
Protocolo para la asistencia natural al parto normal



Protocolo para la asistencia natural al parto normal

Biblioteca de Cataluña. Datos CIP

Protocolo para la asistencia natural al parto normal

Bibliografía

ISBN 978-84-393-7432-9

I. Plasència Taradach, Antoni, ed. II. Anton, Sílvia III. Cataluña.

Departamento de Salud

1. Parto natural - Manuales, guías, etc. 2. Hospitales - servicios de obstetricia y ginecología - Manuales, guías, etc.

618.2(036)

© Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud

Edita: Dirección General de Salud Pública

Primera edición: Barcelona, marzo de 2007

Tiraje: 1.500 ejemplares

Depósito legal: B-20.005-2007

Revisión lingüística: Sección de Planificación Lingüística del Departamento de Salud

Diseño gráfico: Quadrat, SL

Impresión: INOM, SA

Índice

Presentación

1. Introducción
2. Objetivos
3. Metodología
4. En qué consiste este servicio
5. A quién va dirigida la oferta
6. Condiciones mínimas necesarias del hospital para prestar este servicio
 - 6.1. Personal
 - 6.2. Organización
 - 6.2.1. Personal formado y sensibilizado
 - 6.2.2. Coordinación del equipo
 - 6.2.3. Acompañantes de la mujer en el parto
 - 6.3. Instalaciones
7. Protocolo a seguir
 - 7.1. Información previa al ingreso
 - 7.2. Plan de nacimiento
 - 7.3. Atención a la mujer al llegar al hospital
 - 7.4. Atención en el periodo de dilatación
 - 7.5. Atención en el periodo de expulsión
 - 7.6. Atención en el periodo de alumbramiento
 - 7.7. Asistencia pediátrica dentro del parto normal asistido de forma natural
 - 7.7.1. Atenciones para todos los recién nacidos
 - 7.7.2. Situaciones de riesgo
 - 7.7.3. Lactancia materna
 - 7.7.4. Diagnóstico precoz de metabopatías congénitas
8. Consentimiento informado
 - 8.1. Modelo de documento
 - 8.2. Información sobre la asistencia natural al parto normal
 - 8.3. Información sobre la atención al recién nacido
9. Bibliografía
10. Autores
11. Anexos
 - 11.1. Modelo de documento de consentimiento informado para la asistencia natural al parto normal
 - 11.2. Modelo de documento de plan de nacimiento

Presentación

Durante el año 2004, el Departamento de Salud presentó el *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido*, que se ha ido aplicando por toda Cataluña.

En este protocolo se trataban, entre otros, aspectos psicoafectivos durante el parto, el parto y el puerperio como elementos esenciales de la atención sanitaria, y dentro de este contexto se desarrolla la atención al parto natural no medicalizado.

Es evidente que con la mejora de los niveles de salud de la población ligados a un aumento de los niveles socioeconómico y educativo del país, las mujeres piden más calidad en la atención al parto y una atención más personalizada que tenga en cuenta la privacidad y supere la medicalización creciente de un procedimiento que, lejos de ser patológico, tendría que ser natural y jubiloso.

En general, las mujeres quieren tener unas condiciones dentro del sistema sanitario que acerquen los procesos fisiológicos a la atención más personalizada. Quieren tener más participación en la toma de decisiones de estos procesos y consensuarlos con el equipo de profesionales. Por eso, pensamos que el plan de nacimiento del que se habla en el *Protocolo de asistencia al parto y puerperio y de atención al recién nacido*, así como en este protocolo que os presentamos, es uno de los pasos básicos para responder mejor a las necesidades de las mujeres con respecto a la atención que se tiene que prestar durante el embarazo, el parto y el posparto.

Por todo ello hemos creído que era necesario desarrollar las grandes líneas de la atención al parto natural dando elementos operativos contrastados con el fin de generalizarlos progresivamente por toda Cataluña y conseguir la equidad en todo el territorio catalán.

Este protocolo quiere ser una herramienta de ayuda a los hospitales y a los profesionales con el fin de poder llevar a cabo una atención más natural al parto normal. Consideramos fundamental que, para aplicarla, las mujeres y sus parejas o familia dispongan de la información necesaria para decidir sobre su parto, su cuidado y el de sus hijos. En este sentido, las estructuras y los profesionales tienen que participar activamente en la modificación de todos los aspectos que dificultan una atención más humanizada, participativa y consensuada.

Marina Geli Fàbrega

Consejera de Salud

1. Introducción

En las últimas décadas, en casi todos los países desarrollados, la atención al parto ha experimentado cambios y, al mismo tiempo, se han mejorado los resultados perinatales; por otra parte, la mortalidad, tanto materna como perinatal, ha alcanzado una disminución considerable.

La mayoría de estos cambios ha tenido lugar cuando se ha llevado a cabo un buen control durante el embarazo y la asistencia al parto en los hospitales, con la incorporación de las nuevas tecnologías en perinatología. Así se ha conseguido efectivamente una notable y meritoria mejora en los resultados pero, por otra parte, como consecuencia de ello, se ha derivado un efecto que muchos sectores de la sociedad, tanto usuarios como profesionales de la salud, consideramos que hay que replantearse. Nos referimos a la medicalización y al intervencionismo excesivos del parto hospitalario; a veces se utilizan procedimientos que no están corroborados por la evidencia científica y, a menudo, no se diferencian los métodos de control utilizados en los partos de riesgo elevado de los de bajo riesgo.

Ante las demandas formuladas por las mujeres y sus parejas de disponer de un parto normal de forma natural, en el cual puedan tomar decisiones y expresar sus necesidades y preferencias, y con el objetivo de que el parto sea tan fisiológico como se pueda, se eviten intervenciones innecesarias y se permita a las gestantes y sus parejas escoger los procedimientos que crean más adecuados, se ha considerado necesario que los hospitales materno infantiles ofrezcan la asistencia natural al parto normal.

