

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL Y EL PUERPERIO



Edita: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección Técnica de Asistencia Sanitaria, Servicio de Organización de Centros Asistenciales

Edición: Enero 2019

Documento disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/atencion-parto-normal-puerperio>
Diseño y maquetación: E. Mitre

**PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE
ATENCIÓN AL PARTO NORMAL Y EL PUERPERIO**

COORDINACIÓN Y APOYO METODOLÓGICO

Raquel Cortés Sancho. Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

M.^a del Mar Echevarría Zamanillo. Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

M.^a Concepción Velasco Velado. Jefa del Servicio de Organización de Centros Asistenciales. Gerencia Regional de Salud

GRUPO DE TRABAJO (POR ORDEN ALFABÉTICO)

Rubén Alonso Sáiz. Ginecólogo. Complejo Asistencial de Burgos.

Elena Berciano Pérez. Matrona. Centro de Salud Ávila Sureste. Ávila.

Rut Bernardo Vega. Jefe de Unidad de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Carla Escribano García. Neonatóloga. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

M.^a Elena García Sánchez. Jefe de sección del Servicio de Ginecología. Complejo Asistencial de Salamanca.

M.^a José González Vereda. Técnico. Dirección General de Salud Pública.

Javier González de Zárate Apiñániz. Anestesiista. Jefe de sección del servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Mercedes Hernández Porcel. Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Luis Peñalosa Ruiz. Ginecólogo. Complejo Asistencial de Salamanca.

M.^a Dolores Pérez Sánchez. Matrona de paritorio. Complejo Asistencial Universitario de León.

Idoya Rodríguez Alonso Matrona de paritorio Hospital de Miranda de Ebro. Burgos.

Carmen María Samaniego Fernández. Neonatóloga. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Marta María San Mamés Fernández. Matrona de paritorio. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Carmen Vaquero Gajate. Matrona. Centro de Salud Pisuega. Valladolid Oeste.

REVISIÓN EXTERNA

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Dirección General de Infraestructuras y Resultados en Salud. Gerencia Regional de Salud

M.^a Ángeles González Fernández. Jefa Unidad de Coordinación de Enfermería de Equipos. El Bierzo.

José Cesáreo Naveiro Rilo. Técnico de salud. Gerencia de Asistencia Sanitaria de León.

Juan Carlos Silva Rico. Pediatra. Centro de Salud Laguna de Duero. Valladolid Oeste.

APOYO ADMINISTRATIVO

Olga Burgos Manjarrés. Auxiliar administrativo. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

Carmen Elias Hernández. Auxiliar administrativo. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

M.^a Teresa Villa González. Auxiliar administrativo. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud.

En el grupo de trabajo aparecen los autores con el perfil profesional y en el puesto de trabajo que estaban desempeñando en el momento del diseño de este documento, pudiendo haber variado esta situación hasta la actualidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el esfuerzo realizado a todos los profesionales y organizaciones que han participado con sus observaciones y aportaciones ya que han contribuido de forma importante a la mejora de este proceso asistencial, esperamos que sea de utilidad para conseguir una atención sanitaria de calidad.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS COLABORADORAS

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Castilla y León (**SOGICYL**)

Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (**APAPCYL**)

Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León (**SCCALP**)

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (**SEPEAP**)

Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (**SEDAR**)

Sociedad Castellano-Leonesa de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (**SOCLARTD**)

Asociación Castellano-Leonesa de Matronas (**ASCALEMA**)

Las recomendaciones recogidas en este proceso asistencial están basadas en la mejor evidencia científica publicada en guías de práctica clínica y recogidas en el apartado de bibliografía. Dado que cada guía utiliza diferente sistema de clasificación del nivel de evidencia y grado de recomendación, se ha respetado su clasificación original, que puede consultarse en cada una de las referencias bibliográficas.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)¹

Niveles de evidencia

1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos, series de casos o estudios descriptivos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4
√	Buena práctica clínica: Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor

Clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de las recomendaciones mediante el sistema GRADE²

La graduación de la fuerza de las recomendaciones considera dos categorías: recomendaciones fuertes y recomendaciones débiles.

- En las recomendaciones fuertes el grupo elaborador confía en que los efectos beneficiosos superan a los perjudiciales o viceversa, que los daños superan a los beneficios. En el primer caso la recomendación es fuerte a favor. En el segundo es fuerte en contra. La recomendación se redacta con la expresión 'Se recomienda'.
- Las recomendaciones débiles también pueden ser a favor o en contra. Una recomendación es débil a favor cuando el grupo elaborador concluye que los efectos beneficiosos de llevar a cabo la recomendación probablemente superan los perjudiciales, aunque no está completamente seguro. En cambio la recomendación es débil en contra, cuando los efectos adversos probablemente superan a los beneficiosos. La recomendación se redacta con la expresión 'Se puede valorar' o 'Se sugiere'.
- Se han identificado con el símbolo √ las intervenciones de las que no se dispone de evidencia y el grupo elaborador quiere resaltar un determinado aspecto ya que se dispone de una serie de recomendaciones basadas en la experiencia clínica y el consenso del grupo elaborador.

Referencia de género

Las referencias al género masculino contenidas en el presente documento se entenderán referidas también a su correspondiente femenino, y en sentido inverso.

INTRODUCCIÓN.....	13
PROCESO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL	
1. Misión, destinatarios y alcance del proceso	17
2. Necesidades y expectativas	19
3. Mapa del proceso	21
4. Actividades del proceso:.....	23
Acogida de la gestante en el Área Obstétrica:	
• Recepción de la gestante	25
• Valoración clínico-obstétrica	26
Atención en el paritorio:	
• Ingreso de la gestante en el paritorio.....	28
• Atención durante la fase de dilatación	30
• Atención durante el periodo expulsivo.....	33
• Atención durante la fase de alumbramiento	35
• Alivio del dolor con métodos no farmacológicos	36
• Analgesia en el parto normal	38
• Atención inmediata al neonato	39
Atención a la púerpera durante la hospitalización: Cuidados en el puerperio inmediato	42
Atención al RN durante la hospitalización: Cuidados del RN.....	44
Alta hospitalaria de la púerpera y del RN.....	48
Atención al puerperio en Atención Primaria:	
• Atención puerperal y neonatal precoz	51
• Atención al puerperio tardío	53
5. Evaluación del proceso.....	55
BIBLIOGRAFÍA	57
LISTADO DE ACRÓNIMOS	62
ANEXOS	63

El parto constituye una de las vivencias más importantes en la vida de la mujer y de su familia. A pesar de la seguridad que supone para ella y el recién nacido/a (RN) el hecho de ser atendidos en un hospital, como contrapartida se pueden ver vulnerados algunos aspectos como la intimidad, la continuidad en la atención durante el proceso o el acompañamiento, considerados aspectos fundamentales para que el parto, que es un acontecimiento privado, evolucione lo más fisiológicamente posible y cuente con unas condiciones de atención de calidad.

El papel del padre en el parto ha evolucionado en los últimos años y actualmente puede estar presente en el momento del nacimiento de su hijo, no como mero espectador sino involucrado en el proceso, apoyando a la madre y siendo partícipe de uno de los momentos más especiales de su vida.

En la **Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud**³ y de diversas sociedades científicas, se está trabajando en la recuperación del protagonismo y la participación en la toma de decisiones de la mujer durante todo el proceso del parto. La evidencia científica pone de manifiesto la efectividad de las prácticas encaminadas a humanizar la asistencia y constata que el uso inapropiado de la tecnología durante el parto, lejos de aumentar la seguridad, puede ocasionar iatrogenia.

El concepto general de la Estrategia se articula en torno al principio de que el parto y nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad y que las y los profesionales deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad y dignidad de las mujeres.

La atención sanitaria en estos casos difiere sensiblemente de otros procedimientos clínicos ya que está dirigida a una población sana durante un proceso fisiológico importante y trascendente en la vida de las mujeres, sus parejas y familias.

Durante el año 2017 se han registrado 13.932 partos en Castilla y León (número de partos/día 38,17), de los cuales 9.395 se realizaron con analgesia epidural (67.4%) y el 21,85% han sido cesáreas⁴.

Este **proceso asistencial** surge para dar una adecuada respuesta a todo lo anterior. Pretende ofrecer a la mujer las máximas condiciones de seguridad así como el derecho a parir con respeto a la intimidad, a participar en una adecuada toma de decisiones y en las mejores condiciones tanto para la madre como para el RN. También se pretende que la asistencia al parto se desarrolle evitando intervenciones innecesarias, molestas e incluso desaconsejadas, que además, restan intimidad y protagonismo a la mujer.

El proceso asistencial de atención al parto normal y puerperio tiene como objetivos:

- Reducir el porcentaje de partos instrumentales y de la tasa de parto por cesárea.
- Asegurar una atención sanitaria de excelencia durante el proceso del parto, más personalizada y centrada en las necesidades particulares de las mujeres y sus parejas/padres.
- Favorecer una atención al parto siguiendo las recomendaciones de las últimas evidencias científicas, para garantizar el bienestar y la seguridad materna y fetal.
- Facilitar la toma de decisiones compartidas entre profesionales y mujeres en la atención prestada durante el parto, incorporando la participación activa de las gestantes tras ser adecuadamente informadas, para que ellas sean y se sientan protagonistas y responsables del mismo.
- Reducir lo máximo posible la variabilidad en la práctica clínica en lo referido a la atención al parto normal, así como promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.

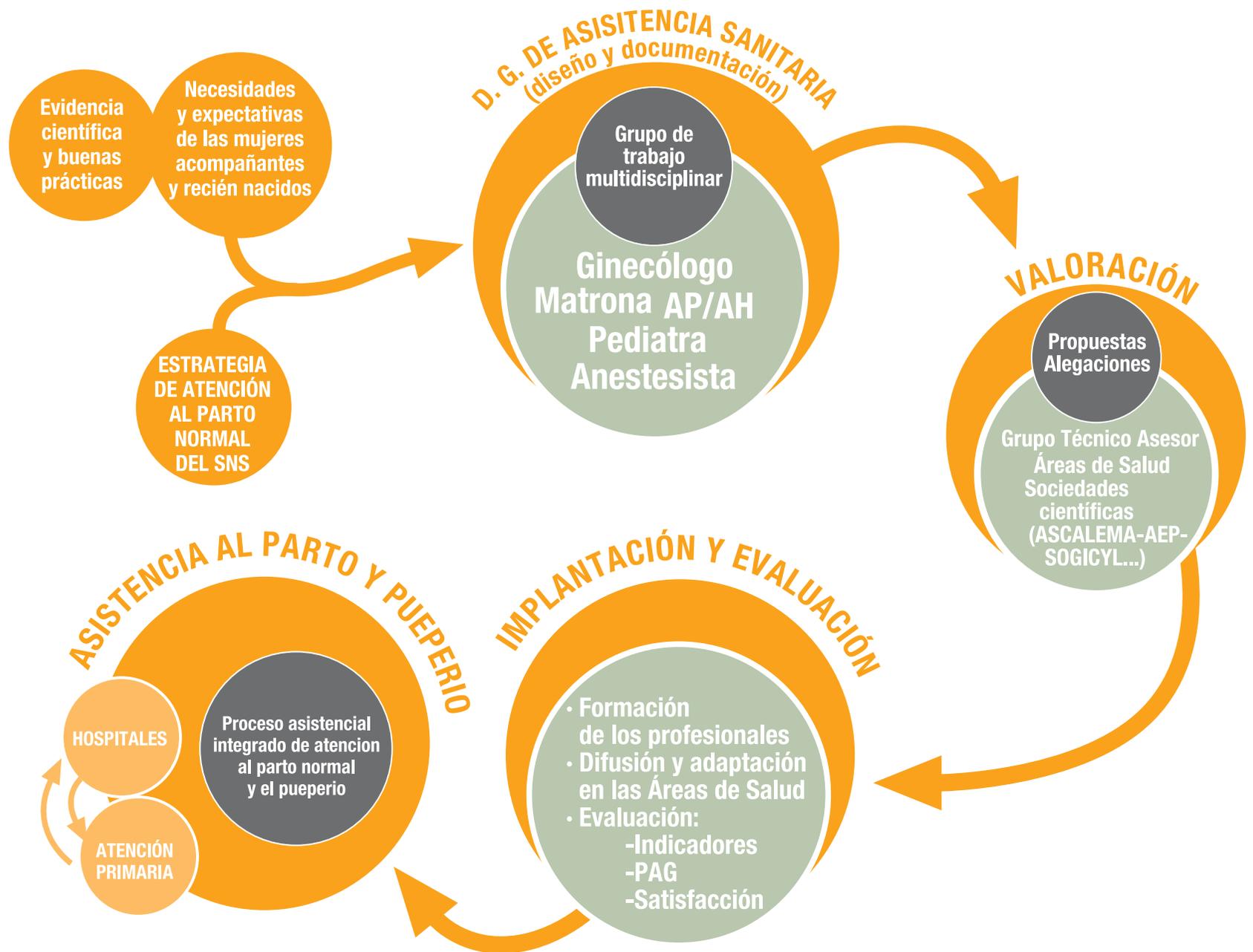
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y el RN.
- Mantener una actitud proactiva para la detección de violencia de género por parte de los profesionales.
- Garantizar la coordinación entre los profesionales implicados en la atención y asegurar la continuidad asistencial entre los diferentes ámbitos de actuación en el proceso parto-puerperio y lactancia.

El proceso se ha centrado específicamente en la organización de las actuaciones que permita aumentar la eficiencia y la satisfacción de las gestantes. Se ha diseñado tomando como base las mejores evidencias y conocimiento disponibles, con la participación de un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por profesionales de todos los ámbitos asistencia-

les directamente implicados en el desarrollo del proceso clínico del parto y el puerperio, de ambos niveles de atención, y por ello, su implementación y desarrollo precisa del compromiso de todas las partes.

Para **la implantación del proceso asistencial** se requiere la participación e implicación de todos los profesionales responsables de la asistencia, ya que son los verdaderos motores del cambio y los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones, la gestión de los recursos, la organización de las actividades que componen el proceso, los procedimientos adecuados en cada momento y la mejor entrega de un servicio de calidad. Además es fundamental el papel de las sociedades científicas y profesionales implicadas, como referencia técnica para los distintos colectivos y disciplinas, así como la tarea desarrollada por las organizaciones sociales y de mujeres.

ELABORACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL



MISIÓN DEL PROCESO

La misión del proceso asistencial de atención al parto normal y el puerperio es prestar una atención integral y de calidad a la mujer y al RN durante todo el proceso del parto y el puerperio, favoreciendo su participación activa e informada en la toma de decisiones, de acuerdo con sus necesidades y asegurando la accesibilidad y la continuidad en la atención.

DESTINATARIOS DEL PROCESO

- Mujeres gestantes de la comunidad autónoma de Castilla y León.
- Recién nacidos/as en la comunidad autónoma.
- Acompañantes de estas mujeres.

ALCANCE DEL PROCESO

INICIO DEL PROCESO

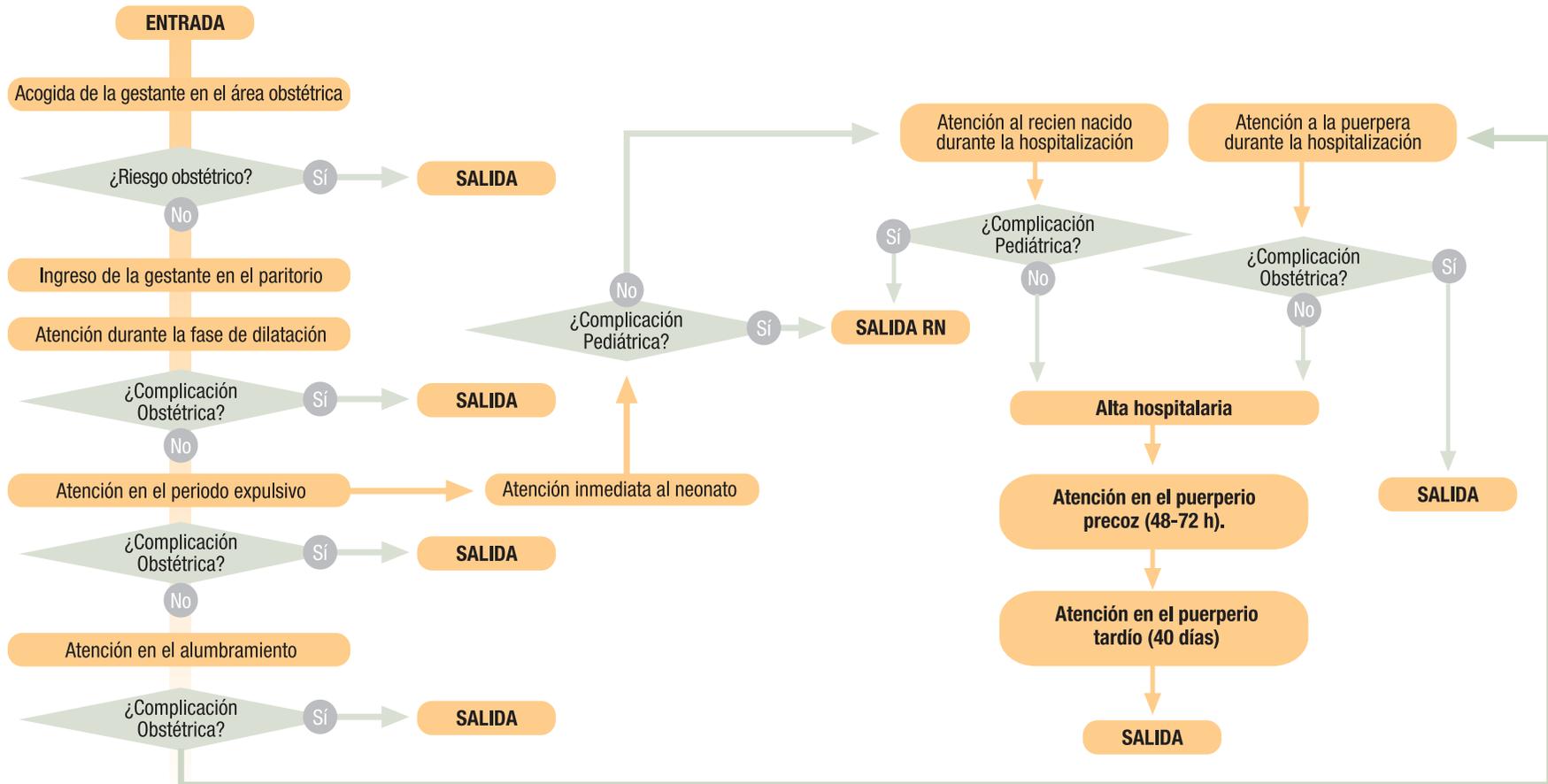
Gestante sin riesgo obstétrico (**Anexo 1**), en fase activa de parto (tras inicio espontáneo o inducido) y que se encuentre entre la semana 37 a 42 de gestación. Se entiende por fase activa de parto cuando exista una dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y una dilatación de 3-4cm.

