



HOSPITAL Arantzazu OSPITALEA

PROCESO ASISTENCIAL DEL PARTO EUTÓCICO

2000

PROCESO ASISTENCIAL DEL PARTO EUTÓCICO

ÍNDICE

	Introducción	4
	Metodología	4
I	Recepción gestantes en el Hospital	14
II	Recepción gestantes en Sala de Urgencias	15
III	Valoración de la gestante	16
IV	Aviso al médico	17
V	Evaluación inicial gestante	18
VI	Tramitación del ingreso	24
VII	Recepción y preparación de la gestante para período de dilatación ..	25
VIII	Valoración gestante: Identificación de problemas y planificación de cuidados	30
IX	Cumplimentación de registros	34
X	Comunicación de la situación al médico del paritorio	35
XI	Información del plan general y cuidados individualizados	36
XII	Monitorización de la gestante	37
XIII	Aplicación Protocolo de Dilatación	39
XIV	Aplicación Protocolo de Analgesia	48
XV	Asistencia al período expulsivo	57
XVI	Asistencia al período de alumbramiento	67
XVII	Reconstrucción de la episiotomía	70
XVIII	Acogida del recién nacido	73
XIX	Salida madre-recién nacido a la Unidad de Hospitalización	77
XX	Acogida a madre y recién nacido en Unidad de Hospitalización	78
XXI	Protocolo puerperio inmediato	79
XXII	Protocolo puerperio hospitalario	84
XXIII	Educación sanitaria	96
XXIV	Alta hospitalaria	101
	Bibliografía	102

EQUIPO COORDINADOR

Juan J. Larraz	Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología
Luis Paisán	Jefe de Sección de Neonatología
Carmen Múgica	Supervisora de Partos
Ángel Gómez	Supervisor Unidad Puerperas
Carmen Dorronsoro	Supervisora Unidad Puerperas
M ^a Antonia Pérez Argüello	Supervisora Neonatología
M ^a Rosario Fernández	Matrona
Elena Zavala	Unidad de Calidad
M ^a Luisa Arteagoitia	Subdirectora Médica
M ^a Asunción Aznar	Subdirectora de Enfermería

EQUIPOS DE TRABAJO

GINECÓLOGOS

Ana Jaén
Juan J. Larraz
Luis Urbieta
Jorge Urtiaga

NEONATÓLOGOS

José M^a Arena
Valentín Collado
Juncal Etxeberria
Luis Paisán
Ángel Rey

ANESTESIOLÓGOS

Txema Carrillo
Luis Esnaola
Eduardo Etxaniz
Nuria González
Juan Gutiérrez
Borja Mugabure
Pilar Plou
Nieves Querejeta

MATRONAS

M^a Jesús Arregui
M^a Rosario Fernández
Maitane Iruretagoiena
Maribel Labaca
Marian López de Guereño
Javier Rey
M^a Teresa San Adrián
Aurora Telletxea
Julia Torregaray

ENFERMERAS

Marina Aguirre
Goyita Andrés
Carmen Blasco
Carmen Dorronsoro
Ana Estíbaliz
Ángel Gómez
Begoña Goya
M^a Jesús Izaguirre
Coro Mendizabal
M^a Antonia Pérez
M^a Asun Poos
Susana Sánchez
Begoña Suárez

PERSONAL SUBALTERNO

Bernardo González
Máximo Pérez

ADMINISTRATIVOS

Lourdes Amundarain
Begoña Atutxa

PROCESO CLÍNICO: PARTO EUTÓCICO

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo ha sido planificar el proceso del parto eutócico con el fin de unificar criterios de actuación en cada una de las actividades que se realizan ante una mujer que llega al hospital para este proceso, adecuándolo a las expectativas de las pacientes e introduciendo los criterios de la evidencia científica que se poseen en la actualidad.

METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE PROCESOS

Un proceso es una secuencia de actividades en las que intervienen personas, materiales, energía y equipamiento, organizadas de una forma lógica para producir un resultado planificado y deseado.

I. CARACTERÍSTICAS DE UN PROCESO

- La VARIABILIDAD: debido a que la secuencia de actividades no se realiza exactamente de la misma forma es imposible garantizar que los resultados vayan a ser idénticos.
- La REPETITIVIDAD: los procesos se crean para producir un resultado y repetirlo. Esta característica permite trabajar sobre el proceso y mejorarlo.
- Los CONCEPTOS INTEGRANTES de un proceso base:
 - 1.- Proceso base: Se utiliza este término para describir cualquier proceso de la organización sea este operativo, de manejo de información o de gestión. Este concepto permite distinguir los procesos ordinarios de la organización de otros procesos propios de la terminología de gestión de procesos como son “el proceso de estabilización del proceso” o el “proceso de mejora de procesos”.
 - 2.- Definición funcional del proceso base: Se trata de definir de una forma clara y práctica el proceso base a través de las funciones que realiza.

- 3.- Límites del proceso base: marca las actividades que pertenecen al proceso y las que no pertenecen.
- 4.- Destinatarios del proceso base: Son aquellas personas o departamentos que reciben los flujos de salida del proceso. Los destinatarios del proceso, le exigen que haya funcionado correctamente y que haya aportado valor a los flujos procesados. Satisfacer a los destinatarios del proceso se debe convertir en la razón de ser del proceso y debe guiar todas las actividades.
- 5.- Flujos de salida del proceso: Es el producto o servicio que recibe "físicamente" el cliente. El flujo puede presentar muchas formas diferentes pero todas ellas tienen en común la necesidad de impactar adecuadamente en las expectativas del cliente.
- 6.- Expectativas de los destinatarios del proceso base: Son creencias sobre como debe ser el servicio que van a recibir. Estas creencias son muy amplias y abarcan aspectos muy diversos del proceso. La mayor parte de las fases del proceso se ven afectadas directa o indirectamente por las expectativas de los clientes.
- 7.- Elementos procesadores del proceso base: Es la lista de departamentos o personas que ejecutan alguna parte o secuencia de actividades del proceso.
- 8.- Diagrama de flujo del proceso base: Permite representar gráficamente todas las actividades y funciones incluidas en la definición del proceso y como se relacionan entre ellas. El diagrama de flujo es muy útil para descubrir relaciones entre actividades que no son útiles y siguen funcionando por costumbre organizacional.
- 9.- Características de calidad del proceso base: Son las circunstancias de ejecución previstas para cada actividad del proceso base.
- 10.- Estructuras de indicadores del proceso base: Un indicador es la medición de una característica de un proceso. Sirven para analizar la situación del proceso, establecer objetivos y evaluar objetivamente el trabajo de las personas y equipos implicados. Los indicadores deben ser representativos, fiables, escasos y gestionarse de una manera sólida y sistemática. Existen dos tipos de medidas básicas de procesos:
 - medidas de eficacia miden la manera en la que un proceso impacta en los clientes.
 - medidas de eficiencia miden la cantidad de recursos que necesita un proceso dado un nivel de eficacia.

II. GESTIÓN DE UN PROCESO: ESTABILIZACIÓN Y MEJORA

Cualquier secuencia repetitiva de acciones que produce un resultado ya puede considerarse un proceso. Sin embargo en las organizaciones no basta con que funcionen los procesos sino que es necesario que estos tengan unos buenos indicadores de eficacia y eficiencia. Para conseguir un buen funcionamiento del proceso es necesario gestionarlo y actuar conscientemente sobre el mismo. Las dos formas habituales de gestionar un proceso son el empleo de estabilización y el empleo de acciones de mejora.

ESTABILIZACIÓN

Estabilizar significa modificar todos los factores del proceso y conseguir que se comporten de forma predecible adecuándose a las expectativas de los clientes

Las acciones de estabilización de un proceso son todas aquellas que tienen por objetivo reducir al máximo las variaciones e irregularidades dentro del proceso. Esto se consigue principalmente estandarizando métodos de trabajo. Las acciones de estabilización son actividades repetitivas que pueden ser definidas como un proceso. A este proceso se le denomina ciclo SDCA.

- S: Definición de la "forma estabilizada" para la ejecución del proceso.
- D: Ejecución de las actividades según la forma estabilizada
- C: Comprobación de que la actividad se realiza según la forma estabilizada.
- A: Ajustar de nuevo la ejecución del proceso a la forma estabilizada para el mismo.

MEJORA

Las acciones de mejora son aquellas dirigidas a cambiar la "forma estabilizada" del proceso y adaptarlo mejor a las expectativas de los destinatarios del mismo.

Las acciones de mejora son actividades repetitivas que pueden ser definidas como un proceso. A este proceso se le denomina ciclo PDCA.

- P: Planificar la mejora del proceso base.
- D: Ejecución de las actividades planificadas para la mejora.
- C: Comprobación de la efectividad de las mejoras
- A: Actualizar el proceso base. Convertir las mejoras alcanzadas en nueva forma estabilizada.

ESTRATEGIA DE ELABORACIÓN DEL PROCESO

• SELECCIÓN DEL PROCESO

Se eligió el proceso del parto eutócico por ser el proceso más frecuente del hospital, en el que participan gran número de profesionales y en el que las pacientes proyectan un alto grado de exigencia y autonomía.

• EQUIPO COORDINADOR

La metodología utilizada y el gran volumen de profesionales que se han implicado en la elaboración del proceso hizo necesaria la creación de un equipo de trabajo coordinador cuyas funciones son las siguientes:

- 1.- Elaborar el diseño del proceso clínico siguiendo los siguientes pasos:
 - Definir el proceso desde el inicio hasta el final.
 - Identificar las expectativas de las pacientes mediante encuesta de satisfacción y de la percepción de los profesionales.
 - Elaborar el diagrama de flujo donde figuran qué y quién realiza cada una de las actividades del proceso.
 - Elaborar las características de calidad de las actividades
- 2.- Presentar el diseño del proceso a los diferentes profesionales que participan en el mismo para conseguir el consenso en cuanto al diseño general.
- 3.- Asignar las diferentes actividades entre los diversos profesionales para elaborar los protocolos de actuación correspondientes a cada actividad.
- 4.- Aprobar los protocolos elaborados por los equipos.
- 5.- Diseñar la batería de indicadores de calidad que nos permita controlar el proceso.
- 6.- Potenciar la implantación del proceso estabilizado.
- 7.- Monitorizar los indicadores, analizarlos y potenciar la estabilización del proceso.
Este equipo de trabajo ha estado formado por:
 - 1 ginecólogo
 - 2 matronas
 - 2 supervisores de unidad de puerperas
 - 1 neonatólogo
 - 1 enfermera de cuidados neonatales
 - 1 metodólogo de calidad
 - 1 subdirectora médica
 - 1 subdirectora de enfermería

- EQUIPOS PARA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS

Se han constituido 6 equipos para elaborar los protocolos correspondientes para cada actividad. Dependiendo de las características del trabajo ha habido equipos de carácter multidisciplinar y otros de cada uno de los estamentos:

- 1 equipo ginecólogos
- 1 equipo de anestesiólogos
- 1 equipo de matronas
- 1 equipo de lactancia materna
- 1 equipo de unidad de hospitalización de puerperas
- 1 equipo de celadores
- 1 equipo de neonatólogos

Estos equipos una vez elaborados los protocolos de cada actividad han realizado reuniones de consenso entre los miembros del servicio.

ESTRUCTURA DEL PROCESO BASE (1)
PROCESO DE ASISTENCIA AL PARTO EUTÓCICO

DESIGNACIÓN DEL PROCESO BASE:

Proceso de asistencia a la mujer gestante en trabajo de parto eutócico.

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO BASE:

Es un proceso que recibe a la mujer embarazada en la sala de ingresos, la reconoce, indica su ingreso, asiste al parto en paritorio y sigue a la puerpera y al recién nacido en la unidad de hospitalización hasta el alta hospitalaria

LÍMITE INICIAL DEL PROCESO BASE:

La mujer gestante acude a urgencias.

LÍMITE FINAL DEL PROCESO BASE:

Alta hospitalaria

LÍMITES INTERMEDIOS:

Ingreso en expectantes.

Cesárea.

IDENTIFICACIÓN DE LOS DESTINATARIOS DEL PROCESO BASE.
EXPECTATIVAS DE CADA DESTINATARIO DEL PROCESO BASE.

DESTINATARIO	ESTRUCTURA DE ÁRBOL DE EXPECTATIVAS
LA PACIENTE	<p>En cuanto a trato personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que me traten bien - Que me permita sentir activamente mi experiencia vital - Que me informen de cada una de las cosas que me han de realizar - Que me den apoyo y ayuda emocional en momentos críticos - Saber qué profesional (nombre, médico o matrona) estará atendiéndome. - Que no me sienta sola (pareja, familiar) <p>En cuanto a tratamiento - asistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que me realicen las pruebas que sean necesarias para conocer el estado de mi bebé y el mío. - Que los procedimientos no sean molestos o dolorosos. - Que sea lo más corto posible. - Que me sienta segura - Que me pongan analgesia (si lo deseo) - Que me informen cuando se presentan problemas - Que atiendan bien al niño cuando haya nacido, no me lo cambien - Que me faciliten y ayuden a iniciar la lactancia lo antes posible - Que no me confundan con recomendaciones diferentes - Que no me subestimen por mi falta de experiencia en la maternidad <p>En cuanto a hostelería:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habitación individual. - Televisión gratuita - Teléfono mayor tiempo de recepción - Cunas más altas - Entorno tranquilo y limpio
EL ACOMPAÑANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Que me traten bien - Que pueda ser participe del proceso - Que pueda acompañar a mi familiar en todo momento - Que me informen de la evolución

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEL PROCESO BASE	
ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
1. RECIBIR GESTANTE EN EL HOSPITAL	Trato amable y personal Explicar correcta y claramente donde realizar la admisión Registro de datos sin errores.
2. RECIBIR PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS	Acogida respetuosa, por su nombre, permitiendo ser acompañada por la persona significativa.
3. VALORAR PACIENTE	Datos clínicos pertinentes. Valoración del rastreo con datos objetivos en la hoja de valoración de enfermería
4. AVISAR AL MÉDICO	Conocer el nombre del médico responsable y medio de búsqueda para asistir la urgencia.
5. EVALUACIÓN INICIAL GESTANTE	Cumplimentar Historia Clínica sin errores ni omisiones. Registrar en la Historia Clínica factores de riesgo. Informar del diagnóstico y conducta a seguir a la paciente.
6. TRAMITAR INGRESO	Sin demora. Sin errores administrativos. Ubicarla adecuadamente.
7. RECIBIR Y PREPARAR PACIENTE PARA PERIODO DE DILATACIÓN	Identificándose como responsable de los cuidados Promoviendo tranquilidad y ayuda a su proceso Estableciendo un vínculo profesional Recabar toda la información relevante Aplicar medidas higiénicas selectivas
8. VALORACIÓN GESTANTE: IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS	Establecer valoración localizada en los problemas detectados. Conocer expectativas para su experiencia del parto. Etiquetar los problemas y sus causas. Reformular el problema con la paciente. Establecer cuidados claros y concisos.
9. CUMPLIMENTAR REGISTROS	Con objetividad. Sin errores.
10. AVISAR MÉDICO DE PARITORIO	Informar del estado, de la pauta médica en el ingreso y de las expectativas de la paciente.
11. INFORMAR DEL PLAN GENERAL DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS	Informar correcta y claramente a la paciente sin omisiones del programa terapéutico.
12. MONITORIZAR GESTANTE	Seleccionando la monitorización idónea en cada caso. Registrando el motivo de la opción.
13. APLICAR PROTOCOLO DE DILATACIÓN	Ajustar exploraciones diagnósticas en base al ritmo de progreso. Ajustar dosis mínima eficaz de oxitocina. Valorar constantes vitales e hidratación con Ringer lactato. Valorar diuresis, diaforesis, descanso, apoyo emocional. Valorar alteraciones curso de parto y neonatal. Verificar alteraciones mediante bioquímica fetal(extracción correcta y sin demoras). Establecer una correcta política de amniorrexis artificial
14. APLICAR PROTOCOLO DE ANALGESIA	Unidad de acción en las gestantes analgesiadas para el trabajo de parto Cumplimentación previa del consentimiento informado. Aplicar la técnica analgésica indicada por el médico y elegida por la gestante.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEL PROCESO BASE