En Cataluña, siguiendo las recomendaciones especificadas en el *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido* del Departamento de Salud, y con el fin de desarrollar en nuestros centros la asistencia natural al parto normal, se ha instado a la redacción de este protocolo para que dé respuesta a una demanda social, con la intención de homogeneizar en la medida de lo posible esta oferta asistencial, de manera que garantice la calidad y la equidad de acceso en todo el territorio de Cataluña. Esta oferta tiene que estar al alcance de todas las mujeres que lo deseen y que cumplan los criterios de inclusión.

El principio por el cual se rige la asistencia natural al parto normal es el retorno a la naturalidad del parto. Se tiene que respetar con cuidado la no intervención, si no es por motivos estrictamente necesarios.

En este sentido, este protocolo pretende dar más protagonismo a los deseos de la mujer y su pareja, respetando al máximo su intimidad en los casos en que no quieren que en el transcurso de su parto se realice una intervención que no sea

necesaria y, al mismo tiempo, hacerlos participar activamente en la toma de decisiones, lo cual aporta al mismo tiempo seguridad y bienestar tanto a la madre como al recién nacido.

2. Objetivos

- Ofrecer la atención al parto respetando el proceso fisiológico, con la mínima intervención obstétrica.
- Favorecer la implicación de los profesionales, dando información y apoyo a las mujeres para ayudarlas en la toma de decisiones durante todo el proceso.
- Facilitar la toma de decisiones de la mujer en todo el proceso del parto preservando en cada momento su seguridad y la del recién nacido.
- Desarrollar en los centros de la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña la asistencia de forma natural al parto normal, garantizando la calidad y la equidad de acceso en todo el territorio de Cataluña.

3. Metodología

Con el fin de elaborar este protocolo, se ha llevado a cabo una revisión no sistemática de la literatura científica y la literatura gris en torno a la asistencia natural al parto normal. Se ha buscado información en las bases de datos siguientes: Medline, CINHALL, Cochrane, CUIDEN Plus, CUIDEN Evidencia. Al mismo tiempo, se han consultado las webs del National Health Service (Reino Unido), el Royal College of Midwives (Reino Unido) y la Organización Mundial de la Salud. El periodo de búsqueda ha sido del año 2000 al 2006. Se seleccionaron, e incluyeron en el trabajo, los documentos identificados como guías de práctica clínica (n=3), revisiones sistemáticas (n=4), posicionamientos (*position statements*) (n=3) y protocolos (n=3). También se incluyeron artículos originales relevantes según el criterio del grupo de trabajo.

Se crearon cuatro grupos de trabajo, cada uno de los cuales analizó y debatió las diferentes líneas de acción en torno a la asistencia natural al parto normal recogidas en este protocolo. En los grupos de trabajo participaron ginecólogos obstetras, pediatras, matronas y técnicos de salud pública.

El protocolo se ha elaborado sobre la base de la revisión de la documentación seleccionada y del consenso de los grupos de trabajo.

Este protocolo quiere ser un instrumento que guíe los centros y los profesionales que empiecen a trabajar en la asistencia natural al parto normal a la espera de la elaboración de una guía de práctica clínica de acuerdo con los estándares científicos

internacionales.

4. En qué consiste este servicio

La asistencia natural al parto normal es aquélla que se presta durante el progreso del parto, que consiste en la mínima intervención obstétrica, de manera que sólo se interviene en el parto cuando sea estrictamente necesario con la finalidad de resolver algún problema.

Lo que se pretende, pues, es aportar el máximo de confort y apoyo psicoafectivo tanto para la madre como para su pareja y el recién nacido, pero sin tener que renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se obtienen en la atención hospitalaria del parto y siempre con un ambiente próximo a la mujer.

Hay que recordar que:

- El parto es un proceso fisiológico que hay que respetar.
- La mujer tiene el derecho a estar informada y a decidir.
- La actitud del personal tiene que ser respetuosa y, de acuerdo con el planteamiento, limitarse a observar, dar apoyo, ofrecer recursos a la mujer y evaluar el proceso.
- Deben revisarse los conceptos de normalidad con respecto a la duración de ciertos aspectos del parto (dilatación, expulsión, alumbramiento ...).
- El plan de nacimiento que se desarrolla previamente al parto (durante el embarazo) es el espacio ideal para poder reflexionar sobre qué quiere decir un parto de estas características.

5. A quién va dirigida la oferta

Hay un grupo de población que reclama que se le asista de esta forma, 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 preparación y relajación del parto y saben lo que es un parto y lo que puede pasar, lo cual evita el miedo que lógicamente se tiene ante lo que no se conoce. No obstante, se debe tener en cuenta que a veces el dolor y el miedo de aquello que se desconoce también afecta a estas mujeres; por ello, se tiene que proporcionar el apoyo adecuado con el fin de que la mujer pueda mantener su decisión en lo que respecta a la atención natural en el parto normal. Además, la pareja suele haber participado en la preparación y quiere tener un papel activo de apoyo.

Por lo tanto, la oferta se dirige a las mujeres que quieren participar en la toma de

decisiones de su parto, y sobre todo quieren vivir y disfrutar con plenitud estos momentos sin ser importunadas.

Las mujeres y sus parejas tienen que conocer esta oferta asistencial antes de ingresar en el hospital o clínica.

En caso de que al inicio o a lo largo del proceso del parto se detecte algún factor de riesgo, se llevará a cabo un control más estricto. Es beneficioso haberse preparado para este tipo de parto y que haya un procedimiento de consentimiento informado correcto.

Este protocolo va dirigido a mujeres sin factores de riesgo o con un riesgo bajo o medio que estén sometidas a un control obstétrico y que dispongan de unos análisis y pruebas de coagulación normales. En niveles de riesgo superiores hará falta individualizar cada caso y decidir si se puede aplicar o no. En este sentido, es importante el consenso de todo el equipo obstétrico que deba atender el parto.

6. Condiciones mínimas necesarias del hospital para prestar este servicio

Hay dos condiciones básicas e indispensables para poder ofrecer la asistencia natural al parto normal:

- Disponer de personal sensibilizado, con formación y práctica en la asistencia de forma natural al parto normal.
- Adecuar, aunque sea mínimamente, los espacios del área obstétrica para que no haya interferencias con el resto de partos convencionales o dirigidos.