FINAL DEL PROCESO

- Gestantes en las que aparezcan complicaciones dependientes del proceso que justifique su salida.
- RN en los que aparecen complicaciones que justifiquen su salida.
- Gestantes en las que aparezcan complicaciones durante el puerperio que lo justifiquen.
- Púerperas y lactantes que finalizan el tiempo de puerperio tardío (40 días después del parto).

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES Y SUS ACOMPAÑANTES

- Participación activa de las mujeres y los padres para que tengan poder de decisión en cuanto a su salud implica que éstos conozcan en profundidad el periodo reproductivo por el que atraviesan, se involucren en los cuidados que reciben y participen activamente en el momento del parto.
- Reclamar una atención al parto más humana y más respetuosa con las necesidades de las mujeres y los RN.
- Competencia científico-técnica de los profesionales para realizar una adecuada atención del parto.
- Derecho a un parto respetado y a una vivencia en las mejores condiciones para las mujeres, los padres, los RN y las familias, basado en la máxima protección de la dignidad e intimidad. En el momento del nacimiento, si bien es la mujer quien lo vive físicamente, también para el padre es una experiencia muy fuerte desde el punto de vista emocional.
- La mujer que va a dar a luz tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud y la de su futuro hijo, toda la información disponible sobre la misma.
- Información que debe ser adecuada, suficiente y en el momento oportuno, acerca de las mejores prácticas existentes para lograr los mejores resultados: sobre la situación concreta que conlleve la toma de decisiones, opciones terapéuticas, cuidados, uso de medicamentos, organización, recursos disponibles, etc.
- La información proporcionada debe ser:
 - a) Completa considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados.
 - b) Oportuna a las necesidades de las mujeres;
 - c) Comprensible en relación al lenguaje y al momento en que se da la información.
 - d) Disponible en el formato adecuado.Como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia de ello en la historia clínica.
- Asumir la responsabilidad propia en el cuidado de la salud y en la toma de decisiones que debe realizarse libre y voluntariamente desde el conocimiento, pudiendo elegir entre las alternativas clínicas disponibles.
- Consensuar con los/las profesionales las conductas y cuidados a seguir, seleccionando de acuerdo a sus preferencias, creencias y pautas culturales. Sin embargo, no basta con informar, es necesario crear mecanismos institucionales adecuados para la participación efectiva de los grupos de mujeres, lo que realmente implica un cambio fundamental en los modelos actuales de atención.
- Capacidad de los/las profesionales de proporcionar trato adecuado, amabilidad, dedicación y capacidad de escucha.
- Comunicación y coordinación entre los distintos profesionales que realizan la atención durante todo el proceso.
- Considerar la multiculturalidad y las diferentes circunstancias de las que provienen las mujeres embarazadas, así como las dificultades de comunicación existentes con el objeto de ofrecerles una información apropiada. De igual manera, las mujeres con discapacidades tienen que recibir una información adaptada a sus capacidades físicas, intelectuales o sensoriales.



4

ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Acogida de la gestante en el Área Obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de la gestante • Valoración clínico-obstétrica 	Ficha 1 Ficha 2	Matrona, ginecólogo	HCE (Jimena, partograma)
Atención en el paritorio <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso de la gestante en el paritorio • Atención durante la fase de dilatación • Atención durante el periodo expulsivo • Atención durante la fase de alumbramiento • Alivio del dolor con métodos no farmacológicos • Analgesia en el parto normal • Atención inmediata al neonato 	Ficha 3 Ficha 4 Ficha 5 Ficha 6 Ficha 7 Ficha 8 Ficha 9	Matrona, ginecólogo, pediatra	HCE (partograma)
Atención durante la hospitalización <ul style="list-style-type: none"> • Atención a la púerpera • Atención al RN 	Ficha 10 Ficha 11	Matrona/enfermera, ginecólogo, pediatra	HCE (Gacela, Jimena)
Alta hospitalaria de la púerpera y del RN	Ficha 12	Matrona/enfermera, ginecólogo, pediatra	HCE (Gacela, Jimena)
Atención puerperal y neonatal precoz en Atención Primaria <ul style="list-style-type: none"> • Atención al puerperio precoz • Al puerperio tardío 	Ficha 13 Ficha 14	Matrona/enfermera, pediatra	HCE (Medora)

Ficha

1

ACOGIDA DE LA GESTANTE EN EL ÁREA OBSTÉTRICA

RECEPCIÓN DE LA GESTANTE

Objetivo

Recibir a la gestante en la sala de urgencias obstétricas hospitalarias.

Quién

Matrona, ginecólogo

Cuándo

Cuando la gestante acude al Área Obstétrica del hospital con signos y síntomas de parto.

Cómo

- La acogida de la gestante será cálida y respetuosa, llamándola por su nombre.
- Se procederá a la verificación de la identidad inequívoca de la mujer, mediante un documento oficial con fotografía. Cuando esto no es posible, contactar con el/la trabajador/a social del centro hospitalario.
- Revisar la documentación clínica aportada por la gestante (cartilla del embarazo, informes...).
- Valoración de datos clínicos de enfermería. Toma sistemática de las constantes vitales (presión arterial, pulso y temperatura). Iniciar el plan de cuidados.
- Se ofrecerá a la gestante que puede estar acompañada desde el principio por la persona que ella desee y durante todo el proceso (A)⁵.
- La atención será en menos de 30 minutos desde la entrega de datos en admisión de urgencias.

Documentación asociada

Cartilla del embarazo.

Ficha

2

ACOGIDA DE LA GESTANTE EN EL ÁREA OBSTÉTRICA

VALORACIÓN CLÍNICO-OBSTÉTRICA

Objetivo

Realizar una valoración que permita establecer el riesgo obstétrico de la gestante (**Anexo 1**) y determinar si está en fase activa de parto.

Quién

Matrona, ginecólogo.

Cuándo

Cuando la gestante acude al Área Obstétrica del hospital con signos y síntomas de parto.

Cómo

Recogida de la información que aporte la gestante

- Completar la anamnesis comprobando si se ha realizado el cribado de estreptococo del grupo B y la serología (sífilis, VIH, hepatitis B, hepatitis C y zika, en caso necesario); en caso contrario deben ser realizadas.
- Atender las expectativas y preferencias expresadas y acordadas con la gestante en su **Plan de Parto y Nacimiento (Anexo 2)**, valorando las expectativas sobre la posibilidad de realizar el contacto piel con piel con el RN tras el nacimiento así como sobre la opción de lactancia materna.
- Comprobar que el consentimiento informado de analgesia para el parto esté correctamente cumplimentado (**Anexo 3**), en caso contrario, se entregará a la gestante información sobre analgesia por métodos no farmacológicos y farmacológicos para conocer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor exponiéndole los beneficios, los riesgos y las implicaciones para el parto de los procedimientos farmacológicos y no farmacológicos existentes. (**Anexo 4**).
- Revisar los informes ecográficos de control del embarazo.
- Detectar situaciones que supongan mayor vulnerabilidad: violencia de género, menor de edad, discapacidad, inmigrantes...
- En caso de aceptación de **donación voluntaria de sangre del cordón umbilical** por la gestante, cumplimentar correctamente el formulario de información y firmar el consentimiento informado (modelo IM-COR 01/3). Disponible en: <https://www.centrodehemoterapiacyl.es/que-hacemos/donacion-de-sangre-de-cordon-umbilical/>
- Considerar la multiculturalidad y las diferentes circunstancias de las que provienen las gestantes, así como las dificultades de comunicación existentes con el objeto de ofrecerles una información apropiada.

Anamnesis y exploración

- Valorar el riesgo obstétrico de la gestante para determinar si cumple criterios de atención al parto normal (**Anexo 1**), en caso de riesgo obstétrico la gestante sale del proceso de atención al parto normal.
- Aplicar las medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes durante todo el proceso.
- Realizar la exploración física registrando en el partograma:
 - Presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca.
 - Altura uterina y exploración de la estática fetal: maniobras de Leopold.
 - Especuloscopia/amnioscopia si se precisa.
 - Tacto vaginal si no hay contraindicación. Test de Bishop.

Monitorización fetal

- Realizar registro cardiotocográfico (RCTG), al menos durante 20-30 minutos, para valoración de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y la dinámica uterina.

Ficha

2

ACOGIDA DE LA GESTANTE EN EL ÁREA OBSTÉTRICA

VALORACIÓN CLÍNICO-OBSTÉTRICA

Cómo

Determinar si está en fase activa de parto

Criterios de fase activa de parto: dinámica uterina regular (2-3 contracciones cada 10 minutos), borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm⁶.

- Si la gestante está en fase activa de parto: realizar el ingreso en paritorio.
- Si la gestante acude para ser atendida por presentar contracciones dolorosas pero no está en fase activa de parto: ofrecer apoyo individualizado alentándola a que retorne a su domicilio hasta el inicio de la fase activa del parto, puesto que la admisión en maternidad de forma temprana o durante la fase latente se asocia con mayor intervencionismo durante el parto.

Avisar al pediatra cuando existan (Anexo 5)

- Problemas maternos:
 - a. Enfermedad materna (autoinmune, endocrina, cardiaca, respiratoria...).
 - b. Enfermedad infecciosa (VHC, VHB, VIH, sífilis, herpes genital activo...).
 - c. Historia de feto muerto intrauterino de causa conocida.
 - d. Consumo de fármacos y/o drogas.
- Factores relacionados con el RN:
 - a. Factores de riesgo infeccioso para el RN: tiempo bolsa rota >18h, estreptococo del grupo B+ con menos de 2 dosis de antibiótico y apartado b.
 - b. Fiebre materna intraparto >38°C.
 - c. Peso del RN inferior a 2.500 gr o superior a 4.000 gr.

Avisar al ginecólogo cuando exista:⁷ (Anexo 6)

- Riesgo obstétrico de la gestante
- Indicaciones para la monitorización fetal electrónica continua en mujeres de bajo riesgo, tinción meconial del líquido amniótico, FCF anormal en la auscultación, fiebre materna, hemorragia actual.
- Presión arterial sistólica \geq 140, diastólica \geq 90.
- Dudas sobre la existencia de latido fetal.
- RCTG anómalo.

Registro de todas las actuaciones en la historia clínica de la gestante en el partograma

Documentación asociada

- Criterios de riesgo obstétrico (Anexo 1).
- Plan de Parto y Nacimiento (Anexo 2).
- Consentimiento informado de analgesia para el parto (Anexo 3).
- Información sobre alivio del dolor en el parto (Anexo 4).
- Criterios para avisar al pediatra (Anexo 5).
- Criterios para avisar al ginecólogo (Anexo 6).

Ficha

3

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

INGRESO DE LA GESTANTE EN EL PARITORIO

Objetivo

- Realizar el ingreso en paritorio de la gestante que se encuentra en fase activa de parto.
- Facilitar la comunicación de las expectativas de la gestante y su acompañante, en relación con el proceso de nacimiento de su hijo/a, con el personal sanitario, favoreciendo la participación activa de la gestante y acompañante.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar tanto de la madre como la del RN.

Quién

Matrona, ginecólogo.

Cuándo

Cuando la gestante está en fase activa de parto en el paritorio.

Cómo

Presentación del responsable de prestar los cuidados a la gestante, el cual debe:⁵

- Utilizar el registro en el partograma como método de evaluación del progreso. Se recomienda una línea de acción de 4 h máximo (A).
- Promover la confianza, la tranquilidad y ofertar la ayuda durante el proceso estableciendo un vínculo profesional con la gestante y acompañante⁸.
- Realizar a la mujer la oferta explícita de acompañamiento si lo desea, en el periodo de dilatación y durante todo el parto (A).
- Retirada de objetos que lleve la gestante (joyas, piercing), así como pintura de labios y maquillaje. Preguntar por la existencia de prótesis dentarias no fijas, por si fuera necesario retirarlas.
- Aplicar medidas higiénicas selectivas, evitando el rasurado de pubis y genitales externos, así como la administración sistemática del enema, a menos que lo solicite la gestante (A)^{5, 9, 10, 11}
- Realizar monitorización biofísica materno-fetal, con registro completo y evaluable y valoración de ésta por la matrona.
- Información a la gestante y acompañante del estado del feto y curso del trabajo de parto.
- Continuidad de cuidados por un único responsable, siempre que sea posible (A).
- Los equipos de atención al parto hospitalario deben promover la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad (A).
- La mujer en el parto será atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona (A).
- Una mujer en fase activa de parto no debería dejarse sin atención profesional excepto por cortos periodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite. (A).

Ficha

3

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

INGRESO DE LA GESTANTE EN EL PARITORIO

Cómo

Entrega y valoración del Plan de Parto y Nacimiento¹²: (Anexo 2)

- Si la gestante no llevara el Plan de parto en el momento del ingreso, se le entregará ahora.
- Lectura y valoración del Plan de Parto por parte de los profesionales que la van a asistir.
- Buscar el consenso y toma de decisiones conjunta entre profesional y la gestante/padre/acompañante.
- La mujer en trabajo de parto debe ser tratada con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicada en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que la atienden, deben establecer una relación empática con ella, preguntarle por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarla y orientarla, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados. (D)⁵

Documentación asociada

- Plan de parto y nacimiento (Anexo 2).

Ficha

4

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN

Objetivo

- Realizar un seguimiento de la gestante durante el periodo de dilatación, reconociendo los signos de alarma.
- Valorar el bienestar materno y fetal durante esta fase.
- Reconocer precozmente situaciones de riesgo de pérdida del bienestar fetal durante el proceso del parto, con la intención de poder intervenir y evitar el deterioro fetal.
- Reconocer precozmente situaciones de distocia de dinámica uterina durante el proceso del parto.

Quién

Matrona, ginecólogo.

Cuándo

Durante la fase de dilatación del parto normal.

Cómo

Actuaciones en el período de dilatación: ⁵

- Permitir que la gestante esté acompañada en todo momento por la persona que ella elija (a poder ser la misma persona durante todo el proceso) (A).
- Garantizar siempre la privacidad y el bienestar de la mujer.
- Facilitar a la parturienta la posición que le resulte más cómoda (sentada, tumbada, deambulando, etc.) incluso si se le realiza analgesia epidural; previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo. (A).
- Informar de manera clara, sin omisiones y de forma periódica a la gestante y a su acompañante de la evolución del parto.
- Explicar a la gestante la razón por la que se realizan las diferentes actuaciones y los hallazgos encontrados, con sensibilidad, sobre todo si no son los esperados por la mujer.
- Asistencia del proceso por personal cualificado y necesario. Se considera que la presencia de matronas entrenadas y motivadas que realicen la auscultación aporta calidad al proceso asistencial y mejora los resultados (A)¹³.
- La atención y acompañamiento será por un mismo profesional siempre que sea posible. (A).
- Registrar la actividad en la historia clínica cuando el parto se inicie (partograma).
- En el partograma debe registrarse la hora en que se realizó la auscultación, el latido fetal, la presencia o ausencia de aceleraciones y deceleraciones y la duración de la auscultación.
- Planificación de los cuidados por parte de la matrona.
- Comprobar la micción espontánea. El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario.
- Valorar las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura) cada 2 horas o si se considera oportuno.
- Valorar la necesidad de asegurar el acceso a una vía venosa.
- Aplicar el método de alivio del dolor consensuado con la gestante (**ficha 7 y 8**).
- Si no hay complicaciones, no restringir la ingesta de líquidos claros (agua, zumo, te, bebidas isotónicas) durante el trabajo de parto. Evitar la ingesta de lácteos y alimentos sólidos. (A). Pueden ser cantidades pequeñas a intervalos frecuentes, máximo de 150-200ml. Será necesario hacer un registro de los líquidos administrados. No pueden tomarse alimentos sólidos.
- El número de tactos vaginales será el mínimo que permita valorar con seguridad la evolución del parto, siendo suficiente cada 4 h, salvo que se considere necesario. Se deberán evitar tactos innecesarios, especialmente tras la rotura de la bolsa amniótica. (√).

Ficha

4

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN

Cómo

- Para el lavado perineal previo al tacto vaginal no se considera necesario el uso de antisépticos ya que no han demostrado mayor eficacia que el uso de agua corriente. (A)^{5,11}.
- Si no se producen modificaciones cervicales, se deberá realizar amniotomía y/o administrar oxitocina. (A)^{6,16}.
- Evitar la rotura de membranas o estimulación oxitócica si el parto progresa adecuadamente. (A)⁵.

Realizar **monitorización materno-fetal**, con registro completo y evaluable. Se realizará un RCTG externo de control continuo inicial en la valoración clínica de al menos 30 min para valorar el bienestar fetal y la dinámica uterina. (√)⁷. El RCTG en la admisión no ha mostrado ser beneficiosa en mujeres de bajo riesgo. (A)⁷.