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
15. ASISTIR PERIODO EXPULSIVO	<p>Traslado de la paciente en el momento adecuado.</p> <p>El expulsivo se realiza sin omitir medidas de preparación previa.</p> <p>Se favorecen posturas que contribuyen a una media superior del ph en arteria umbilical.</p> <p>Valoración sistemática de posición, actitud, fenómenos plásticos y mecanismo del parto.</p> <p>Pujo espontáneo de la gestante con patrón fetal de buen pronóstico.</p> <p>Episiotomía selectiva según indicaciones.</p> <p>Favorecer contacto físico piel a piel madre-neonato, cuando no precise cuidados especiales.</p>
16. ASISTIR PERIODO DE ALUMBRAMIENTO	<p>Una vez comprobado el desprendimiento de la placenta, nunca antes pueden realizarse maniobras para facilitar la expulsión.</p> <p>Revisión placenta y cordón umbilical.</p> <p>Comprobación hemostasia y estado materno.</p> <p>Revisión sistemática canal del parto.</p>
17. RECONSTRUIR EPISIOTOMÍA	<p>Correcta y simétrica posición de las superficies cruentas.</p> <p>Meticulosa asepsia y antisepsia.</p>
18. RECOGER NIÑO Y APLICAR PROTOCOLO CUIDADOS	<p>Colocación cabeza fetal en el lado derecho de la madre, facilitando contacto visual, seco y bien tapado.</p> <p>Test de apgar en los tiempos establecidos.</p> <p>Identificación correcta y legible.</p> <p>Realizar cuidados mínimos y medidas preventivas con historia cumplimentada</p>
19. SALIDA MADRE-BEBÉ PLANTA	<p>Buena postura y sujeción de apósitos.</p> <p>Perfusión en buenas condiciones.</p> <p>Historia Clínica cumplimentada.</p> <p>Despedida correcta y afable.</p>
20. ACOGIDA EN PLANTA	<p>Recibir y presentarse a la madre y acompañante.</p> <p>Informar de normas de funcionamiento de la Unidad.</p> <p>Cumplimentar registros sin errores.</p> <p>Valorar estado madre-recién nacido.</p>
21. APLICAR PROTOCOLO DE PUERPERIO INMEDIATO Y EXPLORACIÓN DEL NIÑO POR PEDIATRA	<p>Actividades de apoyo a la lactancia materna, educación sanitaria y autocuidados.</p> <p>Aplicar cuidados madre-recién nacido.</p> <p>Inicio precoz lactancia materna.</p>
22. APLICAR PROTOCOLO DE PUERPERIO HOSPITALARIO	<p>Valoración estado físico y anímico de la puerpera.</p> <p>Mantenimiento de actividades de apoyo a la lactancia materna, educación sanitaria y autocuidados.</p> <p>Screening de metabolopatías a todo recién nacido.</p>
23. EDUCACIÓN SANITARIA	<p>Información y adiestramiento de padres sobre ventajas y técnica de la lactancia materna.</p> <p>Información y adiestramiento en cuidados del recién nacido.</p> <p>Información y adiestramiento de autocuidados.</p>
24. ALTA HOSPITALARIA	<p>Informe de alta en mano.</p> <p>Entrega de hoja de continuidad de cuidados.</p> <p>Entrega cartilla del Recién Nacido.</p> <p>Informar detalladamente sobre los signos de alarma a consultar</p> <p>Informar adecuadamente de los responsables extrahospitalarios de asistencia a la puerpera y recién nacido.</p>

PROCESO: PARTO EUTÓCICO		ESTRUCTURA DE INDICADORES			
INDICADOR	ALGORITMO	ST	F. INFORMACIÓN	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
%CESÁREAS	Nº cesáreas/ Nº total partos	<16%	Libro de partos Control de Gestión	Mensual	Control de Gestión
%EPISIOTOMÍAS	Nº episiotomías en cualquier parto eutócico + parto instrumental con episio implícita /Nº partos vaginales	<50%	Explo- PMC	Trimestral	Unidad de Calidad
%REINGRESOS	Nº reingresos/ Nº total partos	<6%	Explo- PMC	Mensual	Unidad de Calidad
%EPIDURAL	Nº anestesiás epidurales/ Nº partos vaginales	>80%	Libro de partos Control de Gestión	Mensual	Control de Gestión
%INFORME DE ALTA EN MANO	Nº altas por parto / Nº partos.	>90%	Pool administrativo	Mensual	Administrativas Ginecología
%PACIENTES CON ENEMA	Pacientes a las que se aplicó enema / Nº partos vaginales	-	Libro de partos	Mensual	Supervisora de Partos
%PACIENTES CON RASURADO	Nº pacientes a las que se aplicó rasurado/ Nº partos vaginales	-	Libro de partos	Mensual	Supervisora de Partos
%NEONATOS QUE SUBEN A PLANTA CON LA MADRE	Nº de neonatos que suben a planta con la madre / Nº de neonatos	-	Libro adaptación	Mensual	Supervisora Neonatología
%LACTANCIA MATERNA	Nº neonatos alimentados con lactancia materna/ Nº de neonatos	-	Registro metabolopatías	Mensual	U. Metabolopatías
%LACTANCIA MIXTA	Nº neonatos alimentados con lactancia mixta/ Nº de neonatos	-	Registro metabolopatías	Mensual	U. Metabolopatías
SATISFACCIÓN GLOBAL	Índice de satisfacción en 4º verde	-	Encuesta	Mensual	S. Atención Paciente
Nº QUEJAS	Nº de quejas del apartado de observaciones de la encuesta en puerperas	-	Encuesta	Mensual	S. Atención Paciente
Nº AGRADECIMIENTOS	Nº de agradecimientos del apartado de observaciones de la encuesta en puerperas	-	Encuesta	Mensual	S. Atención Paciente
ESTANCIA MEDIA	Nº estancias en PMC 1501/ Nº altas con PMC1501	-	Explo PMC	Mensual	Unidad de Calidad
% PARTOS ESTANCIA ≤3	Nº pacientes con PMC 1501 con estancia ≤ 3 / Nº altas con PMC 1501	-	Explo PMC	Mensual	Unidad de Calidad

I. RECEPCIÓN GESTANTES EN EL HOSPITAL

- * La mujer que acceda al Hospital, por la entrada de Urgencias de Pediatría, será acompañada por el celador hasta el S° de Partos, quien comunicará al Personal de Enfermería llamando al teléfono 7048 que espera una paciente para ser reconocida por el Ginecólogo.
- * Si el acceso de la mujer al Servicio de Partos, se realiza por cualquier otro circuito que no sea el mencionado , será recibida por el celador del mismo, actuando éste como en el apartado anterior.
- * La paciente podrá pasar a la sala de urgencia acompañada por la persona que desee.
- * En ambos casos y a fin de realizar los trámites burocráticos necesarios se le indicará al acompañante que debe acudir :
 - De 8:00 a 22:00 horas, Servicio de Admisión de Urgencias de Pediatría ubicado en la planta (-1 del Área Materno Infantil)
 - De 22:00 a 8:00 horas, Servicio de Admisión de Urgencias Grales. ubicado en el sótano (Área General).

II. RECEPCIÓN GESTANTES EN SALA DE URGENCIAS

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Dar una acogida de hospitalidad.

ACTIVIDADES:

- Preguntar en la sala de espera por la paciente que solicita atención. Priorizar en caso de presentarse varias pacientes.
- Preguntar si desea estar acompañada y el vínculo que le une al acompañante
- Acompañarles hasta la sala de exploraciones e invitarles a sentarse dando relevancia similar al acompañante.
- Conocer la causa por la que acuden.
- Conocer si posee Historia Clínica de este embarazo, facilitando con preguntas pertinentes esta circunstancia. Algunas pacientes desconocen la diversidad de documentos.
- Si tiene Historia Clínica anterior, solicitarla al archivo.
- Solicitar documentación de este embarazo, cartilla, e informes.
- Comprobar si se le ha realizado toma de estreptococo y si consta el resultado.
- Comprobar si posee pruebas de coagulación y plaquetas.
- Informar y entregar consentimiento informado sobre ADN.
- Registrar en el libro de urgencias.

III. VALORACIÓN DE LA GESTANTE

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Extraer datos que nos ayuden a identificar problemas.

ACTIVIDADES:

- Registrar los datos obtenidos en la acogida, datos de la documentación y observación de la paciente en la hoja de valoración de Enfermería.
- Controlar y registrar constantes:
 - T.A.
 - Pulso
 - Temperatura
- La guía que nos proporciona la hoja de valoración debe ser completada, pero el contenido asistencial nos limita esta actuación, por lo que se ha optado por realizar la valoración de rastreo para servicios de urgencias, descrita por Marjory Gordon.
- Valorar y registrar necesidades que no entrañen preguntas que posiblemente sean realizadas por el médico.
- No interferir la entrevista médica con el afán de completar la valoración, ya que la recogida de datos prosigue durante toda su estancia, hay datos que se extraen de la comunicación no verbal, de la información de la familia... etc.
- Aunar datos de la exploración, en la que ayudaremos al médico.
- Obtener datos a través de la observación, la entrevista y el examen físico, presentes en los puntos anteriormente citados.
- Las necesidades que en mayor número de ocasiones nos brindarán la oportunidad de valorar esta fase del proceso son las siguientes:

I Oxigenación	VI/2 Dolor
II Circulación	VII Alteración de la movilidad
III Termorregulación	X Alteración de la comunicación
VI Bienestar	

IV. AVISO AL MÉDICO

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Avisar al médico que es el responsable de valorar, diagnosticar, tomar decisiones terapéuticas, determinar el ingreso o remitir al domicilio.

ACTIVIDADES:

- El aviso al médico encargado de la urgencia se realizará a través del teléfono, busca, interfono o personalmente, según las circunstancias de cada caso.
- Dar una información esencial de la situación de la paciente en el aviso, mediante datos pertinentes del proceso.
- En una gestante que acude por iniciativa propia, por considerar que está en trabajo de parto, los datos esenciales serán:
 - Paridad
 - Edad gestacional referida por la paciente
 - Causa por la que acude: Contracciones
Rotura de membranas
Expulsión de tapón mucoso
Metrorragia.

V. EVALUACIÓN INICIAL GESTANTE

El ginecólogo y la matrona realizarán la evaluación inicial en la asistencia al parto.

Se realizará la Historia Clínica a todas aquellas mujeres que no la tengan.

Las procedentes de algunos Ambulatorios aportan Historia al ingreso.

Las controladas en Consultas Externas del Hospital tienen abierto episodio de Historia Clínica.

Pruebas de laboratorio

Se solicitará Perfil parto.

No es necesario repetir la analítica que la mujer aporta de Atención Primaria.

Se constatará si existe cultivo vaginal para Estreptococo del grupo B. En caso negativo, se realizará toma vaginal.

Si la mujer aporta análisis con anemia Hb igual o inferior a 8 g/dl, se solicitará:

- Pruebas cruzadas
- Reserva de sangre

Valoración Ecografías

Si la gestante aporta ecografías, es importante valorarlas.

Tiene especial interés la primera ecografía para datar la gestación.

Exploración general

- Control de:
- Talla
 - Peso
 - Tensión Arterial
 - Edemas
 - Temperatura.

Maniobras de Leopold

Su frecuente omisión es causa de errores en el diagnóstico de la situación y presentación fetal.

Ayudan también a veces en la sospecha diagnóstica de malformación uterina.

Medición del fondo uterino

Dato inestimable para valorar el tamaño fetal.

Auscultación del latido cardíaco fetal

Exploración de las mamas

Descartar nódulos.

Es importante que la mujer haya recibido información adecuada sobre la lactancia en Atención Primaria.

Se hará constar en la Historia el tipo de lactancia que la mujer desea. Si no tiene una decisión tomada se insistirá sobre los beneficios de la lactancia materna.

Exploración genital

Inspección de vagina, vulva y cérvix.

Si hay sospecha de rotura de membranas que no se confirma con la inspección vaginal, se aplicará el Protocolo Diagnóstico de Rotura de Membranas.

El tacto vaginal nos proporcionará información sobre:

- El cérvix:
 - Posición (centrado o posterior)
 - Consistencia (dura, media o blanda)
 - Borramiento (en tanto por ciento)
 - Dilatación.
- La presentación:
 - Tipo de presentación
 - Altura con respecto al plano de Hodge
 - En ocasiones también actitud y variedad de posición.
- La capacidad de la pelvis:
 - La pelvimetría interna aporta datos muy válidos para hacer un pronóstico sobre la evolución del parto.
- El estado de la bolsa.

Amnioscopia

Se realizará si las condiciones del cérvix lo permiten.

Se respetarán las contraindicaciones:

- Situación fetal no longitudinal
- Metrorragia del tercer trimestre
- Polihidramnios grave
- Casos de amenaza de parto pretérmino en que se va a intentar frenar el parto.

A pesar de que la amnioscopia no tiene valor diagnóstico absoluto sobre el bienestar fetal y de que ha sido suplantada por la monitorización biofísica, hay que considerarla como una exploración obstétrica más que contribuye a afrontar el parto con tranquilidad.

A veces la amnioscopia será definitiva para diagnosticar la rotura de membranas.

Registro cardiotocográfico

Se realizará en todos los casos que el médico considere necesario.

Información sobre la analgesia epidural y consentimiento informado

Interesa conocer el tipo de parto que la mujer desea.

Si desea analgesia epidural, se le entregará el consentimiento informado para que una vez leído lo firme debidamente.

Si la mujer tiene dudas, podrá lógicamente posponer la decisión.

Datos de atención y factores de riesgo

Es muy importante consignar en la primera página de la Historia Clínica de forma bien visible aquellos datos que sean importantes para la buena conducta obstétrica.

Los cambios de turno del personal sanitario así lo exigen para que nada pase por alto.

Ejemplos:

- Portadora de VIH: no colocar electrodo para la FCF, no hacer microtomas para pH fetal.
- Cesárea anterior.
- Estreptococo Grupo B (+).
- Dilatación pelvis renales fetales: este dato es fundamental que sea puesto en conocimiento del pediatra.

Diagnóstico tras la evaluación inicial

Existen tres posibilidades:

1) La mujer no está de parto:

El cuello no se ha modificado y no hay contracciones.

Si la amnioscopia es negativa y el registro de la FCF es normal será dada de alta.

Recomendaciones:

- Acudirá al Hospital si sangra
- Si rompe la bolsa de las aguas
- Si tiene 2 contracciones cada 10 minutos durante por lo menos 30 minutos
- Si percibe dolor abdominal intenso.
- Continuará los controles periódicos establecidos por su médico.

A partir de la semana 41 deberá aplicarse el protocolo de embarazo cronológicamente prolongado.

2) La mujer está en período de latencia:

- Hay dinámica irregular y el cuello está modificado pero no se dan las condiciones que definen el "periodo activo" del parto:
- Cuello borrado
- Dilatación de 2-3 cm
- 2-3 contracciones medianas o buenas cada 10 minutos.
- Ingresará en la Unidad de Gestantes y deberá controlar el número de contracciones cada 10 minutos.
- Se auscultará al feto con asiduidad
- Se realizará registro cardiotocográfico, si es posible, cada 8 horas.
- Se evaluará la evolución mediante tacto vaginal que se realizará según dinámica, pero nunca más tarde de las 12 horas.
- A la mujer se le recomendarán paseos, ducha y se le deberá aclarar bien que todavía no está de parto.

3) La mujer está en período de parto:

- Quedará ingresada en Sala de Partos.

Información a la mujer y su familia

La información debe ser clara y extensa.

La actitud del personal hará que la mujer se sienta "segura".

PROTOCOLO MATRONA

OBJETIVO: Facilitar la exploración obstétrica.

ACTIVIDADES:

- Es importante mantener la secuencia de acciones para no omitir actuaciones.
- Escuchar la información que la paciente refiere acerca de antecedentes familiares, personales, del comienzo y forma en que se han presentado los signos y síntomas, en la cumplimentación de la Historia, son datos útiles para realizar inferencias en nuestra valoración.
- Informarle cuando ha llegado el momento de realizar la exploración, aconsejarle el aseo y facilitarle la intimidad necesaria para ello.
- Explicar y ayudarle a colocarse en postura de litotomía.
- Medir la circunferencia y el fondo uterino.
- Maniobras de Leopold.
- Escuchar los latidos cardíacos del feto, determinar la frecuencia del latido por minuto, informando del buen estado del feto.
- Explorar las mamas.
- Informar de cada procedimiento y sensaciones molestas que puede sentir:
 - Especuloscopia
 - Frotis cervical
 - Amnioscopia
 - Tacto vaginal para conocer la situación obstétrica y exploración de la pelvis.
- Ayudar a la paciente con baja tolerancia a la situación, distrayendo o realizando respiraciones lentas y profundas, para evitar resistencias musculares.
- Informarle cuando ha terminado la exploración y ayudarle a incorporarse, el volumen abdominal provoca gran dificultad para realizar este movimiento.
- Indicarle las prendas más adecuadas para vestirse, dependiendo de la fase del parto en la que se encuentre, con el interés de economizar esfuerzos en la realización de movimientos dificultosos en presencia de contracciones.
- Vigilar que se soliciten todas las pruebas rutinarias de laboratorio.

- Dar información detallada acerca de la situación, conducta obstétrica a seguir, responder a sus preguntas, y comprobar que han entendido repitiendo la información si fuese necesario.
- Registrar pauta a seguir, tratamiento y pruebas solicitadas antes del traslado de la mujer.
- Hacer constar en la Historia Clínica los factores de riesgo.
- Conocer sus expectativas, incluida analgesia epidural e informarle al respecto.
- Registrar nuevos datos obtenidos.
- Avisar a la Aux/Enfermería para cursar muestras.

VI. TRAMITACIÓN DEL INGRESO

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Realizar las acciones de la normativa hospitalaria para la ocupación de una cama.

ACTIVIDADES:

- Si la paciente está en situación expectante, pedir cama directamente a la Unidad de Expectantes Patológicas (1ª Verde) , facilitándole información sobre la situación obstétrica.

Si es necesario aportar más datos acerca de características personales y/o familiares que requieran una ubicación fuera del azar, ésta se realizará con discreción y buscando la confidencialidad, con el interés de conseguir ubicarle adecuadamente.

- Solicitar una cama de puerperio al servicio de Admisión si la paciente, pasa directamente a paritorio.
- Informar al acompañante claramente cuando previamente no han tramitado el ingreso, que debe dirigirse al Servicio de Admisión, indicándole la documentación que debe aportar.
- Acompañar a la paciente a la sala de dilatación o al área de expectantes.

VII. RECEPCIÓN Y PREPARACIÓN DE LA GESTANTE PARA PERÍODO DE DILATACIÓN

CONCEPTO:

La actitud asistencial debe basarse en una observación atenta de la progresión del parto y una evaluación cuidadosa del estado de la madre y del feto.

La paciencia es el principio básico de una asistencia correcta.

El parto exige tiempo para su evolución espontánea y no se debe interferir en su curso salvo que exista una alteración que requiera intervención.

PREPARACIÓN:

- Asepsia y antisepsia.

Se deben respetar las normas básicas de asepsia.

Sería deseable que la mujer procediera a su higiene corporal mediante una ducha si es necesario.

- Rasurado vulvar

No hay evidencia científica de que el rasurado disminuya la contaminación bacteriana durante la exploración vaginal ni disminuya la infección de la episiotomía ni de los desgarros vaginales, razones por las que se ha utilizado ampliamente.

