



Sanitas 

PARTE DE *Bupa*

**Prepárate
para lo
importante**

**Unidad de Parto
Humanizado**



Índice

- 1.** El parto y sus etapas
- 2.** Tipos de parto
 - 2.1. Partos medicalizado
 - 2.2. Parto natural
 - 2.3. Parto humanizado
- 3.** Parto no intervenido o humanizado
 - Anexo. Ficha de identificación y preferencias

1. El parto y sus etapas

El parto es el proceso fisiológico por el que el feto es expulsado del útero al mundo exterior.

El parto es un acontecimiento singular y único en la vida de una mujer y en la relación de una pareja.

Durante los últimos años se está produciendo en nuestro país un cambio conceptual en la asistencia al parto, que tiene como eje fundamental que la gestante sea el centro de la atención recibida. Igualmente, se considera que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor.

El nacimiento de un niño sano no es un proceso casual. Es el resultado de un sinfín de cuidados y atenciones prodigados con generosidad y profesionalidad. Por eso, la gestante debe ser protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo. Durante el proceso de asistencia al parto tienen que primar la seguridad y la salud tanto de la madre como del recién nacido. El objetivo final es **asegurar durante todo el parto el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.**

Se considera que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor.

Características del parto

El trabajo de parto se define por la presencia de contracciones uterinas que conducen al borramiento y a la dilatación del cérvix uterino.

Todos estos eventos suelen producirse antes de la rotura espontánea de las membranas, pero en un pequeño porcentaje de mujeres, la rotura de la bolsa se produce antes de la aparición de la actividad uterina.

El parto se pone en marcha como resultado de complejas interacciones hormonales entre madre, hijo y placenta, aunque aún no conocemos completamente los factores del inicio y mantenimiento del parto a término.

En el **parto intervienen 3 elementos** o factores:

- **Las fuerzas del parto:** están constituidas por las contracciones uterinas, reforzadas en cierto momento por la presión de la prensa abdominal. Es el "motor del parto".
- **El objeto del parto:** constituido por el feto y sus anejos (placenta y membranas). Es lo que ha de ser llevado al exterior.
- **El canal del parto:** constituido por la pelvis menor y el canal blando del parto (cuello del útero, vagina y desembocadura de ésta en la vulva). Es el camino que el feto debe recorrer desde el interior del útero hasta el exterior de la madre.



El pre-parto o los pródromos

Es el periodo que acontece antes del inicio del trabajo de parto. Su duración oscila entre unas horas y unos días antes del inicio de las contracciones.

Este periodo se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas que anuncian la proximidad del inicio del parto:

- **Aumento progresivo de las contracciones uterinas:** que aunque son irregulares y en general poco intensas, pueden ser percibidas como dolorosas por la madre.
- **Descenso de la cabeza fetal hacia la pelvis:** la embarazada puede notar un descenso del fondo del útero, y aumento de presión en la pelvis. Las contracciones uterinas harán que el cuello uterino se ablande, se acorte, e incluso se abra un poco lo que facilita el descenso de la cabeza fetal hacia la pelvis. Esto puede ser causante de compresión a nivel de la pelvis, que puede producir calambres o dificultades en la marcha, e incluso aumento de la frecuencia de la micción.
- **Expulsión del tapón mucoso:** los cambios a nivel del cuello del útero provocan la salida a través de la vagina de un flujo espeso y mucoso, en ocasiones con estrías de sangre.

Todas estas manifestaciones son variables, y sólo indican que todo está preparado y que el parto puede iniciarse en los siguientes días.

El parto normal

El parto normal se inicia de forma espontánea, y tras una evolución fisiológica de la dilatación, termina con el nacimiento de un niño normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben también evolucionar de forma fisiológica.

Consideramos parto normal aquel que se produce **entre las semanas 37 y 42 de la gestación**, aunque existen factores específicos

de cada mujer que pueden hacer que el parto se adelante (parto pretérmino o prematuro) o se retrase (embarazo prolongado).

El post-parto inmediato

Es el periodo que sigue al desprendimiento de la placenta, y que algunos consideran el "cuarto periodo del parto".

En él se produce la **cohibición de la hemorragia** que acompaña al alumbramiento mediante la contracción permanente de las paredes uterinas. En este momento es fundamental una intensa vigilancia clínica del estado materno, que ha realizado un gran esfuerzo físico.

Este periodo dura unas 2 horas, y es en este momento cuando se procederá a suturar los posibles desgarros perineales, o la episiotomía si se tuvo que realizar, y se comprobará que no hay hemorragia y que el útero se encuentra bien contraído.



Fases del parto:

1. Fase de dilatación:

Es el periodo en el que las **contracciones se hacen rítmicas e intensas**, y provocan que el cuello del útero se acorte y se dilate. Su duración es variable, aunque se suele considerar que en las primerizas dura entre 6 y 10 horas, y en el resto entre 3 y 5 horas. El cuello debe dilatarse para permitir la salida del feto (dilatación completa), que en general para fetos bien desarrollados a término la dilatación es de 10cm.

