

GUÍA DE ATENCIÓN AL PARTO EN LA UNIDAD DE PARTO NATURAL HM NUEVO BELÉN

ACOMPAÑAMIENTO AL PARTO

La atención al parto de bajo riesgo será llevada a cabo preferiblemente por parte de la matrona del equipo de entuparto, siempre y cuando este se mantenga dentro de los límites de la normalidad. En la fase final del parto acudirá el ginecólogo responsable para asistir en equipo con la matrona especialmente si el proceso del parto se sale de la normalidad.

Además se facilitará el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección. Si la mujer lo desea podrá contratar los servicios de algún otro profesional (traductor, fisioterapeuta, fotógrafo...) que acuda para realizar su labor profesional durante su estancia en la unidad si ella lo requiere siempre que no interfiera con la labor del resto de profesionales.

LÍQUIDOS Y ALIMENTOS

Se recomienda la ingesta de líquidos durante el parto normal, informando a la mujer que las bebidas isotónicas son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua, incluso si hace uso de la analgesia epidural. La ingesta de alimentos será a voluntad de la mujer si el parto transcurre sin medicalización. Se recomienda la ingesta normal de alimentos hasta la fase activa del parto.

ACCESO A LA UNIDAD DE PARTO NATURAL

La fase latente (periodo del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm de dilatación) tendrá lugar preferiblemente en el domicilio.

Se recomienda que la admisión en la UPN se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular c/3min, borramiento cervical > 80% y una dilatación de 3-4 cm.

Se recomienda ofrecer apoyo individualizado a aquellas mujeres, que acudan para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no están en fase activa de parto, alentándolas a que retornen a sus domicilios hasta el inicio de la fase activa del parto.

EL TRABAJO DE PARTO EN LA UPN

A) FASE DE DILATACIÓN

La duración de la fase activa del parto es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal.

Primíparas

- El promedio de duración es de 6-8 horas.
- Es improbable que dure más de 12 horas.

Multíparas

- El promedio de duración es de 4-6 horas.
- Es improbable que dure más de 10 horas.

La decisión de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración.

Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.

1. Uso de la bañera

Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor. El trabajo de parto en el agua puede reducir el número de mujeres que se someten a analgesia epidural.

Se recomienda que la temperatura del agua se mantenga por debajo de 37,5 °C para que no provoquen hipertermia. No existen datos que permitan recomendar el momento más adecuado para la inmersión ni tampoco para el tiempo de permanencia en la bañera.

Según la evidencia disponible, la RPM o el cultivo SGB positivo NO son motivo para contraindicar el uso de bañera.

De preferencia el RCTG será intermitente mediante telemetría sumergible.

Las exploraciones vaginales, tactos, se podrán realizar en la bañera si la matrona lo considera adecuado.

Principales contraindicaciones uso de la bañera

Fiebre materna

Líquido amniótico meconial espeso

Anomalías en la FCF (se puede valorar la monitorización continua en este caso)

Uso de epidural

Atención durante la segunda etapa del parto. Expulsivo en el agua

Los estudios más actualizados demuestran que es seguro y recomendable el uso de la inmersión durante todo el proceso del parto pues es un alivio eficaz para la mujer y favorece la fisiología del parto disminuyendo la medicalización del mismo y el uso de analgesia epidural. El expulsivo en el agua es una posibilidad si la mujer lo desea y se dan condiciones de seguridad.

Dar a luz en el agua no parece afectar el modo del parto, ni el número de mujeres con un desgarro perineal grave según la evidencia. Las últimas revisiones no encontraron evidencia de que el trabajo de parto en el agua aumente el riesgo de un resultado adverso para las mujeres o sus recién nacidos.

Conviene que las mujeres que deseen tener el expulsivo en el agua lo hablen con su ginecóloga y matrona previamente y aporten su consentimiento informado por escrito (plan de parto) y en todo caso deben saber que el profesional le recomendará abandonar la inmersión en la bañera si considera algún riesgo añadido en cualquier momento.

Principales contraindicaciones expulsivo en el agua

Gestación de menos de 37 semanas.

Historia previa de distocia de hombros o macrosomía.

RCTG no tranquilizador

Líquido meconial

Atención durante el alumbramiento en el agua

Se recomienda realizarlo fuera del agua por la dificultad de valorar la pérdida sanguínea.

Se puede valorar la posibilidad de vaciar la bañera después del expulsivo en lugar de que la mujer salga inmediatamente de la bañera.

La salida de la placenta en el agua se realizaría de la misma manera que en un parto fuera del agua.

2. Óxido Nitroso

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.

3. Monitorización Fetal

Tanto la monitorización continua como la intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto de bajo riesgo.

En la monitorización electrónica intermitente se monitorizarán períodos de 10 minutos cada 30 minutos aproximadamente durante el período de dilatación activa o antes-durante-después de una contracción cada 15 min. Y se realizará la escucha de la frecuencia cardíaca fetal durante y después de una contracción cada 5 minutos en el período expulsivo.

Siempre que haya uso de epidural, oxitocina iv o cualquier otro factor de riesgo la monitorización pasará a ser continua.

4. Vía venosa periférica

La “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” no menciona la necesidad de canalización rutinaria de una vía venosa periférica en mujeres de bajo riesgo.

