la atención a la mujer después del alta del hospital o clínica. La visita o visitas domiciliarias posteriores darán la posibilidad de ofrecer las actividades de asesoramiento y asistenciales necesarias durante el puerperio domiciliario, tanto para la mujer como para el recién nacido.

De la posibilidad de esta visita tendría que informarse en los últimos controles del embarazo y en el momento del alta del hospital maternal.

Las visitas domiciliarias en el posparto requieren una buena coordinación entre los niveles asistenciales de atención primaria y el hospital con el fin de establecer unos circuitos ágiles con traspaso de información útil y en el momento adecuado.

En la última visita de puerperio domiciliario tiene que citarse la mujer a la consulta de atención primaria para realizar la visita de control posparto, aproximadamente 40 días después del parto.

En el caso de las mujeres que no reciben la visita de puerperio domiciliario, es importante establecer un plan de visitas a la consulta con el fin de hacer una valoración global de su estado de salud y de recuperación, así como dar asesoramiento en aquellos temas que se crean necesarios en función de la situación de cada puérpera (lactancia, anticoncepción, sexualidad, etc.).

#### **4.1. Criterios de priorización de visitas durante el puerperio domiciliario**

Hay que hacer una valoración y priorización de los casos que requieren una visita de puerperio en el domicilio, ya que suelen presentar unas necesidades y situaciones específicas que determinan un seguimiento más esmerado.

Los criterios de priorización del puerperio domiciliario serán los que marcarán el tiempo y la necesidad de programar la visita con más o menos urgencia. Tienen que ser valorados en primer lugar por el equipo de la unidad de púerperas del hospital, que a través de la coordinación con la atención primaria tienen que establecer los circuitos para la comunicación de los casos a priorizar, en función de la detección de necesidades:

##### **A) Criterios biológicos**

- **Primíparas:** suelen presentar partos más largos y dificultosos, inexperiencia e inseguridad en el cuidado del recién nacido, dificultades en la técnica de lactancia, cansancio, problemas por falta o "exceso" de apoyo familiar.
- **Múltiparas:** hay que priorizar por control de la involución uterina, carga familiar, cansancio, patologías asociadas, edad.
- **Cesáreas:** requieren control de la herida, retirada de puntos si hace falta, adiestramiento del cuidado de la herida.
- **Prematuridad:** requieren una atención individualizada para la valoración de necesidades y problemas específicos que se presentan en estos casos.
- **Gemelos:** requiere una adaptación de la madre en su entorno más compleja y, por lo tanto, una valoración del estado físico y del entorno.

## **B) Criterios psico-sociales**

- **Madres adolescentes:** requieren un mayor apoyo, ya que tienen que hacer frente a una situación para la cual normalmente no están preparadas. Hay que cuidar: su recuperación física, la relación con el recién nacido, la responsabilidad de la crianza, los cambios sociales que supone.
- **Madres que han sufrido una muerte fetal:** implica una valoración y apoyo emocional a la madre, además del control de su estado físico.
- **Madres drogodependientes:** hay que valorar la capacidad para el propio autocuidado y la del recién nacido, valorar la ayuda de que dispone, enterarse de si está siguiendo un programa de desintoxicación o si es consumidora, contactar con servicios sociales y con el CAS de referencia.
- **Factores socio-económicos desfavorables:** tienen que valorarse en el domicilio las condiciones mínimas de higiene, tanto para la madre como para el recién nacido, la necesidad de suplementos vitamínicos para la madre, el descanso, las ayudas sociales de que dispone.
- **Control insuficiente de la gestación:** está normalmente asociado al factor anterior y requiere una valoración de necesidades específicas.

**Alta precoz:** la puérpera sale del hospital después de las 24-48 horas del parto y requiere un control más esmerado en el domicilio, es necesario el control de la evolución del puerperio, la valoración de la aparición de complicaciones, el alivio del dolor y la ayuda para la instauración de la lactancia.

## **C) Otras situaciones**

- Madres sin apoyo del progenitor o la familia.
- Muerte o enfermedad grave del padre o familiar inmediato.
- Madres con trastornos psiquiátricos.
- Madres con hijos nacidos con malformaciones o discapacidades.
- Madres con recién nacidos enfermos.

## **4.2. Número de visitas recomendadas durante el puerperio domiciliario**

### **Visitas de puerperio domiciliario**

Primera visita (*)	A las 24-48 horas después de llegar a casa
Segunda visita (*)	A las 24-48 horas después de la primera visita
Tercera visita (**)	A las 24-48 horas después de la segunda visita

(\*) Prioritaria, sin embargo siempre según las necesidades detectadas y criterios de priorización.

(\*\*) Opcionales y dependiendo de las necesidades de la mujer.

### **Visitas de puerperio domiciliario en el alta precoz**

Primera visita (*)	A las 24-48 horas después de llegar a casa
Segunda visita (*)	A las 24-48 horas después de la primera visita y según valoración
Tercera visita (**)	A las 24-48 horas después de la segunda visita y según valoración

Las pautas de actuación a seguir en las visitas del puerperio domiciliario, así como la actividad grupal durante el posparto, están desarrolladas en el anexo 11.

## **5. VISITA DE CONTROL POSPARTO**

La visita de control posparto se realiza aproximadamente a los 40 días después del parto y se lleva a cabo en el ámbito de la atención primaria (PSAD-ASSIR) o consultorio.

En los casos que requieren un control más exhaustivo o un seguimiento después del alta, atendiendo a la existencia de una patología, esta visita podrá realizarse en el ámbito hospitalario.

Esta visita consistirá en:

- Valoración del estado actual de la mujer y del recién nacido.
- Valoración de la lactancia.
- Valoración del asiento pélvico.
- Información y educación sobre métodos contraceptivos.
- Valoración del entorno social y familiar.

## 6. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL PUERPERIO

- **Información a la mujer y la familia en el puerperio** (ver anexo 1, pág. 81)
- **Ambiente psicoafectivo en el puerperio** (ver anexo 2, pág. 89)
- **Atención a la diversidad** (ver anexo 3, pág. 97)
- **Atención en el parto natural no medicalizado** (ver anexo 4, pág. 101)
- **Registro de datos en el puerperio** (ver anexo 13, pág. 155)

**CAPÍTULO IV**  
**REEVALUACIÓN DEL RIESGO DEL**  
**PARTO**  
**TRASLADO PERINATAL**

## **CAPÍTULO IV** **REEVALUACIÓN DEL RIESGO DEL PARTO** **TRASLADO PERINATAL**

### **1. REEVALUACIÓN DEL RIESGO EN EL MOMENTO DEL PARTO**

Es de gran importancia que en el momento del ingreso para el parto se haga una exhaustiva revisión de la embarazada, con el fin de tener lo más claramente definido posible el nivel de riesgo con que entrará en la fase de parto, de cara a prevenir y planificar el transporte materno y/o el neonatal.

Las derivaciones al nivel hospitalario adecuado tienen que hacerse de acuerdo con este nivel de riesgo del parto, teniendo en cuenta los problemas existentes:

- Dispersión hospitalaria.
- Diferentes estructuras y organización (pública-privada).
- Diferentes mecanismos de coordinación-conexión entre los diferentes niveles hospitalarios, etc.

Y no tiene que olvidarse que, siempre que sea posible, la mejor forma de transporte perinatal es intraútero.

#### **1.1. Identificación del parto de bajo riesgo**

La ausencia total de riesgo no existe, ya que siempre hay la posibilidad que algún factor imprevisible pueda complicar el curso de un parto inicialmente catalogado como de bajo riesgo.

Tiene que considerarse parte de riesgo bajo a aquél en el cual no han podido demostrarse, a lo largo de todo el proceso del embarazo, factores de riesgo que puedan afectar al parto.

#### **1.2. Identificación del parto de riesgo medio**

Pertenecen a este grupo las gestantes que presentan alguna característica física, antecedente patológico o complicación al inicio o en el transcurso del parto, que sin ocasionar de forma segura un

parto distócico o necesidad de un control específico del recién nacido, sí que lo hacen más probable que en la población sin ninguno de estos factores de riesgo y, por lo tanto, obliga a algún tipo específico de control o procedimiento añadido (ver cuadro 1).

Este grupo de riesgo, normalmente no requerirá recursos altamente especializados; son en general suficientes los recursos sanitarios al alcance de un equipo obstétrico y neonatal de un hospital de nivel Y (ver anexo 14, apt. 1.2, pág. 167).

### **1.3. Identificación del parto de alto riesgo**

Se clasificarán en este grupo de riesgo las gestantes que presenten durante el embarazo o en algún momento de todo el proceso del parto alguno de los factores que configuran la lista de indicadores de alto riesgo, ya que pueden hacer aumentar la probabilidad que aparezcan complicaciones, incrementando así la morbilidad y la mortalidad perinatal y materna (ver cuadro 2).

Estas complicaciones, a veces, necesitan recursos sanitarios que no están normalmente disponibles en los hospitales de nivel I y, por lo tanto, tendrán que derivarse a un nivel asistencial superior (nivel II) (ver anexo 14, págs. 169-171).

### **1.4. Identificación del parto de riesgo muy alto**

Se clasificarán en este grupo de riesgo las gestantes que presenten durante el embarazo o en algún momento de todo el proceso del parto alguno de los factores que configuran la lista de indicadores de riesgo muy alto, ya que pueden hacer aumentar la probabilidad que aparezcan complicaciones, incrementando así la morbilidad y la mortalidad perinatal y materna (ver cuadro 3). Requieren recursos sanitarios habitualmente de alta tecnología, que se encuentran en un número limitado de hospitales (nivel III) (ver anexo 14, págs. 171-173).

## CUADRO 1. PARTO DE RIESGO MEDIO: INDICADORES

Reevaluación del riesgo para el parto	Posibles complicaciones (*)		Hospital de atención al parto	
	Durante el parto y puerperio	En el recién nacido		
Portadora HBsAg	(1) Parto distócico (Aumento cesarea) (Por desproporción pelvifetal, Pretérmino, RCIU, RPBF, etc.)	Transmisión vertical	Nivel I (**)	
Obesidad no mórbida (1)		Macrosomía		
Altura baja (1)		Bajo peso		
Diabetes gestacional no insulino dependiente (ID) (1)		Macrosomía, Hipoglucemia		
Mujer adolescente		Bajo peso Prematuridad		
Anomalías pelvianas		(1) Sufrimiento fetal: (ateración neurológica)		
Control insuficiente gestación				
Primípara > 40 años				
Macrosomía 4.000-4.500 g (1)				
Gemelos a término y sin retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) (1)				
Gestación de 36-37 semanas				
Líquido meconial (1)				
RCIU leve >2.500 g (2)				
Riesgo pérdida bienestar fetal (RPBF) (1)				
Fase de latencia prolongada				
Fase activa prolongada (1)				
Fase activa detenida (1)				
Periodo de expulsión prolongado (1)				
Cesárea anterior (1)	Deshicencia cicatriz Hemorragia			
Patología mental leve	Descompensación			
Cardiopatía I	Descompensación			
Anemia leve o moderada	Anemia grave/severa			
Portadora estreptococo betahemolítico	Corioamnionitis Infección puerperal	Infección neonatal		
Gran multiparidad	Hemorragia	Macrosomía Bajo peso		

(\*) Las posibles complicaciones que se incluyen, no se tienen que entender como exhaustivas, sino como orientativas.

(\*\*) Según circunstancias particulares, puede variar I, II, III.

(1) Esta complicación (Parto distócico) también puede darse en los factores de riesgo que tienen una complicación especificada, no se ha incluido en los recuadros individuales para que no resulte tan repetitivo.

(2) Peso estimado. Entre los percentiles 5-10 (estándards SEGO).

## CUADRO 2. PARTO DE RIESGO ALTO: INDICADORES

Reevaluación del riesgo para el parto	Posibles complicaciones (*)		Hospital de atención al parto
	Durante el parto y puerperio	En el recién nacido	
Anemia grave Hb < 9 g/dl <sup>(1)</sup>	Transfusión, patología fetal	Anemia, hipoxia-isquemia	Nivell II (**)
Cardiopatía <sup>(2)</sup>	Insuficiencia cardíaca	Hipoxia	
Cirugía uterina previa	Rotura uterina Anemia aguda	Hipoxia-isquemia	
Diabetes gestacional D	Descompensación Riesgo de pérdida del BF Distocia	Hipoglucemia, Hipocalcemia, hiperbilirrubinemia Distress, malformaciones	
Placenta previa	Hemorragia	Hipoxia-isquemia, anemia	
Preemclampsia leve	DPPNI-CID Preemclampsia grave	Hipoxia-isquemia, CIR	
Patología asociada leve o moderada	Depende de la patología	Depende de la patología	
Malformación fetal leve <sup>(2)</sup>	Según el tipo de anomalía	Según el tipo de anomalía	
DPPNI	Riesgo de pérdida del BF, transfusión, histerectomía	Hipoxia-isquemia, anemia	
Riesgo moderado de pérdida del bienestar fetal	Pérdida del bienestar fetal Muerte fetal	Hipoxia-isquemia	
Antecedente de hemorragia grave postparto	Hemorragia Transfusión		
Anomalías volumen líquido amniótico <sup>(3)</sup>	Malposición Prolapso de cordón	Malformación, Bajo peso Macrosomía	
Pretérmino (>=32 semanas de gestación)	Malposiciones fetales	Distress, hipoglucemia, infección, problemas de alimentación	
Rotura prematura de membranas >12 h. <sup>(4)</sup>	Pretérmino Corioamionitis Infección puerperal	Infección neonatal	
RCIU moderado (percentil 3-5) <sup>(5)</sup>		Hipoglucemia	

(\*) Las posibles complicaciones que se incluyen, no se tienen que entender como exhaustivas, sino como orientativas.

(\*\*) Según circunstancias particulares, puede variar a otros niveles (II, III)

<sup>(1)</sup> Excluida la que corresponda a enfermedades sistemáticas graves.

<sup>(2)</sup> Malformación anatómica que no requiere tratamiento obstétrico especial y/o neonatal.

<sup>(3)</sup> Polihidramnio o oligohidramnio, no secundarios a otras patologías graves.

<sup>(4)</sup> Más de 12 horas de evolución sin inicio del trabajo de parto.

<sup>(5)</sup> Peso estimado (estándars SEGO).

### CUADRO 3. PARTO DE RIESGO MUY ALTO: INDICADORES

Reevaluación del riesgo para el parto	Posibles complicaciones (*)		Hospital de atención al parto
	Durante el parto y puerperio	En el recién nacido	
Patología mental grave	Descompensación	Dependiendo de la patología	Nivell III
Riesgo de tromboembolismo	Tromboembolismo		
Riesgo grave de pérdida del Bienestar Fetal	Muerte fetal	Hipoxia-isquemia, Sínd. postasfíctica	
Isoimmunización	Hidrps. Muerte fetal	Hiperbilirubinemia, anemia, distres	
Gemelos de pretérmino		Bajo peso, prematuridad	
Parto de pretérmino <32 semanas de gestación	Riesgo aumentado de malposiciones	Distres respiratorio, infección, hemorragia intracraneal, <i>ductus persistent</i>	
Cardiopatía 3 y 4			
Diabetes pregestacional y gestacional de difícil control	Descompensación (cetoacidosis, coma diabético)	Hipoglucemia, hiperbilirubinemia, hipocalcemia/MMH, macrosomía	
Drogoadicción	Síndrome de abstinencia, infecciones, HIV, disminución de efectos analgésicos	Síndrome de abstinencia, infección, pretérmino, CIR	
Alcoholismo	CIR	Síndrome alcohólico, fetal	
Gestación múltiple. Gemelos monoamnióticos	Pretérmino extremo, edema agudo de pulmón, CIR, transfusión fetofetal	Pretérmino extremo, anemia, policitemia, hipoxia	
MTS con posibilidad de afectación del recién nacido	Dependiendo del MTS	Dependiendo del MTS	
Hijo anterior con afectación neurológica o retraso psicomotor	Angustia materna	Riesgo de recurrencia	
Enfermedades hereditarias, posibilidad de afectación del recién nacido	Dependiendo de la enfermedad	Dependiendo de la enfermedad	
Defecto congénito fetal confirmado grave (2)	Dependiendo de la alteración	Dependiendo de la alteración	
Muerte perinatal previa (2)	Según etiología	Riesgo de recurrencia	
Patología asociada grave	Aumento del riesgo materno	Aumento del riesgo de muerte o secuelas	
Preeclampsia grave. Síndrome HELLP	HELLP-CID, insuficiencia renal. Prematuridad	Gran prematuro, bajo peso, hipoxia	
RCIU severo (<percentil 3) (1)	Riesgo de pérdida de BF	Bajo peso, hipoxia-isquemia, hipoglucemia	
Rotura de membranas en el pretérmino (<33 S.G.)	Parto pretérmino Corioamnionitis, EAP	Prematuridad Infección neonatal vertical	
Isoimmunización	Pérdida del bienestar fetal	Anemia grave, hiperbilirubinemia, hidropos fetales	

(\*) Las posibles complicaciones que se incluyen, no se tienen que entender como exhaustivas, sino como orientativas.

(1) Peso estimado (estándards SEGO).

(2) Defecto congénito que requerirá tratamiento obstétrico específico y/o neonatal

(3) De origen desconocido o de riesgo de recurrencia.

## **2. EL TRASLADO PERINATAL**

Desde el punto de vista sanitario es necesario diferenciar dos términos: el traslado y el transporte. El traslado tiene un sentido mucho más amplio que un transporte: comprende, desde el momento que se toma la decisión del transporte, su valoración, la búsqueda del hospital adecuado, un periodo más o menos largo de estabilización, el transporte propiamente dicho y, por último, la admisión en el centro receptor.

Para la comprensión de la terminología que se utiliza en este tema, ver el anexo 11. En él también se incluye la relación del material mínimo que se recomienda para el traslado del bebé crítico.

### **2.1. Dinámica de la decisión del traslado perinatal**

Cuando durante la gestación se presenta la necesidad de una atención especializada para la madre o para el recién nacido, debe tenerse muy en cuenta y reevaluarse el riesgo de cara a la previsión del ingreso para el parto en el nivel hospitalario que le corresponde (ver anexo 14, pág. 156).

Si esta necesidad surge mientras la mujer ya está ingresada para el proceso del parto, tiene que valorarse esmeradamente la posibilidad, o no, de realizar la asistencia de la madre y/o del recién nacido en el hospital donde se está controlando el parto o si tiene que organizarse el traslado al nivel hospitalario adecuado.

Si no es posible realizar esta asistencia con las garantías suficientes:

Hay que valorar la posibilidad de transportar a la madre a un centro de nivel superior (ver apartado sobre el traslado intraútero).

Si no es posible el traslado intraútero:

Hay que realizar el parto en la maternidad de origen y transportar la madre y/o el recién nacido después del nacimiento.

Si se prevé que el niño nacerá en estado crítico o que puede necesitar cuidados inmediatos que no pueden realizarse en el centro emisor, tendrá que hacerse la previsión del transporte urgente vía Sistema de Emergencias Médicas (SEM) ya en el momento en que se constata la imposibilidad del transporte intraútero y la necesidad del transporte neonatal urgente (ver apartado sobre el transporte del recién nacido crítico).

## **2.2. El traslado de la madre**

### **2.2.1. Traslado intraútero**

Es el transporte urgente de la madre para la asistencia al parto, desde una maternidad que no dispone de los medios adecuados para la atención del recién nacido (o de la madre), a otro de nivel superior, con la finalidad de acercar al recién nacido y a la madre con alta probabilidad de sufrir patología grave a un centro que pueda asumir su atención médica.

Siempre que sea posible, el traslado intraútero es el mejor sistema de transporte para el recién nacido.

#### **2.2.1.1. Ventajas del traslado intraútero**

- El recién nacido puede ser asistido correctamente, inmediatamente después del nacimiento.
- La madre en el posparto puede visitarlo a menudo, estableciendo una buena relación madre-hijo.
- Disminuyen los costes.

### **2.2.1.2. Limitaciones y posibles complicaciones del traslado intraútero**

- Según la patología materna, puede haber un agravamiento, sobre todo si se trata de patología hemorrágica o hipertensiva (hace falta la estabilización de la madre asegurando el tratamiento farmacológico indicado *in itinere*).
- La monitorización fetal es difícil de asegurar, por lo tanto hace falta valorar el riesgo de pérdida del bienestar fetal y/o la muerte fetal durante el transporte.
- Es difícil de predecir el momento del parto en el recién nacido de pretérmino, y al mismo tiempo hace falta evitar el parto durante el transporte, ya que las condiciones para la reanimación del recién nacido en la ambulancia no son las mejores.
- Hay que considerar la distancia al centro receptor, las condiciones del tráfico y el riesgo de accidentes.
- Puede alejar a la madre de su entorno, si la distancia geográfica es importante y provocarle ansiedad.
- Hay que advertir a la madre que un pequeño porcentaje de niños hijos de gestaciones de alto riesgo (10%) no necesitarán cuidados intensivos al nacer.

### **2.2.2. Indicaciones del traslado intraútero**

El traslado intraútero tiene unas indicaciones muy claras, como la patología fetal diagnosticada con anterioridad. No hay que esperar enfrentarnos a un recién nacido crítico en un centro de nivel no adecuado y someter después al paciente a un transporte.

En los casos de riesgo de prematuridad o patología aguda no esperada, hace falta una buena coordinación interhospitalaria, así como la elección del equipo idóneo con los componentes necesarios para un transporte lo más seguro posible.

### **Indicaciones más frecuentes del traslado intraútero**

- Amenaza de parto prematuro < 32 semanas de gestación con o sin rotura prematura de membranas.
- Parto múltiple < 34 semanas.
- Retraso de crecimiento intrauterino grave < 34 semanas.
- Malformaciones congénitas que obligan a un tratamiento inmediato.
- Incompatibilidad sanguínea grave.
- Hidropos fetal.
- Polihidramnio u oligoamnio grave.
- Preeclamsia grave o síndrome de HELLP.
- Sospecha de enfermedad metabólica que necesita un control inmediato.
- Enfermedad materna grave/complicaciones del embarazo (por ejemplo: descompensaciones de diabetes insulínica y patología cardíaca).

### **2.2.3. Contraindicaciones del traslado intraútero**

- Riesgo grave de pérdida del bienestar fetal.
- *Abruptio placentae*.
- Sangrado importante.
- Si la madre necesita cuidados inmediatos.
- Parto inminente (ver puntuación de Malinas). En todo caso, independientemente del resultado de la puntuación de Malinas, el transporte puede ser medicalizado. El resultado de la puntuación puede orientarnos sobre el personal que tiene que realizarlo (equipo de adultos, equipo pediátrico o ambos).

## **2.3. El traslado del recién nacido**

### **2.3.1. El traslado del recién nacido no crítico**

Si el recién nacido no necesita cuidados intensivos inmediatos, el transporte a realizar se considerará *no crítico* y se valorará si será unidireccional o bidireccional, es decir, si será el centro emisor o el centro receptor el que realizará el transporte. Lo podrá realizar un/a diplomado/a de enfermería.

### **2.3.2. El traslado del recién nacido crítico**

Si se prevé que el recién nacido necesitará cuidados intensivos, el transporte se realizará, siempre que sea posible, a través del SEM. Una vez resuelta la patología aguda que motivó el transporte, se valorará la posibilidad de retorno al centro sanitario de origen.

### **2.3.3. Indicaciones del traslado posnatal del recién nacido**

La decisión del traslado depende de una serie de factores, que incluyen: la posibilidad de terapias respiratorias, el material, el apoyo de radiología y del laboratorio, el personal médico y de enfermería. Puede estar sujeto a variaciones individuales de cada centro y de sus disponibilidades, y pueden haber diferencias, dependiendo de la época del año y del momento (por ejemplo, vacaciones del personal médico, de enfermería y técnicos).

### **Las indicaciones más frecuentes son:**

- *Distress* respiratorio grave (hipertensión pulmonar persistente, etc.).
- Apnea persistente y/o bradicardias.
- Malformaciones congénitas graves.
- Asfixia perinatal grave.
- Edad gestacional < 34 semanas o peso de nacimiento < 2.000 g.
- Trastornos hematológicos graves (trombocitopenia, enfermedad hemolítica grave), incluyendo los que necesitan técnicas como la exsanguinotransfusión.
- Aquella patología que necesita cuidados intensivos o tratamientos complejos (infecciones graves, trastornos metabólicos, hemorragia intracraneal, etc.).

Es deseable que, en el caso de transporte posnatal del recién nacido, la madre también sea transportada tan pronto como posible en condiciones de estabilidad, con el fin de mantener la proximidad madre-hijo.

#### **2.3.4. Condiciones del transporte posnatal del bebé**

Siempre tiene que realizarse después de la estabilización del recién nacido.

Hará falta, por lo tanto:

- Asegurar las vías aéreas libres con una ventilación correcta.
- Asegurar un correcto control hemodinámico, con la administración de líquidos, drogas inotrópicas o expansores plasmáticos, si está indicado.
- Evitar pérdida de calor y mantener la temperatura axilar en torno a 36,5 - 37°C.
- Corregir los problemas metabólicos.
- Tratar los problemas especiales, por ejemplo:
  - Administrar surfactante, si hay constreñimiento (*distress*) respiratorio grave en el recién nacido pretérmino.
  - Efectuar drenaje pleural, si hay neumotórax en tensión.
  - Iniciar tratamiento antibiótico, cuando está indicado o si hay infección grave, siempre con cultivos previos.
  - Administrar prostaglandinas, si hay sospecha de cardiopatía congénita ductusdependiente.

#### **2.3.5. Aspectos a tener en cuenta en el hospital emisor antes del transporte**

- Es necesario un responsable para la asistencia del recién nacido a la sala de partos, desde el nacimiento hasta el transporte.
- El médico responsable tendrá cuidado de la asistencia del recién nacido durante el periodo de estabilización (tiempo que transcurre desde el nacimiento o desde que se plantea la situación de traslado y el inicio del transporte). Además:

- Establecerá comunicación con el centro coordinador del transporte y/o con el centro receptor del recién nacido e informará de la patología que presenta el niño, el tratamiento en curso, etc.
  - Rellenará los datos de la historia clínica (antecedentes personales, familiares, características de la gestación, parto y periodo intermedio hasta el transporte) y preparará la hoja de traslado del recién nacido.
  - Preparará una muestra de sangre de la madre (5 cc), sin anticoagulante, y si es posible la placenta en bolsa estéril, para remitirla al hospital receptor.
  - Informará a los padres sobre la patología del recién nacido y sobre el centro receptor, sin olvidar la dirección y el teléfono, y solicitará el consentimiento escrito del transporte.
- El recién nacido saldrá convenientemente identificado del hospital emisor (ver anexo 7, pág. 117).

### **2.3.6. Normas del equipo asistencial del transporte del recién nacido crítico**

- El transporte del recién nacido crítico lo llevará a cabo un pediatra y un diplomado de enfermería, con conocimientos y adiestramiento específico en reanimación neonatal, y un técnico en transporte sanitario.
- Antes de iniciar el transporte, el pediatra comprobará si se reúnen las condiciones requeridas durante el periodo de estabilización y junto con el diplomado de enfermería recogerán toda la información del recién nacido para transmitirla al centro receptor.
- El pediatra informará a la familia sobre las características del traslado y facilitará la identificación de los diferentes componentes del equipo.
- Durante el transporte resolverán los problemas agudos que puedan plantearse y lo anotarán en la hoja de transporte con precisión.
- En el hospital receptor, entregarán el paciente al médico y diplomado de enfermería receptores responsables y los informarán de las incidencias.