2. Fase de expulsivo:

Es el periodo que transcurre desde el **final de dilatación hasta la salida total del feto al exterior**. En su transcurso es fundamental la colaboración activa de la madre para lograr la salida del bebé. Como efecto de la compresión de la cabeza del feto en el periné, la madre siente deseo de "empujar" y pone en funcionamiento su prensa abdominal. A medida que avanza esta fase se ve aparecer la cabeza fetal distendiendo los genitales, hasta "coronar". Su duración se puede prolongar hasta 2 o 3 horas en primerizas, y hasta 1 o 2 horas en multíparas.

La **episiotomía**, es una incisión en la piel y paredes vaginales que se realiza para evitar un desgarro durante la expulsión y además acortar el tiempo de expulsión del bebé. En general no suele ser necesaria realizarla, ocasionalmente se realiza en primerizas en las cuales los tejidos normalmente no distienden tanto como en las multíparas.

Si el expulsivo se demora, o si hubiera alguna indicación fetal (riesgo de pérdida de bienestar fetal) o materno, el médico puede recurrir a la llamada extracción instrumental del feto y para ello tiene varios instrumentos que le "ayudaran a la salida del feto":

- Espátulas
- Ventosa
- Fórceps

3. Fase de alumbramiento:

Es el periodo en el que se produce la **separación y expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas**. Es fundamental que una vez que ha salido el feto, el útero se contraiga y se desprenda la placenta. Esta fase no debería durar más de 30 minutos, por lo que si se prolonga, deberían intentarse maniobras para que se produzca el desprendimiento.

Ya pinzado el cordón y cortado, la sangre que aun está contenida en su interior, así como en el interior de la placenta, puede recogerse y utilizarla para Conservación privada de células madres del cordón umbilical o donarse con fines altruistas al Banco de sangre de cordón umbilical.



2. Tipos de parto

2.1. Parto medicalizado

Las bases del parto medicalizado son el control continuo del estado fetal, mediante una monitorización bioquímica y biofísica adecuadas, y la regularización de las contracciones si es necesario.

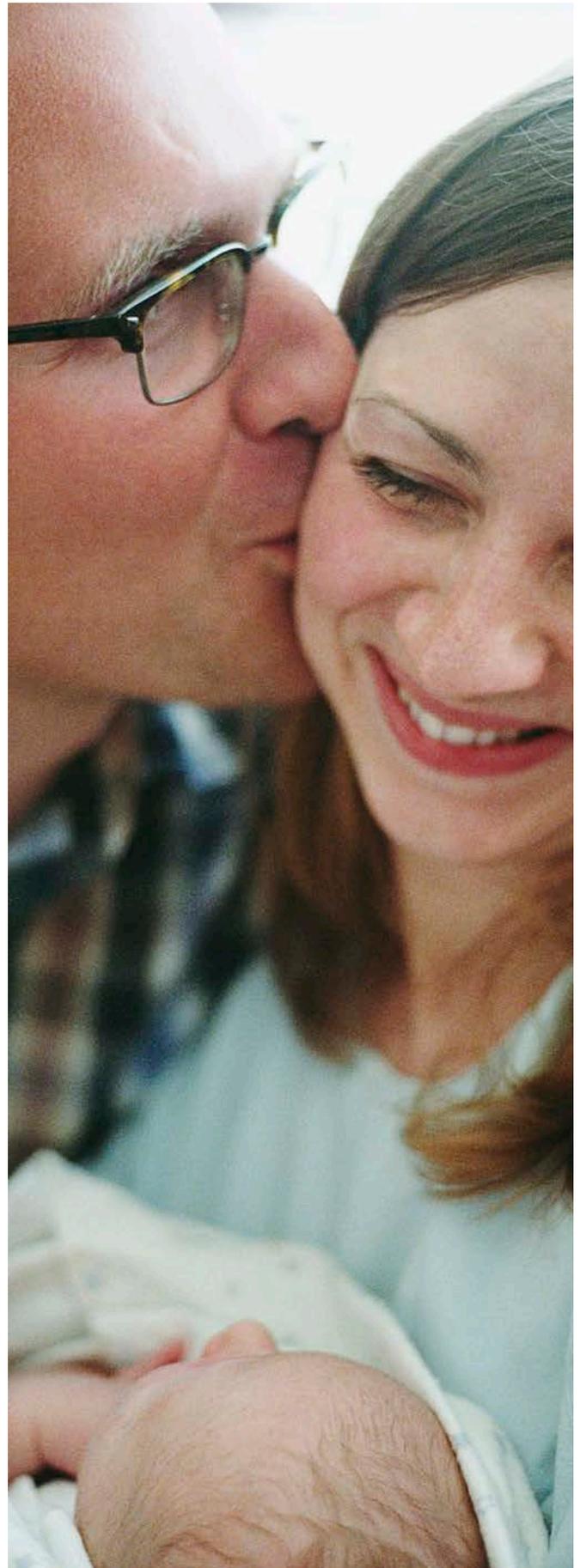
También es habitual la rotura precoz de la bolsa de las aguas, que acelera la dilatación y permite comprobar el aspecto y el color del líquido amniótico. Todas estas medidas son inocuas si se practican utilizando una técnica escrupulosa.