6.1. Personal

Los centros que ofrezcan asistencia natural al parto normal tienen que garantizar la presencia física de una matrona que asista de forma individualizada a la mujer que haya optado por este tipo de parto. Se tiene que garantizar, siempre que sea posible, la continuidad asistencial durante todo el proceso del parto (entrada al hospital, dilatación, expulsión y alumbramiento) para favorecer, así, la humanización del parto.

Se debe disponer del equipo de guardia del mismo hospital. Este equipo también tiene que estar sensibilizado y debe conocer esta oferta asistencial, ante la cual tiene que adoptar una actitud positiva.

6.2. Organización

6.2.1. Personal formado y sensibilizado

Se considera imprescindible que el personal sanitario que intervenga tenga una formación adecuada (recuadro 1) y una experiencia demostrada. Debe garantizarse la calidad asistencial y unos conocimientos actualizados mediante un sistema de formación continuada y las evaluaciones adecuadas.

También son importantes la formación y la información del resto de personal del hospital con el fin de sensibilizarlos. El personal tiene que conocer cómo tiene que actuar y por qué, y es necesario que se respete este tipo de opción de asistencia al parto.

Recuadro 1

Formación de los profesionales

Los contenidos que se tienen que trabajar y profundizar son los siguientes:

La dimensión psicoafectiva del parto: mitos, vivencia de la situación límite, miedos, seguridad.

Diferentes actitudes de los profesionales: nivel de formación, autoconocimiento (información/decisión, potenciar/conectar, sustituir/reprimir).

Trabajo personal y de equipo: transmisión de ideas preconcebidas, aislamiento, autoreflexión, reflexión en equipo.

Aspectos bioéticos y del parto: fomento del parto con asistencia natural; principios bioéticos de no maleficencia/beneficencia, justicia, autonomía.

Criterio pedagógico hacia la mujer: maravillarse, conectar, darle confianza, mensajes positivos, información de aplicación rápida.

Técnicas complementarias para acompañar el parto: acupuntura, reflexoterapia, terapia craneosacra, homeopatía...

6.2.2. Coordinación del equipo

Para garantizar la viabilidad de esta oferta, es necesario potenciar la función de las matronas como profesionales del equipo de obstetricia más directamente implicados en el seguimiento y el control de este tipo de parto (recuadro 2).

El hospital tiene que garantizar que haya una persona responsable de la organización y la coordinación del equipo que asista este tipo de parto, que facilite la comunicación entre los miembros de todo el equipo, especialmente

entre las matronas. Igualmente, la persona responsable tiene que homogeneizar, coordinar y armonizar las variantes de la asistencia natural al parto normal y los diferentes equipos, detectar cómo promover mejoras y ponerlas en marcha, e impulsar tanto la formación como la evaluación.

Debe garantizarse una coordinación estrecha entre los profesionales de la atención primaria - PASSIR (por lo que respecta a la información previa del plan de nacimiento, a las visitas de seguimiento del embarazo, así como a la educación maternal) y el hospital (se promoverá una visita previa al hospital donde tiene que ser atendido el parto). Si la mujer acude a urgencias, y los servicios de atención primaria - PASSIR no la han informado sobre el plan de nacimiento, se le dará esta información. Al mismo tiempo, a cada momento se le deben comunicar las prácticas que se le vayan haciendo, de tal manera que pueda participar activamente en el trabajo de parto.

Recuadro 2

Los aspectos importantes a tener en cuenta son los siguientes:

- **Hay que evitar toda intromisión** innecesaria del personal que pueda modificar el desarrollo natural del parto, **preservando la intimidad**, en silencio y con prudencia.
- Es necesario que la matrona tenga muy **buena comunicación** con todo el equipo de guardia.
- Es necesario que los profesionales del equipo tengan **como referencia la comunicación con la matrona responsable** de la mujer para cualquier actuación y/o información, incluyendo la valoración, si hace falta, del acceso o no al recinto (por ejemplo, estudiantes, auxiliares...). Así se favorecerá un mejor control, ya que se armonizan las necesidades y la voluntad de la mujer.

6.2.3. Acompañantes de la mujer en el parto

Se debe facilitar que el acompañante colabore en el trabajo de parto.

Es importante proporcionar asesoramiento sobre las personas que pueden acompañar a la mujer durante el parto. En caso de que sean más de una, se tiene que valorar si es posible que la acompañen todas por motivos de falta de espacio o de intimidad. Si por alguno de estos motivos sólo puede acompañarla una sola persona, el resto permanecerá en la sala de espera, donde se las informará de la forma que tenga organizada el servicio.

6.3. Instalaciones

Para la asistencia natural al parto normal, se debe disponer de una sala de dilatación-parto en un único espacio.

Este espacio tiene que estar en el bloque obstétrico y tiene que estar dotado de una decoración más cálida que la habitual en las salas de partos hospitalarias; es decir, similar a la decoración de un hogar y, si es posible, insonorizada. De todas maneras, tampoco se aconseja apartar excesivamente esta sala del resto del área obstétrica, sino que se tienen que hacer extensivos a todos los partos el ambiente cálido, la humanización y el trato psicoafectivo, teniendo en cuenta la vivencia especial que significa tener un recién nacido.

Dado que no es un área quirúrgica, en este espacio para la dilatación y la expulsión, hace falta una esterilidad estricta. En caso de que se tenga que suturar, habrá que seguir las normas de asepsia habituales, con el material estéril necesario.

En estos espacios físicos, también es importante disponer de otros recursos de apoyo al proceso (recuadro 3), para que la mujer pueda andar, utilizar agua, bañeras, duchas o ambas cosas para reducir el dolor y mejorar su confort. La camilla, si es eléctrica y articulada, facilita la colocación de la mujer en diferentes posiciones (sentada, en medio decúbito supino, de cuclillas, o en posición genupectoral), lo cual favorece la circulación materno-fetal y que el parto se pueda llevar a término en estas posiciones. El monitor, si es posible, tiene que ser sin cable, y es muy recomendable que tenga los electrodos sumergibles en agua.