Por ello, el rasurado vulvar es opcional, una vez informada la paciente de sus ventajas e inconvenientes.

En algunos servicios se procede a un "mini-rasurado" de la zona del periné en que se va a realizar la episiotomía.

- Higiene vulvar

La vulva se debe lavar con una solución jabonosa no irritante.

Se mantendrá la higiene a lo largo de todo el parto, lavando antes y después de cada exploración interna, tras la defecación o micción y cuando se ensucie por las secreciones vaginales.

- Enema

No hay evidencia científica de que el enema disminuya la contaminación genital durante el parto, razón por la que se ha utilizado; por tanto, no se recomienda su uso rutinario. Si el periné se ensucia con heces, se limpiará con una solución antiséptica no yodada.

- Vaciamiento vesical

Es preciso observar el grado de replección vesical mediante palpación abdominal.

La vejiga llena puede retrasar la entrada de la presentación en la pelvis o provocar anomalías de la dinámica.

Se indicará a la mujer, que evacue la vejiga espontáneamente y en caso de que le resulte imposible se procederá a realizar sondaje.

- Vía para perfusión intravenosa

La colocación de una vía aporta la ventaja de poder administrar fármacos, sueros, sangre, etc., sin demora, en caso de emergencia.

Pero tiene el inconveniente de que se medicalizan excesivamente todos los partos y de que es incómodo para la mujer.

Podría adoptarse una actitud intermedia:

- Cateterizar aquellos casos en que previsiblemente vaya a ser necesaria la vía, colocando un obturador para no restringir la movilidad de la mujer.
- Si se considera oportuno, se canalizará una vía para perfusión al llegar el expulsivo.

- Control del estado materno

La tensión arterial, pulso y temperatura se tomarán cada 2 horas o más a menudo si las circunstancias lo exigen.

- Alimentación

Una vez comenzado el parto la mujer no debe ingerir sólidos ni líquidos para evitar el riesgo de vómito y aspiración en caso de precisar anestesia general.

-Posición corporal

Durante la dilatación la mujer adoptará la posición que le resulte más cómoda, deambulando, sentada o tumbada, siempre y cuando no interfiera en el control del estado fetal.

Lo más recomendable es la bipedestación, pues en esta posición se acorta la duración del período de dilatación (las contracciones son más intensas y menos frecuentes).

Si la mujer se encuentra en decúbito, es aconsejable el decúbito lateral izquierdo.

- Apoyo familiar

Es importante que la mujer se encuentre apoyada emocionalmente por un acompañante.

La idoneidad del acompañante familiar debe ser considerada en cada caso.

Pueden surgir situaciones en la evolución de un parto en que la presencia del acompañante sea un obstáculo para una correcta actuación.

En estos casos se solicitará cortésmente al acompañante que abandone la Sala de Partos.

Es aconsejable que el acompañante esté informado de esta posibilidad desde el comienzo del parto.

- Apoyo del Personal Sanitario

La mujer debe ser tratada en todo momento con educación, amabilidad y paciencia.

Se intentará conseguir un clima de apoyo emocional y optimismo.

Se informará periódicamente a la mujer y su familia sobre la evolución del parto.

La información será sencilla y veraz.

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Dar continuidad a la acogida dispensada en urgencias.

ACTIVIDADES:

- Dirigirse a la paciente por su nombre, presentarse y dar a conocer la categoría profesional.
- Explicar el propósito. La presentación comienza a establecer una relación profesional.
- Indicarle el tipo de ropa apropiada para su estancia, si anteriormente no lo ha hecho la matrona que le asistió en la sala de Urgencia.
- Comenzar la entrevista, con preguntas de ayuda, con el fin de reducir el nivel de ansiedad.
- Las preguntas deben a su vez, ser pertinentes, para valorar la secuencia inmediata a seguir.
- Preparar el proceso de parto aplicando las medidas higiénicas, el enema y rasurado (opcional)
- Informarle de dicha opción, evitando la sistemática y adaptándolas a sus necesidades, dependiendo de la última eliminación, patrón habitual en la gestación, última ingesta.

A algunas gestantes les preocupa que puedan realizar deposiciones involuntarias, especialmente en el expulsivo, dificultando la eficacia del pujo.

- Informarle de la necesidad de conocer mediante registro cardiotocográfico, la actividad uterina y respuesta fetal como punto de partida.
- Dar la opción a realizar preguntas y demandas, con una escucha activa, a ella y a su acompañante

PROTOCOLO AUXILIARES DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Presentarse como parte del equipo que ha de asistir a la paciente y acompañante.

ACTIVIDADES:

- Dirigirse a la paciente por su nombre, presentarse y dar a conocer la categoría profesional.
- Explicar su propósito.
- Ofrecer disponibilidad.
- Comprobar que ha entendido cuál es la ayuda que le puede proporcionar a lo largo del proceso:
 - Ayudar a la necesidad de higiene
 - Ayudar a la necesidad de ropa limpia
 - Ayudar a la movilización
 - Ayudar en el autocuidado uso de: - W.C.
 - vestimenta
 - Ayudar en el bienestar
 - Colaborar con la matrona en el plan de cuidados
 - Facilitar la comunicación con los familiares del exterior
 - Colaborar en la fase del expulsivo

VIII. VALORACIÓN GESTANTE

PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE MATRONAS

OBJETIVOS: Completar la valoración iniciada en urgencias y focalizar la identificación en las necesidades alteradas.

ACTIVIDADES:

- La valoración debe contener, como criterio, "ser algo más" que el interés por una tarea que debe realizarse.

Centrarse en las necesidades de la paciente, utilizando comentarios de transición apropiados, a medida que se valora cada necesidad e intentar relacionar cada nueva necesidad con una afirmación previa.

Esta habilidad se debe profesionalizar. Es una buena estrategia para que la entrevista no parezca un interrogatorio (Marjory Gordon).

- La valoración de las necesidades se interacciona en muchos casos con las diferentes fases del Proceso de Enfermería. Esta circunstancia hace que la valoración no se produzca secuencialmente.
- La valoración de las necesidades, en esta fase del proceso, debe ser mas focalizada, recabando datos que nos ayuden a identificar el problema.

Deben estar basados en evidencias en vez de conjeturas o suposiciones, asegurando que la información es fidedigna.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Realizar el juicio que nos proporcionará la base para determinar los cuidados pertinentes.

ACTIVIDADES:

Los datos obtenidos se deben:

- Agrupar, analizar y determinar cuál es el problema, la causa y su manifestación.
- Diferenciar los problemas cuya responsabilidad son de la matrona de aquellos que son interdependientes con el equipo obstétrico.

Problema independiente (matrona):

Las respuestas de la paciente y su familia al problema de salud, proceso vital, real o potencial, en los que la matrona es responsable.

Problema interdependiente (equipo obstétrico):

Real o potencial que puede aparecer como complicación a una enfermedad o situación primaria, por tratamientos médicos, quirúrgicos, de pruebas diagnósticas, y que pueden prevenirse, reducirse o resolverse mediante actividades de enfermería.

- Los problemas biofísicos que habitualmente presentan las gestantes en el proceso del parto se contemplan en el protocolo médico, pero las diferencias hay que identificarlas para no estereotipar la paciente y valorar la responsabilidad de dicho problema.
- Los problemas psico-sociales van a constituir el mayor número de problemas de responsabilidad a cuidar por las matronas y habrá que identificarlos individualmente.
- Desconocemos la prevalencia de éstos en la actualidad.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

OBJETIVOS: Guiar la acción para conseguir el resultado esperado.

ACTIVIDADES:

- Dirigir las acciones a un objetivo concreto, para cuidar con mayor eficacia.
- El objetivo debe estar dirigido al problema y su causa para actuar sobre las manifestaciones.
- Las actividades serán de prevención, vigilancia, control y resolución.

PLANES CUIDADOS STANDARIZADOS PROCESO PARTO		
PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Ansiedad R/C hospitalización	<ul style="list-style-type: none">• verbalizará adaptación al entorno	<ul style="list-style-type: none">• aplicar protocolo acogida• informar del proceso• ofertar disponibilidad
Temor R/C proceso de parto	<ul style="list-style-type: none">• muestra expectativa realista y fundamentada	<ul style="list-style-type: none">• orientar sobre el proceso• repasar y enseñar métodos de relajación• clarificar dudas• aceptar el temor
Dolor R/C contracciones uterinas	<ul style="list-style-type: none">• refiere dolor más soportable	<ul style="list-style-type: none">• cambio regular de la posición• masajes: espalda, abdomen• aplicar frío, calor• relajación: método simple• música suave (audífonos)

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Déficit de conocimientos R/C proceso del parto	<ul style="list-style-type: none"> • demuestra conocer fases, procedimiento y conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • estructurar de forma sencilla la enseñanza sobre fases parto • facilitar preguntas • enseñar utilidad del monitor • informar sobre vigilancia y valoración del progreso
Fatiga R/C incapacidad para descansar	<ul style="list-style-type: none"> • comunica sensación de energía 	<ul style="list-style-type: none"> • evitar sobreestimulación cognitiva y sensorial • ayudar necesidades de autocuidado • procurarle ambiente adecuado • ayudar en la relajación • solución e.v. con electrolitos
Déficit autocuidado R/C inmovilidad en cama	<ul style="list-style-type: none"> • tendrá cubiertas las necesidades de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • mantener área perineal limpia • reemplazar con frecuencia las compresas • mantener sábanas limpias • limpieza bucal • acondicionamiento del cabello • atender demandas
Patrón respiratorio inefectivo R/C respiración incontrolada	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de signos y síntomas de hiperventilación 	<ul style="list-style-type: none"> • enseñar respiración lenta • estimulación y apoyo continuo hasta obtener patrón aceptable
Alto riesgo déficit volumen líquidos R/C consumo disminuido	<ul style="list-style-type: none"> • los ingresos y egresos con balance equilibrado 	<ul style="list-style-type: none"> • controlar ingresos y egresos • valorar diaforesis intensa • valorar estado de la piel • perfundir solución
Alteración eliminación urinaria R/C alteración senso motora	<ul style="list-style-type: none"> • no se palpa distensión vejiga 	<ul style="list-style-type: none"> • valorar los ingresos de líquidos • valorar altura vejiga • informar de la pérdida de reflejo • sondaje vesical
Alto riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	<ul style="list-style-type: none"> • no presentará signos y síntomas de infección 	<ul style="list-style-type: none"> • aplicar normas de asepsia • aplicar protocolo mantenimiento de vías. • vigilar signos de infección • termometrar c/ 2h • aplicar protocolo lavado de manos • limpieza de genitales con soluciones antisépticas • aplicar precauciones universales

IX. CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Facilitar el proceso administrativo, el seguimiento y organización del dossier de la paciente.

ACTIVIDADES:

- Completar los datos clínicos y no clínicos, que sistemáticamente deben reflejarse en la Historia de la madre y del neonato.
- Incorporar los registros necesarios en el proceso de parto:
 - Consentimiento Informado de A. Epidural
 - Registro de monitorización de la analgesia
 - Registro de Evolución de Enfermería
 - Parte de nacimiento al juzgado
- Aplicar normativa de clasificación de la Historia Clínica
- Preparar etiquetas de identificación neonatal y analítica protocolizada del proceso.

X. COMUNICACIÓN DE LA SITUACIÓN AL MÉDICO DE PARITORIO

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Conocer la situación de partida de la paciente y etiquetar la normalidad o desviación del proceso.

ACTIVIDADES:

- Dar una información esencial y significativa:
 - Paridad
 - Situación actual
 - Dinámica
 - Factores de riesgo si hubiese
 - Pauta indicada en el ingreso
 - Demandas realizadas por la paciente o familia
- Clarificar dudas o inconvenientes que se presenten para la asistencia.
- Consensuar intervenciones cuando sea necesario, ante nueva información aportada por la paciente.

XI. INFORMACIÓN DEL PLAN GENERAL Y CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Hacer partícipe y dar sensación de control a la paciente.

ACTIVIDADES:

- Establecer un orden en la información.
- Informar de cuál es su situación.
- Informar sobre la oxitocina.
- Informar de la situación del proceso de parto.
- Involucrarla en la consecución de los objetivos.
- Atender expectativas que desee se introduzcan en el plan.

XII. MONITORIZACIÓN DE LA GESTANTE

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Vigilar la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina.

ACTIVIDADES:

- Valorar el conocimiento acerca de los monitores.
- Explicar el funcionamiento y su necesidad
- Corregir cualquier malentendido.
- No describir el monitor como forma de controlar los problemas, sino como una forma de ayudar a prevenirlos.
- Dialogar durante el procedimiento de monitorización.
- Atender a las preguntas del acompañante.
- Valorar el tipo de monitorización:
 - Continua
 - Ventanas
- Adaptar los transmisores de señales en posición cómoda para la mujer.
- Aplicar las actuaciones necesarias a las diferentes situaciones.
- Aceleraciones:
 - Explicar el significado de las aceleraciones de la F.C.F. a la madre y acompañante.
- Desaceleraciones:
 - Explicar el significado de las desaceleraciones precoces a la madre y acompañante.
 - Asegurarles que el feto está bien.

Deceleración tardía:

- Si hiperactividad uterina, interrumpir la perfusión de oxitocina y controlar el tiempo entre contracciones.
- Si hipotensión materna, elevar las piernas de la madre para aumentar el retorno venoso.
- Si síndrome de hipotensión supina, girar a la madre sobre su lado izquierdo para disminuir la presión de la vena cava inferior.
- Notificar al médico, quien valorará la necesidad de tomar una muestra de sangre capilar del feto para controlar la acidosis fetal.
- Explicar el significado de las deceleraciones tardías y las acciones que se realizan a la madre y acompañante.

Deceleraciones variables:

- Cambiar la posición de la madre para disminuir la compresión del cordón umbilical.
- Explicar el significado de las deceleraciones variables y las acciones que se realizan a la madre y acompañante.

XIII. APLICACIÓN PROTOCOLO DE DILATACIÓN

1. TACTO VAGINAL

El número de tactos vaginales será el mínimo necesario para valorar correctamente la evolución del parto, especialmente si la bolsa está rota.

Se consideran necesarias las siguientes exploraciones vaginales:

- Al ingreso
- Tras la rotura de las membranas
- Periódicamente cada 2-3 horas dependiendo de la actividad uterina, paridad y evolución del parto.

El tacto vaginal recogerá información sobre:

- La dilatación y consistencia del cuello.
- Si la bolsa está rota, sobre el color del líquido amniótico.
- Altura de la presentación fetal, actitud y variedad de posición.
- Durante el período de dilatación el criterio más objetivo para valorar el progreso del parto es la dilatación cervical.

Se consideran patrones anormales en la evolución del Parto:

Fase de latencia prolongada:

- Duración de más de 20 horas en las primíparas o de más de 14 horas en las multíparas.

Fase activa prolongada:

- Dilatación menor de 1,2 cm por hora en primíparas y menor de 1,5 cm por hora en multíparas.

Detención de la fase activa:

- No progreso de la dilatación en un tiempo superior a 2 horas.

Parto precipitado:

- Duración total inferior a 3 horas. Progreso de dilatación superior a 3 cm/hora en primíparas ó 10 cm/hora en multíparas.

A medida que progresa el parto se aprecia el descenso de la presentación, descenso que se acelera durante el expulsivo.

En ningún caso se realizará dilatación digital del cuello uterino ni se permitirá a la mujer que puje antes de la dilatación completa.

2. CONTROL DE LA ACTIVIDAD UTERINA

Puede realizarse mediante palpación o monitorización electrónica.

Se considera actividad uterina normal cuando por palpación se objetivan 3 contracciones cada 10 minutos, con una duración de 45-60 segundos, no puede deprimirse el fondo uterino durante el acmé de la contracción con el dedo índice y se relaja el útero correctamente.

Control del estado fetal:

1) Presencia de meconio.

Su significado clínico es discutido.

La experiencia clínica indica que existen casos de asfixia y muerte fetal intraútero sin emisión de meconio y, por el contrario, puede haber meconio sin signos de hipoxia fetal.

Es un signo potencial de riesgo fetal, por lo que su presencia obliga a una monitorización electrónica fetal.

2) Monitorización de la Frecuencia Cardíaca Fetal

a) Monitorización intermitente de la FCF, por métodos clínicos.

Se auscultará el latido cardíaco fetal con el estetoscopio de Pinard o con un detector ultrasónico, valorando simultáneamente la cronología de la contracción uterina por palpación abdominal.

Método de auscultación recomendado:

- Auscultar la FCF durante la contracción y durante el minuto posterior.
- Contar la FCF entre contracciones para conocer la FCF basal.
- Frecuencia de la auscultación: cada 20 minutos.

Este método puede ser usado en el parto de evolución normal.

Se pasará a la monitorización electrónica cuando se detecte:

- Meconio
- La auscultación fetal no sea normal
- Existan alteraciones de la dinámica uterina

b) Monitorización electrónica continua

La mujer puede optar por la monitorización deambulando, mediante telemetría o tumbada; en este último caso se hará en decúbito lateral izquierdo o semisentada.

En general, la monitorización externa es suficiente en el parto normal.

En partos de evolución normal podría bastar con monitorizar en forma de "ventanas", realizando un registro de 30 minutos cada 1-2 horas.

Si se detecta alguna anomalía se pasará a registro continuo.

3) Monitorización bioquímica fetal.

Se determinará el equilibrio ácido-base fetal mediante microtoma de sangre fetal del cuero cabelludo siempre que técnicamente sea posible y no haya contraindicaciones, cuando exista un patrón dudoso, patológico o de mal pronóstico de la FCF en la monitorización electrónica.

Sólo un patrón de FCF absolutamente normal o, a lo sumo, con espigas o desaceleraciones precoces y leves aisladas nos asegura el bienestar fetal y hace innecesaria la microtoma.

