

## HOJA INFORMATIVA

### ASISTENCIA AL PARTO DE BAJO RIESGO: PARTO NATURAL HOSPITALARIO

Servicio de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON).

#### 1. INTRODUCCIÓN

El principio básico del parto de bajo riesgo en nuestro centro es que la gestante sea el centro de la asistencia ofrecida, con la posibilidad de decidir el número máximo de aspectos, de acuerdo a sus preferencias o necesidades, las cuales vendrán determinadas por sus concepciones éticas, culturales, sociales y familiares.

#### 2. INGRESO AL PARTO Y DEFINICIÓN DEL RIESGO DE PARTO

- Cuando se produce un ingreso por parto se confirmará el grado de riesgo. La inclusión en éste protocolo implica necesariamente que el parto sea de riesgo bajo o medio, según la clasificación del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya, 2ª ed. 2005) (Anexo 1). Si en cualquier momento durante el parto, éste pasa a ser de alto riesgo es necesario aplicar los protocolos médicos pertinentes a cada situación.
- Cuando se haya detectado Estreptococo B en los cultivos vaginales de final de gestación (o si el resultado es desconocido) es necesario administrar antibiótico, por el riesgo de infección neonatal por estreptococo.

#### 3. ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN

- Como concepto general, la paciente tendrá libertad de movimientos y posiciones, y se realizará la intervención médica mínima para garantizar el control del bienestar fetal.
- Es obligatorio canalizar una vía venosa, que permita un acceso rápido a la circulación en caso, muy improbable, de complicaciones graves. Si no hay complicaciones la vía se mantendrá sin conectar a ninguna perfusión.
- El parto transcurrirá, siempre que sea posible por disponibilidad, en una sala de partos de bajo riesgo, habilitada para acoger de manera integral todo el proceso de dilatación y parto. Se hará el máximo esfuerzo para procurar un ambiente íntimo y recogido para la embarazada.
- *Acompañantes.* Se permitirá que la gestante esté acompañada por *una persona*, la que ella designe.
- El manejo y la dirección del parto estará a cargo de un equipo obstétrico con el cual la paciente tendrá contacto preferente con una comadrona que será la responsable de su parto. Al tratarse de un hospital universitario es posible que esta comadrona forme equipo con un médico o enfermera especializada.
- Durante la dilatación se procurará dar soporte emocional y información detallada sobre el motivo de los pasos que se van a seguir durante el proceso. Es importante que se entienda y acepte todo lo que se hace, por lo que el equipo obstétrico lo explicará en lenguaje comprensible.

Otros aspectos sobre la asistencia al trabajo de parto:

- *Alimentación:* Si las gestantes lo desean podrán ingerir líquidos claros (exceptuando los lácticos, zumos con pulpa o ácidos y bebidas carbónicas) durante el periodo de dilatación.
- *Rasurado y enema:* Se evitará (excepto si la mujer lo solicita).
- *Amniorrexia artificial (Ruptura de la bolsa amniótica):* No se realizará si no hay un motivo que lo aconseje.
- *Exploraciones vaginales:* Se realizarán, por regla general, cada 2 horas durante la dilatación. Se pueden realizar más frecuentemente si el equipo obstétrico lo cree conveniente.
- *Monitorización fetal:* El control fetal se realizará preferentemente de manera intermitente, sea por auscultación directa o con la utilización de auscultación electrónica en periodos de 20 minutos cada hora.

#### 4. ANESTESIA

La tolerancia al dolor es muy variable de unas gestantes a otras. Se promoverá que todas las gestantes y especialmente aquellas que no deseen *a priori* ningún tipo de analgesia durante el parto, utilicen métodos no farmacológicos para reducir el dolor (Anexo 2). En aquellas gestantes que lo soliciten se administrará análogo-anestesia.

Cuando se solicite anestesia, la técnica más segura para madre y feto es la anestesia epidural y, si no hay contraindicaciones será la utilizada. La indicación la hará un obstetra juntamente con el anestesiólogo, siendo éste último el que decidirá la técnica más adecuada. Es necesario el consentimiento informado de la gestante.

La utilización de cualquier medicación o técnica anestésica no implica que la gestante cambie de sala de partos, ni alterará los conceptos antes mencionados sobre el tipo de atención personal y información, pero sí hace necesario incrementar el nivel de control de madre y feto: Control más frecuente de tensión arterial, perfusión continua por la vía, monitorización fetal más frecuente y más posibilidad de requerir oxitocina.

## 5. INDICACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA

---

A pesar de que *no está indicada de manera automática*, en ciertas situaciones puede ser necesario estimular la dinámica uterina con oxitocina. En estos casos, se explicarán las razones por las cuales se considera necesaria su utilización, y la oxitocina se administrará con el conocimiento de la gestante. En caso de administrar oxitocina es imprescindible realizar una monitorización fetal continua.