- Mantendrán siempre a punto el vehículo y el material necesario para el transporte.

### **2.3.7. Normas del hospital receptor del recién nacido crítico**

- Los hospitales receptores colaborarán con el centro coordinador del traslado, para mantenerlos informados de la disponibilidad de camas (incubadoras) y medios.
- El centro receptor informará posteriormente al centro emisor sobre el transporte y la evolución del recién nacido.
- El centro receptor colaborará también con el centro coordinador en el control de calidad de los transportes.

### **2.3.8. Consideraciones médicas y legales con respecto al traslado de recién nacidos**

- Los recién nacidos serán trasladados siempre que no se disponga de los recursos necesarios o que el equipo sanitario no tenga bastante experiencia para una atención óptima.
- El recién nacido tiene que estar identificado convenientemente.
- Si es difícil conocer por teléfono el estado del enfermo o los recursos disponibles en el centro emisor, los traslados se basarán en el criterio del médico remitente.
- Es prioritario para el traslado la valoración del estado clínico antes que cualquier otra razón, ya sea económica o administrativa.
- En el caso del transporte unidireccional (cuando el centro emisor realiza el transporte), el centro emisor y su médico son responsables del enfermo hasta la llegada al hospital receptor.
- En el caso de transporte bidireccional (cuando el transporte lo realiza el centro receptor), la responsabilidad del centro emisor no acaba cuando el recién nacido es aceptado, sino que sigue siendo responsable de su estabilización hasta que el equipo

asistencial que tiene que hacer el transporte abandona el hospital.

### **2.3.9. Aspectos éticos del traslado del recién nacido**

Pueden plantearse problemas éticos en la actitud terapéutica con respecto a un recién nacido con:

- Malformaciones congénitas graves
- Hemorragias intracraneales o asfixia grave
- Prematuro muy extremo.

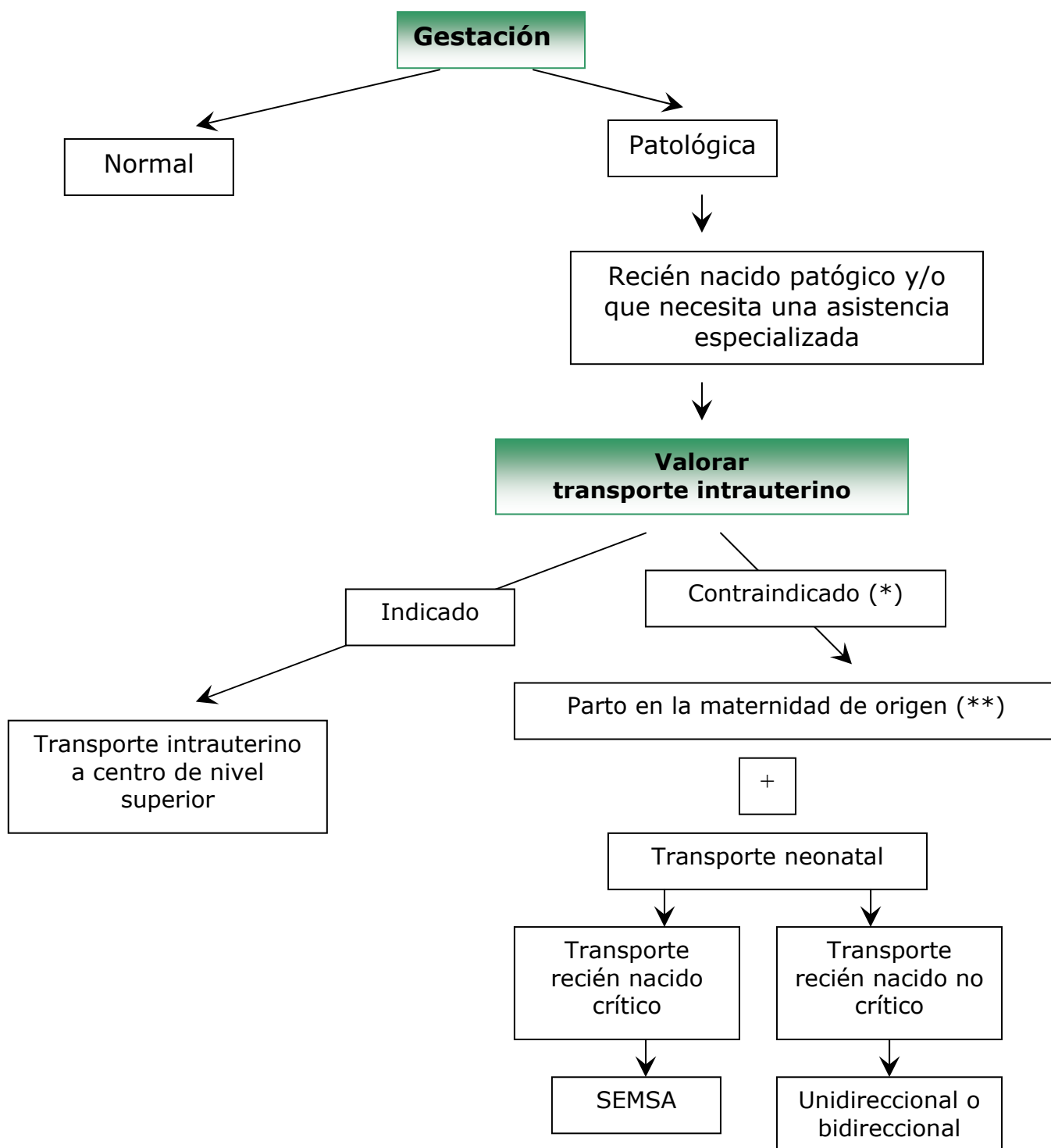
Si hay dudas sobre la viabilidad o la calidad de vida del bebé a transportar, es mejor continuar la reanimación y realizar el transporte, y que sea en el hospital receptor, con los medios diagnósticos adecuados, donde se tome la decisión.

### **2.4. El transporte de retorno**

Consiste en el retorno de un recién nacido convaleciente, desde el centro donde necesitó cuidados intensivos al CE, una vez resuelta la enfermedad aguda que motivó el traslado y antes del alta a su casa.

- Ventajas
  - Mejora la utilización de camas en un sistema regionalizado.
  - Los padres pueden visitar a su hijo más a menudo ya que, en general, el hospital está más cerca de su casa.
  - Favorece la relación interpersonal con los profesionales de ambos hospitales.
  - Disminuye el coste.

## CUADRO 4. DINÁMICA DEL TRASLADO PERINATAL



(\*) Riesgo grave de pérdida de bienestar fetal, desprendimiento de placenta, sangrado importante, la madre necesita cuidados inmediatos o parto inmediato.

(\*\*) Activar el transporte en el momento que se conoce la imposibilidad del transporte intrauterino y la necesidad del transporte neonatal.

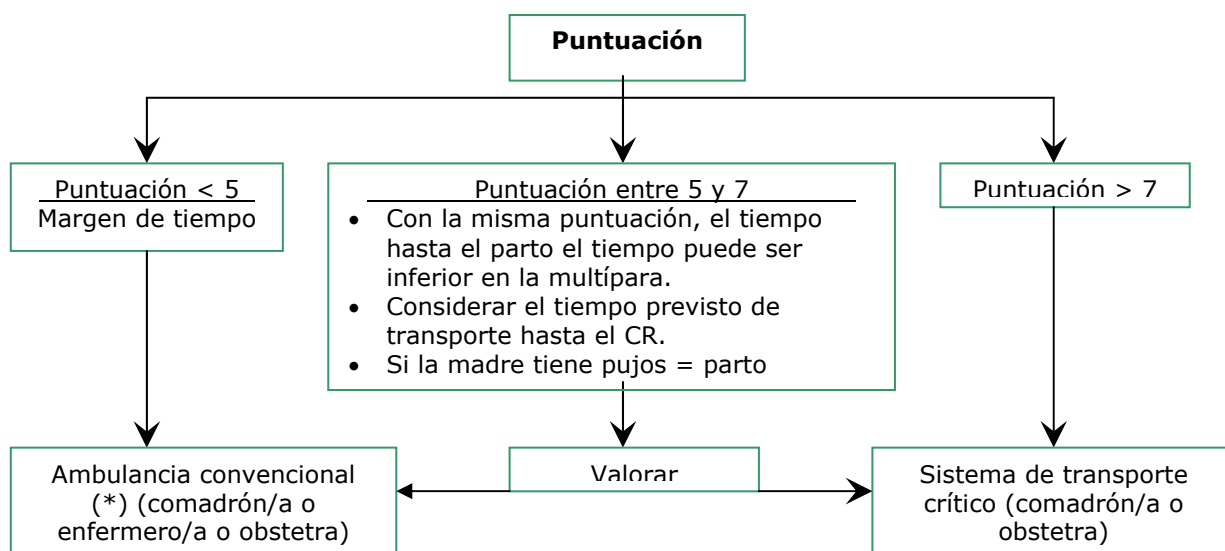
## CUADRO 5. VALORACIÓN DEL TRASLADO DE LA MADRE (TRASLADO "INTRAUTERO")

### PUNTUACIÓN DE MALINAS (modificación de l'score de Malinas)

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

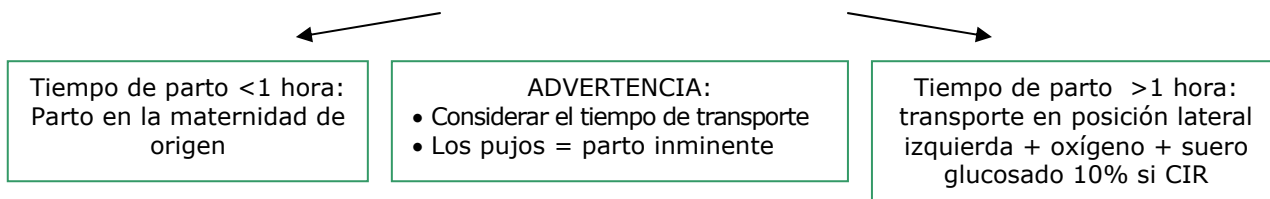
Centro maternal de referencia: \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN	0	1	2	Total
Paridad	1	2	≥ 3	
Duración del parto	< 3 horas	3-5 horas	> 6 horas	
Duración de las contracciones	< 1 minuto	1 minuto	> 1 minuto	
Intervalo entre contracciones	> 5 minutos	3-5 minutos	< 3 minutos	
Rotura de bolsa	No	Recientemente	> 1 hora	



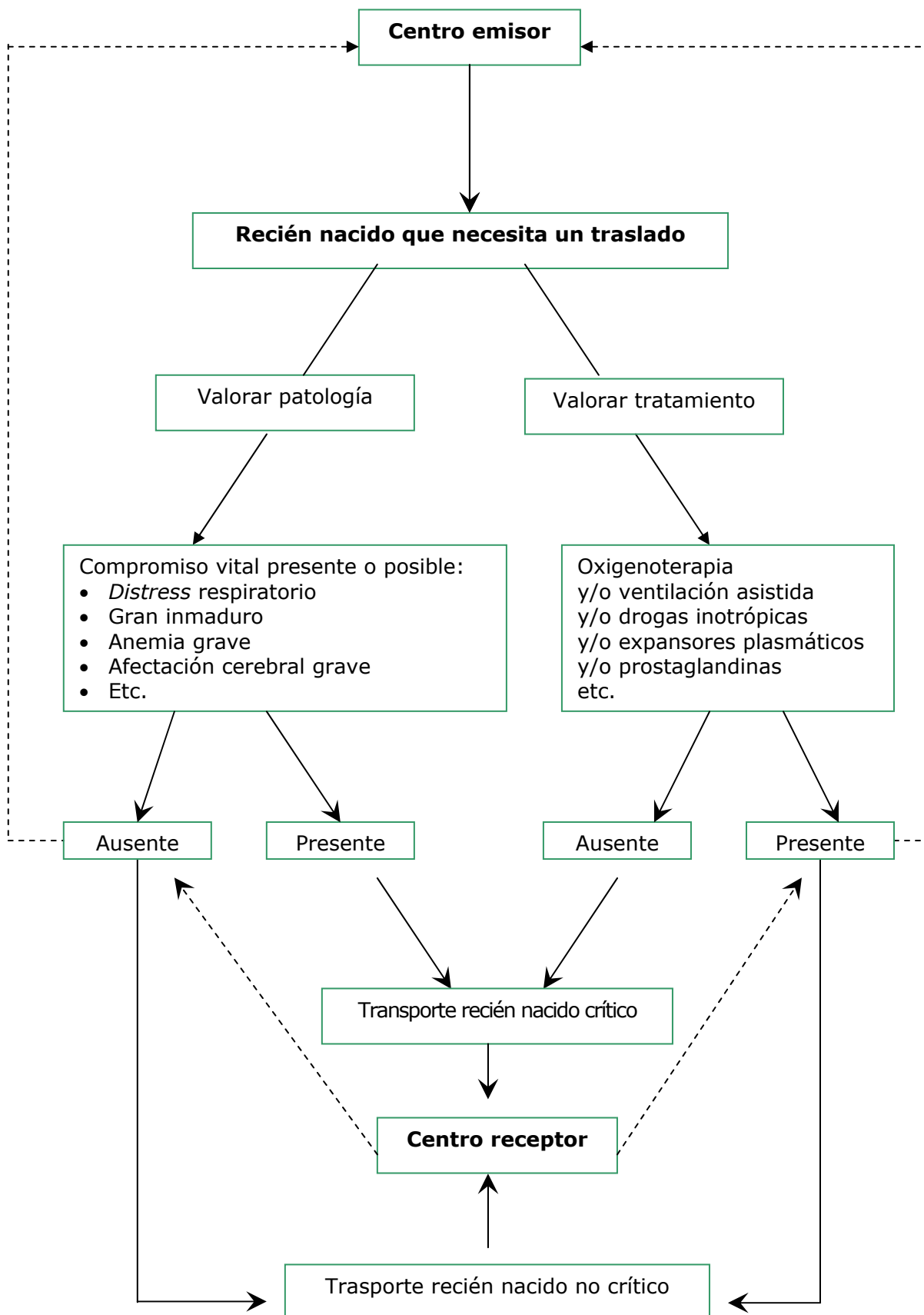
Si se realiza una exploración cervical en el centro emisor (CE), el tiempo para el parto tiene que ser estimado con una precisión más grande

Dilatación vertical	Primípara	Secundípara	Múltipara
5 cm	4 horas	3 horas	1 h 30 min
7 cm	2 horas	1 hora	30 min
9 cm	1 hora	30 min	Algunos minutos
Dilatación completa	Parto		



(\*) El transporte de una embarazada tendría que incluir la presencia de un/a comadrón/a o enfermero/a con conocimientos obstétricos.

## CUADRO 6. VALORACIÓN DEL TRASLADO DEL RECIÉN NACIDO



**CAPÍTULO V**  
**ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**INFORMACIÓN A LA MUJER Y A LA**  
**FAMILIA**  
**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## **ANEXO 1**

### **INFORMACIÓN A LA MUJER Y A LA FAMILIA**

#### **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Uno de los factores fundamentales para ayudar a la pareja a vivir de una manera plena este acontecimiento único en su vida es la información que el equipo de profesionales tiene que proporcionar durante las diferentes etapas del parto. Esta información formará parte, y en ningún momento puede desvincularse, del ambiente psicoafectivo que proporcionaremos a la mujer y a su pareja en el proceso del parto, parto y puerperio. Por este motivo, estos dos importantísimos aspectos se trabajarán conjuntamente.

Es muy importante informar a la mujer, de manera entendedora y completa, sobre la situación en que se encuentra y sobre las diferentes etapas que se irán sucediendo, desde que entra por primera vez en el hospital maternal hasta que sale ya con su hijo.

Las necesidades de información que tienen las usuarias son habitualmente superiores a lo que piensa el personal sanitario, empezando por la misma identificación de este personal.

Se tiene que informar a la mujer y a su pareja, de la forma más conveniente, sobre las diferentes opciones que se pueden seguir, explicando de una forma veraz las ventajas y los inconvenientes. De esta manera, podrán participar en la toma de decisión sobre su parto y la atención que se ofrecerá a su hijo. Para dar una buena información, primero hay que escuchar la percepción que tiene la mujer y su pareja sobre este acontecimiento en su vida, sus expectativas, ideas, preferencias y su visión cultural (sobre todo en los colectivos étnicos o culturales minoritarios). Al mismo tiempo, es fundamental conocer la información que le han dado previamente sobre el tema, durante el seguimiento del embarazo; por eso es muy conveniente elaborar el plan de nacimiento antes de que se inicie el parto.

### **1. EL PLAN DE NACIMIENTO**

Cada vez más a menudo podemos encontrarnos parejas que quieren comunicar sus expectativas y muestran un gran interés en participar activamente en un "plan de nacimiento" con el equipo de sanitarios

que les atienden. Este interés, sin embargo, puede también reflejar el temor que la asistencia sea inflexible y también el temor que se desprecie su deseo y sus necesidades individuales.

Por este hecho, es conveniente que durante el embarazo se elabore un plan de nacimiento y que en el primer contacto con el hospital, entre la semana 34 y 36 de gestación (ver *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*, pág. 34), se revise este plan. En el caso de que este primer contacto no se haya realizado, hay que revisar y comentar el plan de nacimiento con la mujer/pareja en la primera visita al hospital para el parto.

### **Plan de nacimiento**

- Explicación de manera fácilmente comprensible del desarrollo del proceso natural del parto y las alternativas en el caso de que se presenten complicaciones o imprevistos que requieran atención sanitaria de urgencia.
- Diálogo con la pareja sobre sus expectativas y deseos, y sobre las posibilidades y opciones en la atención en el parto y puerperio, en el centro hospitalario concreto donde se haya previsto que tendrá lugar el parto.
- Grabación en la historia clínica de las pautas para la atención en el parto, parto y puerperio: acuerdos que se han adoptado con la mujer/pareja con respecto al acompañante, tipo de parto, posición, tocurgia, analgesia, primeros contactos con el recién nacido, lactancia, etc.

A las parejas que no expresen sus deseos y/o expectativas, se les informará sobre la progresión previsible del trabajo de parto y del nacimiento de su hijo/a, se les explicará los beneficios que aportará al proceso del parto su actitud positiva y la participación activa, también se les orientará con respecto a los conductos a seguir, etc.

Mediante el diálogo con la mujer y su pareja sobre este plan de nacimiento, el profesional puede conocer el nivel de apoyo que puede necesitar cada mujer y/o pareja en particular. Algunas mujeres desean controlar su proceso y, en este caso, si no se presenta ningún riesgo, es mejor limitar la presencia del personal sanitario a una vigilancia prudencial, tener previsto no hacer demasiadas intromisiones en el trabajo de parto, mientras que otras mujeres

tienen más necesidad del acompañamiento, del apoyo y de la intervención de los profesionales que las atienden.

En el plan de nacimiento es aconsejable involucrar al padre en la toma de decisión con respecto a las diferentes formas de conducir el parto. Hay que identificar, sin embargo, el papel del acompañante y observar su interacción con la gestante. La mujer tiene el derecho a tener con ella, durante el proceso de parto, a la persona que haya elegido.

## **2. CÓMO TIENE QUE DARSE LA INFORMACIÓN**

La información que se ofrece tendrá que ser siempre adaptada al nivel sociocultural e intelectual de la mujer y su pareja, ya que es muy importante establecer una relación de empatía que facilite la asimilación de la información, por parte de la mujer, así como la comprensión por parte del equipo sanitario de las expectativas de ella.

Esta información se dará con un lenguaje entendedor: clara, concreta y ordenada en el tiempo, cuidando la forma, el tono de voz y el clima creado. En todo momento tenemos que transmitir mensajes positivos, de seguridad, tranquilidad y confianza a la mujer y su pareja, los cuales están en una situación muy receptiva y, a menudo, con cierto grado de angustia.

Tiene que informarse antes de aplicar las técnicas, de realizar las exploraciones o de que sucedan los acontecimientos sobre los cuales informamos, siempre comprobando que nuestro mensaje ha sido entendido y que la mujer nos da autorización para realizar las intervenciones que le proponemos.

## **3. A QUIÉN TIENE QUE DARSE LA INFORMACIÓN**

La información tiene que darse siempre a la mujer; sin embargo, debe ser en presencia de la persona/s que ella desee.

No tiene que olvidarse la figura del padre, ya que a menudo sus angustias son diferentes de las de la mujer, sobre todo con respecto

a la seguridad de ella y del riesgo que comporta cada paso en la progresión del parto.

#### **4. CUÁNDO TIENE QUE INFORMARSE**

El proceso de informar es un proceso abierto y tiene que hacerse de forma progresiva para cada nuevo procedimiento. No es bueno informar de todo en el momento del ingreso, ya que la mujer probablemente no podría asumir todos los mensajes de una sola vez.

Hay que destacar que, durante todo el control de la gestación, tiene que ir informándose sobre todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, y que la mujer, en general, tiene que tener conocimiento de las normas que sigue el centro de referencia donde irá para el parto.

#### **5. QUIÉN TIENE QUE INFORMAR**

El encargado de proporcionar la primera información tiene que ser el profesional del equipo obstétrico que reciba la mujer en el momento de la primera visita al hospital maternal, ya sea el obstetra o la comadrona.

Después será el profesional que realice cada procedimiento el que informará de los procedimientos y técnicas que utilizará. Durante el proceso de dilatación la comadrona que cuida irá informando de todos los aspectos mencionados anteriormente. El anestesista informará de los procedimientos de analgesia o anestesia que se utilizarán durante el periodo de dilatación y del parto, así como del posparto.

#### **6. QUÉ INFORMACIÓN SE HA DE DAR**

En general, tiene que facilitarse el diálogo con la mujer, ayudarla para que se exprese, escucharla, y aclarar los puntos que más le preocupen. En cada caso pueden ser diferentes, pero en la práctica hay una serie de aspectos que a todas las mujeres que empiezan el proceso del parto les interesa saber y que a veces no preguntan abiertamente; por ello tienen que abordarse siempre, con el fin de desangustiarla el máximo posible.

Es bueno tener sistematizada la información adecuada para cada etapa del parto, con el fin de informar adecuadamente sobre los servicios que ofrece el centro y sobre los procedimientos que se seguirán en el acompañamiento de las sucesivas etapas del parto.

### **6.1. Información a la mujer en el parto**

- **Sobre el equipo obstétrico.** En primer lugar, es preciso que la mujer conozca las cuestiones básicas sobre los profesionales sanitarios que atenderán el parto: quién son, cuántos son y la relación entre los profesionales que la valorarán en el ingreso y los que la atenderán en el momento del parto, si son diferentes.
- **Sobre el espacio físico.** Es preciso que conozca el espacio físico que utilizará: sala de exploración o de dilatación, detallando dónde estará ubicada durante el proceso de dilatación, así como el equipamiento sanitario que pueda encontrarse en la sala.
- **Sobre quien podrá acompañarla.** Hay que hablarle sobre las condiciones de la presencia de la pareja y/o familiares durante la progresión del parto. Habitualmente, el compañero está presente durante el parto; sin embargo, hay mujeres que prefieren tener otro familiar en lugar de su pareja. En este caso, a ser posible, respetaremos las preferencias de la mujer.
- **Sobre el respeto a su intimidad.** Se dará información selectiva sobre los aspectos que para la mujer pueden suponer una agresión o vulneración de su intimidad, como por ejemplo los enemas de limpieza. Hay culturas que no aceptan el enema como una cosa normal y, en el caso de que sea necesario, hay que informar previamente. Recordamos aquí que en este protocolo no se recomienda su realización sistemática (ver págs. 40 y 92).
- **Sobre procedimientos e intervenciones sanitarias.** Se explicará a la mujer de manera sencilla y comprensible los procedimientos previsibles que se seguirán durante su proceso de parto.
- **Sobre las exploraciones y pruebas complementarias.** Descripción sencilla y entendedora de la valoración inicial, tanto materna como fetal. Se explicará a la mujer que los tactos vaginales se harán tan sólo cuando estén indicados (ver ap. 1.4.), se le informará antes de cada exploración y, mientras se

van realizando, se le informará de los aspectos básicos de la situación (dilatación, presentación fetal, bolsa amniótica, etc.).

- **Sobre el pronóstico.** Tiene que explicarse a la mujer de manera sencilla la evolución más probable que seguirá el parto a la vista de la exploración realizada inicialmente, la calificación del riesgo que le corresponde (ver cap. I, ap. 2, pág. 34) y los condicionamientos que eso supone para una seguridad más grande de ella misma y de su hijo.

## **6.2. Información a la mujer durante el periodo de parto**

- **Información sobre la conducta a seguir durante la dilatación.** Nos adaptaremos a la capacidad de comprensión de la mujer:
  - Recordatorio de la preparación psicofísica que seguramente ya habrá recibido durante el transcurso del embarazo (técnicas de respiración, movilización).
  - Recordatorio del plan de nacimiento, que seguramente ya habrá sido planificado durante la fase final del embarazo (tipo de parto que desea, analgesia y anestesia, si está indicada una anestesia peridural, momento de administración).
  - Información previa de las exploraciones que se le harán.
  - Información sobre la evolución de la dilatación y pronóstico.
  - Información sobre el bienestar fetal (frecuencia cardiaca, valores dentro de la normalidad).
  - Información antes de hacer amniotomía, en el caso que esté indicada: utilidad y descripción de la técnica.
- **Sobre las normas de acceso al área obstétrica.** Se informará a la mujer que, además del equipo obstétrico, no está permitida la entrada de otras personas que alteran la intimidad (excepto la pareja o la persona que ella escoja), a menos que sea necesario y, en todo caso, eso se explicará de forma conveniente a la mujer.

- **Información sobre la conducta a seguir durante el periodo de expulsión.** También, seguramente, la mujer habrá recibido información durante el seguimiento del embarazo y tendrá un plan de nacimiento de acuerdo con el equipo obstétrico sobre el tipo de parto que prefiere y sobre la evaluación del riesgo. Si no fuera así, se la informará de manera sencilla y comprensible sobre las opciones disponibles, a fin de que pueda hacer la opción más conveniente. Por eso se le explicarán las ventajas e inconvenientes de cada opción en relación con las circunstancias específicas de su embarazo:  
(Tipo de parto. Exploraciones obstétricas: presentación fetal, evolución del periodo expulsivo. Técnica de pujos. Procedimientos obstétricos. Indicación de tocurgia - fórceps, espátulas, *vacuum* - e indicaciones de intervención quirúrgica - cesárea. Presencia de la pareja. Apoyo e información a la pareja. Estado del recién nacido y contacto inicial).
- **Sobre la posición durante el parto.** Hay que intentar adoptar la posición más fisiológica posible, que sea cómoda para la mujer y que, al mismo tiempo, se adapte a las condiciones de los centros (ver pág. 45). Se explicarán a la mujer las ventajas y desventajas de las diferentes posiciones para las cuales está preparado el centro, ya que las instalaciones y el personal tienen que estar perfectamente coordinados por poder atenderla de manera conveniente e integral.