Con todo esto se intenta **acortar la duración del parto, y hacerlo más soportable**. El objetivo es conducirlo por los cauces de máxima normalidad, sin que ello signifique un aumento de riesgos fetomaternos, sino todo lo contrario.

Razones médicas, como motivos maternos (hipertensión o diabetes) o motivos fetales (crecimiento restringido), puede hacer necesario finalizar un embarazo. También puede programarse por razones prácticas. A este tipo de parto se le llama programado por **“motivo social”**.

Los resultados son relativamente buenos, pero provocan en ocasiones un excesivo intervencionismo médico. Hoy en día, se efectúa una inducción médica del parto aproximadamente en un 10% de ocasiones.

La preparación mediante ejercicios de relajación y respiración, el entrenamiento muscular y un mayor conocimiento del proceso fisiológico, disminuye siempre la angustia ante el parto y hace que la mujer colabore más y participe activamente.



2.2. Parto natural

El parto natural es aquel en el que no se recurre a ningún tipo de medicación para dar a luz.

Consiste en dejar hacer a la naturaleza, sin que medie, apenas tecnología ni medicación, recibiendo **escasa o nula atención médica artificial**, y permitiendo que sea la mujer la que conduzca el proceso del trabajo de parto y el alumbramiento, de la forma que le resulte más cómoda.

En la actualidad existe en algunos ambientes, el llamado **“parto natural en clínica”**, asistido por personal sanitario, en el que en todo momento se intenta preservar la naturalidad del acto de dar a luz. No se administran fármacos, no se aplican sedantes y se deja a la paciente deambular libremente, así como adoptar en el momento de la expulsión la posición que ella misma elija.

Muchas mujeres con embarazos de bajo riesgo eligen el camino natural para evitar las complicaciones que pueden generar los medicamentos en ellas o sus bebés. Los analgésicos pueden afectar el trabajo de parto; por ejemplo, bajar la presión arterial, reducir o aumentar el ritmo del trabajo de parto, provocar náuseas y generar sensación de confusión y falta de control.

2.3. Parto no intervenido o humanizado

Trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren su fisiología.

En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial.

Es un intento de realizar una síntesis de todos los aspectos positivos de las corrientes obstétricas anteriores, añadiéndoles un enfoque ecológico. La idea se basa en el control y preservación del medio ambiente, es decir, del entorno ecológico del feto y de su madre.

En definitiva, “humanizar el acto de dar a luz”, hacerlo más íntimo y natural, sin renunciar a la positiva aportación científica.

Se trata pues de **reencontrar la sabiduría de la naturaleza y armonizarse con ella**, pero poniéndose a cubierto de sus posibles accidentes. Se caracteriza por una preparación física durante el embarazo mediante relajación y respiración, y vigilancia continua fetal durante el parto con monitorización del período expulsivo fetal. La presencia de la pareja durante el parto y la creación de un ambiente afectivo adecuado a la futura madre es muy importante.

Se trata, en suma, de la humanización del acto del nacimiento al máximo. La estimulación por goteo oxitócico y el uso de determinadas drogas son recursos que sólo se aplican cuando el parto se aleja de la normalidad. La madre adopta la posición fisiológica de semisentada. Si se produce la amenaza de un sufrimiento fetal, se procede a una extracción fetal profiláctica.

Si todo transcurre con naturalidad, algo que ocurre en la mayoría de los partos, el médico vigila el período expulsivo y no realiza episiotomía, procedimiento que solo se realiza en situaciones excepcionales.

3. El parto humanizado

El parto no intervenido es aquel que es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo.

En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial.

El objetivo

- **Favorecer el proceso del parto** con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. La atención al parto se realizará bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.
- **Ofrecer cuidados individualizados** basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido o conlleven una disminución inaceptable de las medidas de asepsia.
- **Favorecer un clima de confianza**, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

Condiciones

- **Documento informativo.** Es muy importante que la gestante entienda y acepte la oferta que le propone este centro para el parto. Por este motivo el equipo obstétrico le informará y explicará, en un lenguaje comprensible, los procedimientos que se realizan durante el parto. Para algunas intervenciones específicas, puede ser necesario además obtener un consentimiento firmado por la gestante.
- En cualquier momento, si se presenta alguna **desviación de la normalidad**, el equipo que atiende el parto podrá, tras informar a la gestante, aplicar el tratamiento que considere necesario.
- La **responsabilidad y la toma de decisiones** asistenciales a partir del ingreso, corresponden única y exclusivamente a los profesionales de este centro consensuado con los futuros padres. Ningún otro profesional, aunque haya intervenido en la atención de la embarazada, tendrá capacidad de decisión.