Si la estructura física y la demanda lo permiten, la madre estará en la misma sala de dilatación-parto durante las dos horas del posparto inmediato, de manera que se facilite el inicio de la lactancia materna, el vínculo con el recién nacido y la adaptación a la nueva situación.

Recuadro 3

Otras herramientas de apoyo al parto

- **Botellas de agua caliente** para los riñones, **aceites** agradables para hacer masajes, **gasas humedecidas en agua fresca** para la frente.
- **Pelotas** para la dilatación, para balancear la pelvis durante el trabajo de parto.
- **Cuerdas** colgadas del techo para que las mujeres se cojan, se cuelguen, se estiren...
- **Hamaca o sillas** que se balanceen para tolerar mejor las contracciones.
- **Espejos** para visualizar el nacimiento si la mujer lo desea.
- **Espejos más pequeños** para que el profesional pueda acceder a la visualización del perineo en posiciones diferentes.
- Es útil disponer de un **jergón** para ponerlo en el suelo si es necesario. Un taburete o una **silla de partos** pueden resultar muy oportunos, según el parto de que se trate.
- Luces indirectas, música agradable, un buen olor, cuadros, fotos, una ventana...

7. Protocolo a seguir

7.1. Información previa al ingreso

- La mujer visitará previamente el hospital donde será atendida para ver el lugar, conocer al personal in situ y aclarar las dudas que tenga, pero es necesario que sea informada antes de las condiciones de asistencia natural al parto normal y de las condiciones en que lo podrá modificar durante su transcurso. Es recomendable que esta información la proporcionen matronas con la motivación y las actitudes adecuadas hacia la atención natural al parto normal.

En este sentido, se le debe proporcionar la siguiente información general:

- La mujer puede ir acompañada de su pareja y/o otra persona de confianza en todo el trabajo de parto. La mujer es libre de recibir visitas de otros profesionales (obstetras y matronas), ajenos al servicio, dentro de las posibilidades estructurales del centro, aunque la responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales a partir del ingreso dependen exclusivamente de los profesionales del hospital.
- En todo momento, se deben respetar las posturas escogidas por la mujer y se la

ayudará para que consiga el máximo grado de confort, seguridad y tranquilidad.

- Puesto que el proceso del parto puede durar varias horas, la mujer tendría que ingerir líquidos y alimentos en el proceso del parto (no lácteos) con el fin de tener una buena hidratación.
- El equipo que atienda a la mujer debe darle apoyo psicológico en todo el proceso. También tiene que hacerla participar en la toma de decisiones, y debe ofrecerle otras medidas para conseguir un confort mayor (baños, duchas, masajes, pautas analgésicas si hace falta, etc.).
- La mujer tiene que estar de acuerdo en que el equipo obstétrico (matrona y obstetra) haga las exploraciones necesarias para controlar la evolución y la seguridad del proceso del parto. En el periodo de expulsión, se le tiene que permitir llevar a cabo los pujos en las condiciones que la mujer escoja para que se sienta más cómoda, para facilitar al máximo la visualización del perineo en el momento de la expulsión, con el fin de protegerlo.
- No se tienen que administrar enemas de limpieza sin que la mujer lo desee.
- La mujer debe saber que, en caso de necesidad y según indica el protocolo, en algunas circunstancias se le tendrá que administrar algún medicamento (oxitócico, ergótico) o profilaxis antibiótica (rotura prematura de membranas, *Streptococcus agalactiae*...), pero siempre debe estar informada previamente de la conveniencia de su aplicación.
- No se debe practicar episiotomía de forma sistemática, sino solamente en los casos en que esté estrictamente indicado.
- No se debe rasurar el perineo si no es necesario practicar una sutura, y en este caso, limitada al perineo.
- En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, la matrona y el obstetra pueden aplicar el tratamiento que consideren adecuado, una vez se haya informado a la mujer debidamente.

7.2. Plan de nacimiento

El modelo de documento que se presenta (anexo 2) se debe facilitar a la mujer en la visita de control prenatal, en torno a las 32 semanas. La mujer lo puede rellenar en su casa con su pareja o familia. Este modelo tiene que ser la base para que cada territorio (PASSIR-hospital materno-infantil) haga el suyo, adaptado a las características específicas de cada centro. En el momento de escoger las opciones

de este documento, debe valorarse esmeradamente qué hay que conocer previamente y tener en cuenta la oferta real de cada uno de los hospitales públicos de Cataluña.

La mujer puede señalar tantas opciones como desee según las expectativas que tenga del parto. En la visita siguiente puede llevar el documento a la matrona del CAP, a la cual podrá pedir información sobre algunos aspectos; en otros casos, lo puede llevar directamente al hospital.

7.3. Atención a la mujer al llegar al hospital

- Una vez que es recibida la mujer en el hospital, y si no se descubre previamente ninguna patología urgente, debe ser monitorizada durante 20-30 minutos para valorar debidamente el estado fetal y la dilatación uterina.
- Se le deben tomar las constantes biológicas y hacerle una exploración abdominal y vaginal para comprobar si está de parto o no.
- Si se considera que se trata de pródromos y no se descubre ninguna patología, hay que ofrecerle la posibilidad de enviarla a casa y de volver cuando considere que está de parto; también hay que ofrecerle la posibilidad de asesoramiento telefónico.
- En caso de amniorrexis espontánea sin dinámica, hay que recomendarle el ingreso en la planta o sala de obstetricia y someterla a observación durante 12 horas bajo cobertura antibiótica y controles de temperatura. Debe hacerse una auscultación fetal cada 2-3 horas, durante 20 minutos.
- Si está de parto debe ser ingresada y, si no se ha hecho antes, se le tiene que mostrar el lugar donde se llevará a cabo todo el proceso del parto.
- No se la debe rasurar ni aplicar ningún enema, a menos que la mujer lo pida.
- No se colocará vía endovenosa profiláctica.