- La evaluación de la monitorización materno-fetal será llevada a cabo por la matrona; proporcionando información a la gestante de manera continuada y exhaustiva, con un lenguaje claro y sencillo.
- Valorar la realización de monitorización de la FCF o auscultación intermitente (AI) para incentivar la movilidad de la gestante durante el trabajo de parto.
- Tanto el RCTG como la AI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto. (B)⁷.
- En los partos identificados de bajo riesgo, siempre que se asegure una asignación uno-a-uno, se puede realizar un control intermitente del estado fetal y de las contracciones uterinas⁵.
- El empleo de RCTG a intervalos regulares con AI entre los intervalos, parece ser tan segura como la monitorización electrónica fetal continua en partos de bajo riesgo. (A)⁷.
- En cuanto a la monitorización fetal con analgesia regional, se recomienda la monitorización continua por lo menos 30 minutos durante el establecimiento de la analgesia regional y después de la administración de cada bolo de 10 ml o más ^{7,15}
- Se puede realizar un control intermitente del estado fetal con una frecuencia recomendada^{5,6,14,15}, siempre que se asegure una asignación uno-a-uno, controlando y documentando:
 - Cada 15 minutos, tras una contracción uterina, la FCF durante 30-60”.
 - Cada 30 minutos, la frecuencia de las contracciones uterinas.
 - Auscultación en la primera evaluación preparto y posteriormente tras cada tacto vaginal.

Valorar situaciones en las que sea preciso avisar al ginecólogo y valorar la posibilidad de avisar al pediatra:⁷ (Anexo 5 y 6)

- Líquido amniótico con meconio.
- RCTG anormal (**tabla 1**).
- Fase activa prolongada (evolución de la dilatación menor de 2 cm/4 horas, tanto en primíparas como en multíparas, con amniorresis y contracciones regulares al menos cada 3 minutos).
- Presencia de hemorragia.
- Alteraciones de las constantes maternas: fiebre, hipotensión, hipertensión, etc.
- Presencia de náuseas y vómitos.
- Cualquier otra situación anómala.

Ficha

4

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN

Cómo

Tabla 1. DEFINICIÓN DEL RCTG: NORMAL, SOSPECHOSO Y PATOLÓGICO (NICE, 2017)⁷

CATEGORÍA	DEFINICIÓN
NORMAL	Todas las características son tranquilizadoras
SOSPECHOSO	1 característica no tranquilizadora y 2 tranquilizadoras
PATOLÓGICO	1 característica anormal o 2 características no tranquilizadoras

CLASIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE INTERPRETACIÓN DE LOS REGISTROS DE LA FCF (NICE, 2017)⁷

CARACTERÍSTICAS	FCF BASAL (L/M)	VARIABILIDAD (L/M)	DESACELERACIONES
TRANQUILIZADORA	110 - 160	5-25	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna o temprano Desaceleraciones variables sin características de preocupación durante al menos 90 minutos.
NO TRANQUILIZADORA	100 - 109 ó 161 - 180	Menos de 5 durante 30-50 minutos ó más de 25 durante 15-25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> Desaceleraciones variables sin características de preocupación durante 90 minutos o más ó Desaceleraciones variables con cualquier característica relacionada en menos 50% de contracciones durante 30 minutos o más ó Desaceleraciones variables con cualquier característica relacionada en más del 50% de contracciones durante menos de 30 minutos ó Desaceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones durante menos de 30 minutos, sin factores de riesgo clínico maternos o fetales como sangrado vaginal o meconio significativo.
ANORMAL	Menos de 100 ó más de 180	Menos de 5 durante más de 50 minutos ó más de 25 durante más de 30 minutos ó Patrón sinusoidal.	<ul style="list-style-type: none"> Desaceleraciones variables con cualquier característica relacionada en más del 50% de las contracciones durante 30 minutos (o menos si existen factores de riesgo clínicos maternos o fetales) ó Desaceleraciones tardías durante 30 minutos (o menos si existen factores de riesgo clínicos maternos o fetales) ó Bradycardia aguda o una única desaceleración prolongada que dure 3 minutos o más.

En presencia de patrones anormales de la FCF se debe valorar:

- Cambio de posición materna a decúbito lateral, preferiblemente sobre el izquierdo.
- Examen vaginal para descartar prolapso de cordón o evolución rápida del parto. En este momento podría procederse a la estimulación de la calota fetal como método diagnóstico complementario.
- En caso de mujeres en las que se esté administrando oxitocina: en presencia de un trazado sospechoso de la FCF se debe consultar con el ginecólogo. Si el trazado de la FCF se clasifica como patológico, se debe suspender la oxitocina y proceder a una evaluación completa de la condición del feto por un ginecólogo antes de reanudar la oxitocina.
- Monitorización de la presión sanguínea materna para descartar hipotensión materna.
- Si el patrón anormal está asociado a hiperdinamia no secundaria a oxitocina debe considerarse la utilización de tocolíticos.

Documentación asociada

- Plan de parto y nacimiento (Anexo 2).
- Criterios para avisar al pediatra (Anexo 5).
- Criterios para avisar al ginecólogo (Anexo 6).
- Información sobre alivio del dolor en el parto (Anexo 4).

Ficha

5

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

Objetivo

- Realizar una valoración de la evolución del periodo expulsivo y de las condiciones materno-fetales.
- Identificar problemas que puedan surgir a lo largo del periodo expulsivo.

Quién

Matrona, ginecólogo.

Cuándo

Durante el periodo expulsivo del parto normal.

Cómo

- Realizar el traslado al paritorio o modificación de la cama obstétrica en el momento adecuado, asegurando la comodidad de la gestante y ofreciendo distintas posturas o alternativas para ayudar en su elección.
- En todo momento se debe garantizar el derecho a la intimidad de la mujer así como favorecer la asistencia del padre o acompañante y el contacto físico madre-RN-pareja/padre, siempre que no se precisen cuidados especiales.
- Evaluación del progreso del parto: altura y progresión de la presentación fetal.
- **Monitorización fetal:** siempre que se asegure una asignación uno-a-uno, se puede realizar durante el periodo expulsivo un control intermitente del estado fetal con una frecuencia recomendada^{5,6,14,15}, controlando y documentando:
 - Fase latente/pasiva⁵: Cada 5-15 minutos, tras una contracción uterina, la FCF durante 30-60”.
 - Fase activa: Cada 2-3 contracciones o cada 5 minutos, durante 60 segundos después de una contracción.
- Se informará a la parturienta de los cambios que se vayan produciendo. Recomendarle que evite pujos precoces. A)⁵.
- No se realizará masaje perineal durante esta etapa del parto. (A)⁵.
- No se deben realizar las maniobras de Kristeller. A)⁵.
- Se facilitará la aplicación de compresas calientes en la zona perineal. A)⁵.
- Proteger de manera activa el periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal sin pujo materno para prevenir roturas del esfínter anal. (B)⁵.
- No se deberá practicar episiotomía de forma rutinaria. (A)⁵. Cuando sea necesario realizarla, se recomienda episiotomía medio-lateral con un ángulo respecto al eje vertical de entre 45 y 60 grados. (D)^{5,17}.
- Es importante registrar **la duración de la segunda fase del parto (tabla 2):**
 - La duración normal de la **fase pasiva** de la segunda etapa del parto **en nulíparas** es de hasta 2 horas tanto si tienen como no anestesia epidural. (√)⁵.
 - La duración normal de la **fase pasiva** de la segunda etapa del parto **en multíparas** es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de 2 horas si la tienen. (√)⁵.
 - La duración normal de la **fase activa** de la segunda etapa del parto **en nulíparas** es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen. (√)⁵.
 - La duración normal de la **fase activa** de la segunda etapa del parto **en multíparas** es de hasta 1 hora tanto si tienen como no anestesia epidural. (√)⁵.

Ficha

5

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

Cómo

Tabla 2. DURACIÓN DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO ⁵

		FASE PASIVA	FASE ACTIVA	TOTAL EXPULSIVO
NULÍPARAS	con epidural	2 horas	2 horas	4 horas
	sin epidural	2 horas	1 hora	3 horas
MULTÍPARAS	con epidural	2 horas	1 hora	3 horas
	sin epidural	1 hora	1 hora	2 horas

- Cuando avisar al ginecólogo y valorar la posibilidad de avisar al pediatra⁷: **(Anexo 5 y 6)**
 - Expulsivo prolongado: cuando tras completar el tiempo de la fase activa, según en cada caso **(tabla 2)**, no sea inminente la salida de la cabeza fetal.
 - Alteraciones de la FCF.
 - Fiebre materna.
 - Hipotensión o hipertensión arterial materna.
 - Hemorragia materna (sospecha de desprendimiento previo de placenta normoinserta, rotura uterina etc.).
 - Cualquier situación que se desvíe de la normalidad.
- Inmediatamente tras el nacimiento, se facilitará que el RN se coloque sobre el abdomen/pecho de la madre, en contacto íntimo piel con piel. (A)⁵.
- Registrar la actividad en la historia clínica de la parturienta, en el partograma.

Documentación asociada

- Plan de parto y nacimiento **(Anexo 2)**.
- Criterios para avisar al pediatra **(Anexo 5)**.
- Criterios para avisar al ginecólogo **(Anexo 6)**.

Ficha

6

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN DURANTE LA FASE DE ALUMBRAMIENTO

Objetivo

- Completar la expulsión total de la placenta y membranas ovulares.
- Controlar el sangrado postparto.

Quién

Matrona, ginecólogo.

Cuándo

Durante la fase de alumbramiento del parto normal.

Cómo

- Vigilar el estado general de la mujer.
- Informar a la paciente de las ventajas e inconvenientes de las opciones de alumbramiento: activo/dirigido o espontáneo/fisiológico. (√) ⁵.
- En caso de alumbramiento dirigido, administrar 10 UI IV de oxitocina lenta para la profilaxis de la hemorragia postparto (√) ⁵.
- Se recomienda un manejo activo del alumbramiento ya que disminuye el riesgo de hemorragia postparto, reduce la necesidad de oxitócicos y acorta la tercera etapa del parto. (A) ⁵.
- El manejo espontáneo fisiológico del alumbramiento es una opción, si la mujer lo solicita. (√) ⁵.
- Comprobar la integridad de la placenta y membranas. Se deberá revisar el canal del parto y posterior sutura si fuera necesario.
- Siempre que sea posible, realizar la reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua. (A) ⁵.
- Si después de la sutura muscular de un desgarro de segundo grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación se recomienda realizarla con una sutura intradérmica continua. (A) ⁵.
- **Se avisará al ginecólogo** cuando aparezca **(Anexo 6)**:
 - Retención de la placenta más de 30 minutos en caso de alumbramiento dirigido y de 60 minutos en caso de alumbramiento espontáneo. (√) ⁵.
 - Hemorragia abundante.
 - Expulsión incompleta de la placenta o membranas.
 - Hipotensión arterial materna.
 - Atonía uterina.
 - Inversión uterina.
 - Desgarro perineal de grado III-IV
 - Cualquier situación anormal.

Documentación asociada

- Plan de parto y nacimiento **(Anexo 2)**.
- Criterios para avisar al ginecólogo **(Anexo 6)**.

Ficha

7

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ALIVIO DEL DOLOR CON MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

Objetivo

- Ayudar a las mujeres a afrontar el dolor durante el parto de forma satisfactoria, adaptando los recursos disponibles a los deseos, necesidades y circunstancias de cada una de ellas.
- Ofertar las distintas posibilidades disponibles para el alivio del dolor explicando sus riesgos y beneficios y aplicar la opción elegida después de evaluar los conocimientos y expectativas de la gestante.

Quién

Matrona.

Cuándo

Durante todo el proceso del parto normal.

Cómo

- Preguntar a la mujer acerca de sus expectativas con respecto a este tema (B) ⁵ y entregar la **hoja informativa de alivio del dolor durante el parto** si no se ha podido hacer antes (**Anexo 4**).
- Alentar a las mujeres a que utilicen **métodos no farmacológicos** si buscan minimizar o retrasar el uso de medicamentos analgésicos ya que son métodos de alivio del dolor seguros (A)⁵. Ofertar las distintas posibilidades disponibles para el alivio del dolor no farmacológico y aplicar la opción elegida por la gestante. También pueden combinarse distintas técnicas para aumentar el efecto analgésico.
- Valorar el estado anímico de la mujer y ofrecer apoyo emocional y físico en todo momento puesto que este apoyo continuo, como parte de un enfoque no farmacológico para controlar el dolor durante el parto, reduce el estrés, el miedo, la ansiedad y a su vez disminuye la frecuencia de intervenciones obstétricas (A)⁸. Evaluar de forma continua la técnica elegida y vigilar para detectar complicaciones, efectos secundarios y alteraciones del curso clínico del parto.
- Informar a la mujer de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas (endorfinas) en condiciones de intimidad ¹⁸. Por lo que se cuidará la ubicación adecuada, en sala individual, en un ambiente acogedor, de **confianza e intimidad** para preservar dicha privacidad en todo momento ¹⁸.
- Dependiendo de la disponibilidad de cada centro, se podrán utilizar elementos o material accesorio que la mujer puede traer (espejos, cojines, cuerdas, pelotas, dispositivos musicales...) y sea posible utilizar en el espacio del hospital. Se apoyará la escucha de música de elección de la mujer en la sala de partos ⁷.
- **El apoyo continuo** durante el parto aumenta la probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo, con un trabajo de parto algo más corto y menor probabilidad de recibir analgesia intraparto o de insatisfacción con las experiencias de parto ⁸. Por ello se permitirá a la gestante **estar acompañada** por la persona de su elección en todo momento. (A) ⁵.
- Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación serán apoyadas en su elección. (√) ⁵.
- Se posibilitará el uso del agua caliente para el alivio del dolor y favorecer la relajación. Se ofrecerá la inmersión en agua caliente durante la fase tardía de la primera etapa del parto (dilatación >4-5 cm), si el centro dispone de dicha opción y a una temperatura que no exceda los 37,5°C. (A) ⁵.

Ficha

7

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ALIVIO DEL DOLOR CON MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

Cómo

- Favorecer el **masaje y el contacto físico tranquilizador** durante la primera y la segunda etapa del parto para reducir el dolor y disminuir la ansiedad. (B) ⁵.
- La inyección de agua estéril durante el parto como método eficaz de alivio del dolor lumbar se puede realizar informando de que la inyección intradérmica produce escozor y dolor intenso momentáneos (B) ⁵. Para compensar la incomodidad se puede administrar durante la contracción por dos personas a la vez y con inyección subcutánea.
- Informar a la gestante de los efectos beneficiosos de las posiciones verticales, y estimularla y ayudarla para que asuman la posición que desee, puesto que hay pruebas claras e importantes de que **caminar y las posiciones verticales** en el período de dilatación reducen la duración del trabajo de parto, el riesgo de parto por cesárea y la necesidad de epidural. (A) ⁵. La mujer que elija usar las pelotas de goma debe ser animada a hacerlo para buscar posturas más confortables ¹⁹
- Se evitarán, en la medida de lo posible, maniobras dolorosas (exploraciones vaginales, rotura de membranas...) o fármacos (oxitocina) para estimular la actividad uterina si el parto progresa adecuadamente. (B) ⁸
- Se registrará todo lo ofertado y realizado en la historia clínica de la parturienta, en el partograma.

Documentación asociada

- Plan de parto y nacimiento (**Anexo 2**).
- Información sobre alivio del dolor en el parto (**Anexo 4**).

Ficha

8

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ANALGESIA PARA EL PARTO NORMAL

Objetivo Aliviar el dolor durante el parto, después de evaluar los conocimientos y expectativas de la gestante.

Quién Matrona, ginecólogo, anestesista.

Cuándo Durante el proceso del parto normal.

- Cómo**
- Informar a la mujer que decide optar por la **analgesia neuroaxial** de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto: puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental. (√) ⁵ (**Anexo 4**).
 - Si la gestante decide analgesia neuroaxial realizar **consentimiento informado escrito (Anexo 3)**.
 - Asegurar un acceso por vía intravenosa antes de comenzar la analgesia neuroaxial.
 - La decisión de realizar un recuento de plaquetas y un test de coagulación debe ser individualizada y basada en la historia clínica de la mujer, el examen físico y los signos clínicos.
 - Realizar cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada. (A) ⁵. Aunque si se precisa un rápido establecimiento de la analgesia se recomienda la utilización de técnica combinada (epidural-intradural). (A) ⁵.
 - Si se elige la administración de opioides parenterales (remifentanilo intravenoso o meperidina intramuscular) como método analgésico, informar que éstos tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos. (A) ⁵.
 - La perfusión continua y los bolos administrados por personal hospitalario son alternativas válidas en función de los diferentes recursos. (A) ⁵.
 - Administrar antieméticos cuando se utilizan opioides intravenosos o intramusculares. (A) ⁵.
 - Controlar la presión arterial durante el establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada nueva dosis.
 - Monitorizar la saturación de O₂ materna y administrar oxígeno suplementario a las mujeres que reciban remifentanilo. (A) ⁵.
 - Realizar RCT de la FCF durante los primeros 30 minutos del establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada siguiente bolo de 10 ml o más de anestésico local a bajas dosis.
 - Mantener la analgesia epidural durante el periodo expulsivo, el alumbramiento y la reparación del periné si se precisa. (A) ⁵.
 - Utilizar bajas dosis de anestésico local junto con opiáceos para la analgesia epidural. (A) ⁵.
 - Se recomienda la inhalación de óxido nitroso durante el parto como un método de alivio del dolor, informando que su efecto analgésico es moderado y que puede provocar náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo. (B) ⁵.

Documentación asociada

- Plan de parto y nacimiento (**Anexo 2**).
- Consentimiento informado de analgesia para el parto (**Anexo 3**).
- Información sobre alivio del dolor en el parto (**Anexo 4**).

Ficha

9

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN INMEDIATA AL NEONATO

Objetivo

- Asegurar la asistencia adecuada del RN facilitando su adaptación a la vida extrauterina y el primer contacto con la madre y/o acompañante desde el nacimiento.
- Proporcionar el adecuado bienestar y salud a la madre y al RN tras el nacimiento.
- Realizar una adecuada identificación y registro del RN.

Quién

Matrona, pediatra.

Cuándo

En los primeros momentos de vida del RN.

Cómo

Contacto piel con piel precoz⁵:

- Inmediatamente tras el parto, los RN sanos con aspecto vigoroso se colocarán sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantendrán así en contacto íntimo piel con piel. (Fuerte)¹⁸. Es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del RN y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna. (A)⁵.
- El tiempo de contacto piel con piel de la madre con él debería ser de al menos 60 minutos sin ninguna interrupción. Es deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos. (B)⁵.
- Estos RN no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre. (A)⁵.
- Cuando el estado de salud de la madre no permita el contacto piel con piel, colocar al RN sobre el pecho desnudo del padre le ayudará en la lactancia y disminuirá el tiempo de llanto. (A)⁵.
- Un profesional experto debe supervisar todo el proceso. (C)⁵.
- Durante el tiempo que se realice el contacto piel con piel se pueden realizar otras actividades como son: pinzamiento del cordón umbilical, adjudicación de la puntuación del Test de Apgar, identificación del RN.

