

## RECOMENDACIONES SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO

(Sustituyen al Protocolo de Asistencia al Parto Normal publicado en 2003)

### INTRODUCCION

Durante los últimos tiempos se está produciendo en nuestro país un cambio conceptual, tanto en la asistencia obstétrica en general como en la asistencia al proceso del parto en particular. Este cambio tiene como eje fundamental que la gestante sea el centro de la asistencia recibida.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera que el nacimiento de un niño sano no es, aunque lo parezca, un hecho casual. Es el resultado de un sinfín de cuidados y atenciones prodigados con generosidad y profesionalidad. Igualmente considera que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor. Por ello, estima que los protocolos para la asistencia durante la dilatación y el expulsivo, tienen que primar la seguridad y la salud tanto de la madre como del recién nacido. El objetivo final es asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el bienestar de la madre como el del recién nacido.

Es indudable que durante los últimos 30 años, la atención hospitalaria del parto ha hecho que el nacimiento sea un proceso bastante seguro y eficaz. Sin embargo, los ginecólogos somos conscientes que la tecnología, a veces necesaria para controlar el proceso del parto conduce, paradójicamente, a una pérdida de intimidad durante el mismo creando una atmósfera y un escenario totalmente mejorables. Por ello desde la SEGO se está haciendo un esfuerzo por intentar humanizar el parto y con el fin de canalizar y dar respuesta, por un lado, a la demanda social actualmente existente y, por el otro, asegurar la salud materno-fetal es por lo que desde la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), queremos emitir estas recomendaciones sobre la atención al parto.

La mayor parte de las recomendaciones que aquí se plasman, ya están reseñadas en anteriores documentos emitidos por la SEGO. Destacar entre ellos el Protocolo de Atención al Parto (2003), el Procedimiento sobre la Episiotomía (2004) o las Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología (2005).

### DEFINICIONES

#### Parto normal

Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37<sup>a</sup>-42<sup>a</sup> semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina.

El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica.

El parto normal, es el único tipo de parto que es susceptible de ser atendido con el máximo respeto a la fisiología del mismo. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal.

### **Parto no intervenido**

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 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 (matrona y auxiliar de enfermería).

### **OBJETIVOS**

- 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 debe realizar 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.
- Considerar el parto como un acontecimiento singular y único en el devenir de una mujer y en la relación de una pareja.
- Que la gestante se sienta protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo.

### **NECESIDADES**

- Habilitación de espacios adecuados para la atención del proceso de parto. Las salas de dilatación deben ser individuales, de tal forma que permitan 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 permita la atención en caso de complicaciones (quirófano o paritorio en el que se pueda realizar una intervención quirúrgica).

## CONDICIONES

1. Consentimiento informado. Es muy importante que la gestante entienda y acepte la oferta que le ofrece el centro elegido para el parto. Por este motivo es esencial que el equipo obstétrico informe y explique, 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.
2. En cada centro se debe decidir de quién es la responsabilidad del parto no intervenido. Si es del médico o si es responsabilidad exclusiva de la matrona que lo está asistiendo, no interviniendo en este caso el médico hasta que la matrona considere que el proceso se está desviando de la normalidad.
3. 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.
4. La responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales a partir del ingreso, corresponden única y exclusivamente a los profesionales del centro donde se atiende el parto. Ningún otro profesional, aunque haya intervenido en la atención de la embarazada, tendrá capacidad de decisión.

## GUIA DE ASISTENCIA AL PERIODO DE DILATACION

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 3-4 cms.)

Al ingreso se realizará la valoración clínica y obstétrica habitual:

- Evaluación del riesgo
- Toma de constantes
- Exploración vaginal

- Comprobación del estado fetal con monitorización cardiotocográfica. Si el patrón es reactivo, suele ser suficiente con un registro de 30 minutos aproximadamente.
- 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 debe facilitar 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, té, zumo,...) durante el trabajo de parto, sobre todo en procesos prolongados. Se deben evitar los lácteos y los alimentos sólidos. Se puede permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente, ingieran comidas livianas si lo necesitan.
- 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,...