7.4. Atención al periodo de dilatación

- Debe hacerse auscultación fetal cada 15 minutos y/o monitorizaciones a intervalos de 20 minutos cada hora según el estado fetal y la progresión del parto.
- Debe hacerse un tacto vaginal cada 2 horas, o antes, si el equipo obstétrico lo

crea conveniente.

- Durante todo el periodo de dilatación, hay que mantener una observación discreta pero continua, y darle todo el apoyo psicoemocional que necesite, así como orientarla respecto de las medidas físicas para ayudarla (paseos, baños, duchas, masajes y cambios de posición). Si hace falta, y con el consentimiento de la mujer, se le podría suministrar tratamiento farmacológico (por ejemplo, oxitocina), sin que ello signifique abandonar el *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*.
- Hay que recordarle la necesidad de respirar correctamente y de ingerir líquidos (no lácteos) como medida de hidratación y alimentación, sobre todo en procesos prolongados.

7.5. Atención al periodo de expulsión

- La matrona y/o el obstetra tienen que mantener una actitud expectante, en la medida de lo posible, respetando las posturas escogidas por la mujer. Sólo se le tiene que administrar oxitocina en caso de hipodinamia y después de habérselo explicado.
- Es importante controlar la frecuencia cardíaca fetal, aunque sea por auscultación, después de la contracción, cada 2-3 contracciones o cada 5 minutos.
- Hay que permitir a la mujer que haga los pujos en las condiciones que escoja, facilitando tanto como se pueda la visualización del perineo para protegerlo en el momento del parto.
- Es importante que se haya establecido una buena relación entre la mujer y la matrona que asista la expulsión para ayudar a controlar la respiración, evitar interferencias y evitar tanto los desgarros como la realización de episiotomías innecesarias.
- Se pueden aplicar gasas humedecidas con agua caliente para relajarla, o bien sustancias lubricantes (aceites o vaselina) para favorecer el desprendimiento del polo cefálico. También se pueden utilizar espejos para permitir que la madre visualice la salida del recién nacido.
- Inmediatamente después del nacimiento, se debe colocar al recién nacido en los brazos de la madre, hay que secarlo y taparlo para que no se enfríe, y no se le tiene que cortar el cordón hasta que deje de latir.

- Hay que animar a la mujer a que se ponga el recién nacido en el pecho para estimular el efecto oxitócico, y recomendarle que autorice la administración de oxitocina (intramuscular o endovenosa lenta o en suero), ya que facilita el alumbramiento y evita sangrados durante y después del alumbramiento.
- Se debe identificar al recién nacido y aplicar el protocolo neonatal que consta en este documento, siempre en presencia de los padres, a no ser que el recién nacido requiera de forma urgente asistencia especial, motivo que tiene que ser previamente comunicado a los padres.
- En caso de que sea necesario practicar una cesárea o un parto instrumental, hay que valorar el hecho de no separar al recién nacido de la madre, siempre que el estado de los dos lo permita. Igualmente, en la medida de lo posible, hay que facilitar la presencia del acompañante al lado de la mujer durante la intervención.

7.6. Atención en el periodo de alumbramiento

- En cualquier caso, si la mujer no sangra, hay que esperar el alumbramiento hasta 30 minutos antes de intervenir activamente. Entonces, hay que hacer una perfusión endovenosa de oxitocina o la maniobra de Credé antes de la extracción manual, caso en el que hace falta algún tipo de anestesia.
- Hay que revisar el perineo (y, si ha sangrado, el canal del parto) para hacer una sutura reparadora en caso necesario, utilizando anestesia local.
- Hay que tomar las constantes biológicas y se tienen que valorar las pérdidas antes de pasar a la planta de obstetricia.
- La puérpera tiene que dejar la sala de partos en silla de ruedas o camilla, según desee, sin que se la separe de su hijo en ningún momento.

7.7. La asistencia pediátrica en el parto normal asistido de forma natural

7.7.1. Atenciones para todos los recién nacidos

- Administración de pomada oftálmica de eritromicina o aureomicina a todos los recién nacidos.
- Administración intramuscular de una dosis única de vitamina K para prevenir hemorragias, a no ser que la mujer haga constar que prefiere la vía oral (2 mg de vitamina K al nacer, al cabo de 1 semana y al cabo de 4 semanas).

- Control de la temperatura axilar del recién nacido.
- Control de peso.
- Cuidado del ombligo con alcohol y mercurocromo. Es necesario que el ombligo se mantenga seco.
- Control de micciones, excrementos y vómitos.
- Acostumbrar al recién nacido a dormir en su cuna en decúbito supino.
- Determinación de la bilirrubina transcutánea a las 48 horas de vida. Según el resultado, determinación de la bilirrubina sérica.

7.7.2. Situaciones de riesgo

Se consideran situaciones de riesgo las siguientes circunstancias:

- Hijo de madre diabética.
- Riesgo de infección por ruptura de membranas de más de 24 horas.
- Parto fuera del hospital.
- Fiebre materna intraparto ($> 37,5^{\circ}\text{C}$).
- Madre portadora de *Streptococcus agalactiae* o cultivo desconocido.
- Infección materna al final del embarazo (última semana).
- Líquido amniótico maloliente o purulento.
- Hijo de madre con hipertensión grave.
- Recién nacido con glucemia baja.
- PH $< 7,15$ y EB < -8 en arteria umbilical o con el antecedente de meconio en pasta.
- Gestación con una duración inferior a 37 semanas.
- Recién nacido con un peso inferior a 2.300 g o superior a 4.300 g.
- Hematocrito de cordón superior al 60% o inferior al 45%.

Hay otras situaciones de riesgo en las que se tienen que hacer algunos controles y tratamientos preventivos y, a veces, ingresar al bebé.

7.7.3. Lactancia materna

Se considera la alimentación ideal y de primera elección para el recién nacido, por lo cual se recomienda que desde el primer momento se ponga el recién nacido en el pecho de la madre, siempre que éste tenga necesidad de ello, y con el consentimiento de la madre.