CONDUCTA OBSTÉTRICA:

pH igual o superior a 7,25:

- No es necesario repetir la prueba salvo que se presenten nuevas indicaciones o persista una seria alteración de la FCF.

pH entre 7,24 y 7,20:

- Repetir a los 20 minutos. Si persiste en esos límites no se demorará la extracción fetal más de una hora. Otra alternativa sería la administración de betamiméticos y repetir el pH.

pH inferior a 7,20:

- Extraer el feto por la vía más rápida. La administración de betamiméticos puede ser útil si se va a demorar la extracción del feto.

AMNIORREXIS ESPONTÁNEA

Si se produce amniorrexis espontánea, deberá hacerse un tacto vaginal para excluir un prolapso de cordón y valorar el color de líquido amniótico. Deberá auscultarse la F.C.F. para detectar anomalías causadas por posible procidencia o prolapso de cordón.

AMNIORREXIS ARTIFICIAL

Las conclusiones que se pueden extraer de los ensayos controlados disponibles en la actualidad son las siguientes:

1) Una política de amniorrexis artificial precoz rutinaria conduce a una disminución en la duración media del parto de 60 - 120 minutos.

2) Las complicaciones serias son afortunadamente raras.

El riesgo de infección intrauterina clínicamente significativa depende del intervalo entre amniotomía y parto.

La opinión de que la amniotomía predispone a desaceleraciones de la FCF se basa en la potencial compresión del cordón por la disminución del volumen del líquido amniótico, pero no hay evidencia de que este riesgo sea importante.

3) Se han postulado variedad de efectos adversos sobre el recién nacido, pero no han sido confirmados por estudios controlados.

En conclusión, y valorando el grado de evidencia de que se dispone, la amniorrexis artificial precoz se considera una actuación que requiere valoración riesgo-beneficio.

La mujer y el médico/matrona deben sopesar sus efectos de acuerdo con las circunstancias y prioridades individuales.

USO DE OXITOCINA:

Si la progresión del parto es adecuada, no se debe usar oxitocina.

Cuando se considere necesario el uso de oxitocina se recomienda:

- Administrar la oxitocina con bomba de perfusión y con control cardiotocográfico.

La solución debe tener una concentración de 10 mU/ml (5 unidades en 500 ml de suero fisiológico).

Pauta de administración:

Comenzar con 2mU/min.

- Aumentar la dosis hasta obtener dinámica adecuada, doblando la dosis cada 20 minutos hasta 16 mU/min.
- A partir de 16 mU/min los incrementos serán de 4 mU/min cada 20 minutos.

Dosis máxima excepcional 40 mU/min

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Valorar y evaluar cuidados en la espera vigilada.

ACTIVIDADES:

- Valorar el ritmo de progresión del parto.
- Valorar el nivel de establecimiento del plan.
- Agrupar el horario de las intervenciones, en los partos prolongados o inducciones que se estimen largas, con el fin de proporcionar reposo y confort a la paciente.
- Hacer partícipe al acompañante, ya que es una forma de mostrar ayuda y apoyo, habitualmente satisfactorio para ambos.
- Informar verazmente del progreso.
- Valorar nivel de bloqueo y analgesia.
- Vigilar respuesta y efectos de la oxitocina.
- Vigilar patrones de la FCF.
- Identificar desvíos de la normalidad, avisar al médico y anticipar preparativos terapéuticos.
- Vigilar pérdidas vaginales, hemáticas, color del líquido amniótico.
- Informar a la paciente de las acciones que se realizan.
- Registrar la evolución del proceso.
- Evaluar el resultado de los cuidados dispensados.
- Informar a la paciente de los objetivos conseguidos.

ALTERACIONES DEL CURSO PROCESO DE PARTO

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Prevenir complicaciones o cuadros de mayor gravedad.

ACTIVIDADES:

DISTOCIAS

Parto prolongado:

- Uso juicioso de oxitocina.

Disfunción hipertónica:

- Reposo y administración de líquidos.
- Cerrar oxitocina si se está perfundiendo, con contracciones espontáneas.
Uteroinhibidores
- Vigilancia de la FCF, potencial sufrimiento fetal.

Disfunción hipotónica:

- Amniotomía
- Oxitocina
- Espera vigilada.

Pelvis Límite:

- Vigilancia
- Apoyo emocional
- Hidratación con líquidos endovenosos.

Desproporción Pélvico-Fetal relativa:

- Apoyo e información frecuente. Es perjudicial evitar hablar de la falta de progreso. Es fácil caer en la incongruencia con lo que la paciente perderá la seguridad en los que le atienden.

Posiciones Occipito-Posterior y transversas persistentes:

- Valorar incomodidad dorsal
- Presionar el sacro
- Masajes dorsales.
- Valorar angustia materna.

Distocia Pélvica:

- Preparar a la paciente para la intervención
- Explicar la toma de decisión
- Tratar la ansiedad y el temor.

Feto Macrosoma:

- Prever la posible distocia de hombro, actuar según protocolo.

HEMORRAGIAS:

- Placenta Previa: evitar examen vaginal.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Rotura de útero:
 - Valorar las pérdidas
 - Controlar constantes maternas
 - Valorar el tono uterino
 - Vigilar la FCF
 - Reposición de líquidos o hemoces
 - Valorar canalizar nueva vía
 - Dar sensación de control

COMPLICACIONES DEL BLOQUEO REGIONAL

- Prevenir hipotensión con cristaloides
- Tener signos vitales previos al bloqueo
- Vigilar la respuesta fetal
- Vigilar signos de inyección intravascular y mantener equipo de reanimación cerca

SUFRIMIENTO FETAL

- Valorar la causa
- Realizar cambios posturales
- Frenar dinámica
- Controlar constantes
- Preparar prueba bioquímica
- Informar a la paciente y dar sensación de control

FIEBRE INTRAPARTO

- Evaluar el grado de taquicardia fetal
- Hidratar
- Aplicar medidas de confort
- Aplicar el tratamiento indicado
- Seguir protocolo de fiebre intraparto

PROLAPSO DE CORDÓN

- Utilizar el método más idóneo a la situación para reducir la presión de la presentación en el cordón umbilical.
- Dar apoyo emocional a la madre.

ESTUDIO DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE FETAL

PROTOCOLO MATRONA

OBJETIVO: Obtener la microtoma fetal.

ACTIVIDADES:

- Trasladar a la paciente a la mesa de paritorio.
- Si se ha aplicado analgesia epidural, se procederá al traslado en cama
- Explicar los movimientos eficaces para colocarse en la mesa.
- Adaptar las perneras a su constitución corporal.
- Preparar volantes de pruebas complementarias
- Preparar mesa estéril con material necesario:
 - Amnioscopio grande
 - Porta- torundas
 - Torundas
 - Lancetas
 - Guantes estériles
 - Capilares heparinizados
- Adecuar el foco de luz.
- Aplicar Cloruro de Etilo
- Recoger microtoma: introducir barrita metálica y tapar los extremos del capilar.
- Transportar la muestra a laboratorio, frotando exteriormente con un imán.
- Colocar a la paciente en DLI.
- Si la dilatación está avanzada, se mantendrá a la paciente en paritorio hasta el nacimiento del bebé, por los riesgos que entrañan para las vías endovenosas los accidentes, la dificultad de movimiento derivada del bloqueo, y la posible necesidad de repetir la técnica.

XIV. APLICACIÓN PROTOCOLO ANALGESIA

La mujer podrá optar por alguna de las siguientes técnicas analgésicas:

ANALGESIA EPIDURAL:

Es el mejor método analgésico para el dolor del parto.

Tiene sus contraindicaciones y efectos secundarios que vienen ampliamente detallados en el consentimiento informado que se entrega a la mujer.

Con el fin de que la mujer llegue debidamente informada al parto hay una charla periódica sobre analgesia epidural.

Estas charlas tienen lugar en el Salón de Actos del Área General del Hospital Arantzazu los primeros jueves laborables de los meses de Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre.

NARCÓTICOS:

El agente más usado es la meperidina.

Las dosis repetidas de narcóticos pueden acumularse y producir depresión respiratoria neonatal.

La depresión es más frecuente si el fármaco se administra dos o tres horas antes del nacimiento.

Cuanto más se aleje la hora del parto de la hora de la administración del fármaco, más tiempo tiene el feto para metabolizarlo y eliminarlo.

Pauta de administración:

- Dosis media: 1 mg/kg de peso
- Período de latencia: 75-100 mg/IM
- Período activo: 50-75 mg/IV
- Puede repetirse la dosis cada 3-4 horas. No conviene administrar si el parto va a ocurrir en un tiempo inferior a una hora.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS:

Existen métodos no farmacológicos de alivio del dolor que se pueden utilizar:

- Psicoprofilaxis
- Masajes
- Baños calientes

ANALGESIA EPIDURAL:

1) Indicaciones médicas:

- Realizada por el ginecólogo: Criterios obstétricos
- Realizada por el anesthesiólogo: Coagulación normal
Plaquetas normales
No existencia de contraindicación.
- Una paciente que presente una dilatación de más de 8 cm. no sería en principio candidata a analgesia epidural.

2) Información y primer contacto con la parturienta:

La paciente habrá sido previamente informada, tal y como se especifica en el consentimiento informado, y expresará su voluntad de someterse a la técnica mediante la firma de dicho consentimiento.

Obtención de la historia clínica: - General
- Obstétrica

Valoración del dolor: - Intensidad
- Distribución metamérica

3) Decisión de comienzo

- El equipo obstétrico dará el visto bueno para la analgesia epidural
- La matrona avisará al anesthesiólogo y le acompañará durante el tiempo que dure la instauración de la técnica.
- La instauración de la analgesia se realizará habitualmente cuando la paciente presente una dilatación entre 2-3 cm.
- En los casos de inducción, se valorará caso a caso.
- Cumplidos los requisitos anteriores, la matrona procederá a perfundir 1.000 cc. de solución Ringer Lactato a través de una vía venosa permeable (preferiblemente en antebrazo no dominante) con catéter corto del 18-20 G.

Se preparará una mesa auxiliar con el material estéril para la punción:

- Equipo peridural
- Guantes
- Medicación
- Campos estériles
- Apósito transparente.

Monitorización con:

- Pulsioxímetro
- Aparato de tensión arterial.
- Preparación de la medicación peridural con el sistema de administración correspondiente (bomba de infusión o unidosis para bolus).

4) Equipamiento previo

- Todas las salas dispondrán de:
 - CAUDALÍMETRO conectado en la toma de oxígeno de la pared.
 - MASCARILLAS DE OXÍGENO
- Mesa con la siguiente MEDICACIÓN:

Anestésicos locales:

Bupivacaina 0,25 % amp. de 10 ml (20 unidades)

Svedocain 0,5 %

Bupivacaina hiperbárica 0,5% amp. de 2 ml (5 unidades)

Lidocaína 5% amp. de 10 ml (10 unidades)

Lidocaína 2% amp. de 10 ml (10 unidades)

Scandinibsa 1% amp. de 10 ml (mepivacaina 1% no v.c.)

Simpaticommméticos:

Adrenalina (amp. de 1 ml, 1 mgr/ml) (10 unidades)

Efedrina (amp. de 1 ml, 50 mgr/ml) (10 unidades)

Anticolinérgico:

Atropina (amp. de 1 ml, 1mg/ml) (10 unidades)

Opioides:

Fentanest (amp. de 3 ml, 0,05 mgr/ml) (5 unidades)

Benzodiazepinas:

Dormicum (amp. de 5 ml, 1 mgr/ml) (5 unidades)

Antisépticos:

Solución alcohólica de clorhexidina 0,5% (10 unidades)

Disolventes:

Suero fisiológico (amp. de 10 ml) (20 unidades)

Agua destilada (amp. de 10 ml) (20 unidades)

Material de venoclisis:

• Jeringas de 20 cc (10 unidades)

10 cc "

5 cc "

• Agujas de: 40 x 0,8 (10 unidades)

25x0,9 "

16x0,5 "

• Catéter I.V: n^{OS} 14-16-18-20-22 (5 unidades cada uno)

Llaves de tres pasos (5 unidades)

• Equipos para punción espinal:

Equipo de Epidural (4 unidades)

Jeringas de cristal de 10 cc estériles (4 unidades)

Agujas de punta de lápiz 25 G (5 unidades)

Agujas Espinales tipo Yale 22 G (5 unidades)

Otros:

✓ Esparadrapo hipoalergénico y de tela

✓ Nobecutan (apósito plástico aerosol)

✓ Apósito transparente (5 unidades)

✓ Hojas de Anestesia y/o órdenes médicas (10)

✓ Hojas de Consentimiento Informado (10)

Se dispondrá en un lugar accesible de un " CARRO DE URGENCIAS" con:

- Ambú con tabuladura y caudalímetro
- Laringoscopio
- Cánulas de mayo (nº 2-3-4)
- Mascarillas faciales (nº 2-3-4)
- 2 Set crico
- Sondas endotraqueales nº 7 y 8 (con fiador)
- Mascarillas laríngeas (nº 3-4)

Medicación:

Propofol	Bicarbonato IM
Etomidato	Bretilio
Pentothal	Sulfato de Magnesio
Anectine	Isoproterenol
Tracrium	Sistema de infusión rápida
Efedrina	Camiseta de compresión de sueros
Adrenalina	Se dispondrá, en lugar accesible,
Atropina	de un desfibrilador

5) Técnica

Aplicar una solución antiséptica de Clorhexidina en la espalda de la paciente: en la extensión comprendida entre las líneas medioaxilares, niveles D7 y S4.

Posición:

"Decúbito lateral izquierdo", o, "sentada", a decisión del anestesiólogo.

Lugar de punción:

Espacio L2-L3 o los adyacentes más abiertos.

Anestesia local: Habón cutáneo en zona de punción.

Identificación del espacio epidural mediante técnica de pérdida de resistencia.

Comprobar mediante aspirado si por el catéter sale L.C.R. o Sangre.

Fijación del catéter con apósito estéril transparente (Tegaderm o similar) en zona de punción, y con cinta adhesiva hasta el hombro derecho.

6) Dosis inicial

Bupivacaina 0,25 % con adrenalina 5 microgramos/ml. (Dosis test por catéter: 3 ml).

A los 5 minutos, si no bloqueo motor en piernas, dosis de 6-7 ml. de Bupivacaina 0,25 % + fentanilo 1 ml) hasta completar dosis total.

7) Dosis de mantenimiento

A los 15-20', comprobar altura y distribución del bloqueo e iniciar infusión epidural de Bupivacaina 0,125% sin Adrenalina + Fentanilo 0,0001% a un ritmo de 8-12 ml/h para mantener nivel de analgesia en T 10.

En caso de que no se establezca una analgesia completa repetir la técnica, según criterio del anestesiólogo.

Si no analgesia suficiente: Bolo de refuerzo con Bupivacaina al 0,25 % (5 ml) repetibles tantas veces como fuere necesario con un intervalo mínimo de tiempo entre dosis de 30'.

8) Actuación post-bloqueo epidural:

Una vez establecido el bloqueo epidural:

Atender a la parturienta en decúbito lateral (preferentemente izquierdo) o con lateralización de la pelvis hacia el lado izquierdo (colocando cuña o almohada bajo la nalga derecha). ¡¡¡ NUNCA EN DECÚBITO SUPINO!!!

Fluidoterapia intravenosa: sólo para mantener vía, salvo indicación contraria del obstetra o anestesiólogo.

Control de constantes:

- Medir la T.A. cada 10' en los 30' siguientes a cada dosis peridural.
- Pasados estos 30', medir T.A. cada 30' si no hay hipotensión.

Controlar la extensión y profundidad del bloqueo peridural cada 30':

Nivel de bloqueo sensitivo:

- Evaluación de la sensibilidad al frío (algodón con alcohol). Si el nivel supera a D7 (xifoides) avisar al anestesiólogo.

Grado de bloqueo motor:

- Movilización activa de piernas/pies (si parálisis completa, avisar al anestesiólogo) y brazos (si parálisis total o parcial, avisar ¡¡¡ES UNA EMERGENCIA!!! (posible bloqueo subdural o subaracnoideo extenso).

Preparar "CARRO DE URGENCIAS" (Ver hoja anterior) y RESPIRADOR.

Valorar la necesidad de sondaje vesical en caso de retención urinaria.

Controlar el adecuado funcionamiento del sistema de administración peridural (bomba de infusión).

Ante la administración de bolus peridurales con jeringa (dosis suplementarias o dosis perineal), seguir las siguientes pautas:

- Aspiración suave con jeringa: si refluye sangre o líquido, no inyectar y avisar al anesthesiólogo.
- Dosis test de la medicación a administrar: esperar 5' y comprobar que no hay complicaciones (taquicardia, diesestesis peribucal, bloqueo motor profundo).

Ante la ausencia de éstas administrar el resto de la dosis indicada, fraccionando la dosis restante en bolus de 5 ml, repitiendo siempre la aspiración previa.

Preparar la siguiente medicación:

Efedrina: diluir 1 amp. de Efedrina (50 mg.) en 9 cc de suero fisiológico = 5 mg/ml.

Atropina: diluir 1 amp. de Atropina (10 mg) en 4 cc de suero fisiológico = 0,2 mg/ml

Se anotará la medicación que contiene cada jeringa, marcándolas correctamente.

Se dejará constancia documental de la actuación del anesthesiólogo.

9) Situaciones de alarma

HIPOTENSIÓN: Si T.A. < 90 mm de Hg:

- Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo, o cambiar este a decúbito lateral derecho, si persiste la hipotensión.
- Añadir Trendelenburg 10° (elevar las piernas y bajar la cabecera de la cama).
- Colocar un ventimask al 50% a la parturienta.
- Administrar dosis fraccionadas de Efedrina: 10 mg/IV = 2 ml de la dilución preparada, repetibles a demanda cada 5' (máximo 50 mg = 10 ml de la solución preparada).
- Si la T.A. no remonta avisar al anesthesiólogo.
- En caso de signos de sufrimiento fetal avisar al obstetra y al pediatra.