En cualquier posición que adopte la mujer durante el parto, se tendrá cuidado de preservar su intimidad y se evitará que tenga disconfort o frío (ver anexo 2, pág. 89).

- **¿Qué analgesia o anestesia utilizaremos?** En este punto también hay que informar de lo que haremos, respetando siempre que sea posible las preferencias de la mujer (ver cap. II, pág. 42).
- **Información sobre la cesárea, en el caso de que esté indicada.** Se informará a la mujer, de forma que sea comprensible para ella, las razones por las cuales está indicada esta intervención quirúrgica (ver pág. 48), se le presentará el equipo que intervendrá (instrumentista, anestesista, etc.). También se le explicarán de manera sencilla los procedimientos que se seguirán (sondaje vesical, colocación de placa de bisturí, sujeción. Técnica anestésica. Control del bienestar fetal).

### **6.3. Información durante el posparto y el puerperio**

- **Sobre los primeros momentos del recién nacido.** Se informará a la mujer y a su pareja sobre los procedimientos rutinarios que se le harán al recién nacido, a ser posible en presencia de los padres. Si por circunstancias especiales del recién nacido no es posible, el neonatólogo informará de su estado y del proceso de ingreso en la unidad de neonatología, si fuera necesario.

Tiene que explicarse a la madre el proceso de reanimación del recién nacido y si se le pondrá sobre el pecho inmediatamente después de nacer.

Se informará a la mujer sobre las normas del centro en lo que concierne a la estancia de su hijo siempre con ella en la habitación, siempre que sea posible, y también tiene que mantenerse informada de los cuidados, horarios, etc. que se van haciendo al recién nacido.

- **Sobre el inicio de la lactancia.** Información sobre el inicio de la lactancia (ver anexo 9, pág. 127). Si no se dispone del plan de nacimiento o no ha quedado lo suficientemente claro antes, no tenemos que olvidar ayudar a la mujer a expresarse y decidir con respecto a si quiere iniciar la lactancia justo después del parto, y si es así hace falta que se tenga en cuenta en el momento de nacer el niño. Tiene que informársele del apoyo que puede esperar del personal del centro en lo que concierne a las dudas que puedan presentársele sobre la lactancia natural.
- **Sobre el cuidado del ombligo.** Información sobre el cuidado del ombligo del recién nacido mientras esté en el hospital y después en su casa (ver anexo 10, pág. 137).
- **Sobre cuidados y controles puerperales necesarios.** Hay que mantener informada a la mujer sobre los cuidados que se le irán haciendo durante la estancia hospitalaria y, después del alta, los controles que se le irán realizando. También se le informará sobre la recuperación de su cuerpo, sobre la anticoncepción, sobre el autocuidado y también sobre los cambios emocionales en el posparto.
- **Sobre los controles posteriores al alta hospitalaria.** Tiene que informarse a la mujer sobre las visitas que recibirá durante el puerperio domiciliario, así como de aquellos aspectos

importantes que también se darán por escrito en el informe del alta hospitalaria (ver cap. III, pág. 53).

## **7. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Teniendo en cuenta que una sala de partos es considerada como un área de urgencias, exceptuando las inducciones programadas y las cesáreas electivas, no tiene que considerarse necesario, en general, un documento de consentimiento informado firmado; sin embargo, es aconsejable que quede constancia clara que la gestante ha recibido la información que desea y que autoriza a ser atendida, según las normas establecidas en el hospital.

Según el artículo 10.6 de la Ley general de sanidad, todo paciente tiene el derecho de escoger libremente entre las opciones terapéuticas presentadas por el responsable médico de su caso y es necesario el consentimiento escrito del usuario para cualquier intervención. Serán excepciones en este artículo:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- Cuando el paciente no esté capacitado para la toma de decisión.
- Cuando la situación de urgencia no permita demora.

Según el Convenio de bioética del Consejo de Europa, firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997 y en vigor desde principios de enero del año 2000, antes de cualquier intervención de ámbito sanitario, el paciente tiene derecho a una información comprensible y adecuada, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, además de sus riesgos y consecuencias.

De eso se desprende que esta información es un derecho exigible para los pacientes, y su incumplimiento puede llegar a tener consecuencias legales.

Siempre tiene que quedar constancia escrita en la historia clínica la información que hay que dar a la mujer y si ha dado o no su consentimiento.

Debe tenerse en consideración la dificultad añadida, en lo que concierne al consentimiento, de la barrera idiomática en el caso de mujeres inmigrantes.

**ANEXO 2**  
**AMBIENTE PSICOAFECTIVO EN EL**  
**PREPARTO, EL PARTO Y EL**  
**PUERPERIO**

## **ANEXO 2**

### **AMBIENTE PSICOAFECTIVO EN EL PREPARTO, EL PARTO Y EL PUERPERIO**

El parto es un proceso individual y una vivencia muy importante en la vida de cada mujer y cada pareja, ya que tienen unas costumbres, una información, unas preocupaciones y unas preferencias diferentes, a veces en función de la edad, cultura, raza, profesión, etc. Por lo tanto, cada parto es un acontecimiento diferente, irrepetible y único, con un significado de gran importancia para los padres y para el recién nacido. Ante el nacimiento de un hijo, todos los profesionales que desarrollan sus actividades en torno a este acontecimiento tendrán que tener especial atención en las acciones encaminadas a cuidar esta nueva familia.

Los profesionales tienen que tener la voluntad de querer atender a la mujer y a su pareja respetando al máximo, dentro de las limitaciones de cada centro, sus características y preferencias. Hay que tener presente que el parto, en principio, es un proceso fisiológico, caracterizado por un gran impacto emocional en la pareja. Cuando el parto se presenta sin complicaciones, lo importante es que la mujer y la pareja vivan este acontecimiento como algo positivo y natural.

Los profesionales sanitarios, obstetras y comadronas, tienen que poder readecuar las rutinas hospitalarias a las necesidades individuales de cada mujer y cada pareja. En este sentido, en las salas de parto han de tenerse en cuenta otras características, además de las asépticas o funcionales. El entorno hospitalario tiene que permitir la manifestación de sentimientos, emociones, inquietudes y experiencias que hacen que el parto pueda vivirse de una manera menos agresiva.

Para crear un buen ambiente psicoafectivo hay que tener presente que un parto normal puede ser controlado interfiriendo el mínimo posible en todo el proceso y que tienen que respetarse las expectativas de la mujer, de acuerdo con las normas del centro asistencial. En todo caso, es muy importante tener en cuenta los aspectos siguientes:

- Máxima libertad de movimientos posible: no ligar a la mujer innecesariamente a sueros o registros cardiotocográficos largos.
- El respeto a la libertad no quiere decir abandono: la mujer tiene que sentirse atendida, no abandonada.

- Máximo con respecto a la analgesia que la mujer manifieste que quiera y/o necesite.

Un buen ambiente psicoafectivo se crea cuando se respeta la intimidad de la mujer y ella se siente protagonista del parto. A veces se cuida mucho la luz, los colores, etc. y se olvidan otros aspectos también muy importantes, como los siguientes:

- No mantener conversaciones en que la mujer y su acompañante queden al margen.
- No permitir la entrada de otras personas que alteren la intimidad, a menos que sea necesario, y en todo caso se explicará de forma conveniente a la mujer.
- A ser posible, la dilatación se hará en un espacio íntimo, no compartido con otras mujeres.

## **1. AMBIENTE PSICOAFECTIVO DURANTE EL PREPARTO**

Conseguiremos un ambiente psicoemocional favorable si el profesional conoce las expectativas de la mujer y su pareja, y da una respuesta adecuada y responsable.

### **1.1. Ambiente psicoafectivo en la primera exploración en el hospital**

Durante las exploraciones, es básico mantener informada a la mujer de lo que se le está haciendo, así como tener mucho cuidado de respetar su intimidad y sensibilidad.

Si después de una valoración global de la gestante se cree que no está en fase de parto activo, la mejor opción es que la pareja vuelva a casa, siempre que no haya factores de riesgo. En este caso, para crear un buen ambiente psicoafectivo, hay que tener cuidado de no utilizar frases bruscas, ya que en esta situación la pareja necesita información sobre el proceso del trabajo de parto y orientaciones detalladas sobre la conducta a seguir en las horas siguientes y sobre cómo identificar las diferentes etapas de progresión del trabajo de parto, para que tenga una idea clara sobre cuándo tiene que volver al centro hospitalario (en el momento oportuno y con el mínimo de

angustia posible). En esta situación es muy importante la manera como se dice, tanto o más que la información que se da a la pareja.

## **1.2. Consejos a la mujer en fase de parto**

En la fase precoz del parto, puede ser beneficioso aconsejar a la gestante que haga actividades de descuido alternándolas con periodos de reposo, pero poniendo atención en que estos descuidos no interfieran en la capacidad de concentración sobre su propio cuerpo y sobre el curso del parto. Por este motivo, es preciso que se evalúe esmeradamente la utilización de estos descuidos.

Normalmente, en esta fase precoz del parto la mujer puede controlar satisfactoriamente las contracciones, por eso es un buen momento para dialogar con ella sobre sus expectativas de parto, primeros momentos de la vida del bebé y tipo de lactancia para su hijo. Este también es un buen momento para explicarle cuáles son las intervenciones sanitarias que se irán haciendo en situación de normalidad y también en situación de urgencia, a medida que vaya progresando el parto.

Tendrá que valorarse la posibilidad de que la mujer pueda ingerir pequeñas cantidades de bebidas azucaradas (para prevenir la reducción de carbohidratos disponibles, al mismo tiempo que se evita la deshidratación y la consiguiente fatiga, lo que podría reducir la capacidad de cooperar en el parto).

Tiene que reforzarse la seguridad y la autoestima de la mujer dándole mensajes positivos.

## **2. AMBIENTE PSICOAFECTIVO DURANTE EL PARTO**

### **2.1. Durante los preparativos para el parto**

No tienen que aplicarse enemas de limpieza sistemáticamente, tampoco tiene que rasurarse el pubis sistemáticamente (ver cap. II, ap. 2.2, pág. 40). Además que no hay evidencias científicas de los beneficios de esta práctica, hay mujeres que las consideran agresivas y que vulneran su intimidad, por lo que sólo se realizarán en los casos de que esté justificada su necesidad; si es así, se explicarán los

motivos de la manera más adecuada, a fin de que la mujer entienda las razones que justifican su aplicación y que colabore en un ambiente de comprensión mutua.

## **2.2. La posición de la mujer y del profesional sanitario durante el periodo de expulsión**

La posición del profesional sanitario tiene que adaptarse, en la medida que sea posible, a los deseos de la mujer, de acuerdo con lo que se haya acordado en el plan de nacimiento (ver anexo 1, pág. 83).

## **2.3. Ambiente en la sala de partos**

La buena marcha de un parto depende, en gran medida, de los detalles que lo rodean, ya sean personas u objetos. Hay que limitar al máximo el intervencionismo exagerado por parte de los profesionales en su afán de controlar todos los posibles factores agresores que pueden actuar sobre la madre y el feto, sin que esto signifique que se reduce la vigilancia y seguridad en la evolución del parto.

La mujer que está relajada y se siente optimista en el trabajo de parto es más capaz de tolerar el posible discomfort. Su colaboración es básica para favorecer la progresión del parto.

El equipo sanitario que atiende a la mujer durante el parto tiene que darle apoyo durante todo el proceso, tanto a nivel fisiológico como psicológico, permitiendo que tome decisiones sobre su proceso, siempre que no exista ningún problema que implique decisiones médicas concretas.

## **2.4. El papel del padre durante el trabajo del parto**

Reivindicar la función del padre implica un nuevo concepto de paternidad-maternidad. En la vivencia compartida del momento del parto se inicia una corresponsabilización y una implicación más grande del padre, y por lo tanto una mayor comprensión de este momento vital.

Es importante la presencia del padre junto a la mujer, haciéndole compañía. El apoyo que éste puede proporcionar dependerá en gran parte de las relaciones interpersonales de la pareja.

El padre, junto a la mujer, puede participar en el trabajo del parto controlando el tipo de contracciones, su duración y frecuencia, el ritmo respiratorio más adecuado, haciéndole masajes, secándole el sudor o ayudándola a empujar cuando sea el caso.

El padre también necesita información precisa y que pueda comprender aclaraciones y orientación. Por parte del personal sanitario hay que tener en cuenta dar apoyo a la pareja (a los dos) durante la progresión del parto, teniendo en consideración la persona, la protección de su intimidad y dignidad, así como las orientaciones prácticas necesarias para que su colaboración sea favorecedora y satisfactoria: tienen que sentirse protagonistas del nacimiento junto con su hijo.

## **2.5. Papel del equipo obstétrico en el ambiente psicoafectivo durante el parto**

### **2.5.1. Promover la participación responsable de la pareja**

Cuando el equipo sanitario planifica y proporciona la asistencia al proceso del parto, tiene que medir la eficacia del plan de nacimiento (ver cap. I y anexo 1) según el grado en que se consigue la participación por parte de la mujer y la familia; las acciones de los profesionales contribuyen a promover en la mujer y el acompañante una actitud responsable, y de esta manera se consigue que la familia se vuelva cada vez más segura de ella misma y más autosuficiente durante la progresión del parto normal.

### **2.5.2. Evitar la medicalización excesiva durante el parto**

Una buena asistencia al parto es aquélla que incorpora de manera equilibrada la tecnología moderna y la educación de la familia. Durante el proceso del parto, las acciones se orientarán al apoyo y estímulo de los esfuerzos de la mujer que faciliten y preserven su integridad física, mental y emocional, al mismo tiempo que le permitan recibir a su hijo de una manera jubilosa.

Tiene que estimularse la capacidad de la mujer para tener cuidado de ella misma, promover su autonomía facilitándole la participación en la toma de decisión, sin despreciar las terapéuticas médicas o la tecnología cuando estén indicadas, sin embargo sin disminuir su sensación de control y protagonismo para con el nacimiento del hijo.

### **2.5.3. Proporcionar medidas de confort**

A la mujer en proceso de parto tiene que proporcionársele intimidad y un ambiente que propicie la relajación:

- Las puertas tienen que estar cerradas, sólo tiene que permitirse entrar a la sala donde está la pareja a los profesionales que estén al cargo, hay que tener mucho cuidado de no provocar estrés a la mujer con ruidos o luces innecesarias, punciones repetidas, etc.
- Tiene que evitarse la exposición innecesaria del cuerpo de la mujer cubriéndola adecuadamente para que se sienta cómoda, y también a fin de que mantenga una temperatura acogedora.
- La mujer tiene que ser el centro de nuestra atención y no sólo las "máquinas", como también tiene que ponerse especial cuidado en la atención a la mujer y no solamente en sus genitales.
- Tiene que valorarse el nivel de ansiedad de la mujer a través de la observación de su aspecto general, expresión facial y lenguaje corporal. En el caso de que se considere necesario, las medidas de relajación pueden incluir tanto compresas frías en el frente, ducha o baño calientes, cómo recordar o enseñar los ritmos respiratorios con aspiraciones lentas (éstas facilitan la relajación muscular) o guiarla en ejercicios de relajación.
- Para facilitar el confort de la mujer y el descenso del feto para el canal del parto es aconsejable la movilidad y la deambulación, facilitando la adopción de posiciones verticales (animarla a caminar siempre que no haya contraindicaciones) utilizando la monitorización intermitente, siempre que no haya signos de patología, o con la monitorización a distancia.
- Darle apoyo verbal mediante información veraz, realista y positiva sobre su situación y sobre el bienestar fetal, así como sobre la evolución del parto. Es conveniente dar instrucciones cortas, con seguridad y claras, con un tono de voz adecuada (no gritar, etc.), cuando la mujer está angustiada. Los comentarios negativos son perjudiciales y suelen persistir después entre los recuerdos del parto en la memoria de la mujer. El apoyo no verbal incluye el contacto físico (caricias, masajes, presiones en el hombro, etc.).

- Tiene que ir evaluándose la respuesta de la mujer en el trabajo del parto, así como su habilidad para utilizar las técnicas de relajación y de respiración.
- También es importante evaluar su capacidad de respuesta en las medidas de bienestar que le ofrecen los profesionales o el acompañante con un control apropiado de los signos específicos, valorando el nivel de energía de la mujer, de ansiedad y temor, y de respuesta al dolor, y estar preparados para ofrecer apoyo y analgesia cuando sea necesario.

### **3. AMBIENTE PSICOAFECTIVO DURANTE EL PUERPERIO**

Durante los días de estancia hospitalaria es importante dialogar (anexo 1) con la mujer sobre los aspectos que puedan preocuparle relacionados con la nueva situación de madre:

- El proceso que seguirá su cuerpo para recuperarse.
- Curas que se le harán en el hospital.
- Pautas para su propio autocuidado.
- Visitas de control, etc.
- Lactancia de su hijo/a (hendiduras, dolor, cómo continuar la lactancia después cuando empiece de nuevo a trabajar...)
- La tristeza posparto (como puede ayudarse...)
- Métodos anticonceptivos para evitar un nuevo embarazo.

#### **3.1. Favorecer los primeros contactos madre-hijo**

Finalizado el segundo periodo del parto, cuando el recién nacido sale al exterior, pierde el contacto íntimo que había mantenido con la madre a lo largo de toda la gestación. A partir de este momento, deja de sentir los latidos del corazón materno y ya no lo rodea el ambiente cálido y aislado donde había vivido hasta entonces.

Con el fin de evitar que este paso sea demasiado brusco, tiene que colocarse al bebé sobre el vientre de la madre, con la cabeza cerca del corazón de la madre, después de nacer, incluso antes de cortar el cordón umbilical, si conviene, y siempre que no necesite reanimación. En el caso de que sea necesaria la reanimación, una vez finalizada, y si el pediatra no indica lo contrario, hace falta reanudar este primer contacto, tan gratificante para ambos, madre e hijo/a. De esta manera el bebé puede continuar sintiendo el calor del cuerpo de su madre y los latidos de su corazón. La madre puede percibir a su hijo con todos los sentidos.

Sin embargo, hay que tener en cuenta secar esmeradamente al recién nacido con el fin de que no pierda temperatura y colocarlo sobre el pecho de la madre, piel con piel, tapado/a con una toalla para mantener la temperatura. Es completamente acertado dejarlo así, si la madre lo desea y las condiciones lo permiten, y posponer los cuidados del recién nacido para los momentos antes de que la madre abandone la sala de partos.

Durante los días que la madre esté ingresada, hay que insistir en la importancia que tiene para ambos estar juntos en la misma habitación todas las horas del día y de la noche. En los centros que estaban acostumbrados a funcionar con el sistema de *nursery*, aún reconociendo que no es nada fácil el hecho de cambiar las rutinas, los profesionales sanitarios tienen que hacer un esfuerzo para adaptarse a este cambio.

### **3.2. Favorecer la creación de vínculos afectivos padres-recién nacidos**

El vínculo afectivo de los padres hacia el recién nacido se va desarrollando de forma lenta y progresiva.

El vínculo afectivo, entendido también como unión emocional entre padres e hijos, es un sentimiento de estima que se va formando de manera lenta y progresiva, que se inicia en la etapa de la gestación, sigue posteriormente desde el parto y los primeros meses de vida, y se consolida posteriormente, generalmente en la infancia.

Los cambios fisiológicos experimentados por la mujer durante el parto y el posparto inmediato, sobre todo a causa de los cambios hormonales, hacen que la sensibilidad de la madre sea más grande y más receptiva a las necesidades de su hijo.

Se ha comprobado también que la presencia de personal experto en el proceso de adaptación, sobre todo las primeras horas de vida del

recién nacido, que presten apoyo a la madre y al padre, acelera y ayuda a fortalecer todo el proceso de unión entre la madre y el recién nacido. Asimismo, el hecho de compartir la experiencia del parto y colaborar en el cambio de los pañales, cuidados del ombligo, ayudar a la colocación del recién nacido en el pecho, etc., por parte del padre, favorece el vínculo afectivo hacia el bebé.

### **3.3. Favorecer la lactancia materna**

El cálido contacto que siente el recién nacido al chupar el pecho de su madre y las emociones que siente la mujer en este momento hacen que la lactancia materna sea un refuerzo de la creación de vínculos afectivos madre-hijo. Sin embargo, hay que ser respetuosos con la decisión de la mujer de dar un tipo de alimentación u otro, fundamentada siempre en el conocimiento de las ventajas e inconvenientes de cada una de las opciones.

“El derecho de la mujer es decidir, nuestro deber es informar”.

Es muy importante que todos los profesionales que tienen cuidado de las madres y sus hijos tengan una formación actualizada sobre la lactancia materna, necesaria con el fin de poder dar una asistencia de calidad, que cumpla las expectativas de la mujer y de su familia, y que facilite la continuidad de esta lactancia (ver anexo 9, pág. 127).

**ANEXO 3**  
**ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**

### **ANEXO 3** **ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**

#### **1. ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD EN EL PREPARTO, PARTO Y PUERPERIO**

En general, existen una serie de factores específicos que conviene tener en cuenta al plantear estrategias de intervención para reducir diferencias en la atención sanitaria, en lo que concierne a la atención en el proceso de embarazo, parto y puerperio, en los colectivos de mujeres inmigrantes, cada vez más numerosos en nuestra sociedad.

Es necesario que los profesionales sanitarios del campo de la obstetricia que atienden a las mujeres inmigrantes embarazadas aumenten sus conocimientos con respecto a los hechos diferenciales de sus culturas de origen y, más importante todavía, que aumenten la sensibilidad hacia las diferencias culturales que pueden tener influencia sobre este proceso, a fin de que puedan plantear estrategias para minimizar los factores estresantes y mejorar la comunicación ante el embarazo, el parto y el puerperio.

Aunque tienen que respetarse las diferencias culturales, es muy importante insistir y ayudar a la persona inmigrante a adaptarse a la organización sanitaria de nuestro país.

Hará falta en cada situación optimizar los recursos disponibles para poder establecer una comunicación transcultural eficaz. La mediación cultural, a cargo de familiares, compatriotas, agentes de salud, etc. se basa, por una parte, en la traducción de la lengua; sin embargo, por otra parte, y eso es muy importante, en la transmisión del sentido de las palabras dentro de un contexto cultural diferente, favoreciendo así el establecimiento del diálogo entre la mujer y el sanitario que la atiende durante el proceso del preparto, el parto y el puerperio.

##### **1.1. Como vive la mujer inmigrante el embarazo y el parto en nuestro medio**

Dependerá mucho de la cultura de procedencia, pero pueden hacerse algunas consideraciones de cariz general:

- Muchas mujeres inmigrantes valoran los aspectos positivos de la asistencia en el parto dentro de nuestra red hospitalaria, por la seguridad del medio, sobre todo al ser comparada con los países de origen.
- En general, se prefiere entrar en la red sanitaria, aunque manifiestan que el sistema ejerce mucha presión, y algunos elementos como los controles prenatales son vividos como una carga o un deber que tienen que cumplir delante de los profesionales sanitarios.

Por eso se debería intentar comprender esta visión. Hay que dar la información adecuada sobre los controles y dedicarse el tiempo necesario, con el fin de poder hacer una atención específica de este colectivo.

- La fase de control y seguimiento del embarazo es la que supone, para la mayoría de mujeres procedentes de otras culturas, una reticencia más grande. Hay que tener en cuenta que, normalmente, en el contexto de su cultura y costumbres, se percibe todo el proceso de embarazo y parto como un proceso natural, y frecuentemente se pone en duda la necesidad de las técnicas de seguimiento de la gestación y la preparación para el parto.

Muchas mujeres inmigrantes remarcan los aspectos siguientes:

- Los controles durante el embarazo los consideran excesivos y demasiado frecuentes.
- La preparación psicofísica (curso de preparación para el parto) es vivida como una pérdida de tiempo y como algo para clases altas. Por ello hay que explicar a la gestante de manera entendedora para qué sirve esta preparación y qué beneficios le aportará.
- Estos aspectos los viven como un deber hacia los profesionales y no dirán nunca que no a una propuesta de los profesionales, aunque no estén convencidas.

## **1.2. Aspectos especiales a tener en cuenta en la fase de parto**

Sería preciso destacar los puntos siguientes del parto:

- Los enemas son un tabú muy fuerte y son muy mal recibidos por las mujeres de algunas culturas, a las que se les ha administrado han considerado que podía afectar al hijo. Tiene que explicarse muy bien para qué sirve y en qué casos está indicado, ya que no se recomienda la realización sistemática.
- El rasurado del pubis prefieren hacérselo ellas mismas en casa. También tiene que explicarse en qué casos está indicado, ya que tampoco se considera una práctica necesaria en todos los casos.
- En general, no comprenden que se las cite a una hora y un día concretos para ingresar en el hospital. Normalmente no se presentan, sino que se esperan para ir de urgencias cuando ya se presentan los síntomas de parto. Sería preciso hacerles entender el funcionamiento de nuestro sistema sanitario.

## **1.3. Aspectos especiales a tener en cuenta en la fase de parto**

De la fase del parto sería preciso destacar los puntos siguientes:

- En general, pueden no demandar la anestesia, ya que consideran que el dolor forma parte del proceso que tienen que pasar. Ahora bien, eso depende en gran medida de diversas circunstancias, además de la cultura, como puede ser la primiparidad.
- En lo que concierne a la postura en litotomía dorsal para el parto, es una posición que resulta conocida para la gran mayoría de las diversas procedencias, ya que se utiliza en su medio hospitalario de origen.
- En general, para un gran número de culturas, no es bien visto que el marido esté presente durante el parto.

#### **1.4. Aspectos especiales a tener en cuenta en la fase de posparto y puerperio**

De la fase de posparto y puerperio, sería preciso destacar los puntos siguientes:

- En relación con el recién nacido, hay que decir que se vive como una fatalidad el hecho que lo coloquen en la incubadora (aunque sea durante unas horas), ya que se interpreta como que se morirá o que tendrá una discapacidad. Hay que explicarles muy bien lo que significa, teniendo siempre presente sus ideas y creencias.
- También en relación con el niño, sobre todo con mujeres de África subsahariana, no tiene que preguntárseles por el nombre del recién nacido o comentar que es muy guapo, ya que tienen la superstición que si se le valora demasiado lo perderán.
- Tiene que procurarse adaptar los consejos relativos a la higiene y el cuidado personal, tanto como sea posible, a las costumbres de cada cultura.

**ANEXO 4**  
**ATENCIÓN EN EL PARTO NATURAL**  
**NO MEDICALIZADO**

## **ANEXO 4** **ATENCIÓN EN EL PARTO NATURAL NO MEDICALIZADO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

El "parto natural no medicalizado" es el que, sin dejar de controlarlo, es asistido con la mínima intervención obstétrica, sólo cuando sea estrictamente necesaria para resolver algún problema.

Hay un grupo de población que pide ser asistido de esta forma con insistencia, ya que considera que la asistencia al parto en la mayoría de hospitales y clínicas está demasiado "medicalizada". Las mujeres que lo piden suelen haberse preparado para tolerar las contracciones del parto con medios de entrenamiento, relajación y conocimiento de lo que es un parto y de lo que puede pasar, y también para evitar el miedo que es lógico delante de lo que no se conoce. Además, la pareja suele haber participado en la preparación y quiere tener un papel activo de apoyo en el caso que todo sea normal.