El personal tiene que estimular y ayudar a la madre y el padre a que inicien correctamente esta alimentación, ya que a menudo surgen dudas que el personal debe intentar solucionar.

También se tiene que tener en cuenta que, en algunos casos esporádicos, hará falta alguna ayuda al inicio de la lactancia; pero esto es excepcional y, con un buen apoyo del personal, la mayoría de casos se resuelven

satisfactoriamente.

7.7.4. Diagnóstico precoz de metabopatías congénitas

Tiene como objetivo la detección de enfermedades endocrinas o metabólicas. El profesional de enfermería de la unidad hace las extracciones necesarias a partir de las 48 horas y rellena con la familia los datos de las tarjetas que se envían por correo.

8. Consentimiento informado

Hay que pedir a la mujer su opinión de **cómo quiere que sea su parto**. Es recomendable que la constatación de la opinión se haga por escrito, por medio de un plan de nacimiento (anexo 2), ya que puede ayudar a detectar mejor sus expectativas y facilitar que la información se transmita entre los miembros del equipo; de esta forma se puede actuar con más armonía.

El hospital debe disponer de un **documento** (protocolo o norma) **que informe** de las pautas obligatorias y de las opcionales, en las cuales el equipo asistencial tiene que basar su actuación respecto a la mujer y al recién nacido, desde el ingreso en el hospital hasta el momento del alta, y lo tiene que dar a conocer a las parejas que piden un parto con asistencia de forma natural.

Hay que asegurarse de que los destinatarios del protocolo lo han comprendido para evitar conflictos posteriores. Esta información tiene que quedar recogida en un documento de **consentimiento informado** en el cual la mujer y/o su pareja dan su conformidad para llevar a cabo las pautas o formas de actuación descritas en el protocolo, y con el que se garantiza que han estado debidamente informados y han podido aclarar sus dudas.

Recuadro 4

Aspectos generales sobre el consentimiento informado

Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, y haya sido informada previamente, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre y la Ley 21/2000 (DOGC nº. 3303, de 11. 01. 2001), que hacen referencia a los derechos de información con respecto a la salud y a la autonomía del paciente.

El principio bioético de autonomía es la capacidad del paciente de decidir entre alternativas y de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa. Por lo tanto, en el parto es la mujer y la pareja quienes determinan el propio bien, tanto de la madre como del hijo y, por eso, les hace falta tener información y actuar con libertad, siempre y cuando no tomen decisiones que puedan perjudicar a su hijo.

Dando por supuesto que las consecuencias de las decisiones que se toman tienen total repercusión tanto a corto como a largo plazo, tanto para la mujer como para su hijo, es lícito que la mujer tenga el poder de decisión, si lo quiere ejercer, mientras las circunstancias estrictamente médicas lo permitan. De la misma manera, si la mujer en el transcurso del parto cambia de opinión, los profesionales pueden ir modificando las actuaciones con el fin de adaptarse a las nuevas necesidades.

La información que reciben las mujeres y sus parejas por medio de este documento la contrastan los profesionales que hacen aclaraciones adicionales al mismo. Así es menos probable que aparezcan discusiones o desconfianzas en las decisiones que se van tomando durante el parto. Por lo tanto, es aconsejable que la mujer que desea ser asistida en el hospital de forma natural lo firme para atestiguar que conoce y acepta las normas, controles y procedimientos mínimos establecidos por el hospital en el manejo de este tipo de parto, tanto con respecto a ella misma como a su hijo.

Este documento no suple la necesidad de que queden registrados en la historia clínica todos los datos que los profesionales consideren relevantes durante todo el proceso, ya que a menudo existe la falsa creencia de que un documento de consentimiento informado exime al profesional de conflictos. En caso de denuncias, la protección del profesional debe basarse siempre en una buena praxis, que se pueda demostrar gracias a los datos registrados.

8.1. Modelo de documento

En el apartado de anexos se incluye un modelo de consentimiento informado que puede servir de referencia; sin embargo, los diferentes centros lo tienen que adaptar a sus necesidades específicas (anexo 1).

8.2. Información sobre la asistencia natural al parto normal

En el recuadro 5 se incluye la información mínima que se debe entregar a la mujer para que pueda formalizar el documento de consentimiento informado.

Recuadro 5

Información sobre la asistencia natural al parto normal

- La gestante tiene que hacer una visita previa **para que se la informe de la asistencia natural del parto normal** y de las condiciones en que puede modificar el parto.
- La mujer puede ir **acompañada** de su pareja y/o otra persona de confianza en todo el proceso del parto. La mujer es libre de recibir visitas de otros profesionales (obstetras y matronas), ajenos a nuestro servicio, aunque la responsabilidad y, por lo tanto, la actividad asistencial son exclusivamente del hospital a partir de su ingreso.
- Hay que **respetar las posturas de la mujer** y ayudarla a conseguir el máximo grado de confort, seguridad y tranquilidad.
- Si el proceso del parto se alarga algunas horas, tiene que **ingerir líquidos** como medida de hidratación y alimentación en el proceso del parto (no lácteos).
- El equipo que atienda a la mujer **tiene que darle apoyo psicológico** en todo el proceso. También tiene que hacerla participar en la toma de decisiones y ofrecerle otras medidas para conseguir más confort (duchas, pautas analgésicas si es necesario...).
- La mujer tiene que estar de acuerdo, sobre la base de información previa, en que el equipo obstétrico (obstetra y matrona) haga las **exploraciones**

mínimas, pero necesarias según el criterio facultativo, para conocer la evolución y la seguridad del proceso del parto. En el periodo de expulsión se permitirá realizar los pujos en las condiciones que la mujer escoja para su comodidad.