Lo que ofrecen los hospitales sanitas

- **Espacios adecuados** para la atención del proceso de parto. Las salas de dilatación son individuales, de tal forma que permiten a la parturienta estar acompañada por su pareja o persona de elección y mantener la intimidad del momento.
- Disponer de **medios adecuados** para ofrecer una atención individualizada durante el parto.
- Asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el **bienestar de la madre, como del feto** y del recién nacido.
- Disponibilidad en un área próxima, de un **espacio que permite la atención en caso de complicaciones** (quirófano o paritorio en el que se pueda realizar una intervención quirúrgica).
- Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.



Asistencia en el periodo de dilatación

En general se intentará evitar el ingreso de aquellas gestantes que no cumplan los criterios para considerar que están en fase activa parto (dinámica uterina regular, borramiento cervical 50% y una dilatación de 2-3 cms).

Al ingreso, siempre se realizará la **valoración clínica y obstétrica habitual**:

- Evaluación del riesgo
- Toma de constantes
- Exploración vaginal
- Comprobación del estado fetal mediante monitorización cardiotocográfica y/o ecografía.
- Verificar las analíticas previas y realizar, si fuera preciso, los estudios necesarios (grupo y Rh, serologías, pruebas de coagulación, etc).

Valorar las necesidades de la mujer

- La paciente podrá estar acompañada en todo momento por la persona que ella elija. La presencia de otros profesionales que hayan podido intervenir en el control de la gestante antes del parto y que sean ajenos al centro, dependerá de las posibilidades estructurales de cada unidad.
- Se facilitará a la parturienta la adopción de la posición (sentada, acostada, deambulando, etc) que le reporte un mayor confort.

- Enema opcional (a solicitud de la mujer o por necesidad).
- No restringir la ingesta de líquidos (agua o bebida isotónica) durante el trabajo de parto, sobre todo en partos prolongados. Se deben evitar los lácteos y los alimentos sólidos.
- Favorecer la micción espontánea. El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario.
- Permitir a la gestante el uso de ropa personal e interior, así como objetos personales, música, etc.

Canalización de una vía intravenosa

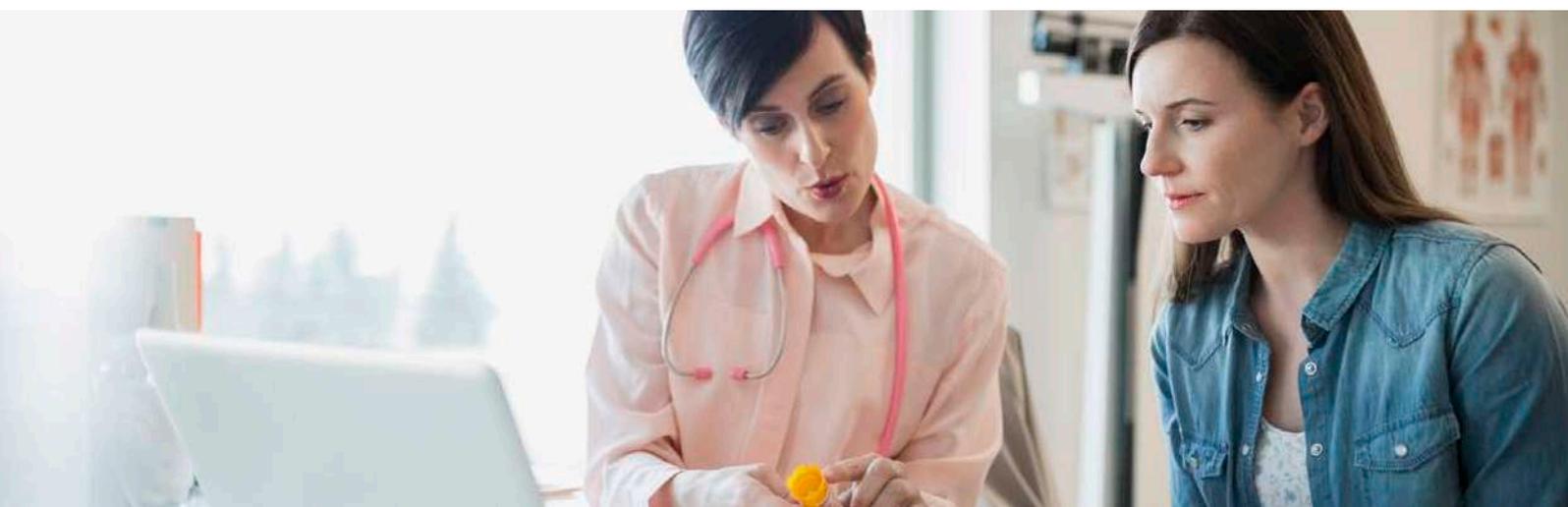
La prudencia aconseja tener una vía canalizada y salinizada por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso.

Administración de medicamentos

La mujer ha de saber que en caso de necesidad y según los protocolos, en determinadas circunstancias será necesario administrar algunos medicamentos (oxitócicos, ergotínicos) o realizar profilaxis antibiótica (rotura prematura de membranas, portadora de estreptococo agalactiae, fiebre intraparto, ...), pero siempre será informada previamente de la conveniencia de dicha aplicación.