Si se prevé alguna complicación o se ralentiza el proceso del parto, dado que no limita la movilidad de la mujer durante el parto, ni el uso de la bañera y por supuesto no implica la administración de líquidos ni medicamentos, la matrona del equipo propondrá a la mujer canalizar una vía venosa periférica para la asistencia al parto como medida preventiva para tener una atención más rápida y eficiente en caso de hemorragia postparto. La mujer puede rechazar esta posibilidad firmando un consentimiento informado.

5. Tactos vaginales

Se recomienda que, en condiciones normales, sin analgesia epidural, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas o cuando la mujer lo solicite.

Las exploraciones vaginales antes de 4 horas se realizarán, con consentimiento de la mujer, si se da un progreso lento del parto, ante la presencia de complicaciones, o si la mujer manifiesta sensación de pujo.

6. Estimulación del parto

Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda:

- Informar a la mujer de la situación y obtener consentimiento informado verbal de cualquier intervención que se le vaya a proponer.
- Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación, y un método apropiado y efectivo para el control del dolor.
- Si las membranas están intactas y la matrona ha diagnosticado un retardo en la dilatación se propondrá a la mujer la realización de la amniorrexis tras comprobar que es seguro.
- Exploración vaginal 2h después y si el progreso de la dilatación es menor a 1 cm se ofrecerá la estimulación con oxitocina. A partir de este momento la monitorización será continua.
- Nueva exploración vaginal 2h-4h después de iniciar la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se informará a la mujer y se reevaluará el caso con el ginecólogo responsable.

B) FASE DE EXPULSIVO

Fase pasiva:

La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de alrededor de 2 horas tanto si tienen como no anestesia epidural.

La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multíparas es de alrededor de 1 hora si no tienen anestesia epidural y de 2 horas si la tienen.

Fase activa:

La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en nulíparas es de al rededor 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen.

La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en multíparas es de al rededor 1 hora tanto si tienen como no anestesia epidural.

* Los tiempos son muy variables según los casos y las características del parto.

1. Posición

Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la FCF.

En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (de rodillas, o sentada a más de 60 grados de la horizontal) frente a posición supina durante la segunda etapa del parto.

La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento

2. Pujos

Se recomienda el pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto.

3. Compresas calientes y protección del periné:

La aplicación de compresas calientes iniciada durante la segunda etapa del parto, reduce el riesgo de laceraciones perineales de tercer y cuarto grado, pero no la tasa de suturas perineales. Además, reduce el dolor durante el parto y los primeros 3 días posparto.

Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no empuje. Esto no será necesario en caso de un parto en agua, ya que el agua hace esa misma función.

4. Episiotomía:

No debe practicarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo. La episiotomía deberá realizarse únicamente si hay necesidad clínica fundamentalmente por sospecha de compromiso fetal y con consentimiento informado verbal de la mujer.

5. Kristeller:

La maniobra de Kristeller está desrecomendada.

C) FASE DE ALUMBRAMIENTO

La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.

El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción segura en partos de bajo riesgo.

Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, y disminuye el riesgo de hemorragia posparto y por tanto está recomendado si hay riesgo añadido de hemorragia postparto.

En caso de alumbramiento dirigido se recomiendan 10 UI de oxitocina IV en bolo tras la salida de los hombros.

1. Pinzamiento óptimo del cordón

Se recomienda el pinzamiento óptimo del cordón umbilical: tras el cese del latido de cordón umbilical y cuando este se colapse (color blanquecino).

Hay evidencia de buena calidad que indica que el pinzamiento óptimo del cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y mejora los niveles de hierro en neonatos facilitando además su adaptación al medio extrauterino.

A pesar de que existe un aumento de niños con policitemia entre los de pinzamiento óptimo, este hecho parece ser benigno.

Es una decisión de los padres escoger el pinzamiento óptimo del cordón o adelantarlo para recoger la sangre que se encuentra en el cordón y la placenta para guardarla en un banco privado o para donación en banco público. El equipo de entuparto colaborará en esa extracción si es el deseo de los padres. En todo caso nunca se realizará el clampaje del cordón durante los primeros segundos tras el parto hasta que el recién nacido inicie el llanto y se compruebe su buena adaptación al medio extrauterino.

D) POSTPARTO INMEDIATO

1. Piel con piel:

Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento. Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre. Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé al menos dentro de la primera hora y media de vida. Durante este periodo se recomienda que la matrona mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre la diada.

La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.

2. Profilaxis oftálmica y profilaxis con vitamina K:

El tiempo de administración de las profilaxis se retrasará administrándose como pronto después de que el bebé haya realizado la primera toma completa de pecho o se hayan cumplido las 2 horas postparto siempre con el consentimiento de los padres. Esto se realiza cuando la familia sube a la planta 2 o más horas después del nacimiento.

La profilaxis con vitamina K se ofrecerá v.o. o i.m. en ese caso se realizará preferiblemente con el bebé al pecho como medida eficaz de autoanalgesia.

REFERENCIAS

1. www.nice.org.uk/guidance/cg190
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2010. Disponible en: www.msps.es/organozacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm
3. Harper B. Waterbirth Basics. From Newborn Breathing to Hospital Protocols 2000. Disponible en: [http://www.waterbirth.org/assets/documents/Waterbirth Basics.pdf](http://www.waterbirth.org/assets/documents/Waterbirth%20Basics.pdf)
4. Cluett ER, Burns E. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database Syst Rev. 2009; 2: CD000111 [citado el 30 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
5. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>