- La mujer tiene que saber que hay partos que pueden resultar muy largos si se espera la evolución fisiológica; con su consentimiento se pueden aligerar con algún tipo de estimulación, como el hielito de prostaglandinas, oxitocina sintética, o bien con la amniorrexis artificial.
- Debe estar correctamente informada de los diferentes métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y su disponibilidad (utilización de agua caliente, libertad de movimientos, técnicas de relajación, masaje, estimulación eléctrica transcutánea de los nervios, etc.).
- La gestante también tiene que saber que en algunas circunstancias recibirá **ayuda medicamentosa**, ya que hay partos cuya evolución y progreso demuestran la necesidad de actuar, según el criterio facultativo, para conseguir un buen estado del bebé y de la madre y evitar más problemas, de la misma manera que ante el peligro de infecciones hay que utilizar profilaxis antibiótica (rotura prematura de membranas, *Streptococcus agalactiae*...).
- No se tienen que administrar **enemas** de limpieza sin el consentimiento de la mujer.
- En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, el obstetra puede aplicar el tratamiento que considere adecuado después de informar debidamente a la mujer.

8.3. Información sobre la atención al recién nacido

En el recuadro 6 se especifica la información mínima que deben recibir los padres para poder formalizar el consentimiento informado.

Recuadro 6

Información sobre la atención al bebé

- Los padres, con relación al recién nacido del embarazo actual, tienen que estar informados de la asistencia pediátrica habitual y de las pautas que tiene establecidas el hospital para la asistencia de los recién nacidos.
- Durante la estancia en el hospital, se tienen que hacer los controles clínicos habituales al recién nacido en presencia de los padres mientras lo quieran, ya que proporciona confianza y les da la posibilidad de hacer preguntas relativas a la salud de su hijo. En caso de que algún accidente grave justificara que se hicieran sin su presencia, se los informaría de ello.
- Es necesaria la administración de **vitamina K** para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Se podrá escoger entre:
 - 1 mg intramuscular como medida más efectiva.
 - 2 mg de vitamina K oral, que se repetirá al cabo de 1 semana y al cabo de 4 semanas.
- Es necesaria la administración de colirio o **pomada oftálmica** (aureomicina o eritromicina) como prevención de la oftalmía neonatal y la colonización por *Chlamydia*.
- Deben aplicarse las medidas que se consideren adecuadas para prevenir la sepsis y la meningitis precoz por *Streptococcus agalactiae* (**control clínico y analítico**).
- De la misma manera, debe aplicarse cualquier **otra medida** que el recién nacido necesite según la situación clínica, que se explicaría adecuadamente en el momento oportuno.

9. Bibliografía

Basevi V, Lavender T. *Routine perineal shaving on admission in labour*. Cochrane Database Syst Rev 2006; (2).

Bonet Manso, P. *Papel de la matrona: Parto hospitalario versus parto natural*. Index Enferm 2003 dic.; (43): 14-7.

Cabero L, Cararach V, Fortuny A, Martínez de la Riva A. *X Curso intensivo de formación continuada materno-fetal*. Madrid: Ergon SA, 2003: 221-5.

Cargill YM, MacKinnon CJ, et al. *Guidelines for operative vaginal birth*. J Obstet Gynaecol Can 2004; 26 (8): 747-53.

Department of Health. *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services - Maternity Standards*. Londres: Department of Health, 2004.

Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido*. 2ª edición revisada. Barcelona: Departamento de Salud, 2005.

Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*. Barcelona. Departamento de Salud, 2003.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. *Position for women during second stage of labour*. Cochrane Database Syst Rev 2006; (2).

Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. *Asistencia en el parto eutócico: Recomendaciones para la práctica clínica*. Matronas Prof 2006; 7(1): 34-40.

Herrera B, Gálvez A. *Episiotomía selectiva: Un cambio en la práctica basado en evidencias*. Prog Obstet Ginecol 2004 sept 1; 47 (9):414-22.

Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Wals D. *Home-like versus conventional institutional settings for birth*. Cochrane Database Syst Rev 2005 enero; 25 (1).

Hodnett ED, Gatas S, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database Syst Rev 2006, Issue 3.

Janssen P. *Single room maternity care: The nursing response*. Birth 2001; 28-3:173-179.

Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. *Has the medicalisation of childbirth gone too far?* BMJ 2002 abr.; 13; 324 (7342): 892-5.

Johnson KC, Daviss BA. *Outcomes of planned home births with certified professional midwives: Large prospective study in North America*. BMJ 2005 junio 18; 330 (7505):1416-9.

Lebrero E. *El parto natural hace más seguro el parto hospitalario*. Anales de Medicina. 2002; 85:45-7.

Lewis L, Webster J, Cartero A, McVeigh C, Devenish-Meares P. *Maternal positions and mobility during first stage labour*. Cochrane Database Syst Rev 2002, 4.

Lumbiganom P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa JE. *Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Stretococcal and HIV)*. Cochrane Database Syst Rev 2004 oct. 18 (4).

Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling, TR. *Association Between Method of Delivery and Maternal Rehospitalization*. JAMA 2000; 283 (18): 2411-6.

McCandlish R. *Cuidado del perineo durante el período expulsivo del parto*. Matronas profesión 2001; 6: 9-12.

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Pregnancy and Childbirth - Induction of Labour*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001.

Nikodem VC. *Immersion in water in pregnancy, labour and birth* (Complete Reviews). Cochrane Database Syst Rev 2004, Issue 1.

Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. Cochrane Database Syst Rev 2006, Issue 3.

Pérez L. *Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos*. Matronas Prof 2006; 7(1): 14-22.

Singata M, Tranmer JE. *Restricting oral fluid and food intake during labour*. Cochrane Database Syst Rev 2002, 4.

Smith CS, Pell JP, Dobbie R. *Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy*. Lancet 2003; 362: 1779-84.

Thacker SB, Stroup D, Chang M. *Continuous cardiotocography (CTG) as en form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour*. Cochrane Database Syst Rev 2006 jul; 19 (3).

The Royal College of Midwives of London. *Campaign for normal birth*. Londres: The Royal College of Midwives of London, 2005.

The Royal College of Midwives of London. *Midwifery Practice Guideline*. The

Royal College of Midwives of London, 2005.

The Royal College of Midwives of London. *Position Statement 4: Normal Childbirth*. The Royal College of Midwives of London, 2004.