Toma de constantes

Tomas de la tensión arterial, el pulso y la temperatura cada 2 horas.





Control del dolor

Los medios disponibles en el hospital para el alivio del dolor son los siguientes:

• Métodos farmacológico

- Óxido nitroso (un gas analgésico)
- Anestesia epidural: La analgesia más eficaz para alivio del dolor es la anestesia epidural, a la menor dosis posible que permita el control del dolor, con el fin de producir el mínimo bloqueo motor y permitir que la parturienta deambule o adopte aquella postura que le aporte un mayor comodidad.

• Métodos no farmacológico

- Facilitar apoyo psicológico y medidas físicas coadyuvantes
- Estimulación de la piel, con masaje, presión/masaje y aplicación de calor/frío con la ayuda del acompañante
- Material de apoyo: pelotas, cojines (que podrá traer la propia paciente) ...

Control fetal

- El control fetal se realizará con **monitorización cardiotocográfica continua**. El hospital dispone de electrodos de monitorización externa inalámbricos, lo que permite a la parturienta la deambulación y el poder adoptar la posición que ella prefiera sin renunciar al control estricto del bienestar fetal.
- En los todos los partos, intervenidos o no, se realizará **monitorización fetal continua**.
- Ante variaciones de la frecuencia cardiaca fetal que se alejen de los patrones considerados normales y que supongan una situación de riesgo de pérdida del bienestar fetal, si las condiciones lo permiten, se podrían realizar otros estudios que nos aporten más información sobre el estado fetal.

Valoración de la progresión del parto

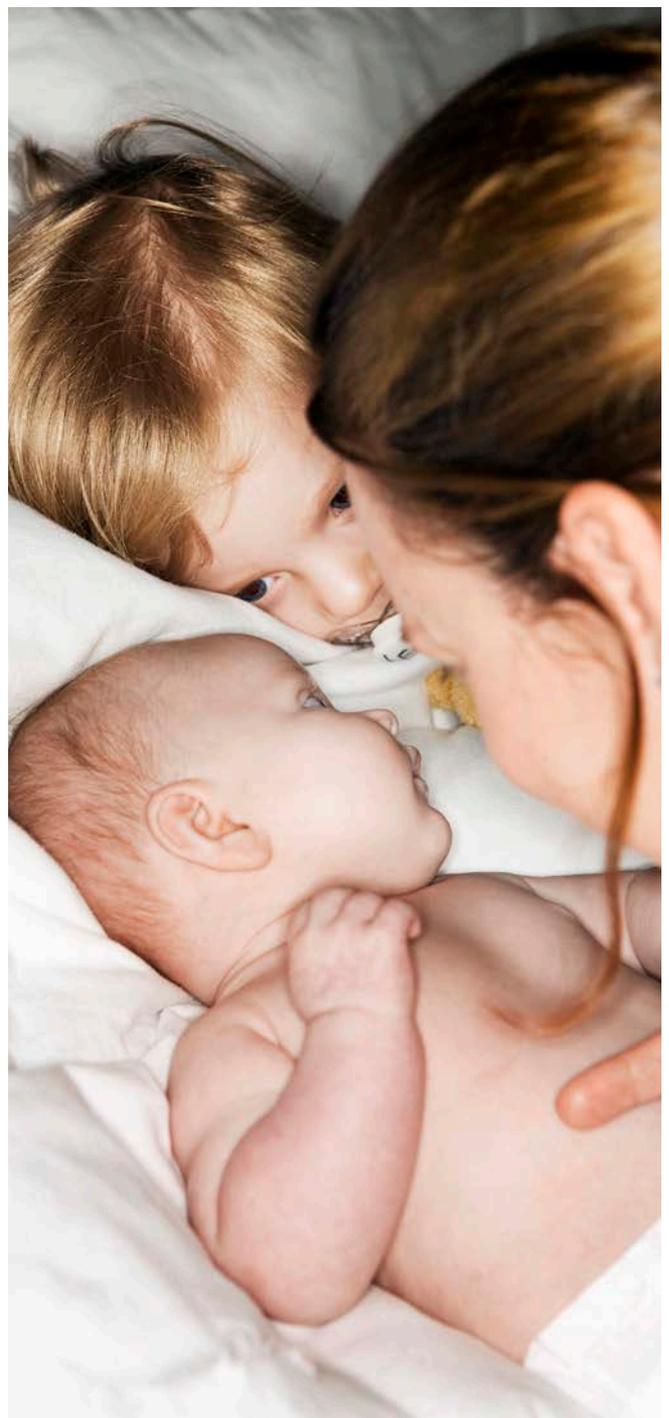
Desde el momento en que se considera que la mujer está de parto, se empleará un partograma para registrar los datos obtenidos durante la evolución del parto así como todas las incidencias, indicaciones y tratamientos realizados.

- **Tactos vaginales:** el número de tactos vaginales será el mínimo que permita valorar con seguridad la evolución del parto. Suele ser suficiente un tacto cada 2-4 horas, o antes si el equipo obstétrico lo cree conveniente.