En los hospitales y clínicas se habían aplicado algunas medidas, que no han resistido los análisis científicos, como son el aislamiento de la pareja, la episiotomía sistemática, el rasurado vulvar, el enema de rutina, entre otros. También se han aplicado de forma sistemática otros medios útiles para dirigir el parto y para corregir disfunciones, como es la oxitocina, con el único objetivo de acortar la duración del parto.

Hay personas que formulan esta crítica y quieren un parto con más participación por parte de la mujer y/o pareja en la toma de decisión, y sobre todo quieren poder vivir y disfrutar con plenitud de estos momentos sin ser importunados más de lo que hace falta, para preservar la seguridad de la madre y del recién nacido.

De hecho, durante todo este *Protocolo de asistencia en el parto y al puerperio y de atención al recién nacido*, ya se ha tenido en todo momento presente el respetar la progresión natural del parto cuando se presenta de forma espontánea y sin factores de riesgo, recomendando esta práctica siempre que sea posible, pero también es cierto que hay muchas mujeres/parejas que desean que se les ahorre el dolor y, por lo tanto, que se "dirija médicamente" el parto, así como hay muchos casos en que hay riesgos que exigen un control más continuado.

Es preciso que los centros asistenciales sean capaces de modificar su actuación a fin de que la mujer y su pareja no se sientan "agredidos"

por la organización sanitaria y puedan sentir el hospital o la clínica como un lugar amigo, donde se les deja participar en las decisiones, pero también un lugar seguro donde saben que cualquier situación de riesgo tendrá la solución más adecuada.

Por este motivo, se recomienda a los hospitales y clínicas que estén sensibles a este tema y que tengan establecido un protocolo para asistir “partos naturales no medicalizados”, al cual puedan acogerse las mujeres/parejas que lo deseen, siempre que no haya factores que lo contraindiquen.

Las mujeres y parejas tienen que conocer este protocolo antes de ingresar en el hospital o la clínica, siempre que sea posible, y como ejemplo y pauta puede utilizarse las *Recomendaciones para la actuación en el parto natural no medicalizado*, que a continuación se describen.

## **2. RECOMENDACIONES PARA LA ACTUACIÓN EN EL PARTO NATURAL NO MEDICALIZADO**

En general, y en todos los aspectos que no se contrapongan con este tipo de parto, son de aplicación las normas que se especifican en el apartado correspondiente a la atención en el parto espontáneo (ver cap. II, ap. 3.3, pág. 44).

### **2.1. Información básica a la mujer sobre las normas generales durante el ingreso hospitalario**

- La mujer podrá ser acompañada por su pareja y/o otra persona de confianza, en todo el proceso de parto (ver anexo 1, pág. 81, y anexo 2, pág. 89). La gestante que reciba visitas de otros profesionales (obstetras y comadronas), ajenos al servicio, podrá ser acompañada libremente por ellos, aunque la responsabilidad, y por tanto la actividad asistencial, son exclusivamente del personal sanitario del hospital a partir de su ingreso y hasta el momento del alta. La gestante aceptará que el equipo obstétrico (obstetra y comadrón/a) realicen las exploraciones necesarias para controlar la evolución y seguridad durante todo el proceso.

- El equipo sanitario que la atienda dará apoyo a la gestante en todo el proceso, tanto a nivel psicológico como haciéndola participar en la toma de decisión y en el ofrecimiento de otras medidas para conseguir un confort más grande (duchas, pautas analgésicas, si fuera necesario, etc.) (ver anexo 1, pág. 81, y anexo 2, pág. 89).
- En todo momento se respetarán las actitudes posturales que la mujer haya escogido y se ayudará a la gestante para que consiga el máximo grado de confort, seguridad y tranquilidad (ver cap. II, ap. 3.3, pág. 44).
- Tiene que informarse adecuadamente a la gestante que, en caso de necesidad y según el protocolo clínico, en cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, el/la obstetra podrá, después de informar a la mujer, aplicar el tratamiento que considere necesario para la madre y/o el recién nacido: ayuda medicamentaria (oxitócicos, ergóticos), profilaxis antibiótica (RPM, *Streptococcus agalactiae*, etc.), tratamiento quirúrgico, transfusión, etc. (ver anexo 1, pág. 87).

## **2.2. Atención en el momento del ingreso**

(Ver cap. II, ap. 1, pág. 39)

- Si no se ha hecho antes, se enseñará a la gestante la ubicación física donde vivirá su proceso de parto (sala de dilatación y de parto).
- Se practicará una exploración completa, tacto vaginal, toma de constantes, valoración esmerada de la dinámica uterina y del estado fetal.
- Se canalizará una vía con cánula endovenosa, sin perfusión, como medida preventiva.
- No se procederá al rasurado perineal si no es necesario practicar sutura y, en este caso, el rasurado se limitará al perineo, con una adecuada información previa.

- No se administrarán enemas de limpieza si no están indicados, y previamente se informará a la mujer convenientemente.

### **2.3. Atención durante el periodo de dilatación**

(Ver cap. II, ap. 2, pág. 39)

- Oscultación fetal cada 15 min aprox. en y/o monitorizaciones en ventanas periódicas de 20-30 min cada hora, según el estado fetal y la progresión del parto o antes, si hay cualquier incidencia.
- Ya que el proceso fisiológico puede durar diversas horas, la gestante que no está hidratada parenteralmente tiene que ingerir líquidos (no lácteos), como medida de hidratación y alimentación (ver pág. 40).
- Se darán las explicaciones adecuadas para ayudar a la mujer a encontrar el mejor confort posible (ver anexo 1, pág. 81, y anexo 2, pág. 89).

### **2.4. Atención durante el periodo de expulsión**

(Ver cap. II, ap. 3, pág. 44)

- El/la obstetra y/o comadrón/a mantendrán al máximo posible una conducta expectante, respetando las tendencias posturales de la gestante, y sólo se administrará oxitocina en caso de hipodinamia y después de explicarlo a la gestante.
- Durante el periodo de expulsión se permitirá que la mujer haga los pujos en las condiciones que ella haya escogido (ver anexo 1, pág. 81), facilitando la visualización del perineo para protegerlo en el momento del parto y revisarlo después de la desentrega.
- Se protegerá el perineo, evitando la práctica de la episiotomía sistemática, y restringiendo esta práctica sólo a aquellos casos en que está indicada (ver cap. II, pág. 46).
- Se colocará el recién nacido en los brazos de su madre, en contacto piel con piel, y no se cortará el cordón hasta que deje de latir, si así lo ha pedido la madre.

- Se animará a la madre a ponerse el recién nacido en el pecho para conseguir un efecto oxitócico y favorecer la creación de vínculos afectivos inmediatos (ver anexo 2, pág. 89).

## **2.5. Atención durante el periodo de alumbramiento**

(Ver cap. II, ap. 4, pág.48)

- Si no sangra, se esperará al alumbramiento, hasta 30 minutos antes de intervenir activamente. En el caso de que éste no se produzca, se indicará perfusión endovenosa de oxitocina o maniobra de Credé, antes de proceder a la extracción manual que requiera algún tipo de anestesia.
- En todos los casos se revisará el perineo (y el canal de parto si ha sangrado) para proceder a sutura reparadora en el caso de que sea necesario, utilizando anestesia local.

## **2.6. Atención en el momento de abandonar la sala de partos**

- La puérpera dejará la sala de partos en silla de ruedas o camilla, según desee, sin ser separada de su hijo en ningún momento.
- Se tomarán las constantes y se valorarán las pérdidas antes de pasar en la sala de obstetricia.

## **2.7. Consentimiento informado**

Se procederá de igual manera que se hace para la atención en cualquier otro tipo de parto (ver anexo 1, pág. 87).

Con la finalidad de evitar discusiones en cada decisión durante el parto, es conveniente que la mujer que desea ser asistida en el hospital en la forma descrita como parto natural no medicalizado, firme que conoce y acepta las normas, controles y procedimientos mínimos establecidos por el hospital en el manejo de estos tipos de parto, tanto en lo que concierne a ella como a su hijo.

**ANEXO 5**  
**MEDIDAS PARA RACIONALIZAR**  
**LA TASA DE CESÁREAS**

## **ANEXO 5**

### **MEDIDAS PARA RACIONALIZAR LA TASA DE CESÁREAS**

En el intento de reducir la tasa de cesáreas no parece necesario, ni prudente, cuestionar las indicaciones absolutas ni restringir la práctica, pero sí que es recomendable reevaluar las indicaciones relativas, (ver pág. 48), ya que son estas indicaciones las que han contribuido cuantitativamente más al incremento de la tasa observada en los países desarrollados.

A continuación, se especifican una serie de criterios clínicos y no clínicos para intentar alcanzar el objetivo del Plan de salud de Cataluña en lo que concierne a la tasa de cesáreas en nuestros hospitales maternos. Estas recomendaciones están basadas en las propuestas que ha elaborado la Comisión de expertos de la SEGO en el *Protocolo para la racionalización de la tasa de cesáreas*, en el año 2002.

Con la implementación de estas pautas se pretende facilitar la metodología de trabajo que, aplicada a las características de los centros hospitalarios maternos de Cataluña, permita racionalizar la tasa de cesáreas actual.

#### **1. CRITERIOS CLÍNICOS GENERALES**

- Restringir al máximo las indicaciones combinadas de cesárea (p. ej., primípara, diabética gestacional y RPM).
- Limitar las inducciones obstétricas innecesarias por razones clínicas.
- Evaluar y discutir los casos (en sesión clínica, si es factible) de las indicaciones del día anterior (o periodo determinado) entre los facultativos del servicio de obstetricia, según las posibilidades organizativas del centro hospitalario.

## 2. CRITERIOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS

Dado que las indicaciones clínicas más frecuentes de cesárea son distocia, cesárea anterior, riesgo de pérdida del bienestar fetal y presentación podálica, seguidamente se hacen una serie de consideraciones sobre estas indicaciones.

### 2.1. Distocia

- Dentro de este concepto, literalmente trabajo de parto difícil, se incluyen todas las indicaciones por desproporción pelvifetal, distocia de dilatación o descenso, parto estacionado e inducción fallida.
- La distocia constituye la indicación más frecuente de cesárea primaria; una tercera parte de las cesáreas la presentan como motivo.
- Con el fin de disminuir el número de cesáreas por esta causa, acto seguido se proponen diversas actuaciones clínicas:
- Evitar los ingresos hospitalarios en la fase latente del parto, si no hay otra indicación.
- Para diagnosticar "duración excesiva del parto", en cada una de sus fases, recomendamos la aplicación estricta de los conceptos de parto lento especificados en la Tabla 4.

<b>TABLA 4</b> <b>Definición de parto lento</b>	
• Fase de latencia prolongada	>20 h en primíparas >14 h en multíparas
• Fase activa prolongada	<1,2 cm/h de progreso de la dilatación en nulíparas <1,5 cm/h de progreso de la dilatación en multíparas
• Fase activa detenida	>=4 cm de dilatación invariable al menos durante 2 horas con dinámica uterina suficiente comprobada (*)
• Periodo de expulsión prolongado	>2 horas en primíparas >1 hora en multíparas

(\*) Si es posible, con registro interno.

- Conducir activamente el parto en los casos de distocia de dilatación o descenso, con monitorización interna de la dinámica uterina para confirmar la adecuación de esta dinámica en todos aquellos casos de distocia de dilatación o descenso.
- Ser prudente al diagnosticar desproporción pelvicefálica antes de la dilatación completa.
- Limitar la inducción del parto a los casos estrictamente indicados, evitando al máximo las inducciones poco justificadas. Y, en el caso de que esté indicada, utilizar la maduración cervical con prostaglandinas antes de iniciar la inducción en pacientes con un índice de Bishop inferior a 6. Cuando a las 12 horas de iniciada la inducción no se ha conseguido una dilatación de 2-3 cm, estará indicada la realización de cesárea.

## **2.2. Cesárea anterior**

Se recomienda el intento de parto vaginal después de una cesárea anterior segmentaria transversa, ya que se considera que es una conducta obstétrica correcta si se cumplen las condiciones que se exponen en la Tabla 5.

<b>TABLA 5</b> <b>Criterios de selección para intento de parto vaginal en gestantes con cesárea previa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestación única en presentación cefálica</li> <li>• Peso fetal estimado inferior a 4.000 g</li> <li>• Cicatriz uterina previa segmentaria transversa</li> <li>• Pelvis capaz</li> <li>• Ausencia de otras cicatrices uterinas o de antecedentes de ruptura uterina</li> <li>• Consentimiento de la gestante</li> <li>• Disponibilidad de asistencia obstétrica continua</li> <li>• Posibilidad de realizar anestesia y cesárea urgente</li> </ul>

El intento de parto vaginal presenta una elevada tasa de éxito, siempre que se haya realizado una selección clínica rigurosa. En todos los casos, la valoración tiene que ser individual y tiene que haber un consentimiento informado de la mujer. La decisión final tiene que ser tomada conjuntamente por la gestante y el médico, después de analizar los beneficios y riesgos de la vía vaginal y de la cesárea. Y debe tenerse siempre en cuenta que el asesoramiento, el consentimiento y la decisión adoptada tienen que figurar en la historia clínica de la mujer.

En la actualidad, se considera que el 60-80% de todos los intentos de parto después de una cesárea anterior (IPCA) culminan en un parto vaginal con éxito. Pero no es menos cierto que en algunos de estos intentos se producen complicaciones materno-fetales. Por eso, para intentar el parto vaginal con cesárea previa es imprescindible una selección clínica rigurosa, considerando:

- Los criterios obstétricos de selección para intento de parto vaginal (Tabla 5).
- Los criterios de indicación de cesárea, es decir de exclusión de intento de parto vaginal (Tabla 6).

<b>TABLA 6</b> <b>Criterios de exclusión de IPCA: indicaciones de cesárea</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cicatriz anterior previa diferente a la segmentaria transversa</li><li>• Dos o más cesáreas anteriores segmentarias<sup>(*)</sup></li><li>• Pelvis estenótica. Feto macrosómico</li><li>• Patología medicoobstétrica que contraindique el parto vaginal</li><li>• Rechazo de la gestante</li><li>• Imposibilidad de realizar anestesia o cesárea urgente</li></ul>

<sup>(\*)</sup> Con el consentimiento expreso de la mujer informada puede intentarse el parto vaginal, si no hay otra indicación

Hay que tener muy en cuenta que el sentido común y el buen juicio clínico tienen que ser los factores básicos al tomar la decisión del caso concreto que se está atendiendo, ya que sobre algunos de estos criterios no existe en la actualidad un consenso total.

Para la atención de un parto vaginal, cuando hay antecedentes de otro parto por cesárea, debe tenerse en cuenta que es un parto de riesgo, que debe haber mucha prudencia ante la decisión de una

posible estimulación y, en el caso de que se haga, tiene que efectuarse un control adecuado tanto de la mujer como del feto y vigilar que el periodo de expulsión no sea prolongado, ya que el riesgo de dehiscencia es pequeño pero posible y obliga a una intervención rápida.

### **2.3. Riesgo de pérdida del bienestar fetal**

El riesgo de pérdida del bienestar fetal, denominado clásicamente padecimiento fetal, es una de las indicaciones clínicas de cesárea más difícil de evaluar, ya que tanto la oscultación de la frecuencia cardiaca fetal como la obtención de ésta mediante registro cardiotocográfico (CTG) son procedimientos en parte subjetivos para establecer si el feto corre o no un riesgo real.

Para conseguir que la indicación de cesárea sea lo más objetiva posible, antes de realizar la intervención se tendría que:

- En el caso de CTG sospechoso, y siempre que sea posible, tiene que valorarse bioquímicamente el estado del feto mediante determinación del pH en sangre obtenida a través de una microtoma del cuero cabelludo. Cuando las condiciones del cuello uterino impidan la realización de la microtoma, es conveniente hacer constar la historia clínica de manera adecuada esta circunstancia y actuar considerando que el feto está en riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- En los casos en que las condiciones obstétricas permitan un control adecuado del feto y puedan suponer un razonable porcentaje de éxito al intentar la inducción obstétrica, la sospecha de riesgo de pérdida del bienestar fetal (oligohidramnio, CIR, Doppler patológico o pruebas no estresantes no reactivas, etc.) no justifica la realización sistemática de cesárea electiva.
- Aunque no existe consenso total en el valor considerado patológico, consideraremos que un feto con riesgo de pérdida del bienestar es aquél que presenta un pH intraparto de calota por debajo de 7,20. En este caso tiene que actuarse en consecuencia e intentar la recuperación de la situación fetal intraútero, siguiendo los protocolos correspondientes de actuación clínica.

## **2.4. Presentación de nalgas**

Si en este caso se considera adecuada la opción de intentar un parto vaginal de acuerdo con la mujer, se recomienda:

- Intentar la versión externa en las gestantes con feto en presentación podálica, ya que el mencionado procedimiento se considera un procedimiento aceptablemente eficaz, sobre todo si se hace con administración de fármacos tocolíticos.
- Si persiste la presentación podálica después del intento de versión externa, tiene que realizarse una selección esmerada de la utilización de la vía vaginal en el parto de nalgas. En la asistencia en el parto en presentación podálica y con feto a término, la vía vaginal puede intentarse en los casos en los cuales se cumplan los requisitos siguientes:
  - Explicación veraz y comprensible a la mujer y a su pareja de las ventajas y riesgos de la cesárea y del parto vaginal, basado en la evidencia científica actual (consentimiento informado).
  - Rigurosa selección clínica. Como criterios recomendables para el intento de asistencia del parto por vía vaginal en la presentación podálica, se consideran los siguientes:

### **Criterios para intento de parto vaginal en presentación podálica**

- Embarazo a término, con peso fetal estimado inferior a 3.500 g
- Diámetro biparietal inferior a 100 mm
- Pelvis capaz
- Nalgas completas o incompletas variedad nalgas
- Cabeza flexionada o indiferente
- Ausencia de anomalías fetales que puedan distorsionar el ovoide fetal y producir una distocia durante el parto
- Ausencia de patología medico-obstétrica concomitante y de impedimentos o contraindicaciones por la vía vaginal
- Autorización expresa de la mujer, una vez se le ha informado de las ventajas e inconvenientes, basándonos en la evidencia científica actual

### 3. RESUMEN DE LAS MEDIDAS PARA DISMINUIR LAS CESÁREAS

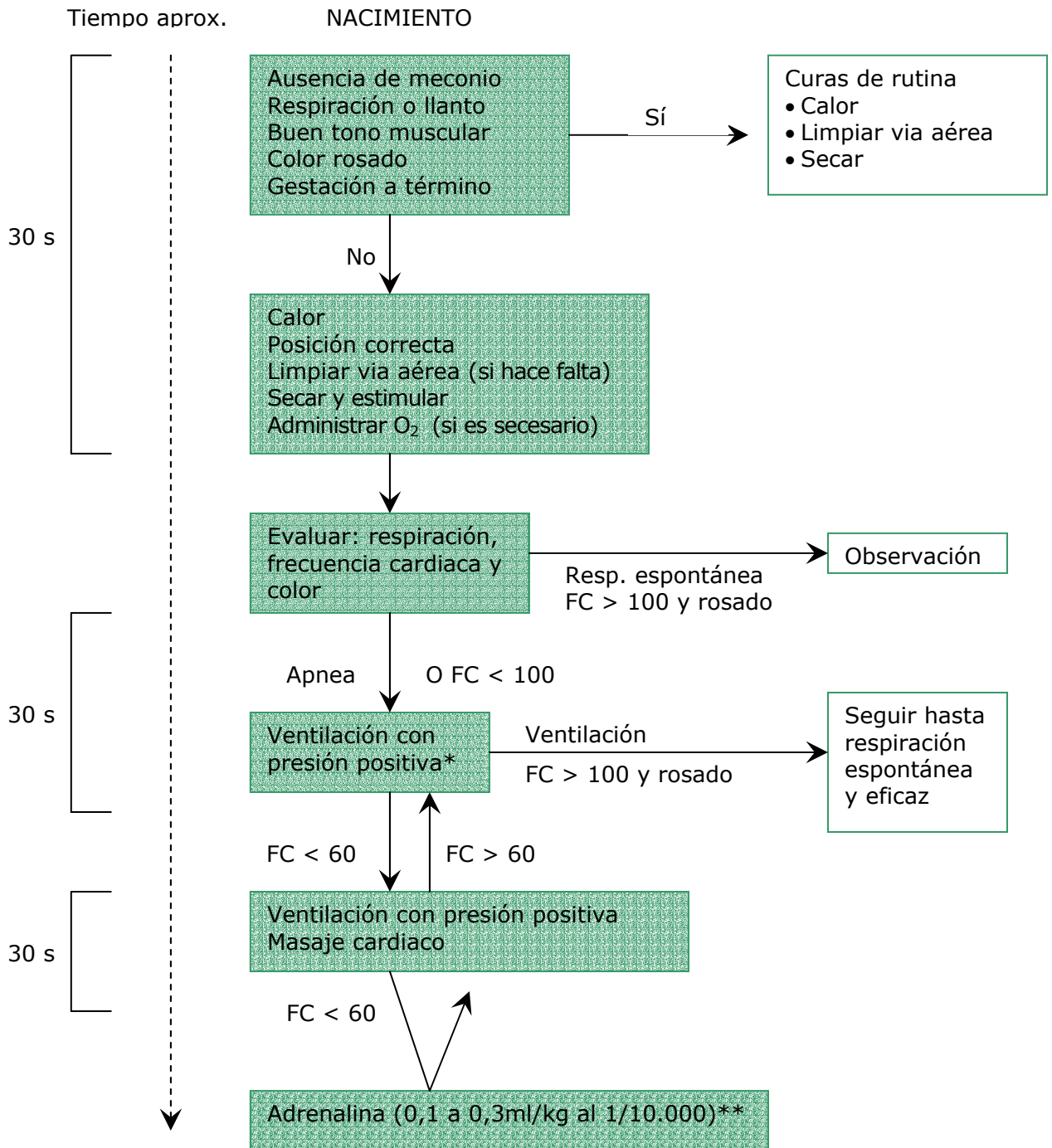
<b>TABLA 7</b> <b>Resumen de las medidas generales para reducir el número de cesáreas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evitar en la medida de lo posible las indicaciones combinadas de cesárea</li><li>• Generalizarse el criterio de restringir esta intervención quirúrgica a aquellas situaciones en que haya evidencia que mejoran los resultados en lo que concierne a la morbilidad materna y del recién nacido</li></ul>

<b>TABLA 8</b> <b>Resumen de las medidas clínicas específicas básicas que pueden influir de manera decisiva en la reducción de la tasa de cesáreas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Conducción activa del parto en los casos de distocia. Reconsideración de algunas definiciones (parto estacionado en la primera fase, latente o activa, y en la segunda fase). Limitar la inducción del parto a los casos estrictamente indicados y utilizar la maduración cervical en el caso de un índice de Bishop &lt; 6</li><li>• Promoción de la prueba de parto vaginal en pacientes con cesárea anterior adecuadamente seleccionadas</li><li>• Esmerada valoración y aplicación de los métodos diagnósticos del riesgo de pérdida del bienestar fetal</li><li>• Promoción de la práctica de la versión externa en gestantes con feto en presentación podálica.</li></ul>

**ANEXO 6**  
**REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

## **ANEXO 6** **REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

### **1. ALGORITMO DE REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**



(\*) Considerar intubación  
(\*\*) 1 ml al 1‰ + 9 ML SF

## **2. OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA EN LA REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

- No aspirar en recién nacido vigoroso.
- Iniciar aspiración por la boca, en 5", presión máxima de 20 cm H<sub>2</sub>O.
- Evitar estímulo mantenido en faringe posterior (riesgo de apnea y/o bradicardia).
- Oxigenoterapia con O<sub>2</sub> húmedo y caliente, según SaO<sub>2</sub>.
- Mantener ventilación (a 40x') hasta obtener respiración eficaz.
- Masaje cardiaco a 90x' (3 compresiones/1 ventilación). Compresión en 1/3 inferior de esternón, produciendo depresión de Ø anteroposterior del tórax 1/3 de su altura total en decúbito.
- Dosis de adrenalina: 0,01 a 0,03 mg/kg (0,1 ml/kg de solución al 1/10.000 = 1 ml de solución al 1/1.000, 9 ml de suero fisiológico). Vía endovenosa o endotraqueal.
- Si hay sospecha de hipovolemia: insertar catéter para vena umbilical, introducir 2-3 cm. Administrar suero fisiológico o Ringer lactato 10 ml/kg en 5' (no seroalbúmina).
- Se debe ser muy restrictivo en la utilización del bicarbonato, por el riesgo de yatrogenia.

**ANEXO 7**  
**IDENTIFICACIÓN Y CUSTODIA DEL**  
**RECIÉN NACIDO**

## **ANEXO 7**

### **IDENTIFICACIÓN Y CUSTODIA DEL RECIÉN NACIDO**

La identificación de la madre y del recién nacido debe asegurar la relación de pertenencia mutua, y tiene que permitir la verificación de la relación de cada recién nacido con su madre biológica en cualquier momento, durante la estancia en el centro maternal, así como la comprobación de este vínculo en el alta hospitalaria, evitando de esta manera posibles sustituciones de los recién nacidos.

El hospital tiene que disponer de mecanismos o procedimientos que aseguren, desde el mismo momento del nacimiento y durante toda la estancia hospitalaria, el mantenimiento del vínculo madre-recién nacido. Los mecanismos de custodia infantil en su estancia hospitalaria tienen que permitir, en todo momento, la comprobación de la identidad del recién nacido.

Para responder adecuadamente a esta exigencia, se propone el establecimiento de unos procedimientos que hoy se consideran los más idóneos para acreditar en todo instante la relación biológica maternofilial y que aseguren en el momento del alta hospitalaria la identidad del recién nacido.

#### **Objetivos de la identificación y custodia del recién nacido**

- Evitar intercambios entre recién nacidos en las salas de parto
- Evitar intercambios entre recién nacidos en los nidos o en las salas de hospitalización de puérperas y servicios de neonatología
- Verificar la identidad del recién nacido ante una sospecha de intercambio
- Comprobar la identidad del recién nacido y de su madre en el alta
- Evitar consecuencias legales al personal sanitario por posibles intercambios de los recién nacidos.

## **1. SISTEMAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS**

Analizando los casos en que se han producido cambios, puede observarse que en casi todas las situaciones ha sido tanto por problemas del material utilizado como por problemas de procedimiento en la identificación: no colocar los brazaletes en la sala de partos, intercambiar brazaletes por su mala fijación sin hacer la comprobación correspondiente, etc. Por otra parte, los sistemas de identificación más biológicos, como las huellas dactilares y el estudio del DNA, pretenden el mantenimiento de la identidad del recién nacido y, aunque sirven para la identificación personal, no aseguran la custodia del niño y el mantenimiento del binomio madre-recién nacido, ya que no permiten comprobar de manera continuada este vínculo.

En la actualidad, cada vez más recién nacidos que tienen situaciones "de riesgo" o patologías que no requieren estar estrictamente separados de sus madres, no se ingresan en neonatología, sino que, para favorecer precisamente esta unión madre-hijo, se quedan en las salas de obstetricia; sin embargo, requieren exploración física una o dos veces al día, extracciones de sangre para analíticas, exploraciones complementarias, etc., que casi inevitablemente suponen la separación transitoria de ambos. En el caso de separación madre-hijo se extremarán las medidas de seguridad para evitar una confusión de recién nacidos o de cunas, sensibilizando a todo el personal en este sentido.

