

GUIA DE ACTUACIÓN EN EL PARTO DE BAJA INTERVENCIÓN HOSPITAL DE LAREDO

DICIEMBRE 2010



Hospital sin humo



Avda. Derechos Humanos, s/n
39770 Laredo
Teléfono: 942 63 85 00
FAX: 942 60 78 76

GUIA DE ACTUACIÓN EN EL PARTO DE BAJA INTERVENCIÓN **HOSPITAL DE LAREDO**

El Hospital de Laredo, el equipo de obstetras, matronas y todas la personas que intervienen en el nacimiento de un recién nacido, apostamos por un tipo de parto individualizado, basado en las necesidades de cada mujer que acude a tener a su hijo en nuestro hospital, respetando sus decisiones siempre que estén basadas en evidencias científicas, favoreciendo un clima de confianza y responsabilidad.

Este documento pretende ser una guía de actuación para los profesionales que trabajan en el paritorio del Hospital de Laredo, con la intención de homogeneizar, en la medida de lo posible la oferta asistencial en aquellas mujeres que lo deseen y cumplan los criterios de inclusión de un parto de baja intervención.

Este documento va dirigido a mujeres sin factores de riesgo que estén sometidas a un control obstétrico adecuado cuyo inicio de parto sea espontáneo y no inducido. Cada caso se individualizará y se decidirá si se puede aplicar o no, en función de las condiciones maternas y fetales intentando consensuar las decisiones de todo el equipo obstétrico con las de la familia.

El ratio de matronas/gestante en el parto de baja intervención será 1:1

ATENCIÓN A DILATACIÓN, PARTO Y PUERPERIO

Al ingreso, se recogerá información de la gestante y su familia a cerca de las necesidades en relación a su proceso de parto. Se informará a las gestantes que la asistencia a un parto normal es aquella que se presta con una mínima intervención obstétrica y con métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, de manera que solo se intervenga en el parto cuando sea estrictamente necesario y para resolver alguna desviación de la normalidad. (Deben revisarse los conceptos de normalidad en ciertos aspectos relacionados con el embarazo, parto...)

Se seguirán los protocolos de la unidad, evaluando el nivel de riesgo de forma continuada, y además se hará hincapié en los siguientes aspectos:

- Procurar un ambiente de intimidad y silencio. Se intentará involucrar al acompañante a que brinde su apoyo en el trabajo de parto, en el alivio del dolor y en animar a la gestante durante todo el proceso. Este apoyo emocional ha demostrado tener múltiples beneficios.
- Se realizará un registro cardiotocográfico de 30 minutos al inicio del proceso y , si se considera normal, se podrán realizar auscultación intermitente, auscultando durante 5 minutos cada 30 durante la dilatación y después de cada contracción durante el expulsivo. Se realizará también un registro si las condiciones se modifican (rotura de bolsa...) o bien un registro cardiotocográfico "en ventanas". Se dejará constancia en la historia clínica de todos los registros.
- Se cogerá una vía salinizada.
- Se procura no realizar cambios innecesarios de ubicación de la gestante y por tanto si las condiciones lo permiten, se realizará dilatación, parto y puerperio en la misma ubicación siempre que cumplan los criterios de inclusión. (ver anexo 1)
- Si la progresión del parto es adecuada, no es necesario realizar amniorrexis artificial. Únicamente se realizará esta técnica si hay una detección de la dilatación. Si el líquido es teñido, requerirá de una vigilancia más estrecha y de monitorización continua.
- El número de tactos vaginales a realizar durante la dilatación debe ser el mínimo posible, según la OMS un tacto cada dos-cuatro horas suele ser suficiente y siempre que las condiciones obstétricas o fetales lo requiera.

- Se alentará a la mujer a que deambule por la habitación, cambie de postura, use la pelota para balanceo de la pelvis así como la mecedora. Se enseñará al acompañante a dar masajes en la zona lumbar y se ofrecerá en aquellas mujeres que lo deseen una ducha de agua caliente, incidiendo en aquellas zonas de dolor por las contracciones. Se fomentará el uso de técnicas de relajación y respiración aprendidas en la educación maternal.
- Si la gestante solicita alivio del dolor de tipo farmacológico se pondrá en marcha el protocolo de la unidad para alivio del dolor (Epidural, sedación, óxido nítrico...) Si se utilizan métodos farmacológicos para el alivio del dolor se pasará a realizar monitorización fetal y materna acorde a dicha analgesia.
- Se debe animar a la gestante a adoptar la posición que deseen durante el expulsivo (siempre que la matrona se sienta con habilidad y seguridad) y a realizar los pujos de forma espontánea. La episiotomía se realizará en casos justificados como pérdida de bienestar fetal, progreso detenido del parto con cabeza coronando, amenaza de desgarro de III grado y cicatrices de mutilaciones genitales.
- Tras el nacimiento, y la realización de Apgar, se procederá al contacto piel con piel o a la reanimación del recién nacido en la cuna neonatal si precisa (Por lo que la cuna de reanimación debe estar siempre revisada y preparada a la hora del parto) En este caso se avisará al pediatra de inmediato siguiendo los protocolos de la unidad.
- En aquellas mujeres que lo deseen se iniciará la lactancia materna lo antes posible.
- Esperaremos al alumbramiento fisiológico siempre que sea posible.
- Se vigilará a la gestante durante el postparto inmediato siguiendo los protocolos de la unidad. Se procederá a la identificación del recién nacido y recogida de huellas encima de la madre. Tras al menos una hora de piel con piel de forma ininterrumpida o cuando finalice la primera toma, (siempre que las condiciones maternas y fetales sean adecuadas) se procederá a pesar al recién nacido. Posteriormente y siempre que la mujer y el recién nacido estén estables se solicitará el traslado de la puérpera a la planta.