Control del dolor:

- Informar a la gestante de los medios que el centro dispone para el alivio del dolor. La analgesia de elección es la 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 confort.
- Si la parturienta desea analgesia epidural, la monitorización fetal debe ser continua.
- En caso de parto no intervenido, facilitar apoyo psicológico y si se dispone, medidas físicas coadyuvantes.

Valorar la canalización de una vía intravenosa:

- No hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canalizada una vía intravenosa durante el parto. La prudencia aconseja tener una vía cogida y heparinizada por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso. Sin embargo, en las gestantes que deseen un parto no intervenido y no exista riesgo de hemorragia posparto, podría obviarse la canalización de una vía venosa.

- 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 (tensión arterial, pulso y temperatura) cada 2 horas.

Control fetal:

- En los partos no intervenidos, si el patrón es reactivo, se puede realizar motorización cardiotocográfica continua, en periodos de 20 minutos cada hora o se puede realizar auscultación fetal intermitente cada 15 minutos, durante 60 segundos después de una contracción. El control clínico mediante auscultación intermitente, sólo es admisible si se dispone de una matrona por parto. Se deberá realizar monitorización continua en aquellos casos en que aparezcan datos de alarma (alteración de la FCF, anomalías de la dinámica uterina, líquido teñido, fiebre intraparto, etc...) o la situación clínica así lo aconseje (analgesia epidural, estimulación con oxitocina, etc...).
- En los partos intervenidos se realizará monitorización fetal continua.
- Ante variaciones de la FCF que se alejen de los patrones considerados normales y que supongan una situación de riesgo de pérdida del bienestar fetal, se recomienda si las condiciones lo permiten, la realización de otros estudios que nos aporten más información sobre el estado fetal.

Valoración de la progresión del parto y registro del mismo de forma adecuada en el partograma.

- Desde el momento en que se considere que la mujer está de parto, se recomienda emplear 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 ha de ser 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 también un tacto vaginal tras la amniorraxis, antes de la administración de analgesia epidural, tras la aparición de un registro cardiotocográfico patológico sin causa aparente o cuando la paciente presente deseos de realizar pujos.

- Dinámica uterina. Se considera dinámica uterina eficaz aquella que permite la progresión del parto sin efectos adversos para la madre o el feto. En ocasiones puede existir una actividad uterina “adecuada” sin que exista progresión del parto. En aquellos casos en que la auscultación se realice de forma intermitente, la valoración de la dinámica podrá ser manual y/o mediante registro externo. Durante la fase de dilatación se considera normal la presencia de 3-5 contracciones uterinas cada 10 minutos. La intensidad de la misma varía con las diferentes fases del parto.

No se debe realizar amniotomía de rutina. Se practicará en el caso que la dilatación no progrese adecuadamente o en aquellas situaciones que precisen de la amniorrhexis (presencia de líquido teñido, necesidad de acceso al feto para la monitorización interna o para realizar un pH...).

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 emplea oxitocina, la monitorización del parto deberá realizarse de forma continua.

Es importante proporcionar un soporte emocional adecuado:

- 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 sensible 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, cambio de sábanas, empapador, etc...; haciendo partícipe al acompañante de su colaboración en dicha actividad.

## **GUIA DE ASISTENCIA AL PERIODO EXPULSIVO**

El equipo obstétrico mantendrá preferentemente 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.

El manejo más fisiológico del expulsivo debería ser el de 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 función de las disponibilidades de cada centro, valorar la posibilidad de dar a luz en el paritorio o si la mujer lo desea, en la silla de partos o en la cama. Dar 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.

En este periodo, el riesgo de acidosis fetal es más elevado, por ello es recomendable realizar una monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal. Si se realiza una auscultación intermitente, se hará cada 2-3 contracciones ó cada 5 minutos, durante 60 segundos después de una contracción.

Al igual que durante la dilatación, no se debe restringir la posibilidad de ingesta de líquidos y se debe informar a la mujer en todo momento de forma veraz y adecuada a sus conocimientos sobre la evolución del parto. Hay que favorecer la micción espontánea. Si la parturienta no orina o no lo ha hecho en cantidad adecuada, se practicará un sondaje vesical.