Tiene que disponerse de un material adecuado, de manejo sencillo y unos procedimientos sistemáticos que eviten los errores y aseguren la correcta identificación y la custodia de los recién nacidos.

El sistema más seguro que presenta el mercado es la identificación cruzada con la pinza del cordón y los brazaletes para el bebé y la madre.

La seguridad de este método está determinada por la utilización de un procedimiento sistemático que evite errores (identificar siempre pinza y brazaletes en el box de partos, etc.), así como disponer de un material adecuado: bolsa estéril con pinza de cordón y brazaletes con la misma codificación, brazaletes blandos y con cierre seguro y adecuado, etc.

## **2. IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO MEDIANTE BRAZALETES Y PINZA DE CORDÓN**

Es el método que se recomienda en las maternidades para la custodia del recién nacido.

### **2.1. Material necesario**

Consta de un equipo que se compone de:

- Pulsera identificadora para la mujer
- Pulsera identificadora para el recién nacido
- Pinza umbilical
- Etiqueta para el partograma

Este equipo se presentará empaquetado en una bolsa de plástico transparente, para poder distinguir el color del material. El material será del mismo color y tendrá el mismo código, la codificación estará grabada en todos los elementos. En la medida en que sea posible, habrá equipos de colores diferentes.

Las pulseras tienen que ser de plástico flexible, sin bordes que puedan cortar, con un cierre pequeño y seguro, que puedan mojarse sin que se altere la grabación del código de identificación. Las pulseras tienen que medir aproximadamente un centímetro de ancho.

### **2.2. Procedimiento en la sala de partos**

Después de nacer el/la niño/a, se abre la bolsa del material de identificación y se coloca la pinza en el cordón, seguida de las pulseras, una en la muñeca de la madre y otra en el tobillo del recién nacido, así como la etiqueta identificadora en el partograma.

El brazalete tiene que quedar muy ajustado para evitar que pueda salirse, pero evitando que la presión excesiva lesione la piel del recién nacido.

Tanto la madre como el recién nacido tienen que salir de la sala de partos convenientemente identificados. Antes de ello, se comprobará la identificación de la madre y del recién nacido.

En caso de disponer de equipos de colores diferentes, se intentará que no coincidan los colores de los equipos, si hay diversos partos simultáneos.

En caso de parto múltiple, se utilizará un equipo de identificación para cada recién nacido; por lo tanto, la madre llevará un brazalete para cada hijo/a. Si se da el caso de un feto nacido muerto, también tendrá que identificarse, siguiendo el mismo procedimiento.

Si cayera accidentalmente un brazalete del tobillo del recién nacido, antes de recolocarlo se tendrá que comprobar con el código de la pinza del cordón umbilical y con el del brazalete de la muñeca de la madre. Una vez comprobado, se volverá a colocar una nueva pulsera, en la cual se anotará el número de código que tiene asignado el niño y la madre. Todo esto se hará, a ser posible, en presencia de la madre.

### **2.3. Procedimiento durante la estancia hospitalaria**

Al llegar a la habitación de la sala de hospitalización puerperal, se comprobará que la identificación de la madre y el recién nacido sean correctos, y que la etiqueta del partograma corresponda al del código único en todos los elementos utilizados para la identificación. Esta comprobación se repetirá en el momento del alta.

### **2.4. Precauciones a observar**

Es importante explicar bien el proceso a los padres y qué objetivo tiene, ya que el éxito dependerá en gran parte de su colaboración.

Es importante resaltar el estricto cuidado que se tendrá en el momento de colocar el brazalete de identificación al recién nacido, para que no quede excesivamente holgado y se pueda caer.

## **2.5. Resumen de las recomendaciones más importantes**

### **Para asegurar la identificación y custodia del recién nacido durante la estancia hospitalaria**

- No separar, en la medida que sea posible, al recién nacido de su madre
- Realizar las primeras atenciones al recién nacido en la sala de partos
- Identificar al recién nacido y a la madre dentro de la sala de partos
- Utilizar ropa y objetos personales del recién nacido
- Trasladar conjuntamente a la sala de hospitalización al recién nacido y a su madre
- Fomentar la estancia del recién nacido en la habitación de la madre
- Instruir y fomentar la autonomía de la mujer en los cuidados del recién nacido
- Comprobar la identificación a la salida de la sala de partos, durante la estancia hospitalaria, en el momento del alta y siempre que se separe al recién nacido de su madre
- Dotar los nidos y salas de hospitalización de las medidas de seguridad pertinentes que permitan el control de la entrada de personas
- En el caso de sospecha o duda de intercambio de recién nacidos, podrá verificarse la identidad del recién nacido mediante el estudio del ADN.

**ANEXO 8**  
**MÉTODO PARA LA RECOGIDA DE LA**  
**MUESTRA DE SANGRE DEL CRIBADO**  
**DE METABOLOPATÍAS CONGÉNITAS**

## **ANEXO 8**

### **MÉTODO PARA LA RECOGIDA DE LA MUESTRA DE SANGRE DEL CRIBADO DE METABOLOPATÍAS CONGÉNITAS**

#### **1. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA DE SANGRE DEL TALÓN**

##### **1.1. Método**

- Efectuar lavado de manos higiénico y colocación de guantes.
- Hacer masaje en sentido descendente en la pierna donde se hará la punción.
- Calentar el talón con agua o gasa tibia.
- Limpiar el talón con gasa estéril impregnada con alcohol de 70° (no utilizar alcohol yodado) (anexo 10).
- Hacer una punción en la zona lateral interna o externa del talón (nunca en la zona central).
- Dejar caer las gotas de sangre de una en una, evitando, a ser posible, el contacto directo del cartoncito con la piel.
- Es útil ir haciendo un masaje descendente para que las gotas fluyan con más facilidad.

#### **Es válida también la sangre obtenida por los siguientes métodos:**

- Aprovechando la sangre de otra extracción (capilar o venosa)
- Extracción de venas del dorso de la mano
- Aprovechando sangre heparinizada (tiene que impregnarse el papel cromotográfico inmediatamente)

### **No es válida la sangre en las siguientes situaciones:**

- Sangre de cordón umbilical
- Sangre obtenida directamente de catéteres con alimentación parenteral o tratamientos
- Sangre contaminada (en contacto con dedos, cremas, pomadas, orina, heces, alcohol o leche)
- Sangre obtenida antes de las 48 horas de vida del recién nacido
- Cantidades de sangre insuficientes (que no llenen totalmente los círculos)
- Cuando la muestra no se ha dejado secar inmediatamente después de la extracción (actualmente se ahorran inconvenientes con la colocación de la gasa incluida dentro del sobre para proteger el papel una vez impregnado)
- Sangre obtenida del recién nacido después de una transfusión

### **1.2. Impregnación del papel cromatográfico**

Tienen que llenarse los 6 círculos del papel cromatográfico, de manera que éstos queden completamente rojos, tanto por delante como por detrás.

### **1.3. Cumplimentación de la ficha de identificación**

El personal de enfermería rellenará el apartado de la ficha, que consta específicamente como "*Datos a cumplimentar por el personal sanitario*" y después facilitará esta ficha a los padres, para que rellenen el espacio que consta como "*Datos del recién nacido a cumplimentar por los padres*". Posteriormente, la recogerá y la introducirá dentro del sobre, junto con el papel cromatográfico, habiendo comprobado que esté perfectamente impregnado con la sangre del recién nacido e identificado con sus apellidos.

#### **1.4. Envío del sobre con la muestra de sangre**

La persona que se encargue del envío deberá:

- Comprobar que todos los datos estén correctos y que consten los de identificación.
- Anotar todo el procedimiento (día y hora de la extracción, cuando se pone dentro del sobre y cuando se envía), en la historia clínica del bebé y firmarlo.
- Registrar en el carnet de salud infantil la fecha de la extracción.

El envío de la muestra y la ficha es muy importante que se haga diariamente (el mismo día de la extracción o el siguiente), sin retenerlas o haciendo envíos periódicos, al Instituto de Bioquímica Clínica, con el fin de obtener el resultado e iniciar la dieta adecuada o el tratamiento de los casos positivos, lo antes posible.

**ANEXO 9**  
**PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA**  
**MATERNA**

## **ANEXO 9**

### **PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA**

#### **1. RECOMENDACIONES PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA EN LA SALA DE PARTOS**

##### **1.1. Facilitar el contacto madre-recién nacido**

Inmediatamente después del nacimiento, tiene que favorecerse el inicio de la lactancia materna, colocando al recién nacido sobre la madre piel con piel; así también se favorece la creación de vínculos afectivos y ayuda a mantener la temperatura del recién nacido (ver anexo 2).

Es de gran importancia que el personal sanitario que interviene haga una esmerada observación y valoración del bienestar del recién nacido, al nacer y al iniciar el primer contacto, así como del estado general de la madre y su deseo de amamantar. Es muy importante que la mujer se encuentre cómoda, ya que la mayoría de mujeres suelen estar cansadas después del parto, especialmente si ha sido largo, instrumentado o se ha hecho por cesárea.

El hecho que el primer contacto sea satisfactorio influirá de forma muy positiva a lo largo de toda la lactancia, favoreciendo el vínculo afectivo entre el hijo y su madre, tan importante para el futuro de esta relación y en definitiva para la salud del recién nacido.

##### **1.2. Dar consejo y apoyo en la primera toma**

La primera colocación en el pecho de la madre tiene que hacerse lo antes posible, dentro de la primera hora del posparto, que es cuando el recién nacido está más receptivo a los estímulos que provienen del exterior, ya que su sistema nervioso se encuentra en estado de alerta y es muy sensible a todo tipo de sensaciones, tanto táctiles como olfativas y visuales; están acentuados también todos sus reflejos, por lo que el reflejo de succión es más fuerte en la primera hora después del nacimiento.

Se colocará al recién nacido cerca del pecho de la madre para favorecer el contacto madre-hijo e iniciar la lactancia materna, en el caso del recién nacido en perfectas condiciones de salud, y también en los recién nacidos que necesitan previamente una reanimación

superficial (de grado 1). Quedan fuera de esta situación todos los recién nacidos que requieren cuidados intensivos.

Después de un parto instrumentado o incluso por cesárea, el recién nacido se colocará también en el pecho y se le dejará con la madre todo el tiempo que ella desee, si las condiciones de analgoanestesia no lo contraindican.

Por otra parte, podemos encontrarnos con recién nacidos que buscan desesperadamente el pecho de la madre y succionan mientras tanto de manera vigorosa sus manos. Se trata, pues, de dar una atención personalizada en cada caso y utilizar la técnica más correcta.

## **2. RECOMENDACIONES PARA FAVORECER EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA**

### **2.1. Mantener juntos a la madre y al recién nacido**

Cuando el recién nacido llega con la madre de la sala de partos, en condiciones de normalidad y si no hay contraindicaciones, empieza un periodo importantísimo para la instauración de la lactancia materna, que se prolongará hasta el momento de darles el alta del hospital maternal donde ha tenido lugar el parto. Por este motivo, se recomienda no separar al recién nacido de su madre, salvo que la atención a la salud de alguno de ellos lo requiera.

### **2.2. Aprovechar las primeras tomas de calostro**

Se dará a la madre la información adecuada sobre las escasas cantidades de líquido y nutrientes que el recién nacido necesita los primeros días de vida, y sobre las propiedades idóneas que tiene el calostro por su composición. La animaremos a poner al recién nacido en el pecho, muy a menudo, y así esperar sin angustia la subida de la leche.

La ingesta precoz de calostro ayudará al recién nacido a disminuir los riesgos de sufrir hipoglucemia, evitando de esta manera tener que ofrecerle una alimentación suplementaria que puede dificultar la siguiente mamada, ya que puede generarle confusión.

### **2.3. Evitar la administración de suplementos de suero glucosado**

Si el recién nacido toma pequeñas cantidades de calostro es innecesaria la administración de suplementos de suero glucosado por vía oral; además, por su concentración, el suero glucosado puede ser mal tolerado y originar retenciones y distensiones gástricas, regurgitaciones y vómitos, con el consiguiente peligro de aspiración.

Sólo en determinadas circunstancias patológicas estará indicada la administración de suero glucosado y, en estos casos, tiene que ser el pediatra quien tiene que prescribir específicamente la administración de cantidades determinadas.

### **2.4. Evitar la utilización del chupete**

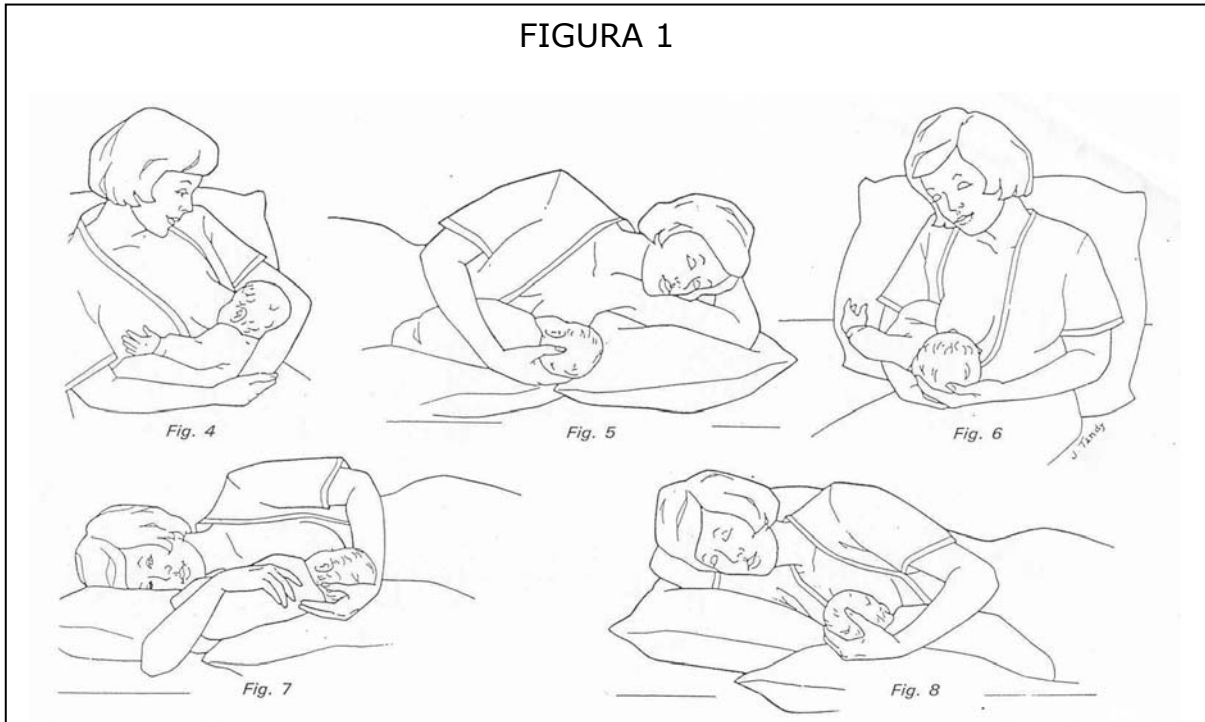
La succión de objetos diferentes al pezón, por su elasticidad, forma, tacto o características, puede confundir al recién nacido y retrasar la correcta succión y como consecuencia la subida de la leche. Por este motivo, no está recomendada la colocación del chupete durante el periodo de instauración de la lactancia materna, sea cual sea su modelo, forma, material o diseño (tetillas de biberón incluidas), en el recién nacido que tome lactancia materna exclusiva (a no ser que haya una indicación médica específica).

### **2.5. Vigilar la posición correcta**

Es muy importante explicar a la madre la importancia de una buena posición en el momento de amamantar, que favorecerá una correcta mamada y prevendrá complicaciones. Para las primeras mamadas, la posición más adecuada es la que puede practicarse en la cama, estirada en decúbito lateral (Fig. 1). Esta postura facilitará la alineación de los dos cuerpos (ombbligo contra ombbligo) con la boca del recién nacido a la altura del pezón de la madre, ligeramente mirando hacia la cara de la madre, a fin de que la boca del recién nacido coja el pezón y la aréola.

El éxito de la lactancia materna dependerá, en gran medida, de una buena técnica al dar el pecho al recién nacido, por lo que es muy importante que se ayude a la madre a resolver cualquier duda con respecto a la posición más cómoda y recomendable para una lactancia satisfactoria.

FIGURA 1



Fuente: Olds SB, London ML, Ladewing PW. Enfermería Maternoinfantil. 2ª ed. México: Ed. Interamericana, 1989

### 2.5.1. Posición de la madre

Durante los primeros días después del parto, si se encuentra en la cama, se pondrá apoyando de lado la espalda en una almohada, si quiere, otra almohada entre las piernas y el brazo doblado por encima de la cabeza. El recién nacido estará también de lado y como punto de referencia su nariz tiene que estar a la altura del pezón. A veces, es posible que necesite la ayuda de otra persona que le acerque el bebé.

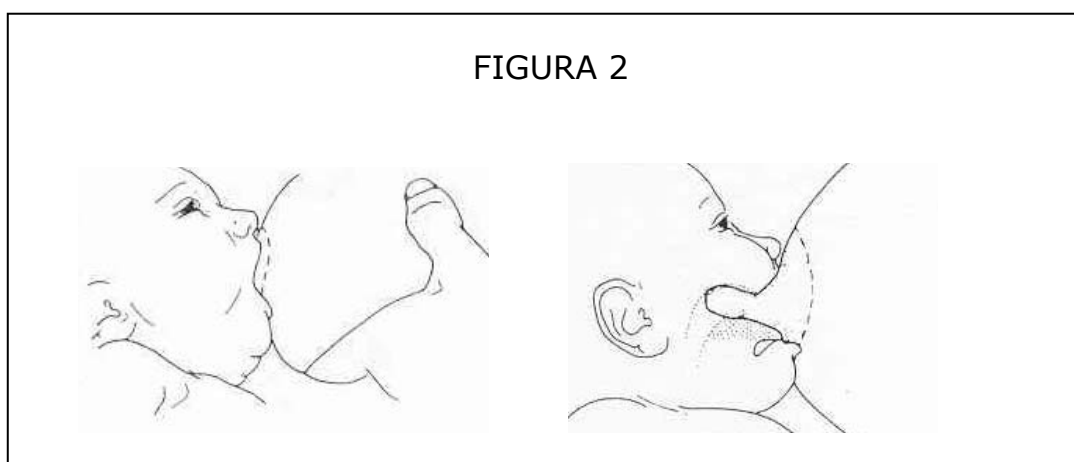
Cuando ya le sea posible sentarse para amamantar, dispondrá de una silla con respaldo amplio, para apoyar bien el hombro, y preferiblemente sin reposabrazos. Puede utilizar alguna almohada en el regazo con el fin de elevar al recién nacido hasta un nivel más cómodo para ambos. Puede ser útil poner los pies en un taburete o similar, e incluso algunas mujeres encuentran cómodo amamantar sentadas en una mecedora.

Hay que estimular la boca del recién nacido con el pezón y cuando la tenga muy abierta intentar que coja la mayor parte de pecho posible, sujetándolo muy cerca de la madre con una ligera presión en el

hombro y en el cuello. En todo caso, hay que tener en cuenta que es el recién nacido que va al pecho y no el pecho que va a él.

### **2.5.2. Posición del recién nacido**

El bebé debe tener el cuerpo y la cabeza en línea recta, no estar girado, y totalmente orientado hacia su madre, tanto si ella está sentada o estirada en la cama. La boca del recién nacido tiene que estar muy abierta, ligeramente desplazada hacia abajo respecto del pezón, es decir "cogiendo el pecho por debajo" y con la cabeza ligeramente deflexionada (Fig. 2). El labio inferior estará girado hacia fuera y el mentón tocando el pecho. Se debe ver más aréola mamaria pegada por debajo que por encima de la boca del niño.



Fuente: *Royal College of midwives. Manual per a un bon alletament matern.* Associació Catalana de Llevadores. Barcelona, 1992.

### **2.6. Flexibilizar la frecuencia y duración de las tomas**

La lactancia a demanda será beneficiosa tanto para el recién nacido, ya que reducirá la incidencia de ictericia y mejorará el aumento de peso, como para la madre, que establecerá una lactancia satisfactoria (porque no tendrá que esperar un tiempo determinado entre tomas) y, además, previene la ingurgitación del pecho.

## **2.7. Dar apoyo profesional**

Los profesionales de enfermería, comadronas y médicos de la sala de púerperas tienen que estar suficientemente formados en el conocimiento de los aspectos básicos para la promoción de la lactancia materna y participar activamente en la aplicación de sus pautas, siempre respetando la decisión de la madre.

La comadrona y los profesionales de enfermería tienen que dar asistencia específica para la lactancia materna en las primeras horas después del parto, mediante la información teórica y la ayuda práctica que la madre necesite de forma individualizada, con el objetivo de conseguir la correcta instauración de la lactancia materna, dando apoyo y solución a los problemas que puedan surgir durante el periodo de puerperio hospitalario.

- Es muy importante vigilar los factores que influyen en el proceso de lactancia especialmente en su inicio, como son el estado físico de la madre, la experiencia previa, el dolor de los pechos y la existencia de alguna patología en el recién nacido.
- Es importante, para el éxito de la lactancia materna, que se tenga en cuenta la predisposición de la madre para amamantar a su hijo y ayudarla en caso de dudas. Muchas veces es la falta de información lo que determina la decisión de no dar lactancia materna: el personal sanitario informará sobre la posibilidad de realización de la lactancia materna, ofreciendo ayuda y apoyo, y no interferirá en la decisión de la madre.
- Se valorarán también todos aquellos factores sociales y familiares que puedan incidir en el proceso de instauración o de mantenimiento de esta lactancia.
- También es básico que valoremos los aspectos relativos al recién nacido que pueden incidir en el inicio de la lactancia, como son su estado de salud, la existencia de factores de riesgo o su predisposición (niño "dormido", etc.), con el fin de orientar la conducta a seguir y mejorar su adaptación a la lactancia materna.
- Es importante la observación clínica de las primeras tomas, con la finalidad de valorar y corregir la técnica, si hace falta (utilizar la gráfica de la OMS sobre observación de una toma).
- Tiene que hacerse la valoración continuada de la eficacia del proceso de instauración de la lactancia, mediante el control del

peso (teniendo en cuenta que siempre pierden algo los primeros días), el control de la diuresis, el estado de confort y la salud del recién nacido.

- Tiene que darse apoyo a la madre que empieza a amamantar ofreciéndole asesoramiento individualizado sobre temores y dudas. Puede ser útil la realización de alguna charla educativa sobre lactancia durante la estancia en la sala de puérperas, dirigida a grupos de puérperas y familiares de apoyo, antes del alta hospitalaria.

Es importante para la instauración de la lactancia la información proporcionada a los padres del recién nacido por parte del pediatra en el momento de la primera revisión, que habitualmente se realiza unas horas después del parto:

- Informar a la familia sobre el estado del recién nacido
- Dar apoyo individualizado a la lactancia materna, hablando de sus ventajas
- Asegurarse que el recién nacido se coloca correctamente en el pecho
- Resolver las dudas y problemas principales, habituales en las primeras horas
- Dar confianza y disponibilidad a la madre

También es importante para el éxito de la lactancia materna que el pediatra, en las visitas posteriores, supervise el desarrollo normal del peso y resuelva los temores y las dudas que pueda tener la madre y, básicamente, dé apoyo al personal de enfermería.

### **3. RECOMENDACIONES PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA**

#### **3.1. Valorar el estado nutricional del recién nacido**

Antes de dar el alta tiene que valorarse el peso del recién nacido. Si la madre está muy angustiada o ha habido una pérdida importante de peso, hace falta ofrecerle la posibilidad de un nuevo control a las 24-48 horas.

#### **3.2. Dar pautas y continuidad asistencial**

Es importante dar pautas de orientación al dar el alta hospitalaria, recordando a la puérpera que tiene que ponerse en contacto con la comadrona del PSAD-ASSIR. También es interesante la información sobre los recursos que la madre tiene a su alcance (consulta de pediatría del CAP o ABS correspondiente y grupos de autoayuda).

Tiene que ofrecerse apoyo a la visita del pediatra de atención primaria; eso da confianza, evita angustia y facilita la resolución de dudas. Es muy útil dar el teléfono de contacto y el nombre del comadrón/a, enfermero/a y pediatra que la atenderá en caso de necesidad.

También es muy útil dar información sobre asociaciones o grupos de madres de apoyo a la lactancia, por si lo considera de interés.

#### **3.3. Dar información sobre la lactancia**

En el informe de alta se tienen que hacer constar los aspectos importantes para la lactancia, tanto maternos como del recién nacido.

La valoración del proceso de lactancia en cada mujer tiene que registrarse en la historia clínica en un apartado específico de la hoja del recién nacido, como también en el carnet de salud infantil que se entrega a la madre con los primeros datos del bebé.

## **4. MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA**

### **4.1. Apoyo a la lactancia por parte del servicio de pediatría de atención primaria**

En este apartado se especifica el papel que tiene que desarrollar el servicio de pediatría en lo que concierne al mantenimiento de la lactancia materna, aparte del apoyo que la mujer recibe de forma habitual por parte de la comadrona, durante la atención domiciliaria en el puerperio.

Durante el primer mes del posparto, es cuando hay un índice más alto de fracasos en el mantenimiento de la lactancia materna, por eso es importante que la madre tenga información clara sobre cómo ponerse en contacto, tan pronto como sea posible, con el equipo de pediatría cuando sea dada de alta del hospital. Y cuando la madre se ponga en contacto con el equipo de pediatría, tiene que ofrecérsele una primera visita cuanto antes mejor.

A partir de aquí se programarán las visitas siguientes, según el calendario vigente para el seguimiento del niño sano. En los controles siguientes se asesorará correctamente a la madre que lacta y se irán resolviendo las incidencias que puedan presentarse.

Hay que recalcar que cuando un recién nacido no sigue un aumento ponderal satisfactorio, no siempre es la causa la hipogalactia materna. Tienen que evaluarse objetivamente otras posibles causas, así como las variantes de la normalidad del peso.

### **4.2. Edad hasta la que se recomienda la lactancia materna**

Siempre que no haya inconvenientes, se recomienda la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 4-6 meses de vida y, a los 6 meses, se introduce la alimentación complementaria.

### **4.3. Alimentación de la madre**

Durante la lactancia materna, la mujer tiene que regular la cantidad de líquidos que ingiere en relación con la sed que tenga. Es el estímulo del niño que le hace tener más leche. La falta de agua limita

la cantidad de la leche, pero no es cierto que a más agua haya más leche.

Mientras la mujer amamante tiene que evitar las bebidas alcohólicas, el exceso de cafeína, teína, bebidas de cola con cafeína, etc.

En lo que concierne a la cantidad, el hambre será la que regule, en general, la ingesta calórica de la mujer que amamanta. Sin embargo, será preciso hacer referencia a la necesidad de aplicar una dieta bien equilibrada.

Si la madre lactante no tiene demasiada hambre, es recomendable que coma poco y a menudo. Pueden tomarse todos los alimentos con moderación.

Si la madre lactante cree que hay algún alimento que reiteradamente no le sienta bien al recién nacido, es recomendable que lo elimine de su dieta. La variabilidad de los olores de la leche en función de la dieta hace que las lactantes acepten mejor los alimentos complementarios.