Se practicará un tacto vaginal también tras la rotura de la bolsa, antes de la administración de la analgesia epidural, tras la aparición de un trazado de frecuencia cardiaca fetal alterado sin causa aparente o cuando la paciente presente deseos de realizar pujos.

- **Dinámica uterina:** se considerará dinámica uterina eficaz aquella que permita la progresión del parto sin efectos adversos para la madre o el feto.
- No se practicará la **rotura de la bolsa de rutina**. Se practicará en el caso que la dilatación no progrese adecuadamente o en aquellas situaciones que precisen del acceso al feto, como por ejemplo la monitorización interna o la realización de una toma de pH fetal.
- El **empleo de la oxitocina** se limitará a los casos de necesidad. No se considera necesaria si el progreso del parto es el adecuado. Su uso va ligado directamente a la obtención de una dinámica adecuada al momento del parto.
- Si se sospecha un **retardo de la fase de dilatación:**
 - Se ofrecerá apoyo, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor
 - Si las membranas están intactas ofrecerá amniorrexis.
 - Exploración vaginal 2 horas después, y si el progreso de la dilatación es menos de 1cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.

- Una vez establecido el diagnóstico, se ofrecerá la estimulación con oxitocina.
- Se ofrecerá anestesia epidural antes del uso de la oxitocina.
- Se procederá a un nuevo tacto vaginal 2-4 horas después de iniciada la perfusión con oxitocina. Si la dilatación es inferior a 2cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de hacer una cesárea.



Soporte emocional

- **Identificar** e intentar eliminar las causas de miedo y ansiedad.
- **Favorecer** un clima de confianza y respeto a la intimidad de la mujer durante la evolución del parto, rodeando esta etapa de una atmósfera grata y tranquilizadora.
- **Ser sensibles** a las necesidades culturales y a las expectativas de las parturientas y su familia.
- **Transmitir** a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado actual del parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere, para que conociendo la realidad de los hechos puedan tranquilizarse.
- **Mantener** un estado satisfactorio de higiene y confort mediante una cómoda posición, masaje corporal, lavado perineal, no necesidad de rasurado, empapador, etc; haciendo partícipe al acompañante de su colaboración en dicha actividad.



Asistencia en el periodo de expulsivo

El equipo obstétrico mantendrá una conducta expectante durante el expulsivo, siempre que las condiciones de salud maternas y fetales lo permitan.

Si las condiciones del parto lo permiten, la mujer podrá estar acompañada por la persona que desee. Si fuera necesario realizar un parto instrumental o una cesárea, la presencia del acompañante dentro de la sala de partos será discrecional y dependerá del personal asistencial que esté atendiendo el parto, pero en ningún caso, salvo autorización previa por escrito, se permitirá su presencia en el quirófano por ser ésta un área estéril.

Al igual que durante la dilatación, se permitirá la ingesta de líquidos claros en pequeñas cantidades y se informará a la mujer en todo momento de forma veraz y adecuada a sus conocimientos sobre la evolución del parto.

Se favorecerá la micción espontánea. Si la parturienta no orina o no lo ha hecho en cantidad adecuada, se podrá practicar un sondaje vesical.

Pujos

El manejo fisiológico del expulsivo se basará en esperar a que la mujer sienta ganas de empujar. Si los pujos son efectivos, se dejará que los haga de la forma que ella desee para su comodidad, facilitando en el momento del expulsivo, la visualización del periné para protegerlo adecuadamente.

En mujeres con analgesia epidural se dirigirán los pujos con el fin de hacerlos más efectivos y evitar el agotamiento de la madre.



Posición

En el momento de dar a luz, y gracias a la versatilidad que ofrecen las camas de partos de que disponemos, se dará opción a que la mujer adopte la posición que desee durante el expulsivo, siempre que se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal.

Control fetal

En este periodo, el riesgo de acidosis fetal es más elevado, por ello se mantendrá la monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal.

Valoración de la progresión del parto

Durante el expulsivo se valorará, no sólo su duración, sino también su progreso. En ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que lo contraindiquen, se acepta como duración normal hasta 2 horas en nulíparas y hasta una hora en multíparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación. En caso de anestesia epidural, los límites se establecen en 3 y 2 horas para nulíparas y multíparas respectivamente.

La falta de progreso y detención del descenso implican mal pronóstico, por lo que en estos casos deberemos extremar la vigilancia fetal y replantearnos la actuación obstétrica.

Rasurado

No se realizará rasurado del periné de forma rutinaria, quedando limitado a aquellos casos en que sea necesaria practicar una episiotomía. El rasurado se hará tan sólo en la zona mínima necesaria.

Episiotomía

La práctica de la episiotomía será restrictiva, limitada únicamente a los casos en que a criterio de quien asiste el parto, se considere necesaria.

Antes de practicar una episiotomía se realizará una analgesia eficaz, salvo emergencia debida a un compromiso fetal agudo.

Expulsión fetal

La expulsión de la cabeza fetal se hará de la forma más lenta y controlada posible.