PARÁLISIS COMPLETA DE EXTREMIDADES INFERIORES:

- Avisar al anestesiólogo

PARÁLISIS TOTAL O PARCIAL DE BRAZOS +/- DIFICULTAD RESPIRATORIA = POSIBLE BLOQUEO SUBDURAL O SUBARACNOIDEO EXTENSO:



AVISAR URGENTEMENTE AL ANESTESIÓLOGO

PREPARAR:

- ◆ Respirador conectado a la toma de oxígeno

- ◆ Material de intubación:

Mascarilla (nº 3-4)	Mascarilla laríngea (nº 3-4)
Fiador	Jeringa de 10 cc
Tubos de guedel (nº 3-4)	Filtros
Ambú	Tubos corrugados
Laringoscopio	Esparadrapos-venda
Tubo endotraqueal nº 7	

- ◆ Medicación:

Atropina
Efedrina
Pentothal sódico
Propofol
Etomidato
Anectine

- ◆ Evacuación urgente a quirófano; llamada urgente a:

Celadores
Enfermería de Quirófano de Urgencias
Obstetra

DEPRESIÓN RESPIRATORIA: (FR < 8-10 resp/min y/o somnolencia)

- ◆ Administrar:

Naloxona 0,2 mg/iv = 1/2 amp.
Seguir pauta anterior

10) Precauciones

Methergin/Efredina

En aquellas pacientes que estén bajo los efectos de la Efredina, se tendrá especial cuidado en la administración de Methergin.

Si picor intenso, náuseas y/o vómitos:

Administrar Naloxona 0,2 mg/IV = 1/2 amp

Avisar al Anestesiólogo

Si se prevé que el parto concluye en Cesárea:

Administrar por vía oral 1 frasco con 30 cc de Citrato Na 0,3 (unos 30' antes del traslado a Quirófano).

En este mismo momento se avisará al anestesiólogo para poner la dosis de anestésico necesario para la realización de la cesárea.

Así, durante el traslado de la paciente daremos tiempo a que el anestésico haga efecto y evitaremos por un lado el retraso en el comienzo de la misma, y por otro, la combinación anestesia epidural/general.

Se elevarán las piernas de la paciente, se mantendrá la cabecera en horizontal y se tendrán siempre preparadas Efedrina (según dilución ya reseñada) y Atropina (1 ampolla).

Se avisará al pediatra.

11) Tras el alumbramiento

Iniciar perfusión intravenosa de Syntocinon 30-40 Unidades (seguir indicación del obstetra) e instalar en la cama a la paciente en decúbito supino con la cabecera horizontal y los pies elevados (mantener esta postura hasta que el bloqueo anestésico local haya desaparecido por completo).

Comprobar que la situación hemodinámica es satisfactoria antes de evacuar a la paciente a su habitación.

Mantener vía venosa.

- Retirar catéter y colocar apósito en el punto de punción.

La deambulación no comenzará antes de las 4 horas post-parto, o durante la existencia de signos clínicos de persistencia del bloqueo.

Si aparecen cambios de bloqueo motor, avisar al anestesiólogo (dificultad movilización piernas > 3 horas después de llegar a la planta).

XV. ASISTENCIA AL PERÍODO EXPULSIVO

Durante el período expulsivo (desde la dilatación completa a la expulsión del feto) el foco de atención no es ya la dilatación sino el descenso de la presentación.

Duración del período expulsivo:

El período expulsivo ha sido considerado durante un siglo como el período de tiempo de especial riesgo para el feto.

Todavía hoy quedan ecos de este punto de vista que se manifiestan en la muy extendida política de imponer un límite arbitrario de tiempo al expulsivo.

Se ha asumido durante mucho tiempo que el expulsivo no debe sobrepasar las 2 horas.

En la literatura española reciente todavía se habla de una hora para la primípara y 30 minutos para la múltipara.

Este tradicional punto de vista ha sido cuestionado recientemente y existe considerable evidencia objetiva para defender la idea de que no es apropiado terminar el parto exclusivamente porque se ha sobrepasado un arbitrario período de tiempo.

Si la madre se encuentra bien, si el estado fetal es bueno y hay evidencia de que la presentación va descendiendo, no hay razones para intervenir.

El someter a estas mujeres a un procedimiento quirúrgico potencialmente traumático solamente porque no han dado a luz en 2 horas aporta escaso beneficio y considerable riesgo.

MEDIDAS GENERALES

Traslado al paritorio:

Debe realizarse valorando los inconvenientes del defecto o exceso de tiempo.

El trasladar a la mujer con premura resulta psicológicamente contraproducente para ella e incita a actuar intempestivamente.

Preparación:

1) Asepsia y antisepsia

Guardar las mismas normas de asepsia que en un quirófano.

2) Rasurado vulvar

Como ya se ha comentado, no es imprescindible.

3) Higiene vulvar

La vulva y la cara interna de los muslos se lavan con una solución antiséptica jabonosa no yodada.

4) Vaciamiento vesical

Al comienzo del expulsivo se debe comprobar si la vejiga está vacía.

Si no lo está se instará la micción espontánea.

Si no es posible, se realizará sondaje con sonda desechable.

5) Vía de perfusión intravenosa

Si no ha sido colocada durante la dilatación, se procederá a la misma.

Control del estado materno

Controlar periódicamente tensión arterial, pulso, temperatura, hidratación y estado de ánimo.

Posición durante el expulsivo

Todavía en nuestro medio la posición que se hace adoptar a la mujer para el parto es la de decúbito supino.

Obligar a la mujer a adoptar una posición que considera desagradable e incómoda puede estar justificado solamente si hay buena evidencia de que aporta importantes ventajas para la salud de madre e hijo.

La posición erecta (de pie, de rodillas, sentada en sillas especiales o en cuclillas) se ha comparado con la de decúbito supino en varios trabajos.

La duración media del expulsivo es más corta en posición erecta en la mayoría de los ensayos.

No hay evidencia, sin embargo, de que la postura durante el expulsivo afecte la incidencia de parto operatorio o trauma perineal/episiotomía.

Los patrones anormales de FCF son menos frecuentes y la media del pH en arteria umbilical es más alta cuando se ha utilizado la posición erecta.

También se ha observado esta mejoría del pH en arteria umbilical en los casos de mujeres que han estado en decúbito lateral izquierdo (a 15 grados).

Los datos actuales surgieron también un mejor Apgar en posición erecta.

Sin excepción, la mayoría de madres opinan que es favorable la posición erecta y que optarán por la misma posición en un parto siguiente.

La evidencia de que la posición "en cuclillas" puede aumentar la presión intraabdominal junto con los informes radiológicos sobre aumento del diámetro interespinoso en la misma han renovado el interés por ésta posición.

En las sociedades industrializadas esta posición resulta poco confortable para muchas mujeres.

Las ventajas y posibles desventajas de ella no han sido todavía sistemáticamente estudiadas.

En resumen, no hay sugerencias de que estas posiciones puedan tener consecuencias adversas y por tanto deben ser recomendadas durante el expulsivo, especialmente si existe o se prevé un descenso anormal de la presentación.

Apoyo emocional

Es importante la presencia del acompañante que la mujer elija. Las condiciones hospitalarias obligan a un único acompañante.

Información

Se informará periódicamente de forma veraz y sencilla.

Conducta durante el expulsivo

Control de la evolución del parto

Se realiza mediante exploración vaginal.

Evitar los tactos innecesarios no destinados a diagnosticar la evolución del expulsivo.

Se pueden identificar 3 tipos de alteraciones:

- No descenso
- Descenso prolongado
- Detención del descenso

El diagnóstico de las anomalías del descenso requiere considerable experiencia clínica porque la valoración incluye el diagnóstico de la posición fetal, de la altitud, de los fenómenos plásticos de moldeamiento y la determinación del mecanismo del parto en relación con la forma de la pelvis.

Toda la información debe usarse conjuntamente.

Por ejemplo, un estrecho medio reducido con una cabeza moldeada chocando contra el estrecho superior en presencia de un "No descenso" hace que la posibilidad de parto vaginal en buenas condiciones sea remota.

De la misma manera, una "detención del descenso" en una variedad posterior con unas espinas ciáticas prominentes (dificultan la rotación interna) y un sacro rectificado (se oponen a un descenso sin rotación) también supone un problema insuperable.

En ninguno de estos casos es prudente el uso de oxitocina.

Si estas mismas anomalías del descenso ocurren en una pelvis más favorable el parto espontáneo será mucho más probable y la estimulación con oxitocina será segura".

Control de la dinámica uterina

Puede realizarse por métodos clínicos (palpación abdominal) o mediante tocografía.

Se considera normal la existencia de 3-5 contracciones cada 10 minutos con una duración de 45-60 segundos.

Si hay hipodinamia se administrará oxitocina por venoclisis.

Control del estado fetal

Se puede realizar mediante métodos clínicos, electrónicos y/o bioquímicos.

I) Métodos clínicos.

Auscultación con estetoscopio de Pinard o detector de ultrasonidos con cada contracción uterina o si no cada 5 minutos (Ver: P. Dilatación).

II) Métodos electrónicos

La monitorización electrónica es recomendable en el expulsivo y preferiblemente la interna para obtener registros de buena calidad.

Podemos distinguir 3 tipos de patrones cardiotocográficos:

a. Patrones de buen pronóstico

FCF basal normal (120-160 u/m), variabilidad mayor de 5 l/m. con o sin aceleraciones transitorias.

El patrón anterior pero con Dips Tipo I

b. Patrones de mal pronóstico

Dips tipo II en más del 80% de las contracciones.

Bradycardia inferior a 100 l/m. mantenida durante un tiempo superior a 5 minutos.

c. Patrones dudosos

El resto de trazados se consideran de pronóstico dudoso

III) Métodos Bioquímicos

Se realizará microtoma de sangre de la presentación fetal en las siguientes circunstancias:

- Registro con patrón patológico
- Registro con patrón dudoso

IV) Protocolo

Preferible la utilización de la cardiotocografía, interna si es necesario.

Si no es posible, se emplearán métodos clínicos.

Cuándo se emplean métodos clínicos:

- a) Si el líquido amniótico es claro y la auscultación fetal normal se deja transcurrir el expulsivo sin ningún tipo de intervención.
- b) Con L.A. teñido o auscultación anormal se realizará registro cardiotocográfico.

Cuándo se emplea cardiotocografía:

- a) Patrón de buen pronóstico.

El expulsivo puede prolongarse dentro de límites razonables salvo que exista indicación materna para acabar el parto.

- b) Patrón de mal pronóstico.

Extracción fetal lo antes posible.

No es necesaria microtoma fetal.

Interrumpir la administración de oxitocina si está siendo perfundida, mientras se prepara la extracción fetal, y emplear betamiméticos.

La vía de parto dependerá de las condiciones obstétricas.

c) Patrón dudoso.

Microtoma de sangre fetal y actuar en consecuencia (si no es posible la microtoma, se actuará como en el apartado anterior):

pH menor de 7,20:

Extracción fetal, aunque mientras se hacen los preparativos se puede intentar el tratamiento médico con betamiméticos.

pH entre 7,20-7,24:

Repetir a los 15 minutos. Al mismo tiempo se puede realizar tratamiento médico, siempre y cuando el patrón no cambie a uno de mal pronóstico

pH igual o superior a 7,25:

Repetir en 15 minutos, valorando las modificaciones que ocurren en el registro de la FCF y permitiendo la evolución del expulsivo.

6) Expulsivo

Pujos

La extendida costumbre de dirigir y estimular el pujo disminuye ligeramente la duración del expulsivo pero no parece aportar ningún beneficio; es más, parece ser que compromete el recambio gaseoso materno-fetal.

Por tanto, se debe permitir el pujo que espontáneamente realice la mujer.

En las mujeres con analgesia epidural el parto con forceps rotador tiende a ser más frecuente entre las mujeres que han sido animadas a empujar precozmente.

No hay evidencia de que una política de dirigir precozmente el pujo tenga ventajas para madre y niño.

Anestesia

Si no se ha utilizado analgesia epidural y se va a realizar episiotomía, se administrará anestesia local o de pudendos.

Asistencia a la expulsión fetal

Durante la expulsión se debe permitir la distensión progresiva del periné y del introito y evitar la expulsión rápida e incontrolada del feto.

El desprendimiento o la deflexión de la cabeza se facilita con la maniobra de Rietgen, situando los dedos extendidos de una mano sobre el vértice para controlar el movimiento hacia adelante, y los dedos de la otra mano cubiertos con un paño estéril para evitar la contaminación con las heces, sujetan el mentón a través del tejido posterior al ano para impedir que se retraiga durante las contracciones; se instruye a la mujer para que jadee y no puje, entre tanto con la mano posterior se extiende lenta y suavemente la cabeza fetal para lograr su salida al exterior.

Al salir la cabeza se limpiarán las secreciones nasofaríngeas del recién nacido.

Si existe circular de cordón laxa se deslizará el cordón a lo largo de la cabeza y si es apretada se seccionará previo pinzamiento.

Se deja que la rotación externa se realice espontáneamente.

Se desprenderá primero el hombro anterior y después, previa protección del periné, se realizará la extracción del hombro posterior. A continuación sale el feto sin necesidad de acción especial.

Episiotomía (Ver pág. 70.)

Parto instrumental

En las situaciones en que sea preciso realizar parto instrumental es importante realizar previamente sondaje vesical.

Una vez extraído el feto se realizará revisión del canal del parto. Prestar atención a la integridad del esfínter anal.

Si hay desgarros se suturarán.

Actitud en caso de distocia de hombros

• Principio básico:

- Evitar el desplazamiento lateral excesivo de la columna cervical del feto.
- La consecuencia más seria en los fetos que sobreviven a una distocia de hombros es la lesión permanente del plexo braquial.
- Son frecuentes las fracturas de clavícula y húmero, pero generalmente no dejan secuelas graves.
- Reclamar la presencia urgente del anestesiólogo.

• Secuencia lógica de maniobras a realizar:

- Episiotomía amplia.
- Si fracasa la tracción generosa sobre la cabeza fetal se realiza una exploración vaginal para delimitar la posición del diámetro bisacromial y sobre todo el grado de descenso del hombro posterior.
- Si los hombros están en el diámetro anteroposterior de la pelvis, se llevarán rápidamente a una posición oblicua rotando el hombro posterior ventralmente mediante presión sobre la escápula. A veces se consigue con ello que el hombro anterior se coloque bajo la sínfisis.
- Si no desciende el hombro anterior, se realiza la maniobra de Roberts: bajar las piernas de las perneras y flexionar fuertemente los muslos sobre el abdomen.
- Si fracasa la maniobra anterior, se realiza la maniobra de Woods: rotar el hombro posterior 180° convirtiéndolo en anterior, con la mano introducida en vagina y alcanzando la axila del hombro posterior. Al tiempo que se rota se ejerce tracción sobre el eje del canal de parto.

- Si fracasa esta maniobra, se introduce la mano o los dedos en vagina, se coge el brazo posterior y se extrae por delante del tórax fetal. Puede fracturarse el húmero y lesionarse el hombro.
- La maniobra de Zavanelli consistente en introducir la cabeza y realizar una cesárea parece utópica.
- Se desaconseja la compresión suprapúbica excesiva, pero antes de realizar ninguna otra maniobra, puede ser prudente realizar una compresión suprapúbica moderada junto con tracción de la cabeza hacia abajo.

Pinzamiento y sección del cordón umbilical

El momento ideal para clampar el cordón parece ser entre 45 y 120 segundos posterior a la expulsión del feto a término.

En el recién nacido pretérmino se clampará y seccionará el cordón pasados 10 segundos.

Contacto del Recién Nacido con la Madre

Inmediatamente después del nacimiento, tras la sección del cordón, y si el recién nacido no requiere cuidados especiales, se le entregará a la madre para favorecer el contacto físico piel a piel entre ambos, recomendándosele la colocación al pecho.

pH de arteria umbilical

En todos los casos se medirá el pH en sangre de una de las arterias umbilicales.

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Realizar procedimientos eficaces para un nacimiento con el mínimo de riesgos.

ACTIVIDADES:

- Decidir el momento de trasladar la paciente al paritorio, valorando los inconvenientes del defecto o exceso de tiempo.
- Preparar mesa de instrumental:

Paquete de paños	Anestésico local
Bata plastificada estéril	Pinzas de cordón
Set de instrumental	Paquete de compresas quirúrgicas
Guantes estériles	Hilos de sutura
2 jeringas de gases	Tres paquetes de gasas estériles
Jeringa y aguja para anestesia local	
- Realizar el traslado en cama si tiene A. Epidural ayudándola a colocarse en la mesa. Si no tiene analgesia pasará andando.
- Realizar el lavado quirúrgico de la zona perineal.
- Mantener normas de asepsia y antisepsia.
- Aplicar Precauciones Universales.
- Mantener vigilancia fetal con monitor.
- Explicar todos los procedimientos a la mujer y acompañante para aliviar la tensión.
- En este momento suele incrementarse la ansiedad y temor de la mujer por dudar de su capacidad. Se le debe guiar hacia pensamientos positivos.
- Fomentar los pujos espontáneos.
- Valorar la necesidad de episiotomía, evitando la sistemática.
- Cortar y pinzar el cordón entre los 45" y los 2' asegurando el cierre. Secar al niño para evitar la pérdida de calorías.
- Anotar la hora del nacimiento.
- Realizar el test de Apgar al minuto y a los cinco minutos.
- Si no precisa cuidados inmediatos, entregarlo a la madre, favoreciendo el contacto piel a piel ayudando a colocar al niño de forma que su cuerpo pueda ser observado por la pareja.