#### **4.4. Reposo de la madre**

Es importante que la madre pueda descansar y que tenga apoyo en casa: madre, pareja, amigos, etc.

#### **4.5. Prevención de complicaciones**

- **Prevención de la ingurgitación mamaria**

La ingurgitación mamaria es un cuadro relativamente frecuente que aparece, en general, el segundo o tercer día después del nacimiento, en forma de una repentina turgencia mamaria, que va acompañada de dolor local. La mejor prevención es el correcto vaciado de los pechos, a demanda.

- **Prevención de las hendiduras**

No se recomienda que se laven los pechos antes de cada mamada, lo que hace falta es una higiene personal adecuada. Tampoco hay ninguna evidencia que el uso de cremas y ungüentos ayude en la prevención de la aparición de hendiduras en los pezones. El único medio para intentar

evitarlas es asegurarse que el recién nacido mama correctamente colocado.

- **Prevención de la mastitis**

La mastitis es una complicación importante del puerperio, que ocurre como consecuencia de una contaminación bacteriana. Es muy importante vaciar el pecho con el fin de prevenirla.

## **5. CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA**

### **5.1. Situaciones más habituales**

- **Medicación**

Tiene que valorarse de forma esmerada los fármacos que toma la madre durante el periodo de lactancia.

- **Enfermedad materna**

Si una madre enferma tiene intención de amamantar a su hijo, tendrá que extraerse la leche tan pronto como sea posible; sin duda, la separación madre-hijo influye desfavorablemente. En todo caso, es recomendable valorar siempre la relación enfermedad-medicación tomando la actitud pertinente ante el beneficio-riesgo de acuerdo con las circunstancias, pero en nuestro medio tienen que excluirse a las madres portadoras de virus de la inmunodeficiencia humana (HIV).

### **5.2. Inhibición de la lactancia materna**

Es la supresión farmacológica antes de que la lactancia se haya instaurado o ya instaurada.

En el caso de que se suprima ya instaurada, el pecho debe ir vaciándose y tiene que hacerse en un periodo largo de tiempo. La supresión brusca y total de las tomas del niño puede producir un grado anormal de leche, con los riesgos de infección que eso supone.

### **Indicaciones para la inhibición de la lactancia materna:**

- Muerte fetal
- Enfermedades graves de la madre
- Medicación materna (algunos fármacos)
- Adicción a drogas
- Alcoholismo materno
- Indicación de neonatología (enfermedades del recién nacido)
- Deseo materno expresado de no amamantar

## **6. EXTRACCIÓN CON MAMADERA Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA**

### **6.1. Situaciones más habituales en que está indicada**

Hay diferentes ocasiones en las cuales tiene que extraerse la leche de los pechos. Por eso, acto seguido se especifican los casos más habituales y, a continuación, el método más correcto por hacerlo:

- **Antes de iniciar la toma:**  
En el caso de pechos muy distendidos, el bebé tiene dificultades para cogerse. Si se vacía un poco el pecho, se ablanda y el bebé puede cogerse con más facilidad.
- **Después de una toma en que el pecho no se haya vaciado completamente.**
- **Cuando hay una separación temporal entre madre e hijo** (como la incorporación al trabajo): sería bueno que la madre tuviera un poco de leche almacenada en el congelador antes de volver al trabajo. Allí puede sacarse la leche a intervalos, cada 3-4 horas, para disminuir el volumen mamario y el disconfort que la plétora produce, después puede continuar dando el pecho cuando está en casa.

## **6.2. Métodos de extracción con mamadera**

- **Extracción con mamadera manual**

Las mamaderas manuales han ido mejorando. Actualmente existen en el mercado diferentes modelos manuales que son útiles, pero que requieren más tiempo para la extracción de leche; se desaconseja la mamadera tipo "pera", ya que es lenta, no vacía bien el pecho y la bomba es difícil de limpiar.

- **Extracción con mamadera eléctrica**

Las mamaderas eléctricas son las más recomendables, hacen la succión más fisiológica sin cansar tanto a la madre. Pueden incluso alquilarse.

La recomendación para sacar la leche sería 10 minutos de cada pecho, seguido de 5 minutos intercalados. Antes de aplicar la mamadera es recomendable que la madre provoque el reflejo de salida de leche estimulándose los pezones y la aréola. La extracción se realiza cada 3-4 horas.

En ningún momento la extracción de leche tiene que ser dolorosa o molesta para la mujer. Cuando la madre está separada del recién nacido es importante que tenga alguna fotografía u objeto que le recuerde a su hijo.

## **6.3. Método para la conservación de la leche materna**

La leche materna, gracias a sus propiedades, se conserva bien 10 horas a temperatura ambiente, 48 horas en la nevera y 6 meses en el congelador.

Una vez sacada, la leche se guarda en recipientes herméticos y se pone en la nevera (si la madre está en el trabajo puede transportarla con nevera portátil). Puede ser utilizada durante las 48 horas siguientes o bien congelarla.

Hay que tener en cuenta una serie de consideraciones:

1. Tiene que guardarse la leche inmediatamente después de la extracción en recipientes herméticos, esterilizados y de plástico.
2. Tiene que etiquetarse bien la leche, haciendo constar el día, el mes y la hora de la extracción.

3. El recipiente no tiene que llenarse completamente, hay que dejar espacio para la expansión del líquido al congelarse.

4. No tiene que apretarse la tapa hasta que la leche esté completamente congelada.

5. Media hora antes de la toma, tiene que sacarse el recipiente o bolsa que contiene la leche congelada, ponerla bajo el grifo de agua tibia e ir aumentando la temperatura del agua hasta que llegue a ser caliente. Hay que agitar la bolsa o recipiente suavemente, para que se mezcle homogéneamente la grasa con la parte líquida de la leche materna; este proceso tiene que durar pocos minutos. No tiene que descongelarse nunca la leche materna al fuego.

6. Una vez que se ha descongelado la leche materna, ya no puede volver a congelarse.

7. Puede mezclarse leche de la nevera con leche congelada, siempre que la cantidad que añadimos de leche de la nevera sea inferior a la cantidad de leche congelada.

La leche materna procedente de extracción previa puede administrarse al recién nacido de diversas formas. Los prematuros la reciben por sonda nasogástrica hasta que aprenden a tragar. Desde este momento la jeringa, la vasija, el cuentagotas y la cuchara pueden ser utilizados. Dar la leche con biberón puede interferir en el proceso de lactancia, si se está instaurando.

Si la madre debe quedar ingresada, físicamente lejos del recién nacido, se darán el máximo de facilidades y de apoyo para la extracción de la leche.

**ANEXO 10**  
**ANTISÉPTICOS YODADOS EN**  
**PERINATOLOGÍA**  
**(Documento de consenso 1998)**

**ANEXO 10**  
**ANTISÉPTICOS YODADOS EN PERINATOLOGÍA**  
**(DOCUMENTO DE CONSENSO 1998)**

**DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE UTILIZACIÓN DE ANTISÉPTICOS EN LA ETAPA PERINATOLÓGICA (ENERO 1998)**

Desde la Dirección General de Salud Pública se invitó a todos los hospitales maternos de Cataluña a participar en la reunión de consenso, que tuvo lugar el día 8 de mayo de 1997. Posteriormente, entre los meses de julio de 1997 y enero de 1998, han tenido lugar las tareas de revisión de enmiendas presentadas y de redacción de este documento de consenso.

<b>1. ANTISÉPTICOS PARA EL RECIÉN NACIDO <sup>(1)</sup></b>		
<b>PROFILAXIS DEL CORDÓN UMBILICAL <sup>(2)</sup></b>		- ALCOHOL DE 70° ..... 0 ..... - MERCROMINA ..... 0 ..... - CLOROHEXIDINA ALCOHÓLICA al 0,5% ..... 0 ..... - CLOROHEXIDINA ACUOSA al 1%
<b>EN LA UCI NEONATAL</b>	<b>EN PIEL INTACTA <sup>(3)</sup></b>	- POVIDONA YODADA + (limpieza con) ALCOHOL de 70° <sup>(2) (6) (7)</sup> ..... 0 ..... - ALCOHOL YODADO (al 1%) + (limpieza con) ALCOHOL de 70° <sup>(2) (4) (5) (7)</sup> ..... 0 ..... - CLOROHEXIDINA ALCOHÓLICA AL 0,5%
	<b>EN HERIDAS Y MUCOSAS</b>	- CLOROHEXIDINA ACUOSA AL 0,05% (preparación estéril)

**OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA SOBRE LAS OPCIONES PROPUESTAS PARA EL RECIÉN NACIDO**

<sup>(1)</sup> Hace falta que en los centros hospitalarios maternos se disponga de un protocolo por escrito sobre las condiciones de uso y de manipulación a tener en cuenta con el fin de preservar las condiciones idóneas del antiséptico que se utilice. El mencionado protocolo tendrá que estar a disposición de todo el personal que intervenga en la preparación, el mantenimiento y la aplicación.

- (2) Tiene que eliminarse el uso de antisépticos yodados en los cuidados del cordón umbilical del recién nacido, tanto durante los días de estancia en el centro maternal como después en su domicilio. Por esta razón, se informará a la madre sobre el antiséptico que tiene que utilizar, sobre el tiempo de utilización y sobre las normas que debe tener en cuenta. Asimismo, se le darán las explicaciones adecuadas sobre los efectos adversos que los productos yodados pueden tener sobre la tiroides del recién nacido. En el resto de situaciones, dentro del ámbito de la perinatología, tiene que eliminarse o bien restringir al máximo su uso y, en los casos que sea imprescindible, tiene que utilizarse con precaución y sin excesos de aplicación.
- (3) Los usos más habituales a los cuales se refiere este apartado son: la colocación de catéteres, la toma de muestras en sangre, las punciones lumbares, etc.
- (4) Esta opción es la más recomendable para la desinfección de la piel, antes de la punción lumbar, ya que en este caso no puede utilizarse clorhexidina a causa de su toxicidad sobre las meninges.
- (5) El alcohol yodado tiene que dejarse actuar durante un periodo de 1 a 2 minutos.
- (6) Hay que realizar estudios concluyentes para poder establecer el mínimo de tiempo que tiene que dejarse actuar la povidona yodada, antes de retirarla con alcohol, sin que se produzca absorción perjudicial de yodo y que mantenga el poder antiséptico en la piel.
- (7) Cuando haya pasado el tiempo suficiente, tiene que eliminarse el resto de este antiséptico de la piel, limpiándola con algodón empapado de alcohol de 70° y arrastrando, por 3 veces y siempre en una misma dirección, los restos de yodo del área pincelada.

2. ANTISÉPTICOS PARA LA MADRE <sup>(1)</sup>				
DURANTE EL PARTO <sup>(3)</sup>	CESÁREA	CAMPO QUIRÚRGICO	- CLOROHEXIDINA ALCOHÓLICA AL 0,5% ..... o ..... - POVIDONA YODADA + (limpieza con) ALCOHOL DE 70° <sup>(2) (6) (7)</sup> ..... o ..... - ALCOHOL YODADO (al 1%) + (limpieza con) ALCOHOL DE 70° <sup>(2) (4) (5) (7)</sup>	
	PARTO VAGINAL	TACTOS VAGINALES	NORMALIDAD	- REDUCIR NÚMERO DE TACTOS + - EVITAR ANTISÉPTICOS YODADOS
			BOLSAS ROTAS EN EL PRETÉRMINO	- POVIDONA YODADA 4% <sup>(2)</sup>
		CAMPO PERINEAL	- CLOROHEXIDINA ACUOSA AL 0,05% (preparación estéril) ..... o ..... - POVIDONA YODADA <sup>(2)</sup>	
DURANTE EL POS-PARTO	- LIMPIEZA (CON JABÓN NEUTRO) + MANTENER LA PIEL SECA			

(1) Conviene que en los centros hospitalarios maternos se disponga de un protocolo por escrito sobre las condiciones de uso y de manipulación a tener en cuenta, con el fin de preservar las condiciones idóneas del antiséptico que se utilice. El mencionado protocolo tendrá que estar a disposición de todo el personal que intervenga en la preparación, mantenimiento y aplicación.

(2) Con precaución y sin excesos de aplicación. Se tendría que protocolizar su utilización, teniendo en cuenta si la madre tiene previsto dar lactancia materna a su hijo, con el fin de prever el efecto que podría tener la eliminación de yodo a través de la leche y la potencial afectación de las tiroides del recién nacido, a través de esta vía.

(3) Debe tenerse en cuenta que para la antisepsia de la piel, antes de la punción lumbar, no tiene que utilizarse clorohexidina por su toxicidad sobre las meninges.

- (4) Esta opción es la más recomendable para la desinfección de la piel, antes de la punción lumbar, ya que en este caso no puede utilizarse clorhexidina por su toxicidad sobre las meninges.
- (5) Al alcohol yodado hay que dejarlo actuar durante un periodo de 1 a 2 minutos.
- (6) Hay que realizar estudios concluyentes para poder establecer el mínimo de tiempo que debe dejarse actuar a la povidona yodada, antes de retirarla con alcohol, sin que se produzca absorción perjudicial de yodo y que mantenga el poder antiséptico en la piel.
- (7) Cuando haya pasado el tiempo suficiente para que actúe el antiséptico yodado, tiene que eliminarse el resto de yodo de la piel, limpiándola con algodón empapado de alcohol de 70° y arrastrando, por 3 veces y siempre en una misma dirección, los restos de yodo del área pincelada.

**Relación de los profesionales (obstetras, farmacéuticos, neonatólogos, etc.) que han participado en representación de su hospital y que fueron escogidos por la dirección de cada centro**

**PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN (mayo de 1997)**

Romà Baraibar. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona / Jaime Pérez del Pulgar Roig. Centro Médico Teknon. Barcelona / M. Cinta Gamundí. Centro Ntra. Sra. del Pilar. Barcelona / Juan Oller Daurella. Centre Mèdic Delfos, SA. Barcelona / Jamil Ajramú. H. Sagrat Cor-Quinta de Salud Alianza. Barcelona / Carmen Lacasa Dial. H. de Barcelona. Barcelona / Francesc Carmona Herrera. H. Clínic y Provincial de Barcelona / M. Antònia Carceller Cendra. H. Casa de Maternidad. Barcelona / Marcela Mas Cuadrado. C. Mèdic St. Jordi de St. Andreu, SA. Barcelona / Núria Pinant. H. Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona / Concepción Barroso. H. Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona / Juan Segala Martín. H. Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona / Carme Fàbrega Bosacoma. H. de St. Joan de Déu. Barcelona / Juan Altimiras. H. General de Catalunya. St. Cugat del Vallès / Dolors Comas. H. General de Catalunya. St. Cugat del Vallès / Maria Canals Morta. Consorci Hospitalario Parc Taulí. Sabadell / Rosa Martorell Albareda. Hospital de Terrassa. Terrassa / Rafael Albertí Valmaña. H. de Sant Jaume. Calella / Assumpta Colomer Llac. H. General de Vic. Vic / Teresa Arranz. H. Comarcal. Vilafranca del Penedès / Albert Puig Menen. H. de la Cruz Roja. L'Hospitalet de Llobregat / Encarna Martínez. Consorci Sanitario de Mataró. Mataró / M. Queralt Gorgas Torner. H. de Sant Bernabé. Berga / Elena Estivill. H. de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat / Joan Bel. H. de Badalona Germans Trias i Pujol. Badalona / Pilar Giner. H. de Badalona Germans Trias i Pujol. Badalona / Xavier Buxó Massaner. H. de l'Esperit Sant. Sta. Coloma de Gramenet / Xantal Alabau Calvet. Quinta de Salud Alianza. Girona / Xavier Umbert. Quinta de Salud Alianza. Girona / Carlos Esporim. H. Provincial de Sta. Caterina. Girona / Josep Sabrià Rius. H. de Girona Doctor Josep Trueta. Girona / Rafael Albertí Valmaña. H. Comarcal de la Selva. Blanes / Elisenda Flotats Vidal. H. de Puigcerdà. Puigcerdà / Montserrat Carrera. Fundació St. Hospital. La Seu d'Urgell / Montserrat

Vilanova. Fundació St. Hospital. La Seu d'Urgell / Helena Huguet Roca. H. Comarcal del Pallars. Tremp / Núria Cuny Pedarrós. Espitau Val d'Aran. Vielha e Mijaran / M. Dolors Borrell. Clínica Monegal. Tarragona / Palmira Solanch. H. de St. Pau i Sta. Tecla. Tarragona / Jaume Rosal Roig. H. Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa / Blanca Domènech Roman. Pius Hospital de Valls. Valls.

#### MESA COORDINADORA DE LA REUNIÓN (mayo de 1997)

Lluís Salleras (DSSS, director general de Salud Pública) / Gonçal Lloveras (DGSP, director del Programa de Alimentación y Nutrición) / Ramon Prats (DSSS, director del Programa de Salud Maternoinfantil) / Rosa Fernández. (DSSS, Programa de Salud Maternoinfantil) / Antoni Maya (IBC. Plan de detección precoz de metabolopatías congénitas de Cataluña) / Enric Vicenç Calvet (Comisión de Seguimiento del Hipotiroidismo Congénito) / Neus Rams. (SCS, División de Atención Farmacéutica) / Immaculada Torre (assessora de la Mesa Coordinadora).

#### COMISIÓN DE REDACCIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO

(noviembre 1997- enero 1998)

Neus Rams (Servicio Catalán de la Salud) / Concepción Barroso (Hospital Vall d'Hebron) / M. Antònia Carceller (Hospital Casa de Maternidad) / Immaculada Torre (Instituto Dexeus) / M. Cinta Gamundí (Clínica del Pilar) / Carmen Lacasa (Hospital de Barcelona. SCIAS) / Carme Fàbrega (Hospital Sant Joan de Déu) / Rosa Fernández (DSSS).

**ANEXO 11**  
**TERMINOLOGÍA SOBRE**  
**TRANSPORTE PERINATAL.**  
**EQUIPAMIENTO PARA EL**  
**TRANSPORTE DEL RECIÉN NACIDO**  
**CRÍTICO**

## **ANEXO 11**

# **TERMINOLOGÍA SOBRE TRANSPORTE PERINATAL EQUIPAMIENTO PARA EL TRANSPORTE DEL RECIÉN NACIDO CRÍTICO**

## **1. TERMINOLOGÍA SOBRE TRANSPORTE PERINATAL**

Existe una gran variedad de terminología en relación con el transporte, que sistematizamos a continuación.

### **1.1. Según la procedencia del enfermo**

- **Transporte primario**

Es el que se realiza desde el lugar (no hospital) donde se produce la emergencia hasta el centro hospitalario más próximo, siempre que disponga de la capacidad estandarizada para la reanimación de aquel enfermo, a la espera de un transporte secundario, si hace falta. Es poco frecuente en patología neonatal.

- **Transporte secundario o interhospitalario**

Es el que se realiza para transportar a enfermos que proceden de un centro hospitalario a otro, ya sea:

- Para recibir unas atenciones que no podían darle en el hospital de origen.
- Para ocupar una cama de cuidados intensivos.
- Para la práctica de pruebas específicas.

### **1.2. Según la participación de los hospitales en el transporte**

- **Transporte unidireccional**, cuando el centro emisor (CE) realiza el transporte del recién nacido.
- **Transporte bidireccional**, cuando el centro receptor (CR) se encarga de realizar el transporte del recién nacido y envía el equipo para recogerlo.

- **Transporte realizado por una unidad especializada independiente**, cuando existe un equipo de personal, especializado en el transporte del recién nacido críticamente enfermo, con material y utillaje adecuado, capaz de solucionar cualquier problema que pueda presentarse.

### **1.3. Según el momento del transporte**

- **Transporte intraútero o maternofetal**, cuando se realiza antes del parto.
- **Transporte posnatal del recién nacido**, realizado después del nacimiento.

### **1.4. Según la urgencia del transporte**

- **Transporte urgente**  
Es el que se presenta de forma inesperada, ya sea secundario al nacimiento de un recién nacido en una maternidad de nivel inferior al necesario o por la patología que presenta el bebé y/o la madre:
  - Para recibir unas atenciones que no pueden darle en el hospital de origen.
  - Para ocupar una cama de cuidados intensivos.
  - Para la práctica de pruebas específicas.
- **Transporte neonatal programado**  
Cuando no ha sido posible el transporte intraútero y la madre da a luz en una maternidad que no puede hacerse cargo de los problemas del recién nacido, el pediatra y el/la obstetra de la maternidad contactan antes del nacimiento con el centro coordinador del transporte y/o el centro receptor, con la finalidad de acortar el tiempo de respuesta y participar, si procede, en su estabilización previa.

Es más eficaz que el transporte urgente o inesperado, pero tiene el inconveniente que persiste un transporte para el bebé.

Siempre que sea posible se escogerá el transporte intraútero.

### **1.5. Según la finalidad del transporte**

- **Transporte de derivación**  
Cuando a la patología del recién nacido o de la madre le corresponde ser atendida en un nivel hospitalario superior.
- **Transporte de no derivación**  
Cuando el recién nacido tiene que ser trasladado para realizarle determinadas exploraciones complementarias (RM, TC, etc.) o intervenciones quirúrgicas específicas (ductus quirúrgico, transplante cardíaco, etc.).

A veces puede tratarse de un transporte urgente. Este tipo de transporte habitualmente requiere otro posterior de retorno (cuando se hayan realizado las exploraciones o intervenciones).

- **Transporte de retorno**  
Consiste en el retorno al CE de un recién nacido convaleciente, desde el centro donde necesitó cuidados intensivos, resuelta la patología aguda que motivó el traslado o cuando haya alcanzado un peso y/o madurez que permitan el seguimiento en el CE y antes del alta a su casa.

### **1.6. Según la patología que presente el recién nacido**

- **Transporte crítico**, si hay un compromiso vital para el recién nacido.
- **Transporte no crítico**, si no hay un compromiso vital para el recién nacido.

En ambas situaciones, siempre tiene que ser transportado por personal especializado.

## **2. MEDIOS DE TRANSPORTE**

La selección del medio de transporte tiene que realizarse siempre en función de la disponibilidad, de la urgencia, de la factibilidad y del tiempo, sin olvidar el coste.

## **2.1. Ambulancia terrestre**

Es el método de transporte más utilizado en nuestro medio.

### **- Ventajas**

- Disponibilidad universal.
- Ambiente adecuado para los cuidados intensivos móviles.
- Tan sólo necesita dos transferencias del enfermo durante el viaje y tiene un coste relativamente bajo de mantenimiento.

### **- Inconvenientes**

- Tiempo de respuesta largo si la distancia es importante.
- Influenciable por las condiciones de la carretera, el tráfico y la climatología.
- El enfermo sufre vibraciones, aceleraciones y desaceleraciones bruscas.

## **2.2. Helicóptero**

### **- Ventajas**

- Más rápido en distancias largas.
- Idóneo en situaciones de colapso de la vía terrestre.

### **- Inconvenientes**

- Necesita helipuerto, que si no está en el mismo hospital obligará a múltiples transferencias.
- Restricciones climatológicas.
- Los helicópteros tan sólo son utilizables desde la salida del sol hasta que se pone.

- Espacio limitado.
- El ruido y la vibración pueden interferir la vigilancia.
- No hay capacidad de presurización de la cabina, cuando vuela por encima de 1.000 metros sobre el nivel del mar.
- El coste de mantenimiento es alto.
- Hay que vigilar el efecto de la altitud sobre la presión barométrica y la oxigenación, cuando se vuela en zona pirenaica y prepirenaica (las enfermedades cardiopulmonares graves pueden presentar hipoxia a grandes altitudes, por reducción de la presión parcial de oxígeno).

### **2.3. Avión**

En el caso de traslado de recién nacidos desde y/o a otras comunidades autónomas o países.

#### **- Ventajas**

- Es rápido para distancias muy largas.
- Capacidad para volar por encima de la zona de mal tiempo.
- Capacidad de presurización de la cabina.
- Más capacidad para cuidados intensivos móviles.

#### **- Inconvenientes**

- El coste es alto.

### **3. MATERIAL RECOMENDADO PARA EL TRANSPORTE DEL RECIÉN NACIDO CRÍTICO**

El material utilizado para el transporte tiene que estar inventariado y controlado, asegurando siempre el funcionamiento correcto. Se dispondrá del siguiente material, que es lo que habitualmente tienen los vehículos de transporte de recién nacidos críticos del SEM:

- Incubadora de cuidados intensivos con respirador incorporado y colchón de vacío.
- Cabezal para administrar oxígeno y medidor.
- Monitor multiparámetro portátil y desfibrilador con batería y palas neonatales.
- Sistema de aspiración portátil con manómetro.
- Maleta portátil con material de reanimación.
- Bombas de perfusión.
- Medidor de glucemia.
- Medidor del equilibrio acidobásico (aconsejable).
- Nevera (para medicación que necesite refrigeración).
- Linterna, oftalmoscopio y otoscopio.
- Calculadora.
- Material fungible.
- Hoja asistencial del transporte.
- Hoja de consentimiento informado.
- Medios para comunicaciones.

**ANEXO 12**  
**ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y**  
**EDUCATIVAS DURANTE EL**  
**PUERPERIO DOMICILIARIO**  
**ACTIVIDADES GRUPALES POSPARTO**

## **ANEXO 12**

### **ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y EDUCATIVAS**

#### **DURANTE EL PUERPERIO DOMICILIARIO**

#### **ACTIVIDADES GRUPALES POSPARTO**

### **1. ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y EDUCATIVAS DURANTE EL PUERPERIO DOMICILIARIO**

#### **1.1. Actividades en la primera visita**

Se realiza entre las 24-48 horas de la llegada a casa. Es importante establecer un contacto telefónico previo con la mujer para evaluar la necesidad percibida de esta visita y planificar el momento adecuado para realizarla. Consiste en:

- Informarse sobre el curso del parto y del posparto hospitalario.
- Valorar el estado actual de la madre y el recién nacido, evaluando los signos de normalidad y derivándolos al profesional adecuado en el caso de identificar signos o síntomas de anormalidad.
- Observar los cuidados que hace la madre al recién nacido y su propio autocuidado, darle la información necesaria a fin de que se lleven a término de una manera autónoma.
- Averiguar el nivel de información y adaptación del entorno familiar a la nueva situación.
- Potenciar la autoestima de la madre.
- Dar pautas para facilitar la integración del nuevo miembro en la unidad familiar.
- Observar y asesorar sobre la práctica de la lactancia.
- Informar sobre dieta, hábitos de la madre y el recién nacido.
- Observar el estado emocional de la madre y sus preocupaciones.
- Dar apoyo a la pareja en la adaptación de sus roles como padres.
- Valorar las condiciones de vivienda.
- Instaurar el plan de cuidados y el seguimiento posterior.
- Registrar los datos en la ficha de control del puerperio.

Se realizará sólo una visita de puerperio domiciliario en los casos en que la comadrona observa un buen estado general y no identifica problemas o la necesidad de seguimiento de los consejos y cuidados a implementar por parte de la puérpera. En este caso, se seguirá el control del puerperio en la consulta.