Se debe valorar durante el expulsivo, 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 múltiparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación. En caso de anestesia regional, los límites se establecen en tres y dos horas para nulíparas y múltiparas 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.

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.

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

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, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación. La clásica maniobra de Kristeller está contraindicada.
- 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 debe evitar el masaje continuo de vulva y periné.
- Se deben practicar el menor número posible de tactos vaginales.

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 deben aplicar las normas habituales de asepsia.
- Parto instrumental: al ser un procedimiento quirúrgico, se deben respetar las normas habituales de asepsia.

Si fuera posible, esperar hasta que el cordón deje de latir antes de seccionarlo.

Con respecto al recién nacido:

- No se separará al recién nacido de la madre, excepto que sea imprescindible. La atención inicial del recién nacido se ha de hacer, 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.

- Proceder, si fuera preciso, a recoger sangre del cordón umbilical (grupo y Rh, donación de sangre de cordón, etc...). Es recomendable en todos los partos la realización de un pH de cordón.
- Valoración del test de Apgar.
- Tras comprobar la adecuada adaptación del bebé, si la mujer lo desea, se colocará al recién nacido sobre su abdomen, piel con piel con su madre y cubierto con un paño seco y caliente. En este caso, se puede demorar hasta el final su identificación, así como la profilaxis ocular y la administración de vitamina K.
- Facilitar el inicio de la lactancia materna lo antes posible, siempre que no haya contraindicación para la misma.
- Ofrecer al padre la posibilidad de tener al recién nacido en sus brazos.

## **GUIA DE ASISTENCIA AL ALUMBRAMIENTO**

El manejo del alumbramiento se puede hacer:

- De forma expectante. En este caso no hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento.
- Alumbramiento dirigido. Reduce significativamente las hemorragias del alumbramiento, 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 (2-10 unidades IV lenta ó 10 unidades IM). El uterotónico de elección es la oxitocina. Aunque las prostaglandinas son eficaces en el tratamiento de las hemorragias posparto, actualmente no tienen un papel en la prevención de las mismas (ni por vía oral, ni por vía rectal, han demostrado ser tan eficaces como los uterotónicos inyectables).
  - Tras el alumbramiento se mantendrá la perfusión de oxitocina o la administración de uterotónicos en condiciones adecuadas.
  - 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 de bajo costo.

Tras revisar y comprobar su integridad, la placenta se tratará como cualquier otro producto biológico.

Ante una retención de placenta los pasos a dar incluyen sucesivamente: masaje suave sobre el útero y sondaje vesical, administración de oxitocina, maniobra de Credé sin/con anestesia. Si estas maniobras fracasan, se recurrirá a la extracción manual de la placenta (siempre con anestesia adecuada para evitar fenómenos vagales). En estos casos puede estar indicada la profilaxis antibiótica de la infección puerperal mediante la administración de antibióticos en dosis única.

Si durante este periodo se produce una hemorragia, se procederá a la extracción placentaria (si no hubiera salido), revisión del canal del parto y puesta en marcha del protocolo de atención a las hemorragias del alumbramiento.

Tras el parto se debe revisar el periné (y el canal del parto si hay un sangrado), para proceder a la sutura necesaria, empleando si fuera preciso, anestesia local.

Finalizar con el aseo de la mujer, de su ropa y de su cama.

Tras el parto, 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.

## **BIBLIOGRAFIA**

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 2001;28:202-7.

Fraser, WD, Marcoux, S, Krauss, I, Douglas J, Goulet C, Bouvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. Am J Obstet Gynecol. 2000;182:1165-72.

Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005;19:103-15.

Intrapartum fetal heart rate monitoring. ACOG Practice Bulletin No. 70. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2005;106:1453-61.

Management of Labor. Second Edition. March 2007. [www.icsi.org](http://www.icsi.org)

Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Grupo de Trabajo sobre Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Fabre E (ed). INO Reproducciones. Zaragoza. 1995.

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. [www.prosego.es](http://www.prosego.es).

Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documentos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. SEGO. 2005.

Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Thorp J Jr. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 05-E009-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.

World Health Organization. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: World Health Organization; 1999.

World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2006.

Los Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.