- La presión sobre el fondo uterino, podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza.
- Es importante realizar una adecuada protección del periné para minimizar el riesgo de desgarros.
- Para facilitar la distensión perineal y el desprendimiento de la cabeza fetal se pueden usar compresas calientes o sustancias lubricantes. Se evitará el masaje continuo de vulva y periné.

Medidas higiénicas

Tanto sea un parto no intervenido como un parto instrumental se deben adoptar las máximas medidas de limpieza y asepsia durante el expulsivo:

- **Parto no intervenido:**
 - Según la posición de la parturienta, se usarán paños estériles con la frecuencia adecuada para mantener el espacio asistencial lo más limpio posible.
 - Tanto el personal asistencial como los acompañantes usarán gorros y mascarillas.
 - La sutura de una episiotomía o desgarro de periné se considera un procedimiento quirúrgico, por lo que se aplicarán las normas habituales de asepsia.
- **Parto instrumental:** al ser un procedimiento quirúrgico, se deben respetar las normas habituales de asepsia.

Cordón umbilical

Si fuera posible, se esperará hasta que el cordón deje de latir antes de seccionarlo. Se ofrece al padre o acompañante la posibilidad de cortar el cordón.

Si los padres lo desean se puede recoger la sangre del cordón umbilical para la conservación privada de las células madre o para donación altruista al Banco de cordón umbilical, pero en ese caso, hay que pinzar y cortar el cordón rápidamente, dado que de otro modo las probabilidades de que se obtenga la cantidad necesaria de sangre se reduce mucho.

Recién nacido

- No se separará al recién nacido de la madre, excepto que sea imprescindible. La atención inicial del recién nacido se hará, siempre que sea posible, en la propia sala de partos y en presencia de los padres. Si se precisaran de maniobras de reanimación más profundas,

a criterio del equipo que atienda al recién nacido, éstas se realizarán en una área más adecuada para tal fin.

- Se procederá a recoger sangre del cordón umbilical para la determinación del grupo sanguíneo y Rh, y del valor del pH.
- Valoración del test de Apgar.
- Tras comprobar la adecuada adaptación del bebé, se colocará al recién nacido sobre el abdomen de la madre, piel con piel y cubierto con un paño seco y caliente. Allí permanecerá durante los primeros 60-90 minutos, demorándose hasta el final su identificación, así como la profilaxis ocular y la administración de vitamina K.
- Se facilitará el inicio de la lactancia materna lo antes posible, siempre que no haya contraindicación para la misma.
- Se ofrecerá al padre la posibilidad de tener al recién nacido en sus brazos.



Asistencia durante el alumbramiento

- El manejo activo del alumbramiento puede prevenir hasta un 60% de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y con escasos efectos secundarios. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto.
- Existen diferentes pautas, pero las más eficaces son las que emplean oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior. El uterotónico de elección es la oxitocina.
- Tras el alumbramiento se administrará oxitocina y se pautarán sueros de mantenimiento.
- Tras revisar y comprobar su integridad, la placenta se tratará como cualquier otro producto biológico.
- Tras el parto se revisará el periné (y el canal del parto si hay un sangrado), para proceder a la sutura necesaria, empleando si fuera preciso, anestesia local.
- Finalmente, se realizará el aseo de la mujer, de su ropa y de su cama

La madre permanecerá en el área durante las dos primeras horas del posparto inmediato. Durante este periodo se controlará el estado general, las constantes, la contracción uterina, las pérdidas hemáticas y en caso de epidural, se valorará la recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores.

En condiciones normales, el traslado a la planta se hará sin separar a la madre de su hijo.





SALIDA



Sanitas





Para rellenar y firmar
**entregar junto con
consentimiento informado
firmado**



PARTE DE **Bupa**

Estimada pareja/madre:

El siguiente documento tiene la intención de favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

Se pretende asistir al proceso del parto con el mínimo intervencionismo a la vez de garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se disponen en la atención hospitalaria del parto.

Se ofrecen cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido.

Datos de identificación

Nombre y apellidos de la madre:

Número de historia: Edad de la madre:

Fecha probable de parto: Número de hijos:

Control del embarazo en

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital La Zarzuela | <input type="checkbox"/> Milenium Centro Médico Reina Victoria
(Centro de Salud de la Mujer) |
| <input type="checkbox"/> Milenium Centro Médico Las Rozas | <input type="checkbox"/> Milenium Centro Médico Alcorcón |
| <input type="checkbox"/> Otro centro: | |

Antecedentes personales y obstétricos relevantes

Mis preferencias para el parto

Respecto al acompañante y al proceso del parto nombre acompañante durante el parto:

- Escuchar la música que desee (la aportaremos nosotros)
- Beber líquidos durante el trabajo de parto (agua y zumos de piña o manzana hasta 200cc/hora)
- Tener la libertad de caminar, cambiar de posición y usar el baño cuando sea necesario o deseado hasta el momento de la administración de la epidural.
- Usar mi propia ropa, en lugar de una bata de hospital.
- Usar la ropa facilitada por el hospital al ingreso.
- No deseo rasurado perineal a ser posible.
- Administración de enema rectal tras el ingreso al hospital.
- Que para preservar mi privacidad, en el proceso del parto interviniera el mínimo personal imprescindible.
- Deseo usar material de apoyo para el parto (pelotas para parto, espejos para el expulsivo, cojines que aportaré ...).
- Espero poder elegir la postura que me reporte mayor confort en el proceso (sentada, acostada, deambulando ...).
- Que se favorezca la micción espontánea frente al sondaje vesical.