- Valorar el número de vasos del cordón (dos arterias y una vena).
- Extraer sangre de una arteria del cordón para realizar pH
- Extraer sangre de la vena del cordón para realizar:
 - Grupo Rh del recién nacido
 - Test de Coombs.
 - Identificación ADN previo consentimiento.

XVI. ASISTENCIA AL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO

El período del alumbramiento comienza con la expulsión del feto y termina con la expulsión de la placenta y las membranas.

Su duración máxima se estima en 30 minutos, con una pérdida hemática no superior a 500 ml.

Aunque es la etapa más corta del parto, pueden ocurrir en este período graves complicaciones para la madre.

Su correcta asistencia es la mejor profilaxis.

Conducta durante el período de alumbramiento

El desprendimiento y expulsión de la placenta puede tardar algunos minutos.

No se debe intentar nunca extraer la placenta, ni realizar otro tipo de maniobras (tracción del cordón, expresión o masaje uterino, etc.,) hasta que aparezcan los signos de desprendimiento placentario.

Signos de Desprendimiento placentario

1) Signos clínicos de sospecha

- Cambio en la forma del útero:
- Por palpación se aprecia que al desprenderse la placenta el útero pasa de tener una forma discoide a tener forma globular.
- Elevación y lateralización del útero:

El útero que se halla a nivel de ombligo se eleva por encima del ombligo y desvía lateralmente (generalmente a la derecha) al desprenderse la placenta.

Una vez expulsada la placenta el fondo uterino se sitúa 2 traveses de dedo bajo ombligo.

-Salida de sangre por vagina

2) Signo de Küstner

Comprimir con la mano por encima de la sínfisis del pubis, rechazando el útero hacia arriba.

Si la placenta está desprendida el cordón no sigue el movimiento del útero hacia arriba.

3) Signo de Ahlfeld

Cuando la placenta se desprende se observa cómo desciende la pinza colocada en el cordón al seccionarlo.

Maniobras para facilitar la expulsión de la Placenta

Una vez comprobado el desprendimiento de la placenta, nunca antes, se pueden realizar una serie de procedimientos que ayudan a su expulsión:

- Invitar a la mujer a que realice pujos similares a los del expulsivo.
- Masaje sobre el fondo uterino junto con compresión suave.
- Traccionar ligeramente del cordón al tiempo que se comprime suavemente el fondo uterino.

Extracción manual de la placenta

Si la placenta no se desprende transcurridos 30 minutos del alumbramiento espontáneo y 15 minutos en el dirigido, se procederá a la extracción manual.

Revisión de la placenta, membrana y cordón umbilical.

Comprobación de la hemostasia y del estado materno

Una vez expulsada la placenta, se comprueba por palpación que el fondo uterino se encuentra por debajo del ombligo y firmemente contraído. Si no es así se realiza masaje uterino.

También se valora el estado materno en función de la T.A., pulso y cuantía de la hemorragia.

Revisión del Canal del Parto

Después del alumbramiento se deben revisar los genitales externos, la vagina y el cuello uterino en busca de posibles desgarros, hematomas o prolongaciones de la episiotomía que si pasan desapercibidos pueden ser causa de hemorragias.

La clasificación clásica de los desgarros es:

Primer Grado:

Lesión de la mucosa vaginal o piel.

Segundo Grado:

Lesión de la mucosa y/o piel, más desgarrado músculo transverso periné.

Tercer Grado:

Además de lo anterior, está desgarrado el esfínter del ano.

Cuarto Grado:

Además de lo anterior, está desgarrada la mucosa rectal.

En caso de útero cicatricial (cesárea anterior, miomectomía,...) debe realizarse revisión manual de la cavidad uterina.

Sutura de la episiotomía y de los desgarros.

Alumbramiento dirigido

Hay evidencia de que el uso rutinario profiláctico de oxicíclicos en el tercer período reduce el riesgo de hemorragia postparto en un 30-40%, así como de que la Ergometrina (Methergin) no ofrece ventajas sobre la oxitocina en la reducción de hemorragias y además se asocia con mayor riesgo de hipertensión y vómitos.

Pauta:

Una vez desprendido el hombro anterior, ni antes ni después, se administra OXITOCINA.

- Abriendo el goteo "a chorro" si ya se estaba perfundiendo oxitocina.
- Administrando por vía endovenosa, si no hay goteo de oxitocina, 3 UI de Oxitocina diluida en 5 ml de suero fisiológico.

XVII. EPISIOTOMÍA

La episiotomía se realiza en el 50-90% de primíparas. Aunque ha sido cuestionado este uso tan extendido, todavía prevalece la opinión de que tal política está justificada.

Como cualquier procedimiento quirúrgico, la episiotomía tiene riesgos:

- Pérdida excesiva de sangre
- Formación de hematoma e infección.
- El traumatismo que afecta al esfínter anal y a la mucosa rectal puede conllevar una fístula rectovaginal, pérdida de tono rectal y formación de absceso perineal.

Sólo existe un estudio controlado que compara la episiotomía media y la mediolateral.

En la media hay desgarro de 3º grado en una cuarta parte de los casos, por lo menos, mientras que en la mediolateral el desgarro de 3º grado ocurre menos del 10% de las veces.

El uso liberal de una intervención con riesgos está justificado solamente si hay evidencia de que aporta beneficios que merecen la pena.

Se han postulado cuatro supuestos beneficios que justificarían el uso liberal de la episiotomía:

- Prevención de daño del esfínter anal y de la mucosa rectal (desgarros de 3º y 4º grado)
- Sutura más fácil y mejor cicatrización de los desgarros
- Prevención del trauma de la cabeza fetal
- Prevención de daño grave de la musculatura del suelo pélvico.

No existe evidencia para mantener estos supuestos beneficios.

El uso liberal de la episiotomía se asocia con mayor porcentaje de trauma perineal.

No hay evidencia de que esta política reduzca el riesgo de trauma perineal o vaginal importante.

No hay evidencia de que el uso liberal de la episiotomía reduzca el trauma de la cabeza fetal.

No hay evidencia de que el uso liberal de la episiotomía disminuya el riesgo de IOE o prolapso genital.

En vista de la evidencia disponible, es preciso imponer el criterio de que no es necesaria una episiotomía de rutina ni liberal.

La episiotomía debe realizarse de forma selectiva, cuando sea necesaria.

- Indicaciones:

- Materna:

Cuando el periné impide la progresión del parto.

- Fetal:

Prematuridad, macrosomia, distocia de hombros, presentación de nalgas, cefálica deflexionada u occípito sacra.

Cuando sea necesaria la extracción rápida del feto y en los partos instrumentales.

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Facilitar la continuidad hística en la cicatrización.

ACTIVIDADES:

- Respetar las reglas de asepsia.
- Practicar una buena anestesia local si no tiene A. Epidural. Es preferible antes de realizar la episiotomía, valorar el nivel analgésico.
- Utilizar el material apropiado.
- Realizar una valoración de lesiones antes de comenzar a suturar:
 - Asegurarse que el desgarro de mucosa no se remonta más arriba de lo previsto.
 - Que el esfínter se halle indemne.
 - Que no exista lesión de la pared vaginal contralateral.
 - Que no exista lesión de los labios menores y de la región clitoridea.
- Seguir una técnica precisa:
 - Introducir un taponamiento grande en la vagina.
 - Cerrar el plano mucoso reparando bien el vértice del desgarro vaginal.
 - Colocar puntos tomando una cantidad generosa de mucosa.
 - Afrontar el último de ellos en los restos himeneales, punto de referencia importante.
 - Suturar los músculos superficiales del periné, tomando una masa amplia de músculo, son suficientes 2 ó 3 puntos.
 - Finalmente, suturar los puntos de la piel, este último tiempo tiene por objeto afrontar los bordes y sobre todo reconstruir la anatomía normal de la vulva. Para reestablecer la simetría de la vulva, es preferible comenzar a suturar la piel por la región perineal y proseguir hacia la vulva.
 - Es importante finalizar colocando un punto entre la horquilla y el himen, ello impide que los loquios se infiltren en la sutura.
 - Retirar el taponamiento vaginal, limpiar el campo y terminar haciendo un tacto rectal para verificar que no exista sutura, así como para apreciar la calidad de la reconstrucción.

XVIII. ACOGIDA DEL RECIÉN NACIDO

PROTOCOLO MATRONAS

OBJETIVO: Facilitar la adaptación al medio ambiente.

ACTIVIDADES:

- Examinar al RN para valorar tanto su aspecto general como la adaptación global al ambiente.
- Mantener al RN caliente.
- Controlar sus respiraciones, color, latido cardíaco, tono y temperatura.
- Valorar el tipo de llanto.
- Anotar la eliminación.
- Informar del estado del RN a los padres.
- Fomentar el establecimiento de vínculos afectivos maternos filiales.
- Permitir que la pareja sostenga y acune al RN.
- Observar las reacciones de la pareja ante el RN.
- Realizar la identificación del RN con el nombre de la madre, huella plantar izquierda o A.D.N.
- Facilitarle la postura si quiere ponerle al pecho.
- Realizar comentarios positivos acerca del RN. El silencio o la indiferencia lo interpretan negativamente.
- Felicitarlos por el feliz acontecimiento.
- Comenzar a llamar al RN por su nombre.
- Resaltar cualidades del RN.
- Llevarlo a Cuidados Mínimos con la Historia cumplimentada.

PROTOCOLO ENFERMERÍA CUIDADOS MÍNIMOS

OBJETIVOS: Vigilar la adaptación del neonato a la vida extrauterina.
Realizar los cuidados y aplicar las medidas preventivas.

ACTIVIDADES:

- Recibir al niño cubiertas las manos con guantes y preparadas con una felpa para cubrirlo inmediatamente.
- Depositarlo en el pesabebés (sin la felpa) y comunicar el peso a la matrona que haya atendido el proceso del parto.
- Envolver de nuevo al bebé y preparar el agua, cuidando que su temperatura sea la adecuada (templada 34°).
- Lavar la cabeza suavemente, utilizando el peine si fuera necesario, para retirar restos de sangre.

Lavar el cuerpo según necesidad, sin retirar el vérmix caseoso (es un manto protector y graso para su piel, como aparece en la bibliografía)

- Secar y cubrir bien.
- Medir:
 - Perímetro cefálico (midiendo circunferencia máxima fronto- occipital).
 - Perímetro torácico (rodeando el tórax a nivel de las mamilas).
- Tallar.
- Aspirar secreciones naso-faríngeas comprobando permeabilidad de coanas (se utilizará sondas Nº 8 y nº 6 si hubiera dificultad para pasar el nº8), con ello se asegura la permeabilidad de vías aéreas. Se aspirará primero por boca y despues por nariz.

Se colocará al niño en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión, introduciendo la sonda por la boca y aspirar con presión negativa que no excederá de 100 mmHg.

Se introducirá la sonda por cada orificio nasal 1-2 cm. retirando lentamente, con movimientos de rotación.

A continuación se introducirá nuevamente la sonda hasta llegar a estómago para aspirar contenido gástrico.

- Controlar temperatura axilar:
 - Colocar el termómetro en axila (no se tomará temperatura rectal para evitar la rotura del termómetro en orificio anal).
 - En los casos de hipotermia, colocar en la cuna térmica, instalada en Cuidados Mínimos.

- Desinfectar el cordón umbilical:
 - Observar el aspecto del cordón y sangrado (descartando que la pinza umbilical esté floja u otro problema cualquiera).
 - Aplicar solución de clorhexidina alcohólica, con gasa estéril alrededor del cordón umbilical, secándolo con otra gasa estéril, retirándose después.
- Profilaxis ocular con Aureomicina, en prevención de una oftalmia gonocócica:
 - Separar los párpados de ambos ojos, con ayuda de gasa estéril (primero uno y después el otro) e instilar una gota en cada ojo.
- Profilaxis de Enfermedad Hemorrágica del R.N.:
 - Administrar 0'1 cc de vitamina K(I.M.), en la zona antero-externa del cuádriceps.
- Profilaxis de la infección por virus de la Hepatitis B:
 - Si la madre es VHB positivo. Se administrará la 1ª dosis de vacuna VHB (Engerix B 0'5 cc) e Inmunoglobulina antihepatitis sB (0'5 cc) previo aviso al pediatra.
- Controlar saturación de Hb, colocando pulsioxímetro. No ha de bajar de 90.
- Valorar
 - Tono
 - Llanto
 - Coloración
 - Posibles malformaciones
 - Alteraciones en la integridad de la piel (edemas, manchas, eritemas, llagas, heridas, etc....)
- Identificar al niño:
 - Colocar en la muñeca una banda de identificación con sus datos personales: apellidos, sexo y nº de habitación de la madre.
- Cumplimentar Hoja de Registro del R.N.:
 - Datos personales
 - Valoración realizada por la enfermera
 - Protocolo realizado
 - Medicación administrada, etc....

- Complimentar libro de registro:
 - Peso
 - Talla
 - Perímetro cefálico y torácico
 - Temperatura axilar
 - Malformaciones
 - Observaciones
 - Nombre del niño
 - Sexo
 - Nombre de la madre
 - Tipo de parto
 - Lugar, destino
- Vestir al niño
- Entregarlo a la auxiliar de enfermería de partos para llevarlo con su madre, facilitando así el vínculo madre/hijo, favoreciendo la puesta al pecho para posteriormente ser trasladado a la Unidad de Puerperio.
- Avisar al pediatra ante cualquier anomalía, duda o modificación en el comportamiento del niño.

XIX. SALIDA MADRE-RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

PROTOCOLO MATRONA

OBJETIVO: Realizar el traslado en las mejores condiciones posibles.

ACTIVIDADES:

- Avisar a la paciente de la finalización del proceso en el paritorio.
- Colocarla en decúbito supino con apósitos limpios.
- Valorar la altura del útero y la involución.
- Enseñarle a palpar el fondo de útero y cómo realizar masaje.
- Valorar la pérdida hemática antes del traslado.
- Comprobar el estado de las vías y los apósitos de fijación.
- Comprobar la cumplimentación de la Historia Clínica y la totalidad de los registros.
- Informar cuándo y dónde podrá recoger el parte del juzgado.
- Ayudar y facilitar el transporte de los objetos personales y equipaje.
- Entregar el niño a la madre.
- Despedirlos correcta y afablemente.

XX. ACOGIDA A MADRE Y RECIÉN NACIDO EN UNIDAD DE PUERPERIO

PROTOCOLO ENFERMERÍA

OBJETIVO: Lograr la integración de la madre e hijo en la Unidad de Puerperio para recuperar su bienestar biofísico, psíquico y social.

ACTIVIDADES:

- Recibir y presentarse a la madre y familiares.
- Verificar que la documentación clínica corresponde a la madre y/o hijo.
- Verificar la identidad del Recién Nacido.
- Valorar estado de la madre y/o Recién Nacido.
- Cumplimentar la Historia Clínica de la madre y Recién Nacido.
- Registrar en libro de Ingresos y Altas.
- Cursar petición de analítica de rutina y otras pruebas, si éstas han sido solicitadas, tanto para la madre como para el bebé.
- Solicitar dieta nº 25 rica en fibra.
- Abrir Historia Clínica al recién nacido si se han solicitado pruebas complementarias
- Informar amplia y claramente de:
 - ✓ Funcionamiento del timbre de llamada
 - ✓ Teléfono
 - ✓ TV
 - ✓ Trámites necesarios para la inscripción del hijo en el registro civil.
 - ✓ Trámites necesarios para una eventual solicitud de baja maternal.
 - ✓ Fecha y hora teóricas del alta hospitalaria.

XXI. PROTOCOLO PUERPERIO INMEDIATO

ASISTENCIA POSTPARTO INMEDIATO

Atención durante el postparto inmediato en Unidad de Hospitalización

Si la mujer se halla en buen estado, es trasladada a la Unidad de Hospitalización de Puerperio junto con el recién nacido.

El control del estado materno durante las dos horas siguientes al nacimiento es de vital importancia para la prevención y diagnóstico de las complicaciones.

Una vez llegue la mujer a la Unidad, se debe:

- Evaluar el estado general:
 - Fatiga
 - Agotamiento
 - Escalofríos
 - Hambre
 - Sed
 - Nivel de recuperación de la analgesia o anestesia.
 - La reacción de la mujer y su acompañante ante el parto y el recién nacido.
 - Su actitud ante la lactancia natural y estimular la puesta al pecho inmediata del recién nacido.
- Controlar periódicamente:
 - T.A.
 - Pulso
 - Temperatura.

Inicialmente el pulso y la temperatura pueden estar ligeramente elevados, pero vuelven a la normalidad en las primeras horas.
- Control del estado del útero y cuantía de la hemorragia.

Lo normal es que el fondo uterino firmemente contraído se halle a nivel del ombligo y en la línea media. La hemorragia debe ser moderada (menos de 2 compresas en la primera hora).
- Estado episiotomía

Cuando la evolución es normal se aconseja:

- Reposo en cama las dos primeras horas para evitar hipotensión ortostática.
- Valorar grado de replección vesical y estimular micción espontánea.
- Evaluar con frecuencia el estado psicológico de la mujer, su nivel de comodidad y estado general.
- Después de 2 horas iniciar tolerancia con líquidos.

Una ingesta excesiva puede provocar náuseas y vómitos.

Si tolera, se le pueden ofrecer alimentos ligeros.