Actividades que no son necesarias en la atención inmediata del RN, que pueden ser realizadas con posterioridad:²¹

- Exploración física completa (realizar en la atención durante la hospitalización). Se recomienda realizar una exploración física del RN en las primeras 24 horas a su nacimiento con la finalidad de identificar complicaciones que puedan requerir de cuidados especializados. (Fuerte)¹⁸.
- Comprobar la permeabilidad de coanas y aparato digestivo con el paso de sondas.
- Profilaxis ocular y antihemorrágica (realizar en la atención durante la hospitalización) (✓)¹⁸. **(Ficha 11)**

Realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical, a partir del segundo minuto de vida, o tras el cese del latido del cordón umbilical:

- Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical. (A)⁵. Ya que, a pesar de que existe un aumento de RN con policitemia entre los de pinzamiento tardío, este hecho parece ser benigno.
- Se sugiere como conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido del cordón umbilical. (B)²².

Ficha

9

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN INMEDIATA AL NEONATO

Cómo

- Se sugiere que el pinzamiento del cordón una vez iniciado esfuerzo respiratorio eficaz o llanto sería el momento óptimo para respetar la fisiología cardiocirculatoria del RN y favorecer una transición adecuada a la vida extrauterina ^{23,24}.

Intervención sobre la lactancia materna:

- Iniciar lactancia materna lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora de vida. (A) ⁵.
- Promover el contacto temprano piel con piel con succión ya que favorece una mayor duración de la lactancia. (A) ⁵.
- Debe indicarse a las mujeres que si el RN no está intentando mamar, se le puede colocar enfrente del pecho para facilitar la puesta en marcha de los reflejos necesarios para conseguir un agarre adecuado, pero que no es recomendable forzar esta primera toma. (✓) ⁵.
- Madre e hijo/a se trasladarán juntos en contacto piel con piel desde el paritorio hasta la sala de posparto y a la habitación.
- Si en el plazo de los primeros 60-70 minutos de vida el RN no ha conseguido agarrarse al pecho, el personal sanitario (matrona, enfermera) le ayudará para conseguirlo, inicialmente con la técnica «manos fuera» (sin intervenir, con sugerencias verbales). (B) ²⁵

Identificación del RN y registro en RENACYL:

- En el paritorio, el RN debe ser correctamente identificado por su madre desde el momento de la ligadura del cordón umbilical e idealmente por ambos progenitores. (B) ²⁶.
- Antes de cualquier separación física, ha de colocarse al RN un sistema de identificación que incluya los datos personales de ambos, en presencia de la madre. (B) ²⁶.
- La identificación se mantendrá siempre visible a todos los efectos en el RN sano durante toda su estancia en el centro hospitalario. Propiciar la unión madre-hijo/a desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria, por lo que no deben existir separaciones, salvo que la salud de alguno de éstos así lo requiera. (B) ²⁶.
- 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 RN de su madre ²⁷.
- Dar de alta en la base de datos poblacional RENACYL (Registro de RN en Castilla y León) en las 24h siguientes al nacimiento ²⁸.
- Cada institución instaurará un sistema de garantía, de acuerdo con la normativa vigente que garantice esta identificación. (B) ⁵. La identificación se mantendrá siempre visible a todos los efectos en el RN sano durante toda su estancia en el centro hospitalario.
- Los sistemas de pulsera y pinza de cordón umbilical con código de identificación para la madre y el RN favorecen la identificación de ambos durante su estancia en el hospital y su colocación no interfiere el establecimiento del vínculo madre-hijo/a ^{7,26}.
- Otro sistema puede ser realizar una toma de sangre del cordón obtenida en el momento de separar la placenta al cortarse el cordón umbilical, con el consentimiento informado de los padres y en presencia de un testigo designado por la familia, debiendo disponer el hospital de una normativa para la adecuada conservación y custodia de las muestras. Dicha muestra estará destinada exclusivamente a la identificación genética del RN cuando existan dudas sobre la identificación del RN ²⁹.

Ficha

9

ATENCIÓN EN EL PARITORIO

ATENCIÓN INMEDIATA AL NEONATO

Cómo

Donación de sangre del cordón umbilical

Pueden ser donantes todas aquellas mujeres sanas que cumplan los criterios recogidos en el programa y den a luz a un RN sano. El procedimiento de inclusión de la gestante, así como la recogida de la muestra se deben realizar siguiendo las recomendaciones del **Programa de Donación de Sangre de Cordón Umbilical** (Centro de hemoterapia y hemodonación de Castilla y León).

<https://www.centrodehemoterapiacyl.es/que-hacemos/donacion-de-sangre-de-cordon-umbilical/>

Criterios para avisar al pediatra (Anexo 5):

- **Problemas maternos:**
 - a. Enfermedad materna (autoinmune, endocrinos, cardíaca, respiratoria...).
 - b. Enfermedad infecciosa (VHC, VHB, VIH, sífilis, herpes genital activo...).
 - c. Historia de feto muerto intrauterino de causa conocida.
 - d. Consumo de fármacos y/o drogas.

- **Factores relacionados con el RN:**
 - a. Factores de riesgo infeccioso para el RN: Tiempo de bolsa rota >18h, estreptococo del grupo B+ con menos de 2 dosis de antibiótico y fiebre materna intraparto >38°C .
 - b. Fiebre materna intraparto >38°C.
 - c. Peso del RN inferior a 2.500 o superior a 4.000 gr.
 - d. Maladaptación de RN: hipotónico, mal color, dificultad respiratoria.

- **Problemas intraparto:**
 - a. Placentarios: desprendimiento de placenta.
 - b. Prolapso de cordón.
 - c. Distocias de parto o parto instrumentado.
 - d. Cesárea urgente o electiva.
 - e. Riesgo de pérdida de bienestar fetal.
 - f. Fiebre materna intraparto >38°C, sospecha corioamnionitis, líquido meconial o maloliente.
 - g. Maladaptación del RN: hipotónico, mal color, dificultad respiratoria.

Documentación asociada

- Criterios para avisar al pediatra (Anexo 5).

Ficha
10

ATENCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

ATENCIÓN A LA PUÉRPERA

Objetivo

- Proporcionar el adecuado bienestar y salud a la madre y al RN durante el puerperio inmediato, mediante la continuidad de cuidados entre el paritorio y la unidad de hospitalización.
- Detectar y controlar la aparición de posibles complicaciones maternas después del parto.
- Adquirir conocimientos suficientes para aplicar los cuidados maternos necesarios durante el puerperio.
- Garantizar la información sobre las ventajas de la lactancia materna, resolver las dificultades y dar el apoyo a la decisión de las mujeres.

Quién

Matrona/enfermera, ginecólogo.

Se recomienda que durante el puerperio hospitalario la atención y cuidados a las madres y sus hijos/hijas sean coordinados y prestados por una matrona, identificando aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada. (Fuerte) ¹⁸

Cuándo

Después del traslado de la madre y el RN a la zona de hospitalización y hasta el alta hospitalaria.

Cómo

Atención a la puérpera

- Trasladar desde el paritorio sin separar a la madre y al RN, identificando la unidad madre-RN.
- Facilitar la cohabitación de la madre y su hijo/a durante las 24 horas del día (A) ³⁰, lo que favorece el vínculo de la madre con el RN.
- Al llegar a la unidad de hospitalización se debe realizar la revisión de la historia clínica completa.
- Realizar un examen físico: valoración del color de la piel, mucosas, hidratación; toma de constantes; control de loquios; altura uterina; revisión de genitales externos; hemostasia uterina; revisión de la episiotomía; hipersensibilidad a la palpación externa uterina; olor fétido de los loquios. Micción y evacuación intestinal. (√) ¹⁸. Valorar si es preciso avisar al ginecólogo (**Anexo 6**).
- Revisión de las mamas y ver posibles alteraciones en cuanto a aparición de mastitis, grietas en los pezones, etc.
- Aplicar cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto, con un plan de cuidados específico.
- Recomendar a la puérpera realizar una deambulación temprana.
- Administrar inmunoglobulina anti-D, si fuera necesario.
- Realizar educación sobre promoción de hábitos de vida saludables. (√) ¹⁸.
- Ofrecer a la madre información y formación sobre la lactancia materna (en caso de que ella eligiese esta opción para alimentar a su hijo/a).
- La observación de la toma debe hacerse preferentemente una vez por turno, pero al menos 2 veces por día, con la herramienta que cada maternidad establezca (B)³⁰ y se verificará antes del alta que el RN realiza las tomas de forma adecuada y que la madre reconoce los signos precoces de hambre. (B)³⁰. (**Anexo 7**)

Ficha

10

ATENCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

ATENCIÓN A LA PUÉRPERA

Cómo

- Se debe animar a la madre al amamantamiento frecuente sin restricciones. (A)³⁰.
- Mostrar a la madre como se debe dar de mamar a su hijo/a y como mantener la lactancia incluso si han de separarse.
- Dar información adecuada y desarrollar habilidades sobre lactancia artificial a la madre que así lo decida, potenciando el apego.
- Fomentar los cuidados del RN, enseñar a la madre y al padre la realización de los cuidados del cordón umbilical.
- Dar apoyo físico y emocional, evaluar los síntomas que hagan sospechar de la aparición de una depresión puerperal.
- Derivar a la puérpera a la consulta de la matrona de AP para una revisión a las 48-72 horas tras el alta hospitalaria.
- Programar visitas sucesivas en el centro de salud con la periodicidad necesaria para asegurar una lactancia materna adecuada. En todas las visitas se facilitará apoyo para la instauración y mantenimiento efectivo de una lactancia materna eficaz.

Facilitar el contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna:

- En el momento del alta hospitalaria, ofrecer información a todas las madres sobre todos los recursos de apoyo a la lactancia disponibles en la zona, facilitando el contacto con estos tras la salida del hospital, con el fin de favorecer su mantenimiento hasta los 6 meses o más.
- Se deben realizar actividades combinadas de apoyo a la mujer que desea amamantar, previas y posteriores al nacimiento y con apoyo tanto de personal sanitario como no sanitario. (A)³⁰.
- Incluir a la familia o allegados en las actividades educativas sobre lactancia ya que su apoyo aumenta la duración de la lactancia. (A)³⁰.
- La OMS anima a la creación de grupos de apoyo a la lactancia natural que permitan una nueva relación de colaboración con matronas, pediatras y neonatólogos. Es aconsejable organizar talleres donde participen mujeres gestantes y madres de grupos de apoyo. (A)³⁰.
- Se deben ofrecer a la madre y a su familia refuerzos positivos, verbales y escritos, a la decisión de amamantar y apoyo continuado por parte de los profesionales sanitarios implicados.

Documentación asociada

- Criterios para avisar al ginecólogo (**Anexo 6**).
- Hoja de observación de la toma de lactancia materna (**Anexo 7**).
- Información sobre lactancia materna:
<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-mujer/lactancia-materna>

Ficha

11

ATENCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Objetivo

- Favorecer el vínculo madre-hijo/a.
- Favorecer la continuidad de cuidados entre el paritorio y la unidad de hospitalización.
- Asegurar la asistencia adecuada y proporcionar al RN los mejores cuidados para su bienestar y adaptación a la vida extrauterina.
- Promover la lactancia materna.

Quién

Matrona/enfermera, pediatra.

Cuándo

Después del traslado de la madre y el RN a la zona de hospitalización y hasta el alta hospitalaria.

Cómo

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica mediante administración de vitamina K:

- Se debe informar a los padres de que se va a administrar la vitamina K¹⁸.
- Después de finalizado el tiempo de contacto piel con piel o cuando haya finalizado la primera toma de pecho, se debe administrar vitamina K de forma profiláctica para prevenir la enfermedad hemorrágica del RN. Se recomienda administrar la vitamina K en dosis única por vía IM (1 mg) ya que este es el método de administración que presenta mejores resultados clínicos. (A)⁵; (Fuerte)^{18,21}.
- Si los padres rechazan la vía IM de la vitamina K, o existiese enfermedad hematológica del RN, puede ofertarse la vía oral como segunda opción terapéutica, informándoles que requerirá dosis de 2 mg al nacer, a la semana y al mes. En caso de lactancia materna exclusiva, se administrarán dosis adicionales. (√)⁵; (√)^{18,21}.
- No se separará al neonato de los brazos de su madre para administrarle la vitamina K y se intentará ponerle la inyección mientras el neonato está al pecho, por el efecto analgésico del amamantamiento²¹.
- Se intentará unir la administración de vitamina K a otras técnicas que provoquen molestias al neonato como por ejemplo la vacunación contra la hepatitis B²¹.
- Registrar la actividad realizada.

Profilaxis de conjuntivitis gonocócica neonatal:

- Realizar la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria al RN, previa información a los padres. (B)⁵; (Fuerte)¹⁸.
- Administrar la profilaxis tan pronto como sea posible tras el nacimiento, aunque retrasarla 50 a 120 minutos, respetando el tiempo de contacto piel con piel, favorece el vínculo madre-hijo/a y no se ha demostrado que deteriore la eficacia. (√)⁵.
- Se puede elegir entre pomada de eritromicina al 0,5% y pomada de tetraciclina al 1%, que han demostrado una protección equivalente frente a la oftalmia neonatal, y mínimos efectos adversos, siendo recomendable que se usen en formato monodosis para aumentar la seguridad. (√)⁵; (√)¹⁸.

Ficha

11

ATENCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Cómo

- Si los padres plantean que no se realice profilaxis oftálmica al RN y a la madre se le ha realizado cribado durante el embarazo para infecciones de transmisión sexual, se podría ofrecer la no realización de profilaxis ocular, con estrecho seguimiento posterior del RN para poder detectar y tratar precozmente si desarrollara la infección. (C) ^{21,31}.

Inmunoprofilaxis neonatal frente a hepatitis B: ²¹

- Si la serología materna es positiva a AgHbs, debe administrarse al RN la vacuna monovalente frente a la hepatitis B junto con inmunoglobulina HB en las primeras 12 horas de vida.
- Si la serología materna es desconocida, debe administrarse al RN la vacuna monovalente frente a la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida e investigar la serología inmediatamente y, si resultara positiva, administrar la inmunoglobulina HB preferentemente en las primeras 72 horas.
- Informar a padres y madres y solicitar su consentimiento.
- No separar al RN de su madre para la vacunación y en cualquier caso preservar el contacto piel con piel postparto al menos 50-120 minutos. (B) ²¹.
- Se pueden emplear procedimientos de analgesia no farmacológica durante la inyección de la vacuna. Salvo que la madre lo desee, no se separará al neonato de los brazos de su madre para la vacunación y se intentará ponerle la inyección mientras la madre lo amamanta. (A) ²¹. Si no fuera posible ponerle al pecho, se le podrá administrar entre 0,2 y 0,5 ml de sacarosa al 20%, dos minutos antes, y se le ofrecerá una tetina para succionar.
- Las madres portadoras de la infección por VHB pueden amamantar a sus RN sometidos a profilaxis pasiva-activa, sin que suponga un riesgo añadido para ellos.
- Registrar la actividad realizada en la historia clínica y cartilla de vacunación así como en el registro de los RN (RENACYL). Este registro debe contener marca comercial, lote y fecha de administración.

Cribado de hipoacusia neonatal:

- Realizar el cribado auditivo a partir de las 6 horas de vida. En todo caso, la prueba debe hacerse antes del alta y, en caso de que por algún motivo no fuera posible, se garantizará la realización de la misma antes de 15 días, estableciendo un sistema de recaptura de estos niños (B) ²¹. Hay que garantizar la cobertura en la realización de la prueba a los nacidos en fin de semana, así como a los RN ingresados en otros Servicios (neonatología, cuidados intensivos. . .).
- Se realiza el cribado auditivo neonatal universal con potenciales auditivos automatizados de tronco cerebral. (B) ²¹.
- Informar a los padres y madres y solicitar su consentimiento.
- Entregar la información del resultado a padres y madres, registrando los resultados de las pruebas en el documento de salud infantil.
- Comprobar en el centro de AP que el RN ha sido sometido al cribado, si no es así derivar para realizarlo.

Cribado neonatal de enfermedades congénitas y endocrino-metabólicas ²¹:

- La ficha de la prueba del talón se imprime desde la aplicación informática RENA. Tanto en la tarjeta de toma de muestra como en la ficha impresa de la prueba del talón deberá figurar un código de barras que identifica la muestra con el RN.

Ficha

11

ATENCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Cómo

- Informar a padres y madres sobre la realización de la prueba (se dispone de folleto) y solicitar su consentimiento (se imprime adjunto a la ficha de la prueba del talón).
- Realizar la toma de muestra de sangre en papel a todos los RN, entre las 48 y las 72 horas de vida cualquiera que sea el peso al nacer y la edad de gestación, en cantidad adecuada para evitar falsos negativos. (A).
- Los RN que reciben el alta precoz en las primeras 24 horas de vida deben ser sometidos a cribado metabólico. En este caso la toma de muestra se realizará en el centro de salud previa captación por parte de la enfermera de pediatría. (A). al dar el alta, informar a la familia de la necesidad de acudir con el RN al centro de salud correspondiente para la realización de la prueba, entre la 48 y 72 horas de vida, entregando la documentación y el material necesario.
- De ser posible, se debe utilizar el amamantamiento por su madre para aliviar el dolor en neonatos a los que se les somete a un procedimiento doloroso único, como es la punción del talón. (A).
- Si no es posible el amamantamiento simultáneo, se puede administrar una solución de sacarosa como analgésico en las punciones del talón de los RN. Se propone una dosis entre 0,2 y 0,5 ml de sacarosa al 20% por vía oral, 2 minutos antes del pinchazo. (A).
- La estimulación sensorial, ya sea táctil con masajes, caricias, contacto piel a piel, contacto visual, uso del chupete, envolver con paños calientes, puede reducir la respuesta dolorosa tanto si se asocia o no a la lactancia materna o a la administración de sacarosa. (A).
- Se solicitará una segunda muestra en las siguientes circunstancias: muestra insuficiente o inadecuada, resultado dudoso, RN con peso <1500 gr. (cuando alcance el peso a los 300 días de vida) y otros motivos (transfusiones, medicación que interfiere, nutrición parenteral. . .). La toma de esta segunda muestra se realizará en el centro de salud.