### **1.2. Actividades en la segunda visita**

Se realiza a las 24-48 horas, después de la primera visita, y consiste en:

- Valorar el nivel de conocimientos de autocuidado y cuidados del recién nacido.
- Valorar la adaptación al nuevo entorno.
- Observar y asesorar sobre la práctica de la lactancia.
- Observar el estado general del recién nacido y de la madre.
- Observar el estado emocional de la madre y sus preocupaciones, informándola de todos los aspectos que ayuden a disminuir las preocupaciones.
- Reforzar la seguridad de la mujer con respecto a los cuidados del recién nacido.
- Valorar el seguimiento del plan de cuidados iniciado en la primera visita.
- Registrar los datos.

### **1.3. Actividades en la tercera visita**

Se realiza a las 24-48 horas de la segunda visita, en función de las necesidades observadas, y consiste en:

- Observar, comprobar y valorar el grado de autonomía alcanzado por la madre.
- Valorar el estado actual de la madre y del recién nacido.
- Concertar una visita posparto con el PSAD-ASSIR.

- Informar sobre métodos contraceptivos y el servicio de planificación familiar, y facilitar un método contraceptivo, si hace falta.
- Registrar los datos.

Si sólo se realizan dos visitas al domicilio, los parámetros que se valoran en la tercera visita se harán en la segunda visita. Y se continuará el control del puerperio en la consulta.

#### 1.4. ACTIVIDADES EN EL PUERPERIO DOMICILIARIO ENFOCADAS A LA MADRE

<b>Actividades asistenciales</b>	
<b>Parámetros</b>	<b>Observación/control</b>
Controles vitales	• Pulso, TA, temperatura
Involución uterina	• 4º-5º día posparto: palpación 2 dedos por debajo del ombligo • 10º día posparto: por debajo de la sínfisis púbica • Útero de consistencia dura • Presencia o ausencia de retortijones
Loquis	• > 3r. día: inferiores a una menstruación Olor característica
Perineo y episiorrafia	• Evaluar presencia de dolor (facilitar una buena analgesia) • Descartar la presencia de hematomas, infección, hemorroides y dehiscencia de episiorrafia
Herida quirúrgica (cesárea)	• Evaluar presencia de dolor (facilitar una buena analgesia) • Descartar la presencia de hematomas, infección, seromas y dehiscencia de la herida quirúrgica. Aplicar curas en caso de heridas abiertas
Mamas (lactancia)	• Descartar la presencia de grietas, ingurgitación, tumefacción, dolor y evaluar el estado del pezón En las mujeres que den de mamar, es útil observar una toma para rectificar malposiciones, caso de haberlas (ver anexo 9)
Extremidades inferiores	• Descartar presencia de edemas, dolor u otros signos indicativos de tromboflebitis
Hábito miccional	• Micción regular sin molestias ni incontinencia
Hábito intestinal	• Recuperar el patrón de eliminación intestinal previa al embarazo y potenciar actuaciones favorecedoras de la eliminación intestinal
Estado emocional	• Considerar las modificaciones habituales en esta etapa para intentar detectar aquellas situaciones que se alejan de la normalidad

<b>Actividades educativas</b>	
<b>Parámetros</b>	<b>Información</b>
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación equilibrada, variada y normocalórica que permita la recuperación de la madre</li> </ul>
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar sobre los hábitos higiénicos y establecer un plan de curas</li> </ul>
Recuperación física	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover la realización de ejercicios progresivos que faciliten la recuperación del tono muscular del perineo, la columna y la circulación en las extremidades inferiores</li> </ul>
Reposo y sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer unos mínimos que permitan la recuperación física y psíquica materna</li> </ul>
Relaciones sexuales/contracepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar consejos que faciliten el restablecimiento de estas relaciones y facilitar la elección del método contraceptivo adecuado</li> </ul>
Continuidad asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recordar y facilitar la continuidad en nuevas visitas domiciliarias o en la consulta y derivación al programa del niño sano</li> </ul>

### **1.5. Actividades en el puerperio domiciliario enfocadas al recién nacido**

<b>Actividades asistenciales</b>	<b>Actividades educativas</b>
Parámetros	Parámetros
Valoración del estado general	Lactancia
Cura del ombligo	Control de peso
Observación de la coloración	Deposiciones
Exploración anogenital	Cólico
Valoración de hábitos intestinales y miccionales	Higiene
Valoración del crecimiento y curva de peso	Cura del ombligo
Alimentación y reflejo de succión	Conducta del recién nacido
Valoración de actividad en reposo	Signos de alarma
Control de higiene general	Carnet de salud
Valoración del tratamiento, si hace falta	Vacunaciones
	Control pediátrico

## **2. ACTIVIDADES GRUPALES POSPARTO**

Puede ofrecerse esta actividad grupal durante el puerperio. Se trata de una actividad educativa enfocada a la pareja, que incluye asesoramiento y trabajo corporal de recuperación física de la mujer. Esta actividad forma parte de la cartera de servicios del PSAD-ASSSIR y generalmente se realiza en los CAP.

En el caso de que se lleve a cabo, tiene que informarse a la gestante sobre los objetivos de esta actividad ya en la consulta de seguimiento del embarazo, durante el curso de preparación para el parto (grupos de educación maternal), durante el ingreso hospitalario posparto y, finalmente, en la primera visita en el puerperio domiciliario y también en la primera visita en la consulta pediátrica.

Estos grupos pueden ser abiertos o cerrados y la incorporación tendría que ser libre, cuando las parejas sientan esta necesidad. La duración suele ser de unas dos horas, una vez por semana. El número de semanas dependerá de cuestiones organizativas y se recomienda un mínimo de cinco sesiones. Sería idónea la colaboración del equipo de pediatría, por su aportación específica en el grupo de posparto.

El contenido de esta actividad grupal incluye información y asesoramiento en aspectos relacionados con la madre y el recién nacido.

### **2.1. Asesoramiento en aspectos relacionados con la madre**

- Dar información sobre la alimentación adecuada durante la lactancia y el posparto.
- Potenciar la autoestima de la madre.
- Implicar y responsabilizar a la pareja en el cuidado del recién nacido.
- Dar apoyo a la pareja en el reajuste de sus roles como padres.
- Ayudar a la pareja en la adaptación y la integración del recién nacido en la unidad familiar.
- Reflexionar sobre la importancia de la afectividad de la pareja y con el recién nacido.
- Dar elementos para facilitar el mantenimiento de las relaciones afectivas en la pareja.

- Dar información sobre el reinicio de las relaciones sexuales.
- Hacer consideraciones sobre la frecuencia en los cambios de estado anímico de la pareja en esta etapa y dar elementos para mejorar la vivencia.
- Hacer reflexiones sobre la necesidad de establecer una buena relación con el entorno: pareja, amigos, familia, otros hijos, etc.

## **2.2. Asesoramiento en aspectos relacionados con el recién nacido**

- Valorar la interiorización de la información sanitaria recibida, complementarla y dar pautas sobre signos de alarma y consejos de puericultura, adaptándose a la situación particular de cada pareja.

## **2.3. Trabajo corporal posparto**

Se trata de ejercicios físicos específicos para compensar las modificaciones que se han producido en el cuerpo de la mujer durante el embarazo, parto y posparto, con el objetivo de:

- Facilitar la recuperación del tono muscular del perineo y la columna.
- Facilitar la circulación en las extremidades inferiores.
- Facilitar técnicas de recuperación física.
- Facilitar técnicas de relajación.
- Valorar que algunos ejercicios del trabajo corporal posparto pueden realizarse conjuntamente con el recién nacido.

**ANEXO 13**  
**LA HISTORIA CLÍNICA**  
**HOSPITALARIA PERINATAL**

### **ANEXO 13**

#### **LA HISTORIA CLÍNICA HOSPITALARIA PERINATAL**

Es de gran importancia clínica y legal disponer de información, tan completa como sea posible, de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, así como del estado del recién nacido al nacer y durante los primeros días de su vida extrauterina.

En este anexo se hace una relación de toda la información que hace falta obtener y de su ordenación en la historia clínica. La informatización de la información, o cuando menos la protocolización y el diseño de formularios adecuados, permite disponer de una buena documentación y facilita el análisis posterior.

La historia clínica perinatal es un cuestionario sistematizado sobre los aspectos pasados y presentes relacionados con la salud de la embarazada y las circunstancias de su entorno, el curso del embarazo, el parto, el puerperio, el estado del recién nacido al nacer y en los primeros días de su vida.

La finalidad de esta historia hospitalaria perinatal es registrar toda la información en torno al nacimiento, de forma clara e inequívoca, y ponerla al alcance del personal sanitario que intervendrá y tendrá cuidado de la madre y del recién nacido durante todo el proceso del parto y puerperio. También es muy útil para la obtención de indicadores de salud perinatal que posibilitarán el análisis con finalidades estadísticas y de investigación.

Es aconsejable abrir una nueva historia clínica obstétrica en el ingreso de cada parto, ya que algunos apartados habrán cambiado, en el caso de haber gestaciones anteriores atendidas en el mismo hospital.

Es de primordial importancia la buena coordinación entre el hospital y la atención primaria, con el fin de intercambiar información, preferiblemente por medios informáticos, y así evitar duplicidad de apartados, preguntas a la embarazada y exploraciones ya realizadas, etc., durante el seguimiento del embarazo. Este apartado ha sido sobradamente tratado en el *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*, en el cap. I, ap. 2.1, pág. 37, y a él nos remitimos.

La historia clínica debe cumplir estos requisitos:

- Estar correctamente identificada y ordenada
- Ser clara e inteligible
- Ser concisa, pero completa
- Constituir el guión del interrogatorio y de las acciones a desarrollar
- Garantizar los derechos de confidencialidad e intimidad
- Posibilitar la explotación bioestadística de los datos contenidos
- Cumplir los requisitos legales

## **1. APARTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA HOSPITALARIA PERINATAL**

### **1.1. Datos generales y antecedentes**

Antecedentes familiares: enfermedades hereditarias.

Antecedentes personales: enfermedades, intervenciones, medicación actual, alergias, transfusiones, adicción al tabaco, alcohol o drogas.

Antecedentes ginecoobstétricos: menarquía y tipo menstrual, paridad, evolución de las gestaciones anteriores (duración, complicaciones, tipo de parto, intervenciones obstétricas, peso, sexo y evolución del recién nacido, lactancia).

Analíticas y ecografías: grupo sanguíneo y factor Rh, hemograma, test de O'Sullivan, serologías de lues, HBsAg y HIV, cultivo vaginal. Ecografía de cribado de malformaciones congénitas en el segundo trimestre. Biometrías normales en el tercer trimestre.

## **1.2. Datos básicos del seguimiento del embarazo actual**

Sería deseable que los sistemas informáticos y la buena coordinación facilitaran el acceso inmediato desde el hospital a la historia clínica de la atención primaria. Sin embargo, mientras eso no sea posible en todos los casos, se tendrá en cuenta que la información básica del seguimiento del embarazo puede obtenerse del carnet de la embarazada, que toda mujer tendría que llevar, y del traspaso de información entre el centro de atención primaria y el hospital maternal que tengan establecido, con el fin de facilitar la continuidad en la asistencia.

En todo caso, la información básica que tiene que registrarse es la siguiente:

- FUR (fecha de la última regla).
- FUR corregida (a partir de una exploración ecográfica practicada preferentemente en el primer trimestre del embarazo, siempre que la diferencia entre la edad gestacional, calculada a partir de ésta, y la de la FUR sea igual o superior a una semana).
- Curso de la gestación actual: número de visitas realizadas, resultados de las analíticas y de las ecografías de rutina, síntomas del embarazo y datos de cualquier patología que se haya detectado.
- Duración de la gestación en semanas completas y días (calculada a partir de la FUR corregida mediante ecografía).

## **1.3. Clasificación del riesgo: reevaluación actualizada del riesgo**

- Clasificación del riesgo del embarazo según el *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña* (riesgo bajo, medio, alto o muy alto) y del parto (ver cap. IV de este protocolo).
- Factor o factores de riesgo que han condicionado esta clasificación.
- Complicaciones previsibles en el proceso de parto.

- Condiciones que tiene que tener el hospital para atender este parto con garantías para la salud de la madre y del recién nacido (ver cap. IV).
- Especificación del nivel hospitalario dónde tiene que derivarse la gestante para el parto (ver cap. IV).

#### **1.4. Plan de nacimiento**

Se trata de registrar los aspectos referentes a las expectativas que la mujer y su pareja tienen con respecto a la vivencia del nacimiento del hijo/a. El plan de nacimiento tiene que prepararse durante la primera visita al hospital; debe estar basado en la información por parte del/de la obstetra y comadrón/a, con respecto a la situación en que se encuentra la gestación y las posibilidades del hospital maternal donde se propone que tenga lugar el parto, y en el diálogo con la mujer y su pareja, para que expresen sus deseos, temores, expectativas, etc. relacionados con el parto (anexo 1).

**En todo caso, el plan de nacimiento tiene que recoger información de sí:**

- Se ha explicado a la mujer de manera entendedora y suficiente la clasificación del riesgo de su embarazo, las complicaciones previsibles y las alternativas disponibles: sí, no (motivos en caso negativo).
- Se ha explicado de manera clara y entendedora los servicios, condiciones y normas que tiene el hospital donde tendrá lugar el parto: sí, no (especificarlo).
- Se ha acordado el tipo de parto que se realizará. Hay que especificar las condiciones concretas que se tendrán en cuenta (acompañantes, posición, anestesia-analgésia, lactancia, etc.): sí, no (especificarlo).
- Se ha enseñado a la mujer el espacio físico donde tendrá lugar la dilatación, el periodo de expulsión, la estancia posparto: sí, no (motivos en caso negativo).
- Se ha informado de manera entendedora sobre el momento en que tiene que acudir al hospital para el parto: sí, no (motivos).
- Se le han facilitado los nombres, direcciones, teléfonos que pueda necesitar en caso de urgencia: sí, no (especificarlo).
- Hay consentimiento informado: sí, no (motivos).

### **1.5. Datos del ingreso en curso de parto**

- Motivo del ingreso.
- Fecha y hora del ingreso.
- Fecha y hora de la última ingesta de alimentos.
- Forma de iniciarse el parto: (espontáneo, inducción, cesárea electiva).
- Constantes maternas (polos, temperatura corporal, tensión arterial materna).
- Edemas.
- Proteinuria.
- Frecuencia cardiaca fetal en latidos por minuto.
- Situación, presentación, posición del feto y el grado de encajamiento.
- Descripción del grado de borrado cervical, de la consistencia, de la posición y de la dilatación cervical.
- Valoración clínica de la pelvis femenina: apta para el parto, probable desproporción pelviofetal.
- Dinámica uterina: número y duración de las contracciones en un periodo de 10 minutos.
- Fecha y hora del amniorrexis, si es espontánea o artificial, así como el aspecto del líquido amniótico por amnioscopia o amniorrexis: claro, verde, meconio, hemático, maloliente, otros.
- Pronóstico (nivel de riesgo basado en la valoración de las exploraciones y pruebas complementarias en el momento del ingreso en el curso de parto).

### **1.6. Datos de la evolución del parto**

- Fecha y hora de la entrada en la sala de partos.
- En el ingreso, periódicamente y antes de cualquier intervención se hará constar:
  - Encajamiento de la presentación fetal.
  - Variedad de la posición de la presentación fetal, en relación con la pelvis materna. Únicamente del primer feto en las gestaciones múltiples.

- Evolución de las características del cuello uterino y dilatación (en el momento de la entrada en la sala de partos en los partos espontáneos, en el momento de aplicar la instrumentación en los partos vaginales instrumentados o en el momento de indicación de la cesárea en las cesáreas realizadas durante el trabajo de parto o no electivas.

- Tipo de anestesia (local, peridural, intradural, endovenosa, general, otros) y cuando se aplica cada una de ellas.
- Tipo de parto: espontáneo, fórceps, ventosa, espátulas (haciendo constar en cada uno de ellos las condiciones de aplicación, en especial la altura y la posición de la presentación), ayuda manual en nalgas, gran extracción de nalgas, versión y gran extracción de nalgas, cesárea, extramuros. En el caso de utilizar más de un instrumento o procedimiento, en un mismo feto, en este apartado únicamente se consignará el último aplicado o el más resolutivo, y los otros utilizados se detallarán en el apartado de ampliación de datos. Tiene que especificarse el tipo de parto de cada feto en las gestaciones múltiples.
- En caso de instrumentación vaginal: indicación.
- Indicación en caso de cesárea realizada durante el trabajo de parto o no electiva, y si es urgente.
- Indicación en el caso de cesárea electiva o realizada antes del inicio del parto.
- Descripción de la intervención, tanto para cesárea como vaginal (tipo de incisión cutánea y uterina, y si se han producido rasgaduras u otras complicaciones).
- Práctica de una episiotomía profiláctica: sí, no.
- Alumbramiento: espontáneo, dirigido, manual.
- Valoración de la pérdida sanguínea y de la aplicación de medidas profilácticas de la hemorragia posparto.
- Nombre, apellidos y número de colegiado del profesional sanitario que asiste el parto.

### **1.7. Datos del recién nacido**

En el caso de partos múltiples, hay que especificar todos los datos para cada uno de los recién nacidos.

- Apellidos del recién nacido.
  - Sexo del recién nacido.
  - Fecha y hora del nacimiento.
  - Índice de Apgar al 1r. minuto y a los 5 minutos.
  - Peso en gramos.
  - Talla en cm.
  - pH de la arteria del cordón umbilical (si se ha determinado).
  - Rh del recién nacido, en el caso de madre Rh negativa.
  - Maniobras de reanimación: aspiración nasofaríngea, aspiración gástrica, aspiración traqueal, ventilación con mascarilla de ambu, intubación, masaje cardiaco, cateterismo umbilical. No son excluyentes entre ellas.
  - Circulares del cordón umbilical y anomalías del cordón.
  - Distocia de hombros: sí, no.
  - Profilaxis ocular y con vitamina K: sí, no.
  - Expulsión de meconio y micción espontánea: sí, no.
  - Realización del protocolo de identificación del recién nacido:  
sí, no, apellidos y nombre del profesional sanitario que realiza el procedimiento de identificación.
  - Revisión por el pediatra: sí, no; fecha, hora y nombre del pediatra en caso afirmativo y motivo en caso negativo.
  - Realización de las pruebas de detección precoz de metabolopatías: sí, no, y motivo en caso negativo.
  - En el caso de madre HBsAg+, inmunización del recién nacido contra la hepatitis B: sí, no, y motivo en caso negativo.
  - Ingreso del recién nacido en pediatría: sí, no, y motivo en caso afirmativo.
- 
- **En caso de muerte fetal:**
  - Fecha y hora de la muerte.

- Tipo de muerte: antes del parto, intraparto, posparto.
- Causa probable de la muerte (preferiblemente, codificada con el CIM-9- MC).
- Realización de necropsia: sí, no, y en caso afirmativo diagnóstico.
- Presencia de malformaciones: sí, no, y en caso afirmativo descripción (preferiblemente, codificada con el CIM-9-MC).
- Presencia de traumatismos: sí, no, y descripción en caso afirmativo.
- La madre ha visto y ha cogido a su hijo: sí, no.
- El padre ha visto y ha cogido a su hijo: sí, no.
- Apellidos, nombre y número de colegiado del profesional sanitario que firma el certificado de nacimiento y/o defunción.

### **1.8. Datos del puerperio hospitalario**

- Controles durante las 2 primeras horas de la tensión arterial, pulso, temperatura y pérdida hemática (anotar en hoja tabulada cada 30 minutos); también de la micción y de la aplicación de medicaciones.
- Complicaciones del puerperio que requieren tratamiento médico: sí, no, y en caso afirmativo especificar las patologías y tratamientos médicos efectuados, ambos preferiblemente codificados con el CIM-9-MC.
- Complicaciones del puerperio que requieren tratamiento quirúrgico: sí, no, y en caso afirmativo especificar las patologías y tratamientos quirúrgicos efectuados, ambos preferiblemente codificados con el CIM-9-MC.
- Transfusión de sangre o derivados, durante el parto o puerperio: sí, no, y en caso afirmativo tipo de hemoderivado administrado y número de unidades.
- Lactancia del recién nacido: natural, artificial, mixta.
- Inhibición farmacológica de la lactancia materna: sí, no, y motivo en caso afirmativo.
- Administración de gamaglobulina anti-D en madre Rh negativa y recién nacido Rh positivo o desconocido: sí, no.

- En el caso de muerte materna: fecha, hora, causa probable (preferiblemente, codificada con el CIM-9-MC), resultado de la necropsia si se practica, apellidos, nombre y número de colegiado del médico que firma el certificado de defunción.
- Fecha y hora del alta médica.

## **2. EL PARTOGRAMA**

La evolución del parto quedará reflejada en el partograma, que consiste en una hoja cuadrículada (cada cuadro pequeño corresponde habitualmente a 10-15 minutos) que permite la representación gráfica de la evolución, durante el curso del parto, de la frecuencia cardíaca fetal, dinámica uterina, descenso y posición de la presentación, dilatación y condiciones de la cérvix uterina, constantes maternas, controles fetales (pH, etc.), administración de analgésicos y medicamentos, incidencias y anotaciones diversas. El partograma se inicia en el momento de la entrada de la parturienta en la sala de dilatación y finaliza en el momento del parto.

El registro tococardiográfico constituye un elemento que muchas veces se añade a la documentación de la evolución del parto; que complementa el partograma, pero no lo sustituye.

## **3. EL LIBRO DE PARTOS**

Aunque se llenen correctamente las hojas de historia clínica del parto, en formato papel o electrónico, es muy conveniente, atendiendo a la trascendencia legal del proceso del parto, disponer de un libro de partos (ubicado en la misma sala de partos), donde se anotarán los datos mínimos siguientes:

- Número de orden correlativo para cada parto
- Apellidos y nombre de la parturienta.
- Número de historia clínica o, si no hay, DNI o pasaporte.
- Edad de la parturienta.
- Semanas de gestación.
- Fórmula obstétrica.
- Tipo de parto: vaginal o cesárea.

- Presentación fetal: cefálica, podálica, transversa (de cada recién nacido en las gestaciones múltiples).
- Fecha y hora del parto (de cada recién nacido en las gestaciones múltiples).
- Peso del recién nacido (de cada recién nacido en las gestaciones múltiples).
- Sexo del recién nacido (de cada recién nacido en las gestaciones múltiples).
- Apgar en el 1r y 5º minuto de vida (de cada recién nacido en las gestaciones múltiples).
- Apellidos del recién nacido.
- Destino del recién nacido (de cada uno en las gestaciones múltiples).
- Destino de la madre.
- Registro de mortalidad perinatal (antes del parto, intraparto y posparto).
- Registro de mortalidad materna (antes del parto, intraparto y puerperio).
- Nombre del profesional sanitario que asiste el parto.

#### **4. EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

- Datos administrativos.
- Fecha de ingreso.
- Fecha del parto.
- Características básicas del embarazo.
- Características básicas del parto.
- Características básicas del recién nacido.
- Datos sobre la lactancia.
- Datos básicos sobre el puerperio hospitalario.
- Diagnósticos y procedimientos utilizados.
- Recomendaciones y tratamientos prescritos.
- Fecha en la cual tendrá que acudir para la revisión puerperal y lugar.
- Direcciones y teléfono que podrá utilizar si necesita atención.

## **5. EL CARNET DE LA EMBARAZADA**

Tiene que llenarse en todos su apartados, teniendo en cuenta que es el documento que quedará en poder de la mujer como resumen de los datos más relevantes del seguimiento de su embarazo, así como del parto y puerperio.

## **6. EL CARNET DE SALUD INFANTIL**

Tienen que registrarse en este documento, que quedará en poder de la madre, los primeros datos del recién nacido y recomendarle que lo lleve siempre en las visitas del pediatra, hasta que el niño/a tenga 14 años, ya que este carnet resume e irá acumulando en el futuro los datos más relevantes de su historia clínica.

**ANEXO 14**  
**NIVELES HOSPITALARIOS:**  
**SERVICIOS DE OBSTETRICIA Y**  
**NEONATOLOGÍA**

## **ANEXO 14 NIVELES HOSPITALARIOS: SERVICIOS DE OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA**

### **1. CLASIFICACIÓN POR NIVELES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL**

La regionalización de la atención hospitalaria al parto según el grado de riesgo y el transporte perinatal son imprescindibles, dentro de un sistema sanitario muy organizado, y por ello es necesario establecer unos niveles hospitalarios, según los servicios que pueden prestar y las responsabilidades que pueden asumirse en cada centro.

El *European Network for Perinatal Transport* (EUROPET) estudió esta cuestión a nivel europeo y acordó la clasificación de los niveles hospitalarios en cuatro grupos. Esta clasificación diferencia entre hospitales de nivel 0, I, II y III, y es la que se ha considerado más adecuada para aplicar en nuestra red hospitalaria obstétrica y neonatal.

Con el fin de hacer operativa esta clasificación, se especifican los servicios que puede prestar cada uno de los niveles hospitalarios, tanto en lo que concierne a la atención obstétrica como a la neonatal. Se especifica también la estructura física, el equipamiento, el personal, así como los horarios y sistemas de coordinación con otras unidades que deben tener tanto los servicios de obstetricia como los de neonatología, para cada uno de los niveles de hospital maternal en Cataluña.

#### **1.1. Hospital maternal de nivel 0**

Es el que no cumple los mínimos del nivel I, en todos o en alguno de sus apartados.

El nivel 0 no está autorizado para atender partos. La razón principal es que el parto de bajo riesgo, igual que el embarazo de bajo riesgo, son situaciones dinámicas, ya que en torno a un 25% de las complicaciones aparecen en las gestaciones que se han etiquetado como de bajo riesgo (ver pág. 99 del *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*).

## **1.2. Hospital maternal de nivel I**

Tiene una unidad perinatal capacitada para la asistencia a partos de riesgo bajo y medio, y la atención a recién nacidos normales.

Las características de estructura, equipamiento, personal, etc. que se especifican son las que debe tener como mínimo un centro sanitario para atender partos en nuestro sistema sanitario.

### **1.2.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel I**

- Asistencia a partos de riesgo bajo y medio.
- Atención a recién nacidos normales y prematuros de 35-36 semanas de gestación estables, y sin complicaciones.
- Reanimación inmediata y estabilización de la madre y del recién nacido con problemas, mientras se gestiona su traslado a un hospital de nivel superior.
- Atención prolongada al recién nacido que necesite algún cuidado especial, pero que no se considere necesario trasladarlo a un nivel hospitalario superior.
- Previsión de la continuidad asistencial, de la mujer y del recién nacido, después del alta.
- Promoción de la salud.

### **1.2.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel I**

El área física tiene que ser suficiente para la actividad que se desarrolla, así como el número de camas y cunas.

Todas las estructuras estarán de acuerdo con los estándares de autorización establecidos.

### **1.2.2.1. Área de dilatación**

- Sala que disponga de cama, lavabo y equipo para control materno y monitorización fetal.

### **1.2.2.2. Área de partos**

- Sala/s de partos, una de ellas preparada de forma adecuada para atender el parto natural no medicalizado (ver anexo 4).
- Quirófano para cesáreas.
- Zona de atención al recién nacido normal, que permita su atención e identificación, cuya situación impida la posibilidad de intercambios entre recién nacidos (ver anexo 7).
- Zona de reanimación para madres y recién nacidos (tanto en la sala de partos como en la sala quirúrgica para cesáreas).