- Si existe hemorragia abundante (se empapa por completo una compresa perineal en 15 minutos o se encuentra sangre acumulada debajo de las nalgas) considerar:
 - Si el útero está blando por encima del ombligo se realizará masaje y expresión de los coágulos.
 - Si el útero se contrae y sitúa debajo del ombligo, la hemorragia es moderada abundante y la vejiga está vacía, realizar nueva valoración en 5 minutos:
 - Si el útero permanece contraído a nivel del ombligo o por debajo, la hemorragia es moderada y no hay coágulos, continuar la asistencia como en caso normal.
 - Si el útero permanece blando, por encima del ombligo, la hemorragia es abundante y con coágulos, se debe sospechar hemorragia por atonía uterina e iniciar valoración y tratamiento.
 - Si el útero se contrae, está por debajo de ombligo, pero lateralizado generalmente a la derecha, se debe sospechar replección vesical y debe facilitarse la micción espontánea o realizar sondaje, nueva valoración en 5 minutos como en el punto anterior.
 - Si el útero está contraído a nivel del ombligo o por debajo y existe hemorragia a borbotones o filiforme, sospechar hemorragia por lesión del canal blando.
Iniciar evaluación y tratamiento.

PROTOCOLO ENFERMERÍA PUERPERIO INMEDIATO

El Proceso Clínico "Puerperio" comienza en el momento en que la mujer ingresa en la unidad de puérperas tras el parto y termina en el momento en que es dada de Alta por parte del tocólogo.

Puede llegar acompañada de su bebé o no según el tipo de parto o el estado del recién nacido.

Este guión se desarrolla distinguiendo entre parto por vía vaginal y mediante cesárea.

PARTO VAGINAL

En el momento de la llegada de la madre (con o sin su bebé), se realiza la valoración de su estado y se aplica el protocolo de acogida.

Se controla:

- TA
- FC
- Sangrado vaginal
- Altura uterina
- Grado de motilidad de las extremidades inferiores (si se ha administrado analgesia epidural)
- Funcionamiento de la vía venosa.

Si procede se realiza masaje uterino.

Si el Recién Nacido viene junto con la madre, se verifica su identidad y se prepara su Documentación Clínica.

En este momento, si la madre ha decidido dar Lactancia Materna (LM) a su hijo, se le dan los primeros consejos e indicaciones. Se le estimula y ayuda a poner al bebé al pecho.

La Historia Clínica de la madre se organiza de manera habitual en la unidad y se registran los datos del ingreso en el libro.

Se cursarán los volantes de petición de analítica :

- Hemograma
- Grupo-Rh
- Serología

Transcurrido el tiempo necesario, se ayuda a la madre a orinar espontáneamente, bien acompañándole al WC, bien ayudándole a que lo haga en la cama (sobre todo tras analgesia epidural).

Si no consigue miccionar y se detecta la presencia de globo vesical se practica sondaje de descarga.

Tras la micción, nueva valoración del sangrado y tono uterino, se retira la perfusión EV y se retira el catéter EV o se mantiene con tapón obturador.

En los casos en que la lactancia es artificial, es el personal de enfermería el que se encarga de esta primera toma.

Durante este primer día el control de constantes se hace cada 12 horas.

La extracción de sangre para analítica se realiza dentro de las primeras 24 h. excepto si el parto ha tenido lugar entre las 8 h. del sábado y las 8 h. del domingo.

Los cuidados del periné se hacen dos veces (mañana y tarde).

El apoyo a la lactancia se hace de manera continuada, ya que la frecuencia de las tomas viene dada por la demanda del bebé en Lactancia Materna, siendo en Lactancia Artificial cada 3 ó 4 horas.

El control de los resultados de los análisis de sangre se realiza tras el momento de su recepción.

La visita médica tiene lugar en el turno de mañana tanto para la mujer como para el Recién Nacido.

Los cuidados del RN (higiene, peso,...) se efectúan de manera fija en el turno de mañana y son realizados por las Auxiliares de Enfermería.

Así mismo son llevados a cabo cada vez que es necesario.

Es en el momento en el que se realizan estos cuidados cuando se instruye a los padres sobre el modo de efectuarlos correctamente.

La dieta que sigue la madre es rica en fibra, si no hay ninguna contraindicación, y el tipo de actividad que se hace es tan normal como su estado se lo permita.

APERTURA DE HISTORIA AMBULANTE A RECIÉN NACIDOS

1) Enviar al acompañante a la Unidad Administrativa del Área Materno Infantil, con los siguientes datos especificando "para hacer historia ambulante":

- Nombre y dos apellidos
- N° de la habitación de la madre
- Cartilla de afiliación Seguridad Social

La historia del Recién Nacido se le facilitará inmediatamente al familiar

2) Cuando sea entregada la Historia en la Unidad, se transcribirán los datos INCLUYENDO EL NÚMERO DE HISTORIA, en el libro de registro especificando:

" Historia Ambulante"

3) No se registrará como ingreso ni alta en la planilla de movimiento de pacientes, ya que los Recién Nacidos de la Unidad, no causan estancia a efectos administrativos.

4) Cuando la madre sea dada de alta, remitir la historia del Recién Nacido al Servicio de Documentación Clínica EN SU PROPIA CARPETA, nunca debe ser incluida en la Historia Clínica de la madre.

XXII. PROTOCOLO PUERPERIO HOSPITALARIO

ASISTENCIA AL PUERPERIO HOSPITALARIO

Controles diarios

Se pasará visita diariamente a la puérpera controlando una serie de signos y síntomas.

1. Estado General

Se valora:

- Estado físico:
 - Astenia
 - Mareos
 - Pérdida de conocimiento
 - Cefaleas
 - Signos de anemia.
- Estado anímico de la mujer, intentando detectar procesos depresivos que suelen ser frecuentes.

2. Constantes vitales

- Tensión arterial
- Pulso
- Temperatura (cada 12 horas).
- Se considera “fiebre puerperal” la existencia de temperatura superior a 38°C transcurridas 24 horas del parto, constatada en dos ocasiones no separadas entre sí más de 24 horas, ni menos de 6 horas.

Esto obligará a pensar en un proceso infeccioso y a buscar el origen.

Procesos infecciosos puerperio:

- Endometritis
- Infecciones urinarias
- Mastitis
- Heridas infectadas
- Tromboflebitis séptica
- Absceso pélvico

3. Dolor

Se considera normal el dolor inherente a la cicatrización de las heridas así como el dolor de los "entuerzos".

Otro tipo de dolor debe hacer pensar en otros cuadros.

4. Involución uterina.

El útero debe disminuir progresivamente de tamaño.

Es útil instruir a la puérpera sobre la utilidad del masaje uterino periódico para favorecer la involución del útero.

Las causas de una subinvolución uterina son:

- Parto de corta o excesiva duración.
- Hiperdistensión uterina en el embarazo.
- Medicamentos en el parto: oxitocina, tocolíticos.
- Endometritis
- Miomas
- Retención de componentes ovulares.

5. Loquios

Los loquios evolucionan de hemáticos (*lochia rubra*) a claros (*lochia serosa* y *lochia alba*).

Si no tienen este aspecto o son malolientes se debe pensar en infección o subinvolución uterina.

6. Episiotomía

Valorar posible dehiscencia, hematoma o infección.

7. Extremidades inferiores

Evaluar síndrome varicoso y posibles tromboflebitis.

8. Micción

La primera micción tras el parto debe realizarse dentro de las primeras 6-8 horas, en caso contrario se procederá al sondaje vesical.

Deben detectarse posibles retenciones urinarias, incontinencias urinarias o infecciones.

En caso de incontinencia urinaria es útil iniciar ejercicios para reforzar el suelo pélvico.

9. Evacuación intestinal

En los primeros días del puerperio suele haber un pseudoestreñimiento.

No es necesario dar laxantes hasta pasados varios días.

10. Mamas

Se evaluará la presencia de ingurgitación mamaria, grietas o mastitis.

ASPECTOS GENERALES DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

En el Hospital ha de comenzar el aprendizaje para la mujer y su pareja de aspectos importantes del puerperio.

La información que reciban es importante y será luego ampliada mediante la atención domiciliaria.

1. Actividad física

La deambulacion precoz es importante.

Puede realizarse pasadas las dos primeras horas; siempre con acompañamiento.

Es una buena profilaxis para los accidentes tromboembólicos.

2. Higiene general

Se recomendará: Ducha diaria (al principio acompañada).

Se insistirá en los cuidados específicos relacionados con la alimentación del neonato:

- Correcta limpieza de las manos antes de alimentarle, evitando el uso de jabones, alcohol o productos que contribuyan a dañar los mismos.

Los pechos y los pezones no requieren un cuidado especial.

Los baños de asiento o por inmersión no son recomendables.

3. Cuidados de vulva y periné

Recomendar la higiene de vulva y periné en dirección vulvo-anal, con agua y jabón, y secado posterior, después de cada deposición o micción.

Si hay dolor, inflamación leve o leve hematoma se aconseja aplicar hielo envuelto en gasas o plástico.

4. Alimentación

Para prevenir el posible estreñimiento y los problemas derivados de la posible presencia de hemorroides es aconsejable dieta rica en fibra.

Si la lactancia es materna es recomendable un aporte calórico diario suplementario de 500 kcal. Es suficiente para una adecuada nutrición materna y una correcta producción de leche.

5. Prevención del riesgo de tromboembolismo

En pacientes de riesgo es aconsejable heparinización profiláctica desde el mismo momento del parto.

La deambulacion precoz y el uso de medias de compresion fuerte es eficaz.

6. Hemorroides

Los procesos hemorroidales generan notables molestias y aconsejan la utilizacion de medidas locales.

Se aconsejan baños de asiento y dieta rica en fibra que evite el estreñimiento.

Los flebotónicos y heparinoides en forma de crema son útiles.

7. Profilaxis anti-D

Se realizará en los casos indicados según protocolo.

La dosis aconsejada es de 300 microgramos I.M.

Debe administrarse aunque se haya aplicado durante la gestación.

Hay situaciones en que el riesgo de hemorragia feto-materna es mayor y en estos casos se debería administrar más dosis:

- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa
- Manipulación uterina
- Embarazos múltiples
- Polihidramnios.

8. Vacuna anti-rubeola

Sistemáticamente se realiza a todas las puerperas el estudio de anticuerpos antirubeola en nuestro Hospital.

Es un buen momento el puerperio para vacunar a las no inmunizadas.

9. Alimentación del Recién Nacido

Es fundamental que la mujer al abandonar el Hospital tenga las ideas muy claras sobre la lactancia.

La lactancia materna es absolutamente recomendable

La mujer ha de salir del Hospital bien informada sobre aspectos relacionados con la higiene, posturas, estimulación de la succión, ritmo de las tomas, solución de dificultades, etc.

La lactancia materna ha de iniciarse lo más precozmente posible

Existen algunas contraindicaciones para la Lactancia Materna:

- Galactosemia del recién nacido.
- Falta real de leche.
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Virus de la hepatitis B: las madres HBsAg positivas no deben lactar hasta que el hijo haya recibido la profilaxis adecuada. En este caso no hay razón para suspender la lactancia materna.
- Consumo de algunas drogas.

Se consideran contraindicaciones ficticias:

- Paladar hendido. La mayor parte pueden mamar.
- Ictericia fisiológica.
- Síndrome de ictericia por leche materna.
- Tuberculosis materna. Si ha recibido tratamiento adecuado y se considera no infectante puede amamantar.
- Virus del herpes simple. Siempre que no haya lesiones vesiculares en la mama y todas las lesiones activas cutáneas sean cubiertas.
- Medicamentos. Sólo son una contraindicación aquellos medicamentos que estén contraindicados en el lactante.
- Evitar dar a la madre los fármacos que no sean necesarios.
- Virus hepatitis C.

10. Inhibición de la lactancia madre

Cuando la madre no desea la lactancia materna o ésta está contraindicada se inhibirá con Cabergolina.

11. Problemas en la lactancia materna

A. Problemas al inicio de la lactancia

- Ingurgitación mamaria

Aparece entre el 2º-5º día del parto.

Como consecuencia de la posición incorrecta al pecho del lactante, porque se retrasa la lactación o las tetadas son irregulares.

La distensión mamaria dificulta que el niño atrape el pezón.

El tratamiento de la ingurgitación al igual que la prevención es el correcto vaciado de la mama.

El vaciado se puede conseguir:

- Aplicando calor al pecho antes de amamantar.
- Mejorando la técnica de la tetada.
- Poniendo al lactante con más frecuencia al pecho.
- Con bomba sacaleches o expresión manual de los pechos si las medidas anteriores no son suficientes.
- El frío local entre tetadas evita el dolor

- Grietas del pezón

Cuando el niño no está bien puesto al pecho y al mamar sólo coge el pezón, éste es traumatizado por las encías, se produce un pezón doloroso y se favorece la aparición de grietas.

El pezón no duele aún teniendo grietas si se realiza una buena colocación al pecho.

Otra causa que contribuye a la aparición de grietas es el lavado frecuente del pezón (antes y después de mamar) que provoca la desaparición de la secreción de las glándulas de Montgomery que tiene efecto protector de la piel y antiinfeccioso.

La aplicación de cremas en el pezón puede obstruir el conducto de salida de éstas glándulas.

- Pezón unilateral doloroso

Puede aparecer en cualquier momento y es debido frecuentemente a candidiasis del pezón.

Puede no existir ningún tipo de secreción en el pezón porque la colonización se hace en la porción inicial de los conductos Galactóforos, cerca de la piel.

Suele haber candidiasis bucal en el niño.

- Tratamiento:

- Aplicación tópica de nistatina.

- Analgésicos .

- Tratamiento de la candidiasis bucal del niño.

- Pezón plano

No es en general causa de fracaso de la lactancia materna, aunque puede generar problemas en su manejo.

Es la succión del niño la que puede hacer visible un pezón hasta entonces retraído.

Crearé problemas en la lactancia si se hace perder la confianza a la mujer al comentarle esta característica de sus pezones.

B. Problemas una vez establecida la lactancia

- Mastitis: Se debe iniciar el tratamiento enseguida:

- Vaciado correcto del pecho prosiguiendo la lactancia.

- Antibióticos que deben cubrir los estafilococos productores de penicilinasa, tipo Cloxacilina.

- Absceso mamario:

- El drenaje es el tratamiento adecuado.

- El drenaje quirúrgico no contraindica la prosecución de la lactancia materna.

- Obstrucción de la glándula mamaria

- La obstrucción canalicular es frecuente.

- Aparece más frecuentemente cuando no se vacía bien la glándula, por el acumulo de leche y posibilidad de formación de cálculos.

- La prevención es vaciar bien el pecho.

- El tratamiento es facilitar el drenaje del lóbulo afecto con masaje.

PROTOCOLO MÉDICO DE EXPLORACIÓN AL RECIEN NACIDO PRIMER DÍA

1.- Exploración general:

Se apreciará estado general (bienestar), actitud, actividad, llanto, color, etc...
Anomalías visibles (malformaciones).

2.- Exploración por aparatos

Aparato cardiorrespiratorio:

Color: sonrosado general. Ocasionalmente acrocianosis.

Frecuencia respiratoria: normal (40-60 resp/min). Los RN son respiradores periódicos. Apnea: ausencia de respiraciones, >10-15".

Auscultación pulmonar: en busca de estertores, mala entrada de aire, quejido, etc...

Auscultación cardíaca: localización latido cardíaco. Frecuencia cardíaca (100-160 lat/min). Soplos cardíacos. Palpación de pulsos humerales-femorales. RX tórax?.

Abdomen:

Aspecto externo. Visualización de asas intestinales. Palpación de hígado, bazo, riñones.

Genitales:

Hombre: valorar fimosis. Escroto. Hidrocele. Testículos (localización). Hipospadias u otras malformaciones.

Mujer: labios mayores. Pared vaginal. Himen imperforado o tabicado. Otras malformaciones.

Se debe explorar cuidadosamente el ano-recto en busca de no sólo imperforación de ano, sino fístulas o malposiciones.

Piel: en busca de anomalías, algunas normales en este periodo de la vida: milium, mancha mongólica, eritema tóxico.

Otras anomalías: se incluye: angiomas, nevus, etc...

Extremidades, columna vertebral, articulaciones:

Extremidades: anomalías, dedos, manos, pies. Luxación de cadera.

Columna vertebral: sosteniendo al niño boca abajo, se busca sobre todo, pequeñas tumefacciones blandas como indicativo de meningocele.

Cabeza, cuello, boca:

Cabeza: caput succedaneum, cefalohematoma, craneosinóstosis, fontanelas.

Cuello: movilidad, bocio, fístulas tiroglosas o de los arcos branquiales. Presencia de fractura de clavícula.

Boca: fisura palatina o paladar hendido. Dientes. Quistes de encías o debajo de la lengua. Perlas de Epstein (hallazgo normal).

Exploración neurológica:

Llanto. Tono. Reflejo Moro. Reflejo marcha. Exploración conductual.

Exploración ocular:

Búsqueda de reflejo rojo. Cataratas. Coloboma, etc.....

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

SEGUNDO DÍA

El control de constantes pasa a ser de una vez al día (en turno de mañana) salvo la Temperatura, que es controlada rutinariamente en turno de mañana y tarde.

El médico decidirá en la visita si la paciente es dada de alta o permanece un día más hospitalizada.

Se valoran los resultados analíticos.

Si fuera necesaria la administración de Anti-D u otra medicación, se efectuará en la unidad antes del alta.

Se aplica protocolo valoración del recién nacido: medición, peso, temperatura, observación de la coloración, deposición, meconio, micciones, cura de ombligo, etc.

Control posterior por el pediatra.

Si por cualquier causa la madre permanece ingresada más de dos días, el pediatra explorará al recién nacido el quinto día.

La enfermera entregará:

- Cartilla sanitaria de la embarazada.
- Cartilla sanitaria del R.N.

La extracción de sangre del R.N. para el screening de metabolopatías es efectuado por la enfermera de la Unidad de Detección de Metabolopatías si han pasado 48 horas desde el nacimiento.

Si no han transcurrido 48 horas, tanto el Alta como la extracción citada quedan aplazadas hasta el siguiente día independientemente de otras circunstancias.

TERCER DÍA

Se aplican los mismos cuidados que en el segundo día de ingreso.