Respecto a procedimientos

- Deseo ser informada en todo momento, en lenguaje comprensible, de los procedimientos que se realizarán durante el trabajo de parto.
- Me gustaría limitar las exploraciones vaginales a las mínimas imprescindibles.
- No se practicará la rotura de la bolsa amniótica de rutina (sólo en aquellas situaciones en las que beneficie claramente el progreso del parto o en las que se precise un acceso directo al feto para valorar su bienestar).
- Sólo se administrará oxitocina intravenosa en caso de necesidad.
- Me gustaría evitar la inducción del parto a menos que sea imprescindible por indicación médica.



Respecto al alivio del dolor

- Deseo analgesia epidural en cuanto la solicite y sea posible (si está indicada, se reúnen las condiciones y no existen contraindicaciones para ello).
- De entrada no deseo epidural, prefiero métodos alternativos de control del dolor (masaje, respiraciones...), pero no descarto el uso de anestesia epidural y solicitarla.
- Prefiero métodos alternativos para aliviar el dolor (Óxido nitroso durante el expulsivo, medidas físicas como calor/frío con la ayuda del acompañante, material de apoyo como pelotas o cojines, anestésico local si hay que suturar desgarros...).
- Por favor, no me ofrezcan ningún método de anestesia a menos que lo pida.
- En caso de cesárea y si las condiciones médicas lo permiten, prefiero estar consciente y evitar la anestesia general.

Respecto al período de expulsivo

- Cuando esté en dilatación completa, empezar a pujar cuando tenga ganas .
- Deseo que me indiquen cuándo tengo que empezar los pujos.
- Que mi pareja me ayude y me acompañe todo el tiempo, excepto que por las condiciones médicas sea necesario (partos instrumentales, cesáreas, ...)
- No hacer episiotomía excepto que sea imprescindible.
- Quiero utilizar un espejo para ver el nacimiento del bebé.
- Que se permita a mi acompañante, siempre que sea posible, cortar el cordón umbilical con las medidas de asepsia necesarias.
- Que se corte el cordón umbilical cuando deje de latir, si es posible.
- Que pongan al bebé sobre mi piel inmediatamente.
- Que los primeros cuidados del bebé, siempre que la situación lo permita, se realicen sobre mí.
- Podré elegir la posición que desee durante el expulsivo, siempre que se respeten los principios de control de bienestar fetal. D Quiero tocar si es posible, la cabeza del bebé cuando salga.
- Quiero poder sacar al bebé con mis manos en la medida de lo posible.

Después del parto

- Deseo donar la sangre de cordón a un banco público.
- Deseo donar la sangre de cordón a un banco privado.
- No deseo donar sangre de cordón.
- Me gustaría ser dada de alta junto con mi recién nacido tan pronto como sea posible.

Respecto al recién nacido

- Deseo que se favorezca el contacto piel con piel inmediatamente tras el parto, siempre que mi estado y el de mi hijo lo permitan
- No deseo establecer contacto inmediato piel con piel.
- No deseo que se aspiren secreciones respiratorias ni se introduzcan sondas nasales o rectales si no es estrictamente necesario. D Deseo que se identifique a mi hijo en mi presencia, sin prisas y durante el contacto piel con piel.
- La atención inicial del recién nacido se hará, siempre que sea posible, en la propia sala de partos y en presencia de los padres.
- Deseo tener a mi hijo conmigo durante toda la estancia en el hospital, siempre que mi estado de salud y el de mi hijo lo permitan.
- Deseo que a mi hijo se le administre pomada antibiótica ocular como prevención de la infección ocular que se puede producir por contacto con gérmenes del canal de parto.
- Deseo que a mi hijo se le administre vitamina K intramuscular como prevención de la enfermedad hemorrágica del Recién nacido, en una única dosis.

Respecto a la lactancia

- Deseo iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible.
- Deseo que me asesoren y me ayuden para conseguir una lactancia materna exitosa.
- Deseo que no se le de a mi hijo ningún suplemento con leche humanizada si no es estrictamente necesario.
- Deseo lactancia artificial.

*La responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales a partir del ingreso, corresponden única y exclusivamente a los profesionales de este centro. Ningún otro profesional, aunque haya intervenido en la atención de la embarazada, tendrá capacidad de decisión. **En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, el equipo que atiende el parto podrá, tras informar a la gestante, aplicar el tratamiento que considere necesario.

FECHA Y FIRMA



Todo un mundo de salud abierto a todo el mundo



Seguros
Médicos



Hospitales
y Centros



Clínicas
Dentales



Medicina
Estética



Servicios
para Mayores



Servicios
Complementarios
de Salud