Promoción, fomento y apoyo de la lactancia materna:

- Es fundamental dar apoyo a las madres en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (B) ¹⁸, se debe animar a la madre al amamantamiento frecuente sin restricciones. (A) ¹⁸.
- Durante estas primeras 24 horas las madres deben aprender también la postura y el agarre correcto del RN al pecho y cuáles son los signos que lo confirman. (A) ³⁰.
- La observación de la toma por parte del profesional debe hacerse preferentemente una vez por turno, pero al menos 2 veces por día, con la herramienta que cada maternidad establezca. (B) ³⁰ **(Anexo 7)**.
- Facilitar la cohabitación las 24 horas del día. El RN debe permanecer con su madre desde el nacimiento. (A) ³⁰.
- Ofrecer de manera activa a todas las madres un apoyo dirigido a poder mantener la duración y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada. En caso de ofrecer este apoyo es preferible que se ofrezca de manera individualizada siguiendo los 10 pasos recomendados por la IHAN. (A) ³⁰.
- Respetar la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial.

Ficha

11

ATENCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Cómo

Valoración clínica del RN:

- Realizar al menos una exploración física del RN en las primeras 24 horas del nacimiento con la finalidad de identificar complicaciones que puedan requerir de cuidados especializados. (Fuerte) ¹⁸.
- Todos los RN deben ser explorados por parte de un médico especializado en Pediatría, al menos una vez, o por parte de un médico con experiencia documentada en los cuidados del RN y bajo la supervisión y responsabilidad de un especialista en Pediatría ³².
- Antes del alta, el RN debe valorarse en cuanto al riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia grave ³².
- Informar a los padres de la situación clínica del RN, responder a sus demandas de información y registro de la actividad realizada.

Documentación asociada

- Criterios para avisar al pediatra (**Anexo 5**).
- Hoja de observación de la toma de lactancia materna (**Anexo 7**).
- Documento de salud infantil: <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-infantil/documento-salud-infantil>
- Programa de detección precoz de enfermedades congénitas en Castilla y León: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-deteccion-precoz-enfermedades-congenitas>
- Información sobre vacunaciones infantiles: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/calendario-vacunacion-infantil-castilla-leon-2018>
- Detección precoz y atención integral a la hipoacusia infantil: información para profesionales: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/deteccion-precoz-atencion-integral-hipoacusia-infantil-info>

Ficha

12

ALTA HOSPITALARIA DE LA PUÉRPERA Y DEL RECIÉN NACIDO

Objetivo Promover el alta a las 48 horas tras un parto vaginal no complicado, proporcionando información del proceso asistencial y plan de cuidados prestados y asegurando su continuidad de forma coordinada entre profesionales de Atención Hospitalaria y Atención Primaria

Quién Matrona/enfermera, ginecólogo, pediatra.

Cuándo En el momento de planificar el alta hospitalaria.

Cómo **Elaboración, información, instrucción y entrega del informe de alta hospitalaria de la puérpera (matrona/enfermera y ginecólogo):**

- Promover el alta a las 48 horas tras un parto vaginal sin complicaciones maternas ni del RN proporcionando información del proceso asistencial y plan de cuidados prestados y asegurando su continuidad de forma coordinada entre profesionales de atención hospitalaria y atención primaria.
- Proporcionar el alta temprana antes de las 48 horas de vida, si se cumplen los criterios especificados y siempre que se pueda garantizar un adecuado seguimiento de la mujer y del RN. (B) ²¹ (**Anexo 8**).
- Se sugiere que, durante el ingreso tras el parto, se ofrezca información de utilidad sobre los cuidados del RN y sobre los signos de alerta en la madre o RN que son motivo de consulta. Es necesario animar a la madre y su pareja a aprovechar estos momentos para resolver dudas y expresar posibles temores relacionados con el cuidado de su hijo/a.
- El ginecólogo elaborará un informe de alta para ser entregado a la puérpera. Si la mujer decide solicitar el alta voluntaria se recogerá esta situación en su historia clínica. Si la puérpera abandona el hospital sin el consentimiento del médico, también recoger esta información en la historia clínica.
- Elaboración y entrega, dando información y educación, por parte de la matrona/enfermera del **informe de continuidad de cuidados**:
 - **Condiciones clínicas** de la puérpera al alta: estado general, físico y emocional, constantes, involución uterina, aspecto de los loquios, sangrado genital, estado del periné y canal blando, estado de las mamas, dolor, tránsito intestinal, eliminación vesical, miembros inferiores.
 - **Recomendaciones sobre autocuidados de la madre al alta**: higiene, cuidados del periné, cuidados de las mamas e información sobre lactancia, alimentación, eliminación, actividad física, hábitos de sueño y descanso, sexualidad y planificación, fomentar la autonomía personal, signos de alerta en la madre (**Anexo 9**).
 - **Cuidados del RN al alta**: higiene y cuidados de la piel, cuidados del cordón umbilical, cuidados generales, alimentación, sueño, fomento fortalecimiento de un vínculo seguro, signos de alerta en el RN (**Anexo 10**). La postura del RN en la cuna ha de ser en decúbito supino (A) ³³.
- En el momento del alta se entregará el documento de salud infantil y la cartilla del embarazo.
- Enviar el informe de alta al Centro de Salud para informar del estado de salud de la puérpera y RN y facilitar la continuidad de los cuidados en Atención Primaria.

Ficha

12

ALTA HOSPITALARIA

Cómo

- Concertar la **visita con la matrona de Atención Primaria para el tercer o cuarto día después del parto**. (A) ²¹. Garantizar la continuidad de cuidados de las mujeres y los RN tras el alta hospitalaria, mediante un modelo asistencial en el que la matrona coordine la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención a las madres, RN y sus familias (Fuerte) ¹⁸.
- Se comprobará la comprensión de los contenidos de los informes y se resolverán problemas. Es necesario insistir a los/las progenitores que se pongan en contacto con los/las profesionales sanitarios si tienen dudas.

Alta hospitalaria del RN (Pediatria) ³²:

- Antes del alta hospitalaria, el RN debe ser explorado por parte de un médico especializado en Pediatría, al menos una vez, o por parte de un médico con experiencia documentada en los cuidados del RN y bajo la supervisión y responsabilidad de un especialista en pediatría. (B).
- El alta hospitalaria de un RN sano no debería realizarse antes de las 48h de vida. (B).
- Si el alta se produjese antes de las 48h del parto, ésta debería realizarse solo tras haberse descartado enfermedad neonatal, haberse comprobado que la alimentación está correctamente establecida, el tránsito intestinal y la diuresis son normales, que el control de temperatura es normal, que no existen signos de ictericia marcada, tras haberse realizado el cribado de errores innatos del metabolismo y la audición y tras haber aceptado los padres los riesgos del alta precoz con la confirmación adecuada del seguimiento ambulatorio. (B).
- Elaboración y entrega, dando información y educación, del **informe de alta hospitalaria del RN**:
 - **Condiciones clínicas** al alta del RN.
 - **Cuidados del RN** (higiene, cuidados del cordón umbilical, información sobre lactancia materna y artificial, alimentación, eliminación, aseo y seguimiento del RN), signos de alerta en el RN, desarrollo del vínculo con la madre. **(Anexo 10)**.
 - **Procedimientos realizados** o pendientes de realizar al alta (administración Vitamina K, profilaxis ocular, screening errores innatos del metabolismo e hipoacusia)
 - Citas si precisan un seguimiento o para realización de cribado de hipoacusia en caso de que no se haya realizado.
 - Informar de la necesidad de realizar **una valoración en AP a las 48-72 horas del alta**.
- Facilitar la coordinación con Atención Primaria para realizar control pediátrico del RN, enviar el informe de alta al Centro de Salud para informar del estado de salud del RN y **facilitar la continuidad de los cuidados**.
- Informar a padres y madres acerca de los cuidados y seguimiento del RN. **(Anexo 10)**
- De forma habitual, la madre recibe el alta hospitalaria con el RN y el pediatra, al dar al alta al RN, informa a los padres y les hace entrega del informe del RN.
- Comprobar que el RN ha sido sometido a cribado de enfermedades congénitas y endocrino metabólicas y al cribado auditivo o en su defecto que tiene cita para su realización y que existe constancia documental.

Ficha

12

ALTA HOSPITALARIA

Cómo

- Comprobar que el RN ha recibido la profilaxis ocular y antihemorrágica y que existe constancia documental. En caso de no haberlo recibido por decisión de los padres asegurarse de que están correctamente informados acerca de las posibles consecuencias y de que se les han ofrecido alternativas contrastadas científicamente.
- Se deberían facilitar los trámites de inscripción del RN y realizar la tarjeta sanitaria individual con asignación de pediatra y enfermera de AP antes del alta hospitalaria. Si esto no es posible se le debería informar de los trámites necesarios.

Documentación asociada

- Documento de salud infantil.
- Documento de salud de la embarazada.
- Criterios de alta temprana ([Anexo 8](#)).
- Recomendaciones sobre autocuidados de la madre al alta. Signos de alerta en la madre ([Anexo 9](#)).
- Cuidados del RN al alta. Signos de alerta en el RN ([Anexo 10](#)).

Ficha

13

ATENCIÓN PUERPERAL Y NEONATAL PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo

- Reducir las complicaciones durante el puerperio mediante la valoración y el asesoramiento necesario.
- Garantizar la continuidad de cuidados entre el hospital y la AP, tanto de la madre como del RN.
- Favorecer la lactancia materna comprobando la realización correcta, aclarando dudas y apoyando a la mujer en esta técnica.

Quién

Matrona, enfermera, pediatra.

Cuándo

En las **primeras 48-72 horas después del alta hospitalaria se realizará la revisión postparto tanto de la puerpera como del RN (A)** ^{18,21}.

Cómo

- **Garantizar la continuidad de cuidados** de la mujer y su hijo/a tras el alta hospitalaria, mediante un modelo asistencial en el que la matrona coordine la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención a la madre, RN y su familia. (Fuerte) ¹⁸.
- El hospital notificará a AP las altas postparto para favorecer la continuidad de cuidados.
- En AP se debe establecer contacto telefónico con la mujer para una primera valoración de sus necesidades y planificar una visita con la matrona en el centro de salud o en el domicilio si fuera necesario (√) ¹⁸.
- **Ofrecer apoyo a la mujer que amamanta en el inicio de la lactancia en las primeras 48-72 horas tras el alta.** Se realizará observación de una toma y asesoramiento sobre la práctica de la lactancia materna, en las 48-72 horas después del alta (A) ¹⁸. Se evaluará la posición al mamar y la eficacia de la succión del RN, así como el número de tomas diurnas y nocturnas, su duración, los pañales mojados, etc., para comprobar que la lactancia está bien instaurada (**Anexo 7**). En caso de ingurgitación mamaria, si no hay alergia o contraindicaciones, se pueden tomar antiinflamatorios para mitigar la inflamación y el dolor, o en su defecto algún analgésico.
- Explorar el **estado emocional de la madre** y sus preocupaciones, apoyo a la unidad familiar y social. Valorar estrategias de afrontamiento frente a la nueva situación. (√)¹⁸. Atención a síntomas de depresión postparto, normalizando emociones y sentimientos, valorar mediante Escala Edimburgo (Fuerte) ¹⁸ (**Anexo 11**).
- Si la visita se realiza en el domicilio valorar además las condiciones de la vivienda y la **adaptación del entorno familiar a la nueva situación**. Proponer soluciones a las dificultades detectadas en la integración del nuevo miembro en la unidad familiar.
- Hacer una valoración global del estado de salud y de recuperación, tanto de la madre como del RN. En la madre valorar involución uterina, loquios, perineo, episiotomía, mamas, constantes, hábito intestinal y miccional.
- **Evaluación del bienestar del RN.** Detección precoz de problemas de salud. Deshidratación, hipernatrémica, hiperbilirrubinemia, infecciones, malformaciones con debut clínico después de las 48 horas de vida (cardiopatías, malformaciones intestinales, displasia evolutiva de cadera, etc.).
- Comprobar en el centro de salud que el RN ha sido sometido al cribado de hipoacusia, cribado de enfermedades metabólicas y se le ha cumplimentado el calendario vacunal, si es preciso.
- Dar asesoramiento sobre aquellos temas que se crean necesarios en función de la situación de cada puerpera: lactancia, planificación familiar, anticoncepción, sexualidad, valoración del suelo pélvico, etc. Realizar actividades de promoción y educación para la salud: alimentación, higiene, sueño-descanso, recuperación física (**Anexo 9 y 10**).

Ficha 13

ATENCIÓN EN EL PUERPERIO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cómo

- Implicar a todos los miembros de la familia en los cuidados del RN.
- Facilitar a la mujer la participación en actividades de educación postparto grupales. Favorecer contacto con grupos de apoyo y talleres de lactancia. (✓) ¹⁸.
- Realizar las actividades teniendo en cuenta la **atención a la diversidad**: mujeres inmigrantes, discapacidad, menores de edad, dificultades socio-económicas, violencia de género... Facilitar y promover la relación con los mediadores culturales.
- Instaurar el plan de cuidados y el seguimiento posterior. Registrar todos los datos en la HCE.
- Evaluar las situaciones de riesgo de la madre o del RN y derivar al pediatra o médico/a de familia según caso.
- **Recomendar que consulte con su médico/a si aparece:**
 - Fiebre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$).
 - Metrorragia abundante.
 - Loquios malolientes.
 - Molestias en la episiotomía.
 - Molestias urinarias.
 - Zona endurecida, enrojecida, caliente y dolorosa en las mamas.
 - Dolor en la pantorrilla acompañado de calor, enrojecimiento e hinchazón.
 - Problemas respiratorios: dificultad para respirar, dolor torácico...
 - Tristeza profunda y sensación de incapacidad para cuidar al recién nacido.

Documentación asociada

- Documento de salud infantil.
- Documento de salud de la embarazada.
- Informe de alta de la madre y del RN.
- Hoja de observación de la toma de lactancia materna (**Anexo 7**).
- Información sobre lactancia materna
<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-mujer/lactancia-materna>
- Recomendaciones sobre autocuidados de la madre al alta. Signos de alerta en la madre (**Anexo 9**).
- Cuidados del RN al alta. Signos de alerta en el RN (**Anexo 10**).
- Escala Edimburgo para valoración de depresión postparto (**Anexo 11**).

Ficha

14

ATENCIÓN EN EL PUERPERIO TARDÍO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo

- Prevenir y detectar complicaciones posibles durante el puerperio tardío mediante una adecuada valoración y el asesoramiento necesario.
- Garantizar la continuidad de cuidados y la asistencia integral tanto de la madre como del RN.
- Reevaluar y reforzar la lactancia materna comprobando la realización correcta, aclarando dudas y apoyando a la mujer en esta técnica.
- Evaluar los procesos emocionales de adaptación de la nueva familia y detectar dificultades en los mismos.

Quién

Matrona.

Cuándo

Desde el día 5 al 40 día postparto.

Cómo

- Se establecerá el número de visitas (como mínimo una a los 40 días) en función de las necesidades de cuidados detectadas tanto en la madre como en el RN (hasta el mes de vida).
- **Detectar y/o reevaluar la aparición de:**
 - Alteraciones mamarias: mastalgias, mastitis, etc.
 - Infección de heridas: desgarros, episiotomía.
 - Aparición de tromboflebitis.
 - Alteraciones de los procesos de alimentación, descanso, eliminación etc. Tanto de la madre como del RN.
 - Integridad, funcionamiento y recuperación del suelo pélvico.
 - Persistencia de necesidades formativas de cuidados en el RN y de autocuidados en la madre.
 - Atención a síntomas de depresión postparto, normalizando emociones y sentimientos, valorar mediante Escala Edimburgo (Fuerte)¹⁸ (**Anexo 11**).
 - Disfunciones emocionales tanto de la madre como del padre, dificultades en el desempeño del rol parental, dificultades de adaptación a la nueva situación familiar.
 - Disfunciones en la recuperación del patrón sexual y en la relación de pareja.
 - Riesgo y/o vulnerabilidad: violencia de género, adolescencia, socioeconómica, emigración, etc.
- Derivación a los distintos profesionales de salud en función de las alteraciones detectada, si así lo precisara.
- Actualizar el plan de cuidados establecido en la anterior visita puerperal.
- Registrar todas las actuaciones en la historia clínica.

Proporcionar información y asesoramiento sobre:

- Enseñar la realización de ejercicios para la recuperación de la musculatura del suelo pélvico.
- Reevaluar y reforzar la lactancia materna según recomendaciones de la OMS y de la Iniciativa IHAN (A)³⁰
- Resolver las dudas y asesorar sobre extracción y conservación de leche materna y sobre reincorporación laboral.
- Informar sobre la existencia de bancos de leche si la lactancia materna está establecida en un periodo de 4-6 semanas.

Ficha

14

ATENCIÓN EN EL PUERPERIO TARDÍO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cómo

- Informar, si no se ha realizado previamente, sobre los **grupos de apoyo a la lactancia** existentes en el lugar de residencia de la familia, así como de los talleres de lactancia.
- Asesorar sobre planificación familiar y anticoncepción. Revisar el seguimiento, o la inclusión, en los programas de prevención de cáncer de cérvix y de planificación familiar.
- Informar sobre los distintos **grupos de educación grupal postparto**: talleres de lactancia, masaje infantil, talleres de crianza, reeducación del suelo pélvico... existentes en la zona de salud.