El pediatra explora al bebé y valora la Historia Clínica del mismo

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS: PUERPERIO

ACTIVIDADES	PRIMER DÍA	SEGUNDO DÍA
Aplicar protocolo acogida madre y recién nacido	Al ingreso	-----
Control de constantes	c/ 12 horas Mínimo	c/ 24 horas
Control de sangrado	M/T/N	M/T/N
Control altura uterina	M/T/N	M/T
Vigilancia loquios	M/T/N	M/T
Cuidados vía perfusión	3 veces mínimo (6 prim. horas)	
Control motilidad EEII	2 veces mínimo (8 prim. horas)	
Control primera micción	Primeras horas	
Control dolor	M/T/N	M/T/N
Ayuda higiene y alimentación	Hasta su autonomía	
Vigilancia episotomía	M/T/N	M/T/N
Cura episotomía	M/T	M/T
Educación Sanitaria	M/T/N	M/T/N
Apoyo Lactancia	M/T/N	M/T/N
Extracción analítica madre	M	
Control Resultados analíticos	M/T	M/T
Administración medicación (órdenes médicas)	M/T/N	M/T/N
Dieta rica en fibra (Nº 25)	M/T/N	M/T/N
Extracción sangre Metabolopatías		M
Higiene y valoración del recién nacido	M/T/N	M/T/N
Peso R.N.	M	M
Visita médica (TCG)	M	M
Visita médica (pediatra)	M	
Entrega cartilla sanitaria		Al alta
Cumplimentación y entrega registro CC		Al alta
Entrega informe alta médico		Al alta

XXIII. EDUCACIÓN SANITARIA

1) INFORMACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO EN EL POSTPARTO

Higiene General

- Ducha diaria

Lavado de manos

- Además de los hábitos higiénicos habituales, se lavarán siempre después de manipular la compresa y antes de cada toma.

Zona Perineal

- Lavado con agua y jabón dos veces al día y después de cada deposición o micción.
- El lavado se realizará desde delante hacia atrás para evitar el arrastre de gérmenes desde el ano.
- Secar cuidadosamente la zona de la episiotomía si existe.
- Las hemorroides inflamadas generalmente mejoran si se lavan con agua fría.

También se puede aplicar frío local sobre ellas.

- El cambio de compresa debe ser frecuente mientras se esté eliminando loquios.

Mamas y pezones

- La higiene de las mamas se hará esencialmente en la ducha diaria. El secado de las mismas será cuidadoso (sin frotar).

No es necesario ni conveniente limpiar los pezones cada vez que se ponga o retire al bebé del pecho. Una frecuencia excesiva de lavado contribuye a la aparición de grietas. Lavar con agua fría y secar cuidadosamente y sin frotar los pezones antes de poner al bebé al pecho, dos o tres veces al día, es considerado una buena práctica higiénica.

NUTRICIÓN

- La madre necesita energía para cuidar a su hijo y poder amamantarlo. Para ello debe cuidar su alimentación y debe tomar cada día alguno de estos alimentos de cada uno de estos grupos:
 - Carnes, pescados y huevos
 - Pan, vegetales y legumbres
 - Frutas, vegetales o zumos naturales
- No es necesario restringir la ingestión de líquidos. Se deben ingerir al menos dos litros diarios a base de agua, zumos, leche, caldos, etc...
Según estudios realizados parece que no existe relación entre la cantidad de líquido tomada y la ingurgitación de las mamas, por lo que no es necesario ni conveniente pasar sed.
- Es importante no abusar del tabaco, bebidas alcohólicas y estimulantes.

DESCANSO

- El descanso es necesario durante el puerperio para una buena recuperación, pero el niño demanda mucha atención de su madre, por lo que no puede descansar durante periodos prolongados. Esto obliga a la madre a tratar de aprovechar todas las oportunidades que tenga para hacerlo.
- El exceso de visitas, tanto en el hospital como en casa, pueden fatigar mucho a la madre y al niño, por lo que se recomienda a familiares y amigos que sean prudentes.

2) INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA

a) Lactancia materna

El consejo más importante que se le puede dar a una futura madre es que se prepare para alimentar a su bebé con la leche de su pecho.

La lactancia materna, además de favorecer la salud de su hijo desde el nacimiento, le procura un mejor desarrollo y favorece una vida adulta más sana.

Promueve un especial vínculo afectivo con su hijo, incrementa la autoconfianza en su cuidado, produce mayor relajación y satisface las necesidades nutricionales, inmunológicas y psicoafectivas de su hijo.

La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido durante los seis primeros meses de vida. Sería deseable que continuara tomando pecho hasta cumplir un año de edad como complemento a su alimentación.

El bebé debe ser puesto al pecho materno lo antes posible tras el parto.

Estos primeros contactos con el pezón estimulan la producción de leche y pueden ser beneficiosos para un mejor establecimiento del vínculo afectivo madre hijo.

La secreción que sale en las primeras horas se llama calostro. Su color es claro y algo amarillento. Tiene gran importancia ya que es muy buena y necesaria para el RN por ser muy rica en sustancias inmunológicas entre otras.

Durante los primeros quince días de vida se deberán realizar al menos ocho tomas diarias, no permitiendo períodos de ayuno superiores a cuatro horas, tanto durante el día como durante la noche.

El uso de tetinas y chupetes así como la administración de sueros y equivalentes está desaconsejado.

TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la mejor manera de alimentar a un bebé pero a menudo presenta algunas dificultades que con una buena técnica y condiciones del entorno serán superadas.

Es muy importante que tanto la madre como el niño estén relajados y para ello es conveniente un lugar sin ruidos que distraigan al bebé a la hora de succionar. Si la madre se encuentra relajada el bebé aprenderá más fácilmente cómo "agarrar" el pecho y entonces el flujo de leche será mayor.

Si es posible, es bueno jugar un poco con el bebé.

Para que el bebé agarre el pezón debe aproximarle la mejilla del mismo al pecho, ayudándole a encontrar el pezón con los labios. Estimularle la nariz y el labio superior le ayuda a abrir bien la boca y encontrar fácilmente el pezón.

El pezón debe estar centrado en la boca del bebé. Hay que acercar su cabeza al pecho cuidando de que pueda respirar bien por la nariz. El recién nacido tiene que tener el pezón y la mayor parte posible de la areola dentro de la boca.

Al descansar o cambiar de pecho puede ser necesario ayudarle a soltar el pezón. Para ello, no debe tirar del bebé o del pecho, ya que esto acabará por dañar el pezón. Si está agarrado con fuerza, se debe introducir un dedo en el ángulo de la boca hacia el pezón para interrumpir la succión.

Para que amamantar al bebé sea una labor eficaz y poco complicada es muy importante una buena colocación tanto de la madre como del hijo. Hay tres posturas que son adecuadas:

- La posición más frecuente es la sentada cómodamente en una silla o sillón bajo que le permita apoyar bien los pies en el suelo, apoyando el brazo en el descansabrazos de la silla o sobre el muslo (en este caso el pie deberá ir apoyado sobre una banqueta o reposapiés, o bien, la pierna sobre la que se apoyará el niño deberá estar cruzada).

La cabeza del bebé debe apoyarse en la flexura del codo, y su vientre, frente al de la madre (tripa con tripa).

- Otra posición es la acostada, con el recién nacido colocado de manera que su vientre está pegado al de la madre y la cabeza cerca del pecho, rozándole la mejilla.

En esta posición hay que levantar el pecho hacia la boca del bebé y facilitarle la introducción del pezón en la boca.

Esta posición se suele emplear durante la noche y si se ha realizado cesárea.

- En la posición lateral la madre está en la cama, de costado, sujetando la cabeza del bebé con la mano. El cuerpo del bebé queda debajo del brazo cuya mano le sujeta la cabeza y en contacto con el cuerpo de la madre.

La otra mano de la madre (la del mismo lado sobre el que se encuentra acostada) se utiliza para acercar la cabeza del bebé al pecho.

Esta posición se suele emplear cuando el pecho es de tamaño grande, tras cesáreas y cuando el bebé presenta problemas a la hora de succionar.

En el transcurso de la lactancia materna se plantean dudas sobre si la alimentación está siendo adecuada, si la frecuencia de las tomas es correcta, etc..., que pueden ser resumidas a través de las siguientes cuestiones:

¿Cuándo debemos amamantar al recién nacido?

- Siempre que lo pida el bebé
- Un mínimo de 8 veces al día
- Sin prolongar los períodos de ayuno más de 4 horas.

¿Cuándo está mamando bien?

- Cuando oiga tragar al bebé
- Cuando los pechos quedan menos tensos después de mamar.

¿Cuándo está correctamente alimentado el bebé?

- Una pérdida de peso inferior al 10% en los primeros días se considera normal).
- Cuando orina varias veces al día

Es importante tener presente que cada bebé es diferente y que la madre debe ir conociendo al suyo. Algunos chupan con avidez desde el principio, otros están irritados y sueltan el pecho varias veces, otros son más lentos, perezosos.....

En definitiva, cada niño es un mundo diferente y cada madre también. Ambos conseguirán acoplarse a un ritmo común aunque al principio pueda parecer difícil en algunos casos.

De todas maneras, recordar que el bebé necesita ser alimentado a intervalos nunca mayores de 4 horas. Si duerme, hay que despertarlo.

El pecho puede ponerse duro y dolorido si hay una gran producción de leche y el niño no vacía bien el pecho al mamar. En estas situaciones se pueden hacer varias cosas.

- Amamantar más a menudo.
- Masajear suavemente los pechos para estimular el flujo de leche cuando está succionando.
- Sacar un poco más de leche mediante masaje manual o con sacaleches si al terminar la toma los pechos continúan duros.
- Sacarse algo de leche antes de poner al bebé al pecho extenderla por la areola y el pezón.
- Dar la toma tras ponerse sobre los pechos paños o toallas tibias o tras tomar una ducha templada ayuda a que la leche salga más fácilmente.
- Evitar estirar del pezón y pellizcarse el pecho.
- Si no puede darle pecho en alguna toma, sacarse la mayor cantidad posible de leche es importante, se puede conservar la leche extraída en un recipiente limpio y a baja temperatura (frigorífico), durante un máximo de 24 horas para luego dársela al bebé.
- Ser paciente

B) LACTANCIA ARTIFICIAL

En general, el niño tomará cada 3 ó 4 horas la cantidad que desee. El tipo de leche será el que indique su pediatra, que igualmente indicará cuales son los requerimientos alimenticios del niño.

Normas para la correcta preparación del biberón

- Lavarse bien las manos
- Es conveniente utilizar biberones estrechos y largos, con escala graduada bien visible para evitar errores en la preparación
- La tetina debe ser suave y no muy dura
- Biberones y tetinas deben lavarse con agua y jabón
- Antes de preparar la leche, hervir el biberón, la tetina, la anilla, tapa, etc... durante 5 a 10 minutos en una olla grande tapada
- Los biberones preparados se pueden guardar en la nevera no más de 24 horas
- El biberón se puede calentar antes de la toma al baño maría o pasándolo por agua caliente
- Preparar por cada 30 ml. De agua hervida un cacito raso de leche en polvo. Enrasar el cacito con un cuchillo limpio
- Poner siempre primero el agua y después el polvo
- Asegurarse de que la temperatura del preparado es adecuada vertiendo unas gotas del biberón en dorso de la mano antes de iniciar la toma
- Nunca utilizar lo que sobre de una toma para la siguiente

XXIV. ALTA HOSPITALARIA

Se debe asumir que un ingreso Hospitalario sólo está indicado para realizar actuaciones no susceptibles de practicar fuera de un Centro Sanitario por lo que, salvo contraindicación no se considera necesario prolongar la estancia de la puérpera más allá de las 48 horas.

La OMS recomienda que “deberá realizarse un esfuerzo por acortar la estancia hospitalaria en lo posible”.

Al irse a su domicilio la mujer debe tener información detallada sobre los siguientes aspectos:

1. Quienes son los responsables de su asistencia y de la del Recién Nacido a partir del momento del alta hospitalaria.
2. Cuáles son los signos de alarma ante los cuales debe consultar:
 - Fiebre (superior a 38 grados)
 - Hemorragia importante por vagina
 - Loquios malolientes
 - Signos inflamatorios locales en mamas, episiotomía y extremidades inferiores.
 - Dificultad o problemas respiratorios
 - Sintomatología urinaria
3. En su Centro de Salud o Ambulatorio tiene una Matrona o Enfermera que le ayudará a cuidar su salud.

Pídale el apoyo que necesite.

INFORME CLÍNICO

Al alta recibirá:

- Informe Médico
- Cartilla de embarazada.
- Cartilla Sanitaria del bebé.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Intrapartum surveillance for fetal oxygen deprivation. Roy H. Petrie. *Medicine of the Fetus and Mother*. Chapter 49. J.B. Lippincott Company. Philadelphia.
- Normal and abnormal labor. Wayne R. Cohen. *Medicine of the fetus and Mother* Chapter 85. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1.992.
- The puerperium and lactation. Ann M. Ferris and E. Albert Reece. *Medicine of the Fetus and Mother*. Chapter 91. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1.992
- Levenko KJ, Cunningham FG, Nelson S et al: A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34.995 pregnancies. *N Engl Med J* 1986; 315:615.
- *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Second Edition. Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, Mary Renfrew and James Neilson. Oxford University Press.
- *El Parto normal*. Tratado de Obstetricia y Ginecología. J.A. Usandizaga-P. De I de la Fuente. Vol I: Obstetricia. Cap. 6. McGraw-Hill. Interamericana. 1.997.
- Zlatnik FJ: *Trabajo de Parto y Parto Normales*. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth, 6ª Edición. Nueva York. Interamericana. McGraw-Hill. 1.990.
- Monleon FJ y Cols. *Asistencia al parto normal*. Protocolo 3. *Protocolos asistenciales en Ginecología y Obstetricia*. SEGO. 1.994.
- SEGO. *Asistencia al parto*. Protocolo 3. 1998 *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*. Grupo de trabajo de la sección de Medicina Perinatal de la SEGO. E. Fabre. 1.995.
- Michael C. Klein, Robert J. Gauthier, et al. Does Episiotomy Prevent Perineal Trauma and Pelvic Floor Relaxation? *Obstetrical y Gynecological Survey* 49; 4:238-239.
- Jhontone FD, Aboelmagd MS, Harouny AK. Maternal posture in second stage and fetal acid base status. *Brit J. Obstet. Gynecol.* 94:753-757.1.987.
- Gardosi J, Sylvester S, Lynch CB. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Brit J. Obstet. Gynecol.* 96:1290-96.1989.

BIBLIOGRAFÍA DE PROTOCOLOS DE LA MATRONA

- Olds S, London M, Ladewig P. Enfermería Materno-Infantil 4ª de. México: MCGraw-Hill. 1.995.
- Reeder S, Martin L, Koniak D. Enfermería Materno-Infantil 17ª de. Madrid: MCGraw-Hill-Interamericana, 1.995.
- Tomás AM. Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados. Enfermería Clínica 1.994; 4_ 28-35.
- Gordon M. Diagnóstico Enfermero proceso y aplicación. Madrid: Mosby/Doyma, 1.996.
- Ugalde M, Rigol A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson, S.a. 1.995.
- Nursing Photobook. Ginecología y Obstetrica en Enfermería. Barcelona: Doyma, 1.986.
- Peya Gascons M. La enfermería clínica en la mejora de la calidad. Enfermería Clínica 1.996;6: 42-46.
- Bermejo JC. Humanizar la salud. Madrid: San Pablo, 1.997.
- Alfaro R. El pensamiento crítico en Enfermería. Barcelona: Masson, S.A. 1.997.
- Knor E. Decisiones en Enfermería Obstétrica. Barcelona: Doyma, 1.990.
- Salvatierra V. Psicobiología del Embarazo y sus trastornos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1.989.

BIBLIOGRAFÍA PEDIATRAS

- American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. The initiation or withdrawal of treatment for high-risk newborns. Pediatric 1995;96:362-363.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Genetics. Newborn screening fact sheets. Pediatrics 1996; 98:473-501.
- American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Joint Committee on Infant Hearing 1994 position statement. Pediatrics 1995;95:152-156-
- American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and sudden infant death syndrome (SIDS): update. Pediatric 1996;98:1216-1218.
- American Academy of Pediatrics, Vitamin K Ad Hoc Task Force. Controversies Concerning Vitamin K and the newborn. Pediatrics 1993;91:1001.
- American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Use and abuse of the Apgar score. Pediatrics 1996;98:141-142.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. Advanced practice in neonatal nursing (RE9257). AAP News 1992;8:17 (reaffirmed 1995).
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal distress and birth asphyxia. ACOG Committee Opinion 137. Washington, DC:ACOG,1995.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Umbilical artery blood acid-base analysis. Technical Bulletin 216. Washington, DC:ACOG,1944.

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Utility of umbilical cordblood acid-base assessment. ACOG Committee Opinion 138. Washington, DC:ACOG, 1994.
- Bloom RS, Cropley C, eds. Textbook of neonatal resuscitation. American Academy of Pediatrics/American Heart Association NRP Steering Committee. Dallas, Texas:American Heart Association, 1994.
- Graven SN, Bowen FW Jr, Brooten D, Eaton A, Graven MN, Hack M, et al. The high-risk infant environment, I. The role of the neonatal intensive-care unit in the outcome of high-risk infants. J.Perinatol 1992;12:164-172.
- Guía de Salud Materno-Neonatal. Sociedad Española de Neonatología. AEP. Sección de Medicina Perinatal S.E.G.O.
- National Association of Neonatal Nurses. Neonatal nursing standards, guidelines, and related documents: annotated bibliography. Petaluma, California:National Association of Neonatal Nurses, 1993.
- Recomendaciones de bases o mínimos de la atención neonatal. Sociedad Española de Neonatología. AEP.