## 6. FASE DE EXPULSIVO (DESPUÉS DE LA DILATACIÓN COMPLETA) Y ASISTENCIA AL PARTO

---

- Las exploraciones vaginales son habitualmente más frecuentes a medida que se acerca la fase de expulsión (después de la dilatación completa)
- El equipo obstétrico mantendrá una *conducta expectante*, es decir, no se procederá a la realización de ninguna maniobra ni a la administración de medicación, siempre que las condiciones maternas o fetales lo permitan.
- *Monitorización fetal*: En éste periodo el riesgo de acidosis fetal es más elevado, por eso es recomendable realizar una monitorización continua de la FCF. No obstante, si se decide hacer auscultación intermitente, ésta se hará cada 5 minutos durante 60 segundos después de una contracción.
- La gestante podrá, si lo desea, realizar espoderamientos (*pujos*) asistida por la comadrona.
- Siempre que sea posible se evitará la realización de episiotomía.
- Después de la salida del recién nacido se ofrecerá a la madre tenerlo sobre ella inmediatamente.
- Nuestro protocolo habitual es pinzar y cortar el cordón poco después de la salida del recién nacido, pero si la madre lo desea se puede esperar a que deje de palpar, y de la misma manera si el padre lo solicita puede cortar él el cordón.
- Si se quiere hacer donación de sangre de cordón, lo más recomendable es pinzar y cortar rápidamente, ya que de otra manera las probabilidades de que se obtenga la cantidad necesaria de sangre son mucho más reducidas.
- Antes de la salida de la placenta es recomendable realizar un alumbramiento dirigido con oxitocina, para reducir el riesgo de hemorragia postparto. Si la paciente no lo desea no se realizará este procedimiento.

## 7. PUERPERIO INMEDIATO

---

- A los pocos minutos del nacimiento está protocolizado administrar vitamina K a los recién nacidos ya que ésta es una medida de efectividad demostrada para reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas. La vía normal de administración es la intramuscular. Si la madre no desea esta vía se puede administrar oral.
- Después del parto, es permanecerá una hora en la sala de partos y se subirá a planta para seguir el control del puerperio.
- Siempre que sea posible, el recién nacido permanecerá con la madre, siendo muy recomendable el contacto piel a piel entre madre y recién nacido desde el mismo momento del nacimiento. Así mismo, se potenciará la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

---

## ANEXO 1: CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO <sup>(1)</sup>

---

### 1. Riesgo bajo

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

### 2. Riesgo medio

- Anomalías pelvianas
- Estatura baja
- Gestación en mujeres de menos de 17 años
- Gestación en mujeres de más de 38 años
- Obesidad
- Gestante Rh negativa
- Fumadora habitual
- Condiciones socioeconómicas desfavorables
- Esterilidad previa
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática
- Periodo intergenésico inferior a 12 meses
- Riesgo laboral
- Riesgo de enfermedades transmisión sexual
- Control insuficiente de la gestación
- Embarazo no deseado
- Metrorragias durante el primer trimestre
- Cardiopatías graves 1
- Incrementos excesivos o insuficientes de peso
- Gran multiparidad

### 3. Riesgo alto

- Anemia grave (Hb < 9 g/dl)
- Gemelos
- Historia obstétrica desfavorable
- Cirugía uterina previa (\*)
- Cardiopatía 2
- Infección materna (incluye: toxoplasmosis, rubéola, sífilis y citomegalovirus cuando haya evidencia de infección fetal. Herpes simple genital activo, pielonefritis durante el parto y virus de la inmunodeficiencia humana)
- Endocrinopatía
- Diabetes gestacional
- Sospecha de malformación fetal
- Obesidad mórbida (IMC > 40)
- Preclampsia leve

\*La cesárea anterior no es contraindicación absoluta.

### 4. Riesgo muy alto

- Gestación múltiple
- Malformación uterina
- Muerte perinatal recurrente
- Patología asociada grave
- Drogadicción/alcoholismo
- Isoinmunización
- Cardiopatía 3 y 4
- Diabetes pregestacional (tipo 1 y 2)
- Incontinencia cervical uterina
- Malformación fetal confirmada
- Crecimiento intrauterino retardado/restringido
- Placenta previa
- Preclampsia grave
- Amenaza de parto prematuro
- Ruptura de membranas en el pretérmino

---

(1) Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña. 2ª edición revisada. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/protsegui2006.pdf>

---

## **ANEXO 2: MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA REDUCIR EL DOLOR <sup>(1)</sup>**

---

La gestante en proceso de parto puede requerir o desear medidas no farmacológicas a fin de aliviar el dolor producido por las contracciones del parto. Es importante utilizar diferentes técnicas en función de las características individuales. En todos los casos la colaboración activa de la mujer y de la pareja (o la persona acompañante), es fundamental para poder encontrar la manera de contribuir a la reducción de la sensación dolorosa.

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

Existen diferentes técnicas que se pueden aplicar durante el parto a fin de disminuir la percepción dolorosa:

### **1. Estimulación cutánea**

Suele disminuir la intensidad del dolor durante y/o después de la estimulación, y por tanto hace más aceptable la sensación dolorosa.

Forman parte de la estimulación cutánea: *El masaje superficial, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío.*

### **2. Distracción**

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

### **3. Relajación**

Permite una disminución de la tensión muscular y mental.

### **4. Técnicas de respiración**

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

### **5. Visualización de imágenes mentales**

Permite controlar el dolor a través de su utilización.

### **6. Otras medidas**

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

(1) Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 1998. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/protpart.pdf>