### **1.2.2.3. Área de hospitalización obstétrica (preparto y posparto)**

- Habitaciones suficientes, según estándares de acreditación establecidos.
- Habitaciones acondicionadas para la estancia conjunta del recién nacido con su madre, durante la estancia hospitalaria (*rooming-in*).
- Área de cuidados especiales para recién nacidos:
- Tiene que existir un área con las condiciones necesarias para la estancia y cuidados mínimos de aquellos recién nacidos con problemas especiales, durante los días de ingreso posparto, o tienen que poder aplicarse a la habitación de la madre.
- Tiene que disponerse de una zona y del material necesario para realizar reanimación neonatal de forma adecuada, y para estabilizar a recién nacidos en espera del traslado a un nivel hospitalario superior.
- También tiene que disponerse de una zona para los recién nacidos que por diferentes motivos no pueden ser atendidos de forma continuada con la madre.

### **1.2.3. Equipamiento que debe tener el hospital maternal de nivel I**

Todas las instalaciones estarán de acuerdo con los estándares de acreditación establecidos.

Se dispondrá de suficientes puntos (cálculo según la capacidad de actividad) para cubrir todas las necesidades de oxígeno, aire, vacío y enchufes eléctricos.

#### **1.2.3.1. Equipamiento del área de partos de nivel I**

- Mesa de partos.
- Equipamiento y utillaje necesario para atender el parto de riesgo bajo o medio.
- Monitor fetal.
- Bomba de perfusión.

#### **1.2.3.2. Equipamiento de la sala quirúrgica para cesáreas de nivel I**

- Equipamiento estándar de un quirófano, con mesa donde puedan hacerse partos vaginales instrumentados y revisiones posparto. Y también el área de esterilización correspondiente.
- Equipamiento y utillaje necesario para la vigilancia y reanimación materna y fetal.
- Cuna de calor radiante (con equipo para reanimación neonatal, posibilidad de acceso y circulación de personas y del equipamiento de reanimación).
- Incubadora de espera de transporte, con ventilador neonatal.

#### **1.2.3.3. Equipamiento de servicios complementarios de nivel I**

- Depósito de farmacia.
- Laboratorio que sea capaz de realizar las pruebas de:

grupo sanguíneo y factor Rh, test de Coombs directo, hemograma, fórmula leucocitaria, glucemia, bilirubinemia, calcemia, proteína C reactiva, equilibrio acidobásico.

- Servicio de ecografías suficiente
- Disponibilidad de diagnóstico por la imagen.
- Posibilidad de disponer de sangre las 24 h.

#### **1.2.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel I**

- Médico de guardia (presencia física las 24 h).
- Obstetra y comadrón/a (localizable\*).
- Anestesiólogo/a (localizable\*).
- Imprescindible la presencia física en el parto de profesional sanitario capacitado en reanimación del recién nacido.
- Un ayudante quirúrgico para el/la obstetra (localizable\*).
- Pediatra (localizable\*).
- Personal de enfermería suficiente, para cuidados del recién nacido con problemas.
- Personal de apoyo suficiente (auxiliares de enfermería etc.).

(\*) Localizable = cuando puede garantizarse que estará presente en un tiempo inferior a 30 minutos.

#### **1.2.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel I**

- El servicio de atención obstétrica y neonatal de nivel I tiene que estar disponible las 24 horas.
- Tiene que haber un protocolo escrito a seguir para el traslado de la gestante, puérpera o recién nacido, a un nivel hospitalario superior en caso de necesidad.

- Coordinación protocolizada con laboratorio con banco de sangre, para cubrir las posibles necesidades.
- Sistema protocolizado de coordinación con la atención primaria (PSAD/ASSIR).

### **1.3. Hospital maternal de nivel II A**

Tiene una unidad perinatal capacitada para la asistencia de partos de riesgo alto que no necesiten coordinación con otras especialidades, así como para la asistencia a recién nacidos normales y/o prematuros no graves (> 32 SG o > 1.500 g de peso), que casi sólo requieren ganar peso.

Dispone de servicio de obstetricia y unidad de cuidados intermedios neonatales.

#### **1.3.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel II A**

Además de los que corresponden al nivel I, tendrá que priorizar:

- Asistencia a los partos de riesgo alto que no necesiten coordinación con otras especialidades medicoquirúrgicas.
- Atención a los recién nacidos sanos y patológicos siguientes:
  - Prematuros entre >32 SG y >1.500 g de peso al nacer.
  - Recién nacidos enfermos no graves, con problemas que se espera que se resuelvan rápidamente y sin necesidad de otros especialistas.
  - Puede tratar recién nacidos con ventilación mecánica para breves periodos de tiempo (24 h aprox., como criterio orientativo).
  - Recién nacidos convalecientes, después del traslado de retorno desde la UCIN.
- Previsión de la continuidad asistencial cuando sean dados de alta, tanto la madre como el recién nacido.

- Docencia (concertada con centro hospitalario de nivel III para la estancia en la UCI).
- Promoción de la salud.

### **1.3.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel II A**

Además de la estructura mínima que corresponde al nivel I, debe disponer de:

#### **1.3.2.1. Unidad de reanimación y cuidados intermedios neonatales**

Unidad de neonatología capacitada para dar apoyo respiratorio para periodos breves (< 24 h. aprox., como criterio orientativo).

#### **1.3.2.2. Servicios complementarios**

- Rayos X y ecografía general las 24 horas del día.
- Servicio de farmacia.
- Banco de sangre (o depósito de sangre, adecuadamente coordinado con banco de sangre).
- Laboratorio de urgencias las 24 horas del día.

### **1.3.3. Equipamiento que debe tener el hospital maternal de nivel II A**

Además de lo que se ha especificado para el nivel I, el nivel II tiene que disponer de:

- Ecografía de alta resolución.
- Monitorización electrónica fetal intraparto externa e interna.
- Monitorización bioquímica intraparto.
- Monitorización cardiopulmonar materna.

- Utillaje para atender correctamente las necesidades del recién nacido que puede ser asistido en un hospital de nivel II A (instalaciones para incubadora y cunas térmicas, monitores neonatales, equipos de apoyo respiratorio).

#### **1.3.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel II A**

- Equipo de obstetra y comadrón/a, pediatra y anestesiólogo/a las 24 h (presencia física), en número suficiente para dar la asistencia adecuada.
- Enfermería con dedicación específica en la unidad neonatal y resto de personal de apoyo (auxiliares de enfermería, etc.), en número suficiente para atender a las necesidades del área perinatal.

#### **1.3.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel II A**

- Atención continua (24 horas, todos los días del año).
- Sistema protocolizado de coordinación con niveles I, II B, III A y III B, para el traslado y retorno de los partos y recién nacidos que lo requieran.
- En el caso de que no disponga de banco de sangre, sino únicamente de depósito, éste debe tener un sistema protocolizado para disponer de sangre y hemoderivados de manera inmediata en caso de necesidad.
- Sistema protocolizado de coordinación con la atención primaria (PSAD/ASSIR).

#### **1.4. Hospital maternal de nivel II B**

Tiene una unidad perinatal capacitada para el control y seguimiento de embarazos de riesgo muy alto, así como para la asistencia a partos de riesgo muy alto que requieren una unidad de cuidados de obstetricia intermedios y que no requieran coordinación permanente

con otras especialidades, y a los recién nacidos que requieran cuidados intensivos (UCIN) con necesidad de apoyo respiratorio que evolucionen favorablemente con  $FiO_2 < 0,8$  aprox. y/o cirugía menor.

Dispone de una unidad de cuidados intermedios obstétricos (ventilación mecánica para periodos cortos  $< a 24 h$  aprox.) y una unidad de cuidados intensivos neonatales ( $FiO_2 > 0,8$ ).

#### **1.4.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel II B**

- Además de los que corresponden al nivel II A, tendrá que priorizar:
- Control y tratamiento de los embarazos de riesgo muy alto, que no necesiten conexión permanente con otras especialidades.
- Asistencia a los partos de riesgo muy alto que no necesiten conexión permanente con otras especialidades.
- Cuidados intensivos neonatales para:
  - Prematuros de  $> 1.000 g$  y  $> 28 SG$
  - Recién nacidos con ventilación mecánica con  $FiO_2 < 80$
  - Anomalías congénitas que no requieren especialista.
  - Bebés con problemas quirúrgicos menores
- Dar apoyo a los hospitales de nivel I y II A de su territorio.

#### **1.4.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel II B**

Por lo que se refiere a la atención en el parto, al puerperio y al recién nacido, además de la estructura mínima que corresponde al nivel II A, tiene que disponer de:

- Unidad de cuidados obstétricos intermedios (capacitada para aplicación de ventilación mecánica para periodos cortos de  $< 24 h$ , aprox.)
- Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

- Conexión con otras especialidades del hospital.

#### **1.4.3. Equipamiento que debe tener el hospital maternal de nivel II B**

Además de lo que se ha especificado para el nivel II A, el nivel II B tiene que disponer de:

- Utillaje para atender correctamente a las necesidades del parto de riesgo muy alto propio del nivel II B.
- Ecografías de alta resolución (24 h).
- Tomografías computadas (TC).
- Laboratorio general y de hemostasia (24 h).
- Servicio de hemoterapia y transfusiones (24 h).

#### **1.4.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel II B**

Además de lo que se ha especificado para el nivel II A, el nivel II B tiene que disponer de:

- Especialistas en medicina materno-fetal (obstetras y neonatólogos/as).
- Personal suficiente de UCIN.
- Apoyo del resto de especialidades medicoquirúrgicas del hospital.
- Apoyo del resto de servicios del hospital (hemoterapia, transfusiones, laboratorio, diagnóstico por la imagen, etc.) (24 h).

#### **1.4.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel II B**

- Sistema protocolizado de traslados perinatales con los otros niveles hospitalarios maternales (recepción y retorno). Hay que aceptar derivaciones a cualquier hora.
- Sistema protocolizado de coordinación con la atención primaria (PSAD/ASSIR).

#### **1.5. Hospital maternal de nivel III A**

- Tiene una unidad perinatal de alta tecnología, capacitada para el control y seguimiento de embarazos y partos de riesgo muy alto, que necesiten coordinación permanente con otras especialidades; así como para la asistencia a los recién nacidos en situación clínica grave que requieran cuidados intensivos de alta tecnología (UCI neonatal) y/o cirugía mayor propia del nivel III A.
- Dispone de UCI y/o UCOI, y UCIN.

##### **1.5.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel III A**

Además de lo que corresponde al nivel II B, tendrá que priorizar:

- Atención directa a los embarazos de riesgo muy alto (ver *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*, pág. 119), que necesiten conexión permanente con otras especialidades o equipamiento de alta tecnología.
- Asistencia a los partos de riesgo muy alto, que requieran coordinación con otras especialidades permanentemente y/o equipamiento de alta tecnología.
- Atención a los prematuros extremos de < 1.000 g y < 28 SG.
- Atención a la madre y al recién nacido afectados de cualquier patología, priorizando la que corresponde a su nivel (recién nacidos propios de UCI neonatal, excepto aquéllos que puedan ser candidatos a cirugía cardíaca, hernias diafragmáticas u otras patologías graves susceptibles de ser tratadas con ECMO).

- Dar apoyo a los hospitales de nivel I , II A y II B.
- Conexión permanente con las otras especialidades.
- Promoción de la salud.
- Docencia (formación de especialistas).
- Investigación.

### **1.5.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel III A**

Además de la estructura mínima que corresponde al nivel II B, tiene que disponer de:

- Unidad de cuidados obstétricos intensivos (UCOI).
- Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Unidad de cuidados intensivos de adultos (UCI adultos).
- Conexión permanente con otras especialidades.

### **1.5.3. Equipamiento que debe tener el hospital maternal de nivel III A**

Además de todo lo especificado para el nivel II B, tiene que disponer permanentemente, las 24 horas, de:

- Laboratorio general y de hemostasia.
- Servicio de hemoterapia y transfusiones.
- Tomografía computada (TC).
- Resonancia magnética (RM).
- Ecógrafo de alta resolución.

#### **1.5.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel III A**

Además del correspondiente al nivel II B, debe disponer permanentemente, las 24 horas, de:

- Especialistas en medicina materno-fetal (obstetras y neonatólogos).
- Personal de cuidados intensivos de adultos y neonatales.
- Apoyo del resto de especialidades medicoquirúrgicas del hospital.
- Apoyo del resto de servicios del hospital (hemoterapia, laboratorio, diagnóstico por la imagen, etc.).

#### **1.5.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel III A**

Además de lo especificado para el nivel II B, tiene que disponer de:

- Protocolo de coordinación de traslados perinatales con los niveles I, II A, II B y III B, tanto en lo que concierne a la recepción de enfermos (recién nacidos o madres) derivados como al retorno al hospital de procedencia, cuando se haya resuelto el motivo del traslado.
- Tiene que tener un sistema protocolizado de coordinación con la atención primaria (PSAD/ASSIR).

#### **1.6. Hospital maternal de nivel III B**

Tiene una unidad perinatal al más alto nivel tecnológico, capacitada para la asistencia a cualquier patología y específicamente las que requieren superespecialidades y equipamiento del más alto nivel tecnológico (cirugía cardíaca del recién nacido, hernias diafragmáticas u otras patologías graves del bebé susceptibles de ser tratadas con ECMO y cirugía láser de la retinopatía del prematuro). En este sentido es el referente directo para todos los hospitales de Cataluña de nivel inferior I, II A, II B y III A.

### **1.6.1. Servicios que puede prestar el hospital maternal de nivel III B**

Además de lo que corresponde al nivel III A, tendrá que priorizar:

- Atención directa en los embarazos de riesgo muy alto que requieran atención en el hospital de más alto nivel tecnológico.
- Asistencia a los partos de riesgo muy alto que requieran atención del más alto nivel de especialización y tecnología.
- Atención a la madre y al recién nacido afectados de cualquier patología, priorizando la que, para su complejidad clínica, requiera el nivel más alto de tecnología medicoquirúrgica (cirugía cardíaca del recién nacido, ECMO, láser para la retinopatía del prematuro, transplantes, etc.).
- Conexión permanente con todas las especialidades y superespecialidades medicoquirúrgicas.
- Dar apoyo, como hospital de referencia, a todos los otros hospitales maternos de Cataluña.

### **1.6.2. Estructura física que debe tener el hospital maternal de nivel III B**

Además de las características del nivel III A, la unidad perinatal del nivel III B tiene que tener:

Conexión y apoyo permanente con las otras especialidades y superespecialidades del hospital al más alto nivel tecnológico (24 h).

### **1.6.3. Equipamiento que tiene que tener el hospital maternal de nivel III B**

Además de todo el especificado para el nivel III A, el nivel III B tiene que disponer de:

- ECMO (oxigenación de membrana extracorpórea).
- Cirugía cardíaca extracorpórea.

- Láser de retina para el tratamiento de la retinopatía del prematuro.

#### **1.6.4. Personal que debe tener el hospital maternal de nivel III B**

Además del correspondiente al nivel III A, tiene que disponer permanentemente, las 24 horas, de:

- Especialistas en cirugía cardíaca y neurocirugía del recién nacido.
- Especialistas de todas las especialidades medicoquirúrgicas.
- Especialistas en ecografía de alta resolución.

#### **1.6.5. Horarios y coordinación del hospital maternal de nivel III B**

Además de lo especificado para el nivel III A, tiene que disponer de:

- Protocolos de coordinación con los niveles I y II A, II B y III A, tanto para la recepción de enfermos (recién nacidos o madres) derivados, como para el retorno al hospital de procedencia cuando se haya resuelto el motivo de derivación. Tiene que aceptar derivaciones a cualquier hora.
- Un sistema protocolizado de coordinación con la atención primaria (PSAD/ASSIR).

## 1.7. Cuadros resumen de los niveles hospitalarios

<b>Hospital maternal de nivel I</b>	
SERVICIOS QUE PUEDE PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia en partos de bajo y medio riesgo</li> <li>• Asistencia a recién nacidos normales y prematuros de 35-36 SG, estables</li> <li>• Reanimación inmediata de la madre y del recién nacido con problemas imprevistos en espera de traslado, si es necesario</li> <li>• Promoción de la salud</li> </ul>
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de dilatación</li> <li>• Sala de partos y quirófano para cesáreas; ambas con sala de reanimación para madres y recién nacidos</li> <li>• Sala para partos "naturales no medicalizados"</li> <li>• Habitaciones (madre-recién nacido)</li> <li>• Área para recién nacidos con necesidades especiales</li> </ul>
EQUIPAMIENTO (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa de partos y utillaje adecuado para partos de bajo y medio riesgo</li> <li>• Monitor fetal</li> <li>• Bomba de perfusión</li> <li>• Equipo estándar de quirófano</li> <li>• Área de esterilización</li> <li>• Utillaje adecuado para reanimación materna y del recién nacido</li> <li>• Cuna de calor radiante</li> <li>• Incubadora de espera de transporte con ventilación neonatal</li> <li>• Laboratorio mínimo (que pueda realizar determinaciones de equilibrio acidobásico, grupo sanguíneo y Rh, calcemia, bilirrubinemia, glucemia, etc.)</li> <li>• Depósito de farmacia y de sangre</li> <li>• Disponibilidad de radiografías y ecografías</li> </ul>
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de guardia las 24 h</li> <li>• Obstetra, comadrón/a, anestesiólogo/a y pediatra (localizables) (alguno de ellos con experiencia en reanimación de recién nacidos)</li> <li>• Un ayudante quirúrgico para el ginecólogo (localizable)</li> <li>• Personal de enfermería suficiente para curas del recién nacido con problemas</li> <li>• Personal de apoyo suficiente (auxiliares de enfermería, etc.)</li> </ul>
HORARIOS Y COORDINACIÓN (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de obstetricia y neonatal han de estar disponibles las 24 horas</li> <li>• Disponer de un protocolo escrito a seguir para el traslado de la madre o del recién nacido al nivel hospitalario superior, en caso de necesidad</li> <li>• Coordinación protocolizada con banco de sangre</li> <li>• Coordinación protocolizada con la atención primaria</li> </ul>

(\*) Las características que se especifican para este nivel I son las que debe tener como mínimo un centro para atender partos en nuestro sistema sanitario.

<b>Hospital maternal de nivel II A</b>	
SERVICIOS QUE PUEDE PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a los partos de alto riesgo que no requieran otras especialidades</li> <li>• Atención a los recién nacidos sanos y patológicos siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuros de &gt;32 SG o &gt;1.500 g de peso al nacer</li> <li>- Recién nacidos no graves, con problemas que se espera que se resuelvan rápidamente y sin necesidad de especialistas</li> <li>- Puede tratar recién nacidos con ventilación mecánica por breves periodos de tiempo (criterio orientativo: 24 h aproximadamente)</li> <li>- Recién nacidos convalescientes, después del retorno de UCIN</li> </ul> </li> <li>• Asegurar la continuidad asistencial de la mujer y el recién nacido después del alta</li> <li>• Docencia (concertada con centro de nivel III, para la estancia en la UCI)</li> </ul>
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de obstetricia con capacidad suficiente para atender embarazos y partos de alto riesgo, que no necesiten conexión con el resto de especialidades</li> <li>• Unidad de reanimación y curas intermedias neonatales, con capacidad de dar soporte respiratorio por periodos breves (&lt;24 h aprox.)</li> <li>• Area de neonatología con capacidad suficiente para atender recién nacidos propios del nivel II A</li> </ul>
EQUIPAMIENTO (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utillaje para atender correctamente las necesidades del parto de alto riesgo propio del nivel II A (el que no necesita otras especialidades)</li> <li>• Ecografía de alta resolución, monitoreo electrónico intraparto externo e interno, monitoreo bioquímico intraparto, monitoreo cardiopulmonar materno</li> <li>• Incubadoras</li> <li>• Unidad neonatal con instalaciones para incubadoras o cunas térmicas</li> <li>• Monitores neonatales</li> <li>• Equipos de apoyo respiratorio</li> <li>• Laboratorio de urgencias (24 h)</li> <li>• Banco de sangre o capacidad suficiente de disponer de forma inmediata de sangre y/o hemoderivados en caso de necesitarlo</li> <li>• Servicio de farmacia</li> <li>• Servicio de diagnóstico por la imagen (24 h)</li> </ul>
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de obstetra, comadrón/a, anestesiólogo/a y pediatra (presencia física permanente)</li> <li>• Enfermeras con dedicación específica a la unidad neonatal</li> <li>• Personal de apoyo suficiente (auxiliares de enfermería, etc.)</li> </ul>
HORARIOS Y COORDINACIÓN (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención continua (24 horas todos los días del año)</li> <li>• Coordinación protocolizada con los niveles I, II B, III A y III B, para el traslado-retorno de los partos y recién nacidos que lo requieran</li> <li>• Protocolo de coordinación con banco de sangre, si no disponen</li> <li>• Coordinación protocolizada con la atención primaria</li> </ul>

(\*) Las características que se especifican para este nivel II A son las que ha de tener el servicio de obstetricia y neonatología, además de las de nivel I.

<b>Hospital maternal de nivel II B</b>	
SERVICIOS QUE PUEDE PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y seguimiento de los embarazos de riesgo muy alto que no requieran coordinación permanente con otras especialidades.</li> <li>• Atención a los partos de riesgo muy alto que no necesiten conexión permanente con otras especialidades y a los recién nacidos propios de curas intensivas con necesidad de soporte respiratorio que evolucionen favorablemente con FiO<sub>2</sub> (indicativo aproximado &lt;0,8) y/o cirugía menor</li> <li>• Curas intensivas neonatales para:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuros de &gt;30 SG o &gt;1.250 g</li> <li>- Bebés con necesidad de ventilación mecánica con FiO<sub>2</sub> &lt; 80</li> <li>- Bebés con anomalías congénitas que no necesitan especialista</li> <li>- Bebés con problemas quirúrgicos menores</li> </ul> </li> <li>• Dar soporte a los hospitales de nivel I y II A</li> </ul>
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de cuidados obstétricos intermedios (UCOI), nivel de cuidados intermedios de adultos (capacitada para aplicación de ventilación mecánica por periodos cortos de &lt; 24 horas, aprox.)</li> <li>• Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)</li> <li>• Conexión con otras especialidades medicoquirúrgicas</li> </ul>
EQUIPAMIENTO (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utillaje para atender correctamente las necesidades del parto de riesgo muy alto propio del nivel II B (el que no necesita otras especialidades)</li> <li>• Ecógrafo de alta resolución (24 h)</li> <li>• Tomografía computada (TC)</li> <li>• Laboratorio general y de hemostasia las 24 horas</li> <li>• Servicio de hemoterapia-transfusiones (24 h)</li> </ul>
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas en medicina maternofoetal (obstetras y neonatólogos)</li> <li>• Personal de UCI neonatal (24 h)</li> <li>• Soporte del resto de especialidades medicoquirúrgicas del hospital</li> <li>• Soporte del resto de servicios del hospital (hemoterapia, transfusiones, laboratorio, diagnóstico por la imagen, etc.) (24 h)</li> </ul>
HORARIOS Y COORDINACIÓN (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación protocolizada, de traslados perinatales, con los otros niveles hospitalarios (recepción y retorno) (capacidad para aceptar derivaciones a cualquier hora)</li> <li>• Coordinación protocolizada con la atención primaria</li> </ul>

(\*) Las características que se especifican para este nivel II B son las que debe tener el servicio de obstetricia y neonatología, además de las de nivel II A.

<b>Hospital maternal de nivel III A</b>	
SERVICIOS QUE PUEDE PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y seguimiento de los embarazos de riesgo muy alto que necesitan conexión permanente con otras especialidades</li> <li>• Atención a los partos de riesgo muy alto que no necesiten conexión permanente con otras especialidades</li> <li>• Atención a los prematuros de &lt; 30 SG y &lt;1.250 g</li> <li>• Asistencia a los partos que requieran el nivel de alta tecnología y a los recién nacidos en situación clínica grave que puedan necesitar técnicas de rescate respiratorio como ventilación de alta frecuencia o óxido nítrico, o recién nacidos propios de cuidados intensivos que no evolucionen favorablemente con FiO2 inferior a 0,8</li> <li>• Dar soporte a los hospitales de nivel I, II A y II B</li> </ul>
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de cuidados obstétricos intensivos (UCOI)</li> <li>• Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)</li> <li>• Unidad de cuidados intensivos de adultos (UCI)</li> <li>• Conexión permanente con las otras especialidades medicoquirúrgicas (24 h)</li> </ul>
EQUIPAMIENTO (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio general y de hemostasia (24 h)</li> <li>• Servicio de hemoterapia-transfusiones (24 h)</li> <li>• TC (24 h)</li> <li>• RM (24 h)</li> <li>• Ecógrafo de alta resolución (24 h)</li> </ul>
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas en medicina materno-fetal (obstetras y neonatólogos, permanentemente)</li> <li>• Personal de UCI de adultos y neonatal (24 h)</li> <li>• Soporte del resto de especialidades medicoquirúrgicas del hospital (permanentemente)</li> <li>• Soporte del resto de servicios del hospital (24 h) (hemoterapia, transfusiones, laboratorio, diagnóstico por la imagen, etc.)</li> </ul>
HORARIOS Y COORDINACIÓN (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación protocolizada de traslados perinatales (recepción y retorno) con nivel I y II (acepta derivaciones a cualquier hora)</li> <li>• Coordinación con centro de nivel III B para derivación de las patologías propias de este nivel (tratamientos puntuales como láser de retina, cirugía cardíaca, ECMO)</li> <li>• Coordinación protocolizada con la atención primaria</li> </ul>

(\*) Las características que se especifican para este nivel III A son las que debe tener el servicio de obstetricia y neonatología, además de las de nivel II B.

<b>Hospital maternal de nivel III B</b>	
SERVICIOS QUE PUEDE PRESTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y seguimiento de los embarazos y partos de riesgo muy alto que requieran conexión permanente con superespecialidades (cirugía cardíaca fetal, ECMO, trasplantes, etc.)</li> <li>• Asistencia a los partos que, por su complejidad clínica, requieran el nivel más alto de tecnología medicoquirúrgica, y a los recién nacidos con patología de extrema gravedad susceptibles de ser recuperados con técnicas de soporte extracorpóreo (ECMO)</li> <li>• Dar soporte como hospital de referencia a todos los otros hospitales maternos de Cataluña.</li> </ul>
ESTRUCTURA (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conexión y soporte permanente con las otras especialidades y superespecialidades del hospital al más alto nivel tecnológico (24 h)</li> </ul>
EQUIPAMIENTO (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECMO (oxigenación de membrana extracorpórea)</li> <li>• Cirugía cardíaca EC (extracorpórea)</li> <li>• Láser de retina para el tratamiento de la retinopatía del prematuro</li> </ul>
PERSONAL (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas en cirugía cardíaca perinatal y neurocirugía (24 h)</li> <li>• Especialistas de todas las especialidades medicoquirúrgicas (24 h)</li> <li>• Especialistas en ecografía de alta resolución (24 h)</li> </ul>
HORARIOS Y COORDINACIÓN (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación protocolizada de traslados perinatales (recepción y retorno) con todos los niveles hospitalarios (es necesario aceptar derivaciones a cualquier hora)</li> <li>• Coordinación protocolizada con la atención primaria</li> </ul>

(\*) Las características que se especifican para este nivel III B son las que tiene que tener el servicio de obstetricia y neonatología, además de las de nivel II A.