The Royal College of Midwives of London. *Position Statement 7: Birth Centres*. The Royal College of Midwives of London, 2004.

Túnel CM. *Parir en nuestros días: Variaciones sobre un mismo tema*. Anales de Medicina 2002; 85: 36-43.

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research (RHR). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*.

10. Autores

COORDINACIÓN

Dirección General de Salud Pública

Antoni Plasència Taradach
Director general

Ramon Prats Coll
Director del Programa de Salud Maternoinfantil

Anna Colet Llansana
Programa de Salud Maternoinfantil

Dirección General de Planificación y Evaluación

M. Luisa de la Puente Martorell
Directora general

Dolors Costa Sampere
Adjunta a la Dirección

Carles Foradada Morillo
Asesor maternoinfantil

GRUPO DE TRABAJO DE EXPERTOS

Sílvia Antón Adalid
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Rosa Banús Jiménez
Hospital General de Vic

Vicens Cararach Ramoneda
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Olga Español Puig
Hospital Parc Taulí

Alícia Ferrer Comalat
Hospital Santa Caterina de Girona

M. Rosa Fernández Bardón
Programa de Salud Maternoinfantil

Carles Foradada Morillo
*Dirección General de
Planificación y Evaluación*

Genís García Lorente
*Dirección General de
Planificación y Evaluación*

Mireia Jané Checa
Programa de Salud Maternoinfantil

Blanca Lainez Villabona
Hospital de Calella

Cristina Martínez Bueno
*PASSIR-Àmbit de Barcelona ciutat
Instituto Catalán de la Salud*

Carme Ollé Rodríguez
*Dirección General de
Planificación y Evaluación*

Núria Torras Arqué
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

GRUPO ASESOR

Carme Català Pinyol
Red de Mujeres para la Salud

Mercedes Fernández Gesali
Instituto Catalán de la Mujer

Carme Fuentelsaz Gallego
Hospital Vall d'Hebron

Jaume Iglesias Solà
Sociedad Catalana de Pediatría

Cristina Martínez Bueno
Asociación Catalana de Matronas

Ramon M. Miralles Pi
Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología

Carme Sabater Sánchez
Coordinadora de Usuarios de la Sanidad

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Consentimiento informado

MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ASISTENCIA NATURAL AL PARTO NORMAL

Yo,.....,
y mi pareja,.....,
damos nuestro consentimiento para que a mí, la madre, como al recién nacido se nos aplique en el parto el *Protocolo de asistencia natural al parto normal* y el *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido*.

Asimismo, manifestamos que la matrona/obstetra.....
.....
nos ha dado información sobre estos protocolos y que hemos podido hacer las preguntas que nos han parecido oportunas y nos han aclarado las dudas que teníamos respecto a la aplicación.

Finalmente, nos han informado de que, en caso de que haya peligro para nuestro hijo o para mí, la madre, los profesionales aplicarán las medidas que estimen convenientes y nos informarán de la situación.

Madre..... Pareja.....

Profesional sanitario..... Testigo.....

.....,..... de..... de 200

Anexo 2. Plan de nacimiento

MODELO DE DOCUMENTO DE PLAN DE NACIMIENTO

El plan de nacimiento se basa en una información objetiva y veraz que la matrona ofrece a la embarazada; por tanto, se efectúa entre este personal y la gestante. Una vez en su casa, la embarazada puede reflexionar sobre el plan y comentarlo posteriormente en la consulta, para que se pueda redactar una versión definitiva.

El modelo de plan de nacimiento se tiene que consensuar entre la AP-PASSIR y el hospital materno infantil y se tiene que adaptar a cada territorio según sus características.

En el primer contacto de la gestante con el hospital (34-36 semanas), el personal debe dar a conocer el plan de nacimiento para que se pueda hacer la revisión posteriormente.

LOS ASPECTOS FUNDAMENTALES QUE DEBE CONSIDERAR EL PLAN DE NACIMIENTO SON LOS SIGUIENTES:

Datos administrativos

Nombre y apellidos.....

Edad.....

Paridad

Fecha probable del parto..... /..... /.....

Hospital de referencia.....

Preferencias relacionadas con el acompañante

Durante todo el proceso del parto querría estar acompañada por.....

.....

- Me gustaría probar el parto sin ningún tipo de anestesia
- Me gustaría que me pusiesen la epidural lo antes posible
- Me gustaría que me pusiesen anestesia local, solo en caso de sutura
- Me gustaría decidir sobre el tipo de alivio del dolor en el momento del parto
- Otras opciones (por ejemplo, acupuntura):

.....

.....

.....

Otras cuestiones durante el periodo de dilatación

Quisiera disponer de:

- Material de apoyo como pelotas, espejos, cuerdas, hamacas, alfombrillas, cojines
- Bañera
- No quisiera que se me rompiese la bolsa de aguas si no es necesario

Preferencias durante el periodo de expulsión

- Me gustaría empezar los pujos cuando tenga ganas
- Me gustaría que me indicasen cuando tengo que empezar los pujos
- Me gustaría ponerme en la posición en la que me encuentre mejor para los pujos
- Me gustaría que mi pareja me pudiese ayudar todo el rato
- Me gustaría tener un espejo cuando salga el recién nacido
- Me gustaría que no se me hiciese la episiotomía excepto en el caso en que fuese indispensable
- Me gustaría que me pusiesen al recién nacido sobre la piel inmediatamente
- Me gustaría que mi pareja cortase el cordón umbilical
- Me gustaría que el cordón umbilical fuese cortado una vez que dejara de latir
- Me gustaría que se valorase al recién nacido delante de mí
- Me gustaría darle el pecho en la misma sala de partos

Preferencias después del parto

- Me gustaría que la estancia en el hospital fuese lo más breve posible
- Quiero que no separen al recién nacido de mí, salvo que sea estrictamente necesario

Preferencias sobre la lactancia

- Me gustaría dar el pecho
- No quiero dar el pecho
- No quisiera que le diesen ningún tipo de alimentación al recién nacido sin consultarme
- Quisiera dar el pecho a demanda del recién nacido