Documentación asociada

- Documento de salud infantil.
- Documento de salud de la embarazada.
- Informe de alta de la madre y del RN.
- Escala Edimburgo para valoración de depresión postparto (**Anexo 11**).
- Información sobre lactancia materna:
<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-mujer/lactancia-materna>

INDICADOR	FUENTE	PERIODICIDAD
Nº partos por centro hospitalario (al año y cada día)	CMBD HCE/ PARTOGRAMA	Anual
Tasa de mortalidad perinatal		
Tasa de mortalidad materna		
Porcentaje de partos eutócicos		
Porcentaje de cesáreas		
Porcentaje de episiotomía en partos eutócicos		
Porcentaje de parto vaginal tras cesárea		
Porcentaje de partogramas cumplimentados		
Porcentaje de alumbramiento con manejo activo		
Porcentaje de partos instrumentales		
Porcentaje de desgarros tipo III y IV		
Porcentaje de partos con analgesia epidural		
Porcentaje de mujeres acompañadas durante el proceso		
Porcentaje de mujeres que han utilizado técnicas no farmacológicas para alivio de dolor		
Porcentaje de recién nacidos que han recibido profilaxis oftálmica		
Porcentaje de recién nacidos que inician contacto precoz piel con piel		
Porcentaje de mujeres gestantes y parejas que acuden a educación maternal		
Porcentaje de mujeres que han realizado plan de parto		
Porcentaje de mujeres que han recibido asesoramiento y apoyo a la lactancia materna durante la hospitalización		
Porcentaje de púerperas con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria		
Porcentaje de púerperas con informe y plan de cuidados al alta		
Porcentaje de púerperas atendidas a las 48-72h tras el alta hospitalaria		
Porcentaje de recién nacidos a los que se les ha realizado cribado de hipoacusia antes del alta hospitalaria		
porcentaje de recién nacidos que han recibido una dosis de vitamina K		
Porcentaje de recién nacidos a los que se les ha realizado cribado neonatal de enfermedades congénitas y endocrinometabólicas antes del alta hospitalaria		
Porcentaje de recién nacidos atendidos en AP antes de la primera semana de vida		
Satisfacción de las mujeres y los profesionales		

1. SIGN 50: A guideline developer's handbook [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016].
2. GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.gradeworkinggroup.org/>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (versión esquemática actualizada). 2014.
4. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Actividad asistencial en Atención Primaria y Especializada. 2017. <https://bit.ly/2CMO4Lm>
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2009/01: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía práctica y signos de alarma en la asistencia al parto. 2008.
7. NICE. Intrapartum care for healthy women and babies (CG 190) [Internet]. 2017. Disponible en: <http://nice.org.uk/guidance/cg190>
8. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 6 de julio de 2017 [citado 19 de junio de 2018]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
9. Reveiz LGH, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto | Cochrane. Bibl Cochrane Plus [Internet]. 2008 [citado 11 de octubre de 2016];1. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD000330/enemas-durante-el-trabajo-de-parto>
10. Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos. Bibl Cochrane Plus [Internet]. 2014 [citado 11 de octubre de 2016];(2). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001236.pub2/full/es>
11. Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa JE. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding group B streptococcal and HIV) | Cochrane. Cochrane Rev Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [citado 11 de octubre de 2016]; Disponible en: <https://bit.ly/2FNbaFQ>
12. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de parto y nacimiento. 2012.
13. Creedon D, Akkerman D, Atwood L, Bates L, Harper C, Levin A, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Management of labor. Updat March [Internet]. 2013 [citado 18 de julio de 2016]; Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/GUIAMANEJODELPARTO.pdf>
14. Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review - Blix - 2005 - BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology - Wiley Online Library [Internet]. [citado 18 de julio de 2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00766.x/pdf>
15. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour - Cochrane Database of Systematic Reviews - Alfirevic - Wiley Online Library [Internet]. [citado 18 de julio de 2016]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066/full/es>
16. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour for improving maternal and fetal outcomes | Cochrane. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2009 [citado 11 de octubre de 2016]; Disponible en: <https://bit.ly/2FNruI8>
17. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. - PubMed - NCBI. JAMA. 2005;293(17):2141-8.
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías Práctica Clínica En El SNS AETSA 2011/10 [Internet]. 2014 [citado 18 de julio de 2016]; Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
19. Simkin P, Klein MC. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain [Internet]. 2015 [citado 18 de julio de 2016]. Disponible en: <https://bit.ly/2FNuYIX>
20. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa al parto normal. Guía para madres y padres. 2011.
21. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010.

22. World Health Organization. Guidelines on Basic Newborn Resuscitation - NCBI Bookshelf [Internet]. 2012 [citado 20 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137872/>
23. Hooper SB, Polglase GR, Te Pas AB. A physiological approach to the timing of umbilical cord clamping at birth (PDF Download Available) [Internet]. [citado 20 de julio de 2016]. Disponible en: <https://bit.ly/2CMjRMD>
24. Kluckow M, Hooper SB. Using physiology to guide time to cord clamping. - PubMed - NCBI. Semin Fetal Neonatal Med. 2015;20(4):225-31.
25. Servicio Murciano de Salud R. Vía clínica de atención al parto normal. 2013 [citado 10 de mayo de 2016]; Disponible en: <https://bit.ly/2HuixUO>
26. Rodríguez-Alarcón J, Martínez de Pancorbo M, Santillana Ferrer L, Castro Espido A, Melchor Marcos JC, Linares Uribe A, et al. La "huella ADN" en lugar de la huella plantar. Med Clin Barc. 1996;107:121-3.
27. Plasència i Taradach A, Anton S, Catalunya, Departament de Salut. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2007.
28. ORDEN SAN/553/2008, de 3 de abril, por la que se crea el Registro de Recién Nacidos en Castilla y León. BOCyL no71/14 de abril de 2008.
29. Comisión de identificación del recién nacido de la A.E.P. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. Esp Pediatr. 1999;51:512-3.
30. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes, estudios e investigación. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. 2011. <https://bit.ly/2Mxgxt5>
31. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011. <https://bit.ly/2G34p21>
32. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y la atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Pediatr Barc. 2009;71(4):349-61.
33. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Ortiz González LC. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1): factores de riesgo. Pediatría Aten Primaria. 2013;15(60):361-370.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

General

- Tejero C. Documento de apoyo a la atención multicultural en el proceso de parto y nacimiento. [Monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social [acceso 20 de junio de 2013]. Disponible en: <https://bit.ly/2Wjq9Mt>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad Atención al Parto Normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Pastillas contra el dolor del parto. Disponible en: <https://bit.ly/2FZpE4H>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Madrid, 2012. Disponible en: <https://bit.ly/2CNA2JI>

Atención en el paritorio: atención durante la fase de alumbramiento

- Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88(3):320-4.
- Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. Birth 2007;34(4):282-90.
- Ghulmiyyah LM, Wehbe SA, Saltzman SL, Ehleben C, Sibai BM. Intraumbilical vein injection of oxytocin and the third stage of labor: randomized double-blind placebo trial. Am J Perinatol 2007;24(6):347-52.
- Jago AA, Ezechi OC, Achinge GI, Okunlola MA. Effect of oxytocics on the blood pressure of normotensive Nigerian parturients. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians 2007;20(9):703-5.

Atención en el paritorio: alivio del dolor con métodos no farmacológicos

- Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N3, Gagnon R4, Hébert E2, Buckley S. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE No. 355-physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(2):227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003.

- Chaillot N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, Rossignol M, Dugas M, Wassef M, Bonapace J. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth*. 2014 ;41(2):122-37. doi: 10.1111/birt.12103.
- Gomezese OF, Estupiñan B. Obstetric analgesia: Current situation and alternatives. *Rev Coomb Anesthesiol*. 2017;45(2):132-135.
- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2018. doi: 10.1111/ijn.12642.
- Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*. 2018; 64: 33-40.
- Bodner K, Bodner-Adler B, Wierrani F, Mayerhofer K, Fousek C, Niedermayr A, Grunberger W. Effects of water birth on maternal and neonatal outcomes. *Wien Klin Wochenschr*. 2002;114 (10-11):391-5.
- Genç Koyucu R, Demirci N, Ender Yumru A, Salman S, Ayanoğlu YT, Tosun Y, et al. Effects of Intradermal Sterile Water Injections in Women with Low Back Pain in Labor: A Randomized, Controlled, Clinical Trial. *Balkan Med J* 2018;35:148-54.
- Lee N, Webster J, Beckmann M, et al.. Comparison of a single vs. a four intradermal sterile water injection for relief of lower back pain for women in labour: A randomised controlled trial *Midwifery*. 2013; 29 (6), 585-591.
- Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015 ;41(11):1679-86. doi: 10.1111/jog.12802.

Atención en el paritorio: analgesia para el parto normal

- American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on obstetric anesthesia. *Anesthesiology* 2007;106(4):843-63.
- Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:26.
- Evron S, Ezri T, Protianov M, Muzikant G, Sadan O, Herman A, et al. The effects of remifentanyl or acetaminophen with epidural ropivacaine on body temperature during labor. *Journal of Anesthesia* 2008;228(2):105-11.
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson J. Tratamiento del dolor para las mujeres en trabajo de parto: un resumen de revisiones sistemáticas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.
- La responsabilidad patrimonial en la administración sanitaria. En: Manual sobre responsabilidad sanitaria. Abogacía General del Estado. Servicio Jurídico del Estado. Ministerio de Justicia. Aranzadi SA. Pamplona 2009; pg 297.
- Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC medicine* 2008;6:7.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guideline* 2007.
- Shen XF, Guo XR, Peng YZ, Gu XQ. Epidural Analgesia in the Latent Phase of Labor and the Risk of Cesarean Delivery. A five-year Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology* 2009;111(4):871-80.
- Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <https://bit.ly/2Wwv6IK>.
- Volmanen P, Sarvela J, Akural EL, Raudakoski T, Korttila K, Alahuhta S. Intravenous remifentanyl vs. epidural levobupivacaine with fentanyl for pain relief in early labour: a randomised, controlled, double-blinded study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52(2):249-55.

Atención durante la hospitalización: atención a la puérpera

- Aceituno Velasco, Longinos (coordinador) [et al.]. *Proceso Asistencial Integrado: embarazo, parto y puerperio*. 3ª Ed. (Sevilla). Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
- Grupo NIDCAP, Grupo PrevInfad/AEPap. *Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010
- Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2011.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*.
- Sánchez Ruiz-Cabello J. *Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante [Internet]*. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2013 [citado 16/07/2014]. *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS*. URL: www.aepap.org/previnfad/muertesubita.htm
- WHO/UNICEF (1989) *Protecting, promoting and supporting breastfeeding*, Geneva. *Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis Health Technology Assessment 2009*; Vol 13: No. 40.

Atención puerperal y neonatal precoz en Atención Primaria

- Aguayo Maldonado J, Lozano de la Torre MJ. "Problemas de los primeros días: Grietas e Ingurgitación". En: *Manual de Lactancia Materna: De la Teoría a la Práctica*. Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana. 2009. p.194-197.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. *Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Madrid, 2010.
- Dennis C, Jackson K, Watson J. *Intervenciones para el tratamiento del dolor del pezón en mujeres que lactan*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 12*. Art. No.: CD007366. DOI: 10.1002/14651858.CD007366
- Generalitat de Catalunya; Dirección General de Salud Pública. *Educación maternal: preparación para el nacimiento*. Barcelona, 2009.
- Esparza Olcina MJ, Aizpurua Galdeano P. *Amamantar al bebé y compartir la cama con él a los tres meses de vida se relaciona con una mayor prevalencia de lactancia materna al año*. *Evid Pediatr*. 2010;6:11.

- Junta de Andalucía. *Consejería de Igualdad, salud y políticas sociales. Evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz*. Sevilla, 2014.
- Generalitat de Catalunya. *Agencia de salud pública de Catalunya. Fichas de seguridad alimentaria. Consejos para preparar un biberón con seguridad*. Octubre 2013.
- Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2011.
- Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé. *Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas*. *Matronas Profesión* 2013; 14 (4 Supl): 1-50.
- Asociación española de pediatría *Guía práctica para padres desde el nacimiento a los 3 años*. Madrid. 2014.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*.
- Landa Rivera, et al. *El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante: dormir con los padres*. *Rev. Pediátrica AP* 2012; 14:53-60.
- Pérez M, Tejada A. *Problemas en relación con la madre: grietas*. En: *Protocolo de lactancia materna*. Majadahonda, Madrid. Hospital Universitario Puerta de Hierro. 2010. p. 139-142.
- Asociación Española de Pediatría. *Sociedad Española de Neonatología. Protocolos de Neonatología. Alimentación del recién nacido sano*. 2ª edición, 2008. Disponible en: <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia-en-revision>
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10*.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-786.
- Informe del Grupo asesor técnico para la pediatría de atención primaria (GATPAP): *Atención en las primeras 48 horas del alta de maternidad en la*

consulta de enfermería y/o pediatría: Procedimientos que aseguren esta disposición. Disponible en:

http://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/informe_tecnico_gatpat_ii.pdf

- Organización Mundial de la Salud. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: directrices. Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. 2007. Disponible en: http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_sp.pdf?ua=1
- Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado mayo de 2014. Disponible en <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/actividades-por-edad-rec>

MÁS INFORMACIÓN

- Guía de salud materno-infantil de la Junta de Castilla y León: <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-materno-infantil/guia-salud-materno-infantil>
- Guía terapéutica de medicina familiar y pediatría de Sacyl. <https://bit.ly/2sMW0rn>
- Asociación de matronas de Castilla y León: <https://www.ascalema.es/>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España: <http://www.federacion-matronas.org/>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): <https://sego.es/>
- Asociación Española Pediatría (AEP): <http://www.aeped.es/>
- Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (EPAPCYL): <https://www.aepap.org/federadas/castilla-y-leon>
- Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León (SCCALP): <https://www.sccalp.org/>
- Sociedad Española de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor en Castilla y León: <https://www.sedar.es/>
- International Confederation of Midwives: www.internationalmidwives.org
- Royal College of Midwives: <https://www.rcm.org.uk/>
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN): <https://www.ihan.es/>
- OMS-Salud sexual y reproductiva: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>
- Directorio de grupos de apoyo a la lactancia materna y la crianza: <https://www.ihan.es/grupos-apoyo/>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: <http://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ENSSRIIntro.htm>
- OMS, Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes <http://www.who.int/foodsafety/publications/powdered-infant-formula/es/>

LISTADO DE ACRÓNIMOS

- **AI:** auscultación intermitente.
- **AP:** Atención Primaria.
- **CIR:** crecimiento intrauterino retardado.
- **CMBD:** conjunto mínimo básico de datos.
- **FAME:** Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- **FCF:** Frecuencia cardíaca fetal.
- **GRADE:** Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations.
- **HCE:** historia clínica electrónica
- **RCTG:** registro cardiotocográfico.
- **RN:** recién nacido/a.
- **SIGN:** Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- **SCU:** sangre del cordón umbilical.



ANEXOS

- ANEXO 1. Criterios de exclusión del proceso: gestantes con riesgo obstétrico.
- ANEXO 2. Plan de parto y nacimiento.
- ANEXO 3. Consentimiento informado analgesia para el parto.
- ANEXO 4. Información sobre alivio del dolor del parto.
- ANEXO 5. Criterios para avisar al pediatra.
- ANEXO 6. Criterios para avisar al ginecólogo.
- ANEXO 7. Hoja de observación de la toma de lactancia materna.
- ANEXO 8. Criterios de alta temprana.
- ANEXO 9. Recomendaciones sobre autocuidados de la madre al alta. Signos de alerta en la madre.
- ANEXO 10. Cuidados del RN al alta. Signos de alerta en el RN.
- ANEXO 11. Escala de valoración de depresión postnatal Edimburgo.

ANEXO 1. GESTANTES CON RIESGO OBSTÉTRICO. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

- Anomalía pélvica.
- Malformación uterina aunque si la presentación es cefálica en embarazo de bajo riesgo puede considerarse parto normal.
- Embarazo múltiple.
- Presentación del feto anormal: presentación no cefálica.
- Sospecha de macrosomía fetal: peso fetal estimado >4.5 kgr.
- Abuso de drogas: consumo habitual de drogas, fármacos...
- Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.
- Anemia grave: (Hb $<7,5$)
- Cardiopatías grados III y IV.
- Diabetes pre-gestacional desconocida o con mal control metabólico. Diabetes gestacional.
- Endocrinopatías con mal control.
- Obesidad mórbida (IMC >40)
- Hemorragias del segundo y tercer trimestre.
- Trastorno hipertensivo del embarazo: hipertensión gestacional, preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.
- Cualquier infección con repercusión materna, fetal o en el RN. Infección de transmisión sexual activa (lesiones genitales activas).
- Isoinmunización.
- Antecedentes obstétricos desfavorables: informar a la gestante y sus preferencias, puede ofrecérsele monitorización continua.
- Tumoración genital: uterina, anexial.
- Crecimiento intrauterino retardado confirmado.
- Malformaciones fetales mayores.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Parto prematuro (por debajo de 37 semanas).
- Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino (< 37 semanas).
- Embarazo prolongado (> 42 semanas).
- Patología materna asociada grave.
- Muerte fetal anteparto.
- Trombofilias.
- Otras (definidas por los profesionales).

ANEXO 2. PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

MI PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO	
NOMBRE Y APELLIDOS	
Nº Seguridad Social/ Historia Clínica	
NECESIDADES ESPECIALES POR DIFERENCIA DE CAPACIDAD	Necesitaría.....
NECESIDADES ESPECIALES POR MOTIVOS DE CULTURA O IDIOMA	Necesitaría.....
PERIODO DE DILATACIÓN	
INTIMIDAD	<input type="checkbox"/> Deseo que se respete mi derecho a la intimidad y que para ello solo esté
INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES	<input type="checkbox"/> Deseo recibir información sobre la evolución del parto y participar en las decisiones sobre el mismo, tras ser informada de las diferentes alternativas.
	<input type="checkbox"/> Deseo conocer el nombre y el cargo del profesional que me atienda.
	<input type="checkbox"/> Deseo tener una matrona de referencia durante el proceso.
	<input type="checkbox"/> Preferiría no recibir información sobre la evolución de mi parto.
ACOMPañAMIENTO	<input type="checkbox"/> La persona que deseo me acompañe durante el parto es
	<input type="checkbox"/> Prefiero estar sola.
MOVILIDAD Y ADOPCIÓN DE DIFERENTES POSICIONES	<input type="checkbox"/> Desearía poder moverme con libertad durante el parto y poder elegir la posición que prefiera en cada momento.
MATERIAL DE APOYO	<input type="checkbox"/> Desearía utilizar
TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR	<input type="checkbox"/> Deseo analgesia farmacológica durante el parto. Especificar.....
	<input type="checkbox"/> Prefiero utilizar otros métodos de alivio del dolor y medidas de apoyo. Especificar.....
INGESTA DE LÍQUIDOS	<input type="checkbox"/> Deseo poder beber los líquidos recomendados durante el proceso de parto.
EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE DILATACIÓN	<input type="checkbox"/> Si la evolución de mi proceso es normal, no deseo que se me administren fármacos ni se realicen procedimientos para acelerar de forma artificial la
PERIODO EXPULSIVO	
POSICIÓN A ADOPTAR	<input type="checkbox"/> Deseo poder elegir la postura para el momento del nacimiento.
EPISIOTOMÍA	<input type="checkbox"/> Deseo que siempre que sea posible, no se me realice episiotomía. Deseo que se valore cuando llegue el momento la posibilidad de no realizar la episiotomía.

NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Deseo estar acompañada por..... <input type="checkbox"/> Deseo estar sola. <input type="checkbox"/> Me gustaría tener un ambiente íntimo y respetado para este momento y que para ello solo esté presente el personal necesario.
CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL	<input type="checkbox"/> Desearía, si es posible, que mi pareja corte el cordón umbilical. <input type="checkbox"/> He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación.
ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	
REALIZACIÓN DEL PIEL CON PIEL	<input type="checkbox"/> Salvo que las circunstancias lo requieran, deseo tener a mi hijo/a en contacto piel con piel al nacimiento. <input type="checkbox"/> Si yo no puedo hacerlo, consultarlo con mi pareja.
INICIO DE LA LACTANCIA	<input type="checkbox"/> Deseo iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida de mi hijo/a. <input type="checkbox"/> He decidido dar a mi hijo/a leche artificial. <input type="checkbox"/> Tomaré la decisión más adelante.
ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO	<input type="checkbox"/> Siempre que sea posible, deseo permanecer junto a mi hijo/a, y que se pospongan las actuaciones no urgentes.
HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO	<input type="checkbox"/> Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi hijo/a. <input type="checkbox"/> Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo y ayuda de mi acompañante o pareja. <input type="checkbox"/> Si yo no puedo hacerlo, deseo que mi pareja u otra persona realice dichos cuidados.
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> Deseo que se administre vitamina K oral a mi hijo/a tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba. <input type="checkbox"/> Deseo se administren según el protocolo del centro hospitalario.
PERIODO POSTPARTO	
TRASLADO A PLANTA Y ESTANCIA EN LA MATERNIDAD TRAS EL NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Deseo que el traslado del recién nacido se realice en piel con piel conmigo y poder estar acompañados por.....
DURACIÓN DE LA ESTANCIA Y COHABITACIÓN	<input type="checkbox"/> Deseo cohabitación con mi hijo/a durante el ingreso en planta de hospitalización.
OTRAS CUESTIONES IMPORTANTES PARA MÍ	

INFORMADO POR D/Dª

DOCUMENTO FIRMADO POR Dª

Declaro que he leído el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi "Plan de Parto y Nacimiento". En todo caso, me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria.

Fecha Firma

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DURANTE EL PARTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA EPIDURAL Y SIMILARES DURANTE EL PARTO

Es importante haber leído previamente el folleto informativo de Técnicas de Analgesia Farmacológica para el Parto. **(Anexo 4)**.

ANALGESIA EPIDURAL Y SIMILARES DURANTE EL PARTO

1. Explicación del procedimiento de analgesia epidural para el parto

¿En qué consiste?: La analgesia espinal (epidural, intradural o combinada) elimina la sensación dolorosa producida por contracciones del parto. Se realiza mediante una punción en la zona lumbar, localizando un espacio próximo a la columna, donde tras colocar un fino tubo de plástico, se inyectan anestésicos locales y otros fármacos para calmar el dolor. La técnica se realiza con anestesia local, no siendo muy molesta. La realiza siempre un médico especialista anesthesiólogo. Si fuera necesaria la extracción del bebé con ayuda de fórceps o una cesárea, esta técnica permite administrar una cantidad adicional de anestésico local por el catéter epidural para producir la anestesia necesaria. Si hay alguna contraindicación médica (alteración de las pruebas de coagulación, infección de la piel...) para esta técnica de analgesia locorregional, el anesthesiólogo decidirá la mejor opción alternativa para ayudarle a controlar el dolor.

¿Cuándo se realiza?: Cuando hay dolor y el ginecólogo indica el inicio de la analgesia (una vez valoradas las condiciones del parto), se pone en contacto con el anesthesiólogo, quién realizará la técnica.

¿Qué se espera?: Que haya una disminución gradual del dolor. Las contracciones pueden notarse pero sin ser dolorosas. Lo ideal es no alterar la dinámica del parto y respetar el reflejo de pujo (poder empujar). Las piernas no se duermen totalmente, notándose sensación de pesadez.

2. Riesgos generales que implica

A pesar de su seguridad, presenta riesgos como cualquier otra técnica y, por tanto, la posibilidad de que se produzcan complicaciones. La frecuencia de aparición de complicaciones es muy baja, y cuando aparecen suelen ser leves en la mayoría de los casos. Las complicaciones graves son extremadamente raras. Los riesgos más frecuentes son:

- Puede producir disminución de la presión arterial, pero es de fácil prevención y tratamiento.
- Punción vascular (sin paso de fármaco al torrente sanguíneo) que en ocasiones obliga a repetir la técnica epidural.
- Analgesia insuficiente que se puede dar en un 5% de los casos y puede requerir una segunda punción.
- Cefalea post-punción (dolor de cabeza), la cual aparece unas horas después del parto, que se da en menos del 2% de las epidurales; la mayoría de las veces se soluciona con los calmantes habituales.
- Punción dificultosa incluso imposible (espalda desviada, obesidad, falta de inmovilidad...), con dolor en el punto de punción.
- Aumento de parto instrumentado (fórceps, espátulas).

Los riesgos más graves pero muy poco frecuentes son:

- Complicaciones neurológicas, anestesia espinal total, inyección intra-vascular (por paso de fármaco al torrente sanguíneo) que requieren intervención inmediata.
- Las complicaciones infecciosas espinales, el hematoma epidural y las reacciones alérgicas son excepcionales.

3. Riesgos personales (si existen)

.....

4. Alternativas a la imposibilidad de la analgesia epidural y similares

Por contraindicación de la analgesia epidural y similares, imposibilidad técnica o por otros motivos, se pueden utilizar como técnicas alternativas: la inhalación de Kalinox (óxido nitroso con oxígeno al 50%) o la analgesia intravenosa con Remifentanilo, en ambos casos controladas por la parturienta.

5. Ampliación de la Información

Si cree que no dispone de suficiente información y quiere ampliarla, o desea aclarar dudas, solicítelo al anestesiólogo antes de someterse al procedimiento, incluso el mismo día del parto.

En casos EXCEPCIONALES puede estar indicada una anestesia general, por contraindicación de la anestesia locorregional. La anestesia general presenta como riesgos más graves en las embarazadas: la dificultad en la intubación traqueal (introducción de un tubo en la tráquea) y la aspiración de contenido gástrico al pulmón.

La Sra.con DNIdeclara que:

Se me ha proporcionado y he comprendido con claridad la información sobre la naturaleza y objetivos de este procedimiento, y que también se me han explicado los riesgos más frecuentes así como las complicaciones graves del mismo. También conozco las posibles alternativas al procedimiento y los riesgos personales. Ha tenido oportunidad de ampliar la información y SI/ NO (redondee la opción) **AUTORIZA** la realización del mismo. Conoce también la posibilidad de revocar esta autorización en cualquier momento.

FIRMA del PACIENTE

FIRMA y SELLO del MÉDICO que INFORMA

FIRMA del TUTOR LEGAL o REPRESENTANTE

....., a de de

REVOCACIÓN

El SR/SRAdeclara que ha decidido revocar el presente consentimiento por el/los siguientes motivos:

FIRMA del PACIENTE

FIRMA y SELLO del MÉDICO TESTIGO

FIRMA del TUTOR LEGAL o REPRESENTANTE

.....,adede

ANEXO 4. INFORMACIÓN SOBRE ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

El parto es un proceso natural que puede ocurrir sin muchas intervenciones clínicas siendo una de las vivencias únicas en la vida de muchas mujeres y sus familias. El nacimiento de un hijo/a debe ser una de las experiencias más gratificantes, aunque cada parto es diferente y cada mujer vive la experiencia de su parto como algo particular.

En un parto normal, sin restricción de movilidad, en un ambiente favorecedor en el que la madre se siente segura y cómoda, muchas mujeres pueden soportar el dolor, gracias a que los intervalos entre contracciones permiten descansar y a los analgésicos liberados por el propio organismo. Actualmente, se puede recurrir a los diferentes métodos no farmacológicos y farmacológicos disponibles de alivio del dolor. Se puede elegir un método o varios y cambiar de unos a otros según la evolución del parto y de la intensidad del alivio que se desee obtener en cada momento. Conviene estar informada, previamente al parto, de las distintas opciones disponibles en su centro sanitario y de los riesgos y beneficios de cada método. La matrona le informará sobre las diferentes posibilidades.

La mayoría de los **MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS** no son invasivos y son seguros para la madre y para el feto:

- El **acompañamiento** durante el parto proporciona seguridad, hace más tolerable el dolor de las contracciones y facilita el progreso del parto. La persona acompañante durante el parto debe ser cuidadosamente elegida por la mujer. Tendrá que saber cómo desea vivir su parto y ser capaz de cuidarla, apoyarla y animarla en todo momento. La persona acompañante debe transmitir a la mujer tranquilidad y seguridad e infundirle confianza en sí misma. Este apoyo, junto con el proporcionado por los profesionales, aumenta la probabilidad de un parto vaginal. La persona elegida deberá permanecer con la mujer el mayor tiempo posible, mantener la calma y ser respetuoso con lo que ella desee en cada momento.
- Las **técnicas de relajación y respiración** pueden resultar de ayuda y no producen efectos indeseables. Disminuyen la tensión muscular, proporcionan tranquilidad, disminuyen el estrés físico y emocional y procuran distracción. También mejoran la sensación de control de la mujer. Requieren un aprendizaje y entrenamiento previo que se suele dar en las clases de educación maternal. Puede acompañarse de música relajante. Se asocian a menos partos instrumentales.
- El **masaje** y el **contacto físico tranquilizador** por la persona acompañante alivian el dolor y la ansiedad durante la dilatación y el expulsivo, sin efectos indeseables. Se utiliza para aumentar la relajación y reducir el dolor. Estimula al cuerpo a aliviar el dolor naturalmente y produce sensación de bienestar durante la dilatación. Los masajes en la zona lumbar pueden ayudar a calmar el dolor al igual que la aplicación de calor con una toalla. También favorece la colaboración del acompañante.
- El **agua caliente**. El baño o la ducha facilitan la relajación y ayuda a reducir la ansiedad. La inmersión en agua caliente disminuye moderadamente el dolor, facilita la relajación y reduce el uso de analgesia epidural sin que se produzcan efectos adversos. La temperatura ideal del agua para el trabajo de parto será de menos de 37° C.

- **Deambulaci3n y cambios de posici3n.** Caminar y utilizar posiciones verticales reduce la duraci3n del trabajo de parto, el riesgo de ces3rea y la necesidad de epidural. Es recomendable adoptar distintas posiciones que les proporcionen mayor comodidad y control. Las pelotas de parto pueden ser un material de apoyo 3til pues se asocian a una mayor libertad de movimientos, mejoran la movilidad de la pelvis y relajan la musculatura. El uso de pelotas de parto puede facilitar la adopci3n de posturas confortables.
- **Inyecciones de agua est3ril.** Consiste en la inyecci3n de peque1as cantidades de agua est3ril en el rombo de Michaelis (parte inferior de la espalda). Las inyecciones de agua est3ril son 3tiles para el alivio del dolor lumbar que algunas mujeres experimentan durante las contracciones, su efecto suele durar una hora y media y el pinchazo puede producir escozor y dolor moment3neos.

Los M3TODOS FARMACOL3GICOS son:

- **Analgesia epidural.** Es el m3todo para el alivio del dolor m3s estudiado y difundido y es el m3s efectivo para el control del dolor. Se administra a trav3s de un cat3ter que el anestesista coloca en la zona lumbar de la espalda. Puede dar lugar a efectos adversos como hipotensi3n, bloqueo motor, fiebre y retenci3n urinaria. Obliga a una mayor vigilancia y dificulta la movilidad y la percepci3n de la sensaci3n de pujo. Las mujeres que lo utilizan tienen mayor riesgo de tener un parto instrumental y una mayor duraci3n del segundo periodo del parto.
- **3xido nitroso.** Se trata de la administraci3n inhalada de una mezcla de gases (prot3xido/ox3geno). Es un m3todo eficaz para controlar el dolor del parto que la mujer puede manejar por s3 misma. Su efecto aparece r3pidamente y es de escasa duraci3n por lo que se debe utilizar en cada contracci3n. En ocasiones provoca v3mitos, n3useas y mareos. No afecta al beb3.
- **Otras medicaciones.** Se pueden utilizar medicamentos inyectables que pueden ayudar a controlar el dolor durante los pr3dromos o etapa previa a la dilataci3n. Algunos producen somnolencia materna y fetal.

M3S INFORMACI3N DISPONIBLE EN:

<http://www.mscls.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>

ANEXO 5. CRITERIOS PARA AVISAR AL PEDIATRA

CRITERIOS PARA PONER EN CONOCIMIENTO DEL PEDIATRA AL LLEGAR A LA MATERNIDAD Y/O DURANTE EL PARTO

1. Problemas maternos:

- a. Enfermedad materna (autoinmune, endocrina, cardíaca, respiratoria...).
- b. Enfermedad infecciosa (VHC, VHB, VIH, sífilis, herpes genital activo...).
- c. Consumo de fármacos y/o drogas
- d. Historia de feto muerto intrauterino de causa conocida

2. Problemas durante el embarazo:

- a. Maternos: HTA embarazo, diabetes gestacional de mal control.
- b. Oligoamnios, polihidramnios.

3. Factores relacionados con RN:

- a. Factores de riesgo infeccioso para el recién nacido: (tiempo bolsa rota >18h), estreptococo del grupo B+ con menos de 2 dosis de antibiótico, y apartado b.
- b. Fiebre materna intraparto >38°C.
- c. Peso del RN inferior a 2.500 gr. o superior a 4.000 gr.
- d. Maladaptación del RN: hipotónico, mal color, dificultad respiratoria...

CRITERIOS PARA ASISTENCIA DEL PEDIATRA AL PARTO

1. Problemas durante el embarazo:

- Fetales: <37 semanas, > 42 semanas, retraso de crecimiento intrauterino, partos múltiples, anomalías congénitas mayores.

2. Problemas intraparto:

- Placentarios: desprendimiento de placenta.
- Prolapso de cordón.
- Distocias de parto o parto instrumentado.
- Cesárea urgente o electiva.
- Riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Fiebre materna intraparto >38°C, sospecha corioamnionitis, líquido meconial o maloliente.
- Maladaptación de RN: hipotónico, mal color, dificultad respiratoria.

Cualquier situación que se presuponga de riesgo para el recién nacido.

ANEXO 6. CRITERIOS PARA INTERVENCIÓN DEL GINECÓLOGO EN EL PROCESO DE PARTO NORMAL

DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN DEL PARTO ⁷

- Líquido amniótico con meconio
- RCTG anormal: **(Tabla 1)**
- Fase activa prolongada (Evolución de la dilatación menor de 2 cm/4 horas, tanto en primíparas como en multíparas).
- Presencia de hemorragia.
- Alteraciones de la constantes maternas: fiebre, hipotensión, hipertensión etc...
- Presencia de náuseas y vómitos.
- Cualquier otra situación anómala.

DURANTE LA FASE EXPULSIVA DEL PARTO ^{6,7}

- Expulsivo prolongado.
 - Nulíparas: más de 2 horas sin progreso continuo del descenso de la presentación fetal. (3h. En caso de anestesia epidural).
 - Multíparas: más de 2 hora sin progreso continuo del descenso de la presentación fetal (2h en caso de anestesia epidural).
- Alteraciones de la FCF.
- Fiebre materna.
- Hipotensión o hipertensión materna.
- Hemorragia materna (sospecha de desprendimiento previo de placenta normoinserta, rotura uterina etc.).
- Cualquier situación que se desvíe de la normalidad.

DURANTE LA FASE DE ALUMBRAMIENTO DEL PARTO ⁶

- Retención de placenta más de 30 min. en caso de alumbramiento activo, y 60 min. si es espontáneo.
- Hemorragia abundante.
- Expulsión incompleta de placenta o membranas.
- Hipotensión materna.
- Atonía uterina.
- Inversión uterina.
- Desgarro perineal de grado III-IV
- Cualquier situación anormal.