Para la evaluación continua del riesgo, se revisará “La guía práctica y signos de alarma en la asistencia al parto” de la SEGO, 2010 que se encuentra dentro de los protocolos de la unidad.

CRITERIOS PARA INCLUIR A LAS GESTANTES EN BAJO RIESGO

Podrán ser candidatas las mujeres de riesgo bajo y medio citados en el anexo 1 en los que tras la evaluación, se objetiven condiciones favorables para la vía vaginal en relación pélvico-fetal, con especial consideración a la estatura, anomalías pélvicas, obesidad o sospecha de macrosomía y siempre que el inicio de parto sea espontáneo y no inducido.

ANEXO 1:

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

1. Riesgo bajo

En general se considera dentro de este grupo el embarazo en el cual no se puede demostrar ninguno de los factores de riesgo que se buscan sistemáticamente y que se listan a continuación.

2. Riesgo medio

- Anomalías pelvianas
- Estatura baja (<1,45m)
- Riesgo laboral
- Gestación en mujeres de menos de 17 años
- Riesgo de enfermedades transmisión sexual
- Gestación en mujeres de más de 38 años
- Control insuficiente de la gestación (< 5 visitas)
- Obesidad
- Embarazo no deseado
- Gestante Rh negativa
- Metrorragias durante el primer trimestre
- Fumadora habitual
- Cardiopatías grado I NHYA
- Condiciones socioeconómicas desfavorables
- Incrementos excesivos o insuficientes de peso
- Esterilidad previa (>2 años)
- Gran multiparidad (≥4 partos previos)
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática
- Sospecha de macrosoma (4000-4500g)
- Diabetes gestacional no insulinizada

3. Riesgo alto

- Aguas meconiales
- Sospecha de parto instrumental
- Registro cardiotocográfico patológico.
- Sospecha de macrosoma (>4500g)
- Anemia grave (Hb < 9 g/dl o hematocrito < 25%)
- Endocrinopatía (hipofisis, tiroides, suprarrenal)
- Gemelos
- Diabetes gestacional insulinizada
- Sospecha de malformación fetal
- Cirugía uterina previa (incluye cesárea)
- Obesidad mórbida (IMC Kg/m² > 40)
- Preclampsia leve / trastornos hipertensivos
- Cardiopatía grado II NYHA
- Embarazo prolongado (≥42 semanas)
- Infección materna (incluye: toxoplasmosis, rubéola, sífilis y citomegalovirus cuando haya evidencia de infección fetal. Herpes simple genital activo, pielonefritis durante el parto y HIV, hepatitis B/C)
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Oligoamnios / polihidramnios

- Rotura prematura de membranas de > 12 horas
- Historia obstétrica desfavorable (hemorragia postparto)

4. Riesgo muy alto

- Gestación múltiple (≥ 3) o gemelos monoamnióticos
- Insuficiencia cervical uterina
- Malformación uterina
- Malformación fetal confirmada
- Muerte perinatal recurrente
- Crecimiento intrauterino retardado/restringido
- Patología asociada grave (sistémicas o mentales)
- Placenta previa
- Drogadicción/alcoholismo
- Preclampsia grave
- Isoinmunización (Coombs indirecto positivo)
- Amenaza de parto prematuro (>32 semanas)
- Cardiopatía III y IV NYHA
- Ruptura de membranas en el pretérmino (<32)
- Diabetes pregestacional (tipo 1 y 2)
- Riesgo de tromboembolismo
- Enfermedad hereditaria con riesgo de afectación al recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Management of Labor. Second Edition. March 2007. www.icsi.org
2. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. www.prosego.es
3. World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2006.
4. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 2. Oxford Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>.
5. Thacker SB, Stroup D, Chang M, Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://update-software.com>
6. Bonet Manso, P. Papel de la matrona: Parto hospitalario versus parto natural. Index Enferm 2003 dic; (43):14-7
7. Buckels LJ, Usher R. Cardiopulmonary effects of placental transfusion. J Pediatric 1965;67:239-246.
8. Guía a la asistencia al parto poco intervencionista. Hospital "San Juan de la Cruz" Ubeda. 2007
9. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y política social. 2010