ANEXO 7. HOJA DE OBSERVACIÓN DE LA TOMA DE LA LACTANCIA MATERNA (HCE-GACELA)

ACOGIDA		FECHA:	PROFESIONAL:
Lactancia materna previa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Duración:	
		Motivo:	
Intención de lactancia materna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		
Educación sobre lactancia materna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
PARITORIO		FECHA:	PROFESIONAL:
Se establece vínculo afectivo (piel con piel)	<input type="checkbox"/> Sí, con madre <input type="checkbox"/> Sí, con padre <input type="checkbox"/> No, causa fetal		
Inicio lactancia materna en la primera hora de vida	<input type="checkbox"/> Sí	Modo:	<input type="checkbox"/> Satisfactorio <input type="checkbox"/> No satisfactorio
	<input type="checkbox"/> No	Motivo:	<input type="checkbox"/> Causa fetal <input type="checkbox"/> Causa materna <input type="checkbox"/> Cesárea

OBSERVACIÓN DE LACTANCIA MATERNA		Profesional: Fecha Parto:	1 ^{er} día	2 ^o día	3 ^{er} día
VÍNCULO AFECTIVO	¿La madre parece...?	Relajada, cómoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Hay muestra de vínculo afectivo?	Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESPUESTA DEL BEBÉ	El bebé parece	Dormido y aletargado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿El bebé busca pecho?	Nervioso e irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sí, si tiene hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANATOMÍA	Aspecto de los pechos después de	Blandos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Rojos e inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tipo de pezón	Agrietados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Saliente-protráctil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plano e invertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
POSICIÓN DEL BEBÉ	Posición del bebé y la madre	Acercar el bebé a la madre, no al revés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bebé separado de la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Posición del bebé	Bebé encorvado, barriga con barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bebé torcido, no alineado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CÓMO SE AGARRA EL BEBÉ?	¿Cómo agarra el pecho?	Más areola, por encima de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Más areola por debajo de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boca	Muy abierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Poco abierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUCCIÓN	Tipo de succión	Lenta y profunda con pausa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Chupadas rápidas y superficiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mejillas del bebé	Redondeadas mientras mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Se hunden al mamar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finalización de la toma	Suelta el pecho cuando termina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La madre lo retira del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES					

ANEXO 8. CRITERIOS DE ALTA TEMPRANA ANTES DE LAS 48 HORAS

A continuación se exponen los criterios más ampliamente aceptados en las maternidades para dar un alta temprana a madres y nacidos, y también en los que se basan los resultados de la mayoría de estudios. Estos criterios aceptan las normas propuestas por la American Academy of Pediatrics y la American College of Obstetricians and Gynecologists y las emitidas por Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society y Maternal Fetal Medicine and Clinical practice Committees Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

RESPECTO A LA MADRE

- Gestación a término sin patología que requiera vigilancia postparto (hipertensión, preeclamsia, diabetes gestacional, isoinmunización Rh).
- Parto vaginal.
- Capacidad de deambulación.
- Se conoce AgHBs materno.
- Se ha realizado serología de sífilis.
- Puerperio inmediato sin complicaciones e incidencias (diuresis, tolerancia oral, temperatura, presión arterial, ausencia de sangrados...).
- Buena evolución de la episiotomía, si la hubiere.
- Ausencia de riesgo familiar, social o mediambiental (madre adolescente, enfermedad mental, ausencia de apoyos familiares, incapacidad de la madre en suministrar atención a la criatura).
- Residir próximo a 20 km del hospital de referencia y con posibilidad de acudir a centro hospitalario.

RESPECTO AL RECIÉN NACIDO

- Nacido a término.
- Peso adecuado para su edad gestacional.
- Alimentación oral adecuada.
- Normalidad en el examen clínico y signos vitales.
- Ausencia de enfermedad que requiera hospitalización.
- Capacidad de mantener la temperatura.
- Micción y emisión de meconio.
- Ausencia de ictericia significativa.
- Se conoce grupo sanguíneo, Rh y Coombs directo si la madre posee el grupo 0 y/o Rh negativo.
- Realizado cribado de metabolopatías.

ANEXO 9. RECOMENDACIONES SOBRE AUTOCUIDADOS DE LA MADRE AL ALTA. SIGNOS DE ALERTA

Después del parto, comienza una etapa vital crítica para la mujer, a la que es preciso adaptarse de una manera progresiva y saludable. En este proceso de cambios, unos adecuados autocuidados permitirán que la mujer consiga una buena recuperación y adaptación y, por tanto, favorecerán la salud y el bienestar propio y de su entorno.

<p>CUIDADOS DEL PERINÉ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar higiene diaria con agua y jabón no irritante, evitando la inmersión (lavado de delante hacia atrás). No tener miedo a tocarse la incisión y realizar un buen secado; siempre que se pueda dejar la zona al aire. • Para mantener la zona limpia debe cambiarse con frecuencia de compresa (ésta debe ser a ser posible de celulosa o algodón, no plásticas). • Los puntos de sutura se caen solos. • Buscar asesoramiento a través de la matrona sobre recuperación del suelo pélvico.
<p>LOQUIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la cantidad, el color y el olor del sangrado vaginal. • Observar si es maloliente o aparece una hemorragia abundante o con coágulos. En este caso consultar con el médico o la matrona.
<p>CUIDADOS DE LAS MAMAS</p>	<p>En madre lactante. La ducha diaria es una medida higiénica correcta y suficiente. No hay que limpiar los pezones ni antes ni después de las tomas, pues al lavarse el pecho en cada toma desaparece la capa de protección natural que tiene la areola/pezón. Mantenerlas secas y, si es posible, después de cada toma dejar secar los pezones al aire; si es preciso utilizar discos absorbentes, cambiarlos frecuentemente. Evitar la aplicación de cremas cosméticas. Pueden aparecer dificultades los primeros días en relación a la toma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si los pechos se encuentran muy llenos, dolorosos, duros y existen problemas para el agarre del recién nacido habrá que aplicar calor local antes de las tomas para facilitar la salida de la leche debido a la vasodilatación que produce (mediante compresas tibias, bolsa de agua templada, ducha). En este caso se recomienda aumentar la frecuencia de las tomas. • La aplicación de frío local después de las tomas, por su efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio, reduce la ingurgitación y alivia el dolor. • Si no hay alergia o contraindicaciones, se pueden tomar antiinflamatorios para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria o en su defecto algún analgésico. • Comprobar que la posición del recién nacido es la correcta para evitar y curar la aparición de grietas. Introducir el pezón y la mayor parte de areola posible dentro de la boca del recién nacido. • Recordar que existen grupos de apoyo a la lactancia materna, preguntar por la forma de contacto con ellos a su matrona. <p>En madre no lactante. Observar el estado de las mamas por si la medicación para la retirada de la leche no ha sido efectiva. Valorar la posible aparición de enrojecimiento, dolor...</p>
<p>ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda seguir una dieta variada y equilibrada para ayudar en la recuperación tras el parto. En caso de estreñimiento seguir una dieta rica en fibra y la ingesta de abundante líquido. Si han aparecido hemorroides se puede aplicar frío local para aliviar las molestias. • Si se está lactando se debe evitar la ingesta de alcohol y no abusar de las bebidas estimulantes (cafeína, teína...).

CONSUMO DE TABACO	<ul style="list-style-type: none"> • Si es fumadora, es un buen momento para dejar el hábito tabáquico; si se decide no hacerlo, evitar siempre fumar en la misma habitación que el recién nacido.
ROPA	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de lactancia materna utilizar un sujetador cómodo pero que no comprima las mamas. • No son recomendables las fajas posparto ya que pueden producir atrofia en los músculos de la pared abdominal.
SUEÑO Y DESCANSO	<ul style="list-style-type: none"> • Puede aparecer una alteración del sueño debido al cansancio, los cuidados del recién nacido, la lactancia, la situación física que presente... • Es muy importante dormir siempre que se tenga la oportunidad, aunque esto suponga seguir los patrones de sueño del recién nacido.
TOMA DE MEDICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar la medicación prescrita por el médico de manera correcta. Si se precisa tomar algún analgésico, no utilizar ácido acetilsalicílico. • Cuando se precise tomar algún medicamento avisar al médico de que se está realizando lactancia materna.
EJERCICIO FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • La actividad física se irá incrementando de forma progresiva (pasear, ejercicios de recuperación del periné...). • Es recomendable realizar una valoración del suelo pélvico y no comenzar prácticas deportivas de impacto si no está recuperado.
ACTIVIDAD SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Las diversas formas de vivir y disfrutar de la sexualidad, independiente del coito, harán posible una satisfactoria adaptación. • Se recomienda reanudar las relaciones coitales cuando desaparezcan los loquios, cuando ambos lo deseen y éstas no causen molestias. Puede existir malestar por la sequedad vaginal, sobre todo en las mujeres que lactan y que se aliviará con la utilización de hidratantes y lubricantes vaginales.

SIGNOS DE ALARMA POR LOS QUE SE DEBE CONSULTAR:

- Fiebre superior a 38° C.
- Persistencia de sangrado vaginal mayor que una regla o expulsión de grandes coágulos o membranas.
- Presencia de sangrado vaginal con mal olor.
- Aparición de dolor o signos inflamatorios en el periné.
- Molestias urinarias: escozor, micción dolorosa...
- Zona endurecida, enrojecida, caliente y dolorosa en las mamas.
- Dolor en la pantorrilla acompañado de calor, enrojecimiento e hinchazón.
- Problemas respiratorios: dificultad para respirar, dolor torácico...
- Tristeza profunda y sensación de incapacidad para cuidar al recién nacido.

Ante cualquier duda o dificultad que acontezca, acudir a la matrona del Centro de Salud, la cual orientará en los cuidados tanto de la madre como del recién nacido.

ANEXO 10. CUIDADOS DEL RN AL ALTA. SIGNOS DE ALERTA

- La incorporación desde el nacimiento de cuidados, hábitos y conductas saludables favorecerá unas mejores condiciones de salud de su hijo.
- Es recomendable que incorporen rutinas en la vida diaria de su bebé, especialmente relacionadas con sus cuidados básicos (baño, alimentación, sueño, paseo...), lo cual facilitará la adaptación al entorno y proporciona un importante sentimiento de seguridad en el recién nacido.
- El llanto es el principal medio del que dispone un recién nacido para comunicarse con sus cuidadores, mostrar sus necesidades y demandar de ellos cuidados.

CUIDADOS DEL RN

<p>BAÑO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede realizar un baño de corta duración, que no requiere ser diario, con un jabón líquido o un gel limpiador sin jabón (syndet), con un ph neutro o ligeramente ácido (< 7), distribuido de forma suave en las zonas que requieren mayor higiene (zona de pañal y pliegues de la piel). • El agua debe estar a temperatura de 36.5-37° C y la estancia a 22-23 °C. Realizar un secado cuidadoso (no olvidarse de los pliegues). • Es opcional después del baño hidratar la piel del recién nacido con aceite corporal o crema hidratante. Es frecuente observar en los primeros días una descamación de la piel. • No utilizar bastoncillos para la higiene y secado del conducto auditivo. • Aunque no se haya desprendido el cordón umbilical, puede realizar un baño de corta duración.
<p>CURA DEL OMBLIGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo requiere mantenerlo limpio y seco. • Limpieza con agua tibia y jabón neutro o ligeramente ácido, secado posterior y cobertura con gasas limpias y secas que deben cambiarse frecuentemente. Evitar en lo posible cubrirlo con el pañal. • Este cuidado se debe realizar hasta la caída del cordón siguiendo las medidas de asepsia e higiene de lavado de manos. • El uso de productos antisépticos (alcohol, productos yodados...) no ofrecen ventajas sobre una buena higiene y pueden producir retraso en la caída del cordón u otros problemas. • Consultar si se encuentra enrojecido, inflamado, con secreción maloliente o sangrado.
<p>HIGIENE DEL ÁREA DEL PAÑAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cambio frecuente de pañal para evitar el contacto durante el menor tiempo posible de heces y orina sobre la piel del bebé. • Extremar la limpieza de la zona genital con agua y jabón adecuado. Los genitales de las niñas han de limpiarse de delante hacia atrás. • En caso de utilizar en alguna ocasión toallitas húmedas, éstas deben tener un ph neutro o ligeramente ácido. • Si es preciso, aplicar en esta zona un emoliente (preferible pasta o pomada en lugar de crema o aceite).
<p>UÑAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si es necesario, porque su longitud es excesiva y se lastiman, pueden cortarse con tijeras de punta redondeada. • No apurar el corte. • Si no existe seguridad en el manejo de las tijeras, se puede utilizar puntualmente una lima de uñas.

<p>HABITACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe estar bien ventilada, a temperatura agradable y sin corrientes de aire. • Colocar la cuna lejos de fuentes directas de calor. Evitar que el recién nacido pase frío o excesivo calor (entre 20 – 22°C). • No fumar donde se encuentre el recién nacido.
<p>PASEO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un paseo diario, a horas templadas del día. • Evitar la exposición directa al sol. • Evitar los lugares con aglomeraciones (centros comerciales, transportes públicos...)
<p>POSICION EN LA CUNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La postura más segura en la cuna durante el sueño es boca arriba. • Si está despierto, procurar colocarlo de medio lado en alguna ocasión para cambiar la zona de apoyo de la cabeza, vigilando. • No utilizar almohada.
<p>COLECHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si se desea mantener una mayor proximidad con el recién nacido durante la noche se puede practicar “colecho seguro” utilizando una cuna tipo “sidecar”, que facilita la lactancia materna. • El colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la lactancia materna, pero también se considera un factor que aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante por lo que no debe ser recomendado en: <ul style="list-style-type: none"> • Lactantes menores de tres meses de edad. • Prematuridad y bajo peso al nacimiento. • Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes. • Situaciones de cansancio, especialmente de cansancio extremo, como el postparto inmediato. • Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones. • Compartir la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas.
<p>CHUPETE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El uso precoz de chupetes puede interferir con el establecimiento de una buena técnica de amamantamiento. • No utilizarlo hasta que la lactancia materna esté bien establecida, posteriormente no afecta al desarrollo de la lactancia y puede prevenir el síndrome de muerte súbita. • Lavarlo con agua frecuentemente y cambiarlo por uno nuevo de vez en cuando.
<p>ALIMENTACION CON LACTANCIA MATERNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los recién nacidos deben alimentarse al pecho a demanda, sin limitación en la duración de las tomas. • No se debe esperar a que el niño/a lllore; si está despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho. • Durante los primeros días de vida se recomienda que al menos haga 8 tomas efectivas en 24 horas. • La duración de las tomas la determina el propio niño/a, lo ideal es esperar a que se suelte espontáneamente. • En caso de tener que suplementar las tomas del pecho siga las instrucciones de su pediatra. • Se recomienda utilizar jeringa, cuchara o vaso. El uso de biberones dificulta el establecimiento de la lactancia materna. • Siempre dar el pecho primero y después ofertar el suplemento.
<p>SIGNOS DE BUEN ENGANCHE AL PECHO</p>	<p>Comprobar que la posición del bebé sea correcta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El bebé tiene la boca muy abierta. • Las mejillas o carrillos están inflados o llenos cuando mama. • La barbilla y la nariz rozan el pecho. • La areola inferior está más introducida en la boca que la superior. • El labio inferior está hacia fuera cuando mama. • No hay dolor en la toma. • Hay transferencia de leche porque hace deposiciones y micciones.



<p>ALIMENTACION CON SUCEDÁNEOS</p>	<p>En caso de no ser posible la lactancia materna o si ésta es insuficiente se le dará alimentación artificial.</p> <p>Preparación del biberón:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es preferible preparar el biberón de nuevo para cada toma y administrarla de inmediato, dado que es un medio ideal para la multiplicación de bacterias nocivas. • Lavarse las manos previamente. • Utilizar agua hervida aunque no en el horno microondas porque el calentamiento no es uniforme y se podría quemar la boca del bebé. Dejar enfriar el agua unos 30 minutos. • Utilizar la cantidad exacta de polvo siguiendo las instrucciones del envase, agitar y mezclar suavemente hasta que se haya mezclado completamente. • Inmediatamente después de la preparación, se enfriarán rápidamente las tomas hasta la temperatura apropiada para la administración sumergiendo la taza o el biberón bajo el chorro del grifo o en un recipiente con agua fría o con hielo. • Se desechará todo preparado que no se haya utilizado en un plazo de dos horas. <p>MÁS INFORMACIÓN DISPONIBLE EN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OMS, Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes http://www.who.int/foodsafety/publications/powdered-infant-formula/es/
<p>VIAJAR SEGURO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar siempre en el coche una silla de seguridad homologada. • Situar la silla en los asientos traseros y en sentido contrario a la marcha.

ACUDIR AL PEDIATRA SI APARECE:

- Temperatura en axila mayor de 37.5 °C
- Si el recién nacido presenta aumento del color amarillento en la piel, que se extiende desde abdomen hacia las extremidades inferiores.
- Rechazo de la alimentación.
- Vómitos abundantes.
- Si moja menos de 4 pañales en 24 horas.
- Presencia de deposiciones con sangre.
- Dificultad para respirar o cambios de coloración (azulado).

Recordar que hay que mantener una estricta limpieza en todo lo relacionado con la asistencia del recién nacido y evitar el contacto con adultos o niños con enfermedades contagiosas e infecciones respiratorias por leves que éstas sean. Ante cualquier duda, ponerse en contacto con los profesionales sanitarios.

ANEXO 11. ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO (EDPS)

Esta escala está válida para después de los 2 meses postparto, salvo si hay factores de riesgo (antecedentes personales de depresión) que podría pasarse a las 2 semanas postparto.

Nombre:.....Fecha:.....

Por favor escoja la respuesta que mejor refleje su estado de ánimo en la última semana, no solo como se siente hoy.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- Tanto como siempre (0)
- No tanto ahora (1)
- Mucho menos ahora (2)
- No, nada (3)

2. He disfrutado al mirar hacia delante:

- Tanto como siempre (0)
- Menos que antes (1)
- Mucho menos que antes (2)
- Casi nada (3)

3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado innecesariamente:

- Sí, la mayor parte del tiempo (3)
- Sí, veces (2)
- No con mucha frecuencia (1)
- No, nunca (0)

4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:

- No, nunca (0)
- Casi nada (1)
- Sí, a veces (2)
- Sí, con mucha frecuencia (3)

5. He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo:

- Sí, bastante (3)
- Sí, a veces (2)
- No, no mucho (1)
- No, nunca (0)

6. Las cosas me han estado abrumando:

- Sí, la mayor parte del tiempo (3)
- Sí, a veces (2)
- No muy a menudo (1)
- No, nunca (0)

7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:

- Sí, la mayor parte del tiempo (3)
- Sí, a veces (2)
- No muy a menudo (1)
- No, nunca (0)

8. Me he sentido triste o desgraciada:

- Sí, la mayor parte del tiempo (3)
- Sí, a veces (2)
- No muy a menudo (1)
- No, nunca (0)

9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

- Sí, la mayor parte del tiempo (3)
- Sí, a veces (2)
- Sólo ocasionalmente (1)
- No, nunca (0)

10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:

- Sí, bastante a menudo (3)
- Sí, a veces (2)
- Casi nunca (1)
- No, nunca (0)

PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN:

- A las categorías de las respuestas 1, 2 y 4 se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.
 - Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).
- Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO
DE ATENCIONAL
PARTO NORMAL
Y EL